Université catholique de Louvain

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, SOCIALES, POLITIQUES ET DE COMMUNICATION

INSTITUT D'ANALYSE DU CHANGEMENT DANS L'HISTOIRE ET LES SOCIETES CONTEMPORAINES

CENTRE DE RECHERCHE EN DEMOGRAPHIE ET SOCIETES

De l'initiation sexuelle au mariage chez les jeunes urbains burkinabè : *Relations, vécu et risques*

Nathalie Sompassaïngdé Esther SAWADOGO

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Politiques et Sociales (Démographie)

Membres du jury :

Présidente **:**
Godelieve MASUY-STROOBANT (UCL)
Co-Promotrices:
Clémentine ROSSIER (INED)
Catherine GOURBIN (UCL)
Membres du comité d'accompagnement :
Dominique TABUTIN (UCL)
Agnès GUILLAUME (IRD)
Membre extérieur :
Agnès ADJAMAGBO (IRD)

Louvain-la-Neuve, août 2013

A la mémoire de ma mère

Reçois ce travail en hommage.

REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer en premier lieu ma sincère reconnaissance envers mes promotrices, dont le soutien a porté cette thèse. Je ne saurais assez remercier Catherine Gourbin pour sa confiance, pour le temps consacré à diriger ce travail et pour la sollicitude dont elle m'a entourée durant tout mon parcours doctoral. Je voudrais aussi dire merci de tout cœur à Clémentine Rossier pour son encadrement et pour la formation rigoureuse à la recherche qualitative qu'elle m'a prodiguée tout au long de ce travail.

J'adresse également mes chaleureux remerciements à mes lecteurs. J'exprime ma gratitude à Dominique Tabutin pour ses encouragements, sa disponibilité, sa rigueur scientifique et sa minutie dans l'accompagnement de cette thèse. Merci à Agnès Guillaume pour son soutien, ses lectures attentives et ses conseils précieux. A Agnès Adjamagbo, je voudrais dire merci d'avoir accepté de rejoindre le jury de ma thèse et de l'avoir enrichie par ses conseils et remarques avisés.

Je voudrais également remercier Godelieve Masuy-Stroobant pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Ma formation à la recherche qualitative a été considérablement enrichie par l'expérience vécue avec l'équipe internationale du projet Emergency Contraception in AFrica (ECAF). Merci à toutes et tous pour la rigueur scientifique et l'esprit de formation qui ont régné lors la mise en œuvre de ce projet dans lequel j'ai tant appris. Puisse ce travail vous apporter la satisfaction que vous en attendiez. Je salue l'opportunité apportée par ce projet, réalisé sur financement de l'Union Européenne, grâce auquel cette thèse a pu être entreprise.

L'appui logistique et le cadre de travail fourni par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université de Ouagadougou ont grandement facilité mes recherches. Je voudrais, à travers Jean-François Kobiané, Directeur de l'ISSP, remercier mes collègues pour leur soutien. J'ai une pensée particulière pour Banza Baya qui, depuis ses enseignements en licence de Géographie à l'Université de Ouagadougou, n'a cessé de m'encourager et de me manifester sa confiance.

Le volet quantitatif de cette étude a été rendu possible par le projet « *Protéger la prochaine génération : comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes* », qui m'a permis d'utiliser les données de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso.

L'achèvement de cette thèse a été facilité par l'appui financier de l'Université catholique de Louvain à travers le Service du Personnel et le Service d'aide aux étudiants. Qu'ils en soient ici remerciés.

Tout au long de cette thèse, j'ai aussi pu compter sur le soutien des membres du centre DEMO qui m'a accueillie à l'Université catholique de Louvain. Merci à toutes et à tous, académiques, personnel administratif et chercheurs, pour la convivialité qui y règne. J'adresse un clin d'œil aux amis et collègues, anciens ou actuels doctorants, avec qui nous avons tant partagé.

Enfin, ces années de thèse ont aussi été soutenues par mes proches : ma famille et mes amis de Louvain-la-Neuve, de Ouagadougou et d'ailleurs. Ils ont, chacun à sa manière, contribué à me procurer l'énergie nécessaire. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma gratitude. Merci en particulier à mon père pour ses exhortations à toujours rechercher l'excellence. A ma sœur Gisèle, merci d'avoir toujours été là pour moi.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX x
LISTE DES FIGURES xii
LISTE DES ANNEXES xiii

INTRODUCTION GENERALE 1

PREMIERE PARTIE : VOLET THEORIQUE 9

CHAPITRE 1 : LES JEUNES DE OUAGADOUGOU ET DU BURKINA FASO : MILIEU DE VIE ET EXPOSITION AUX RISQUES LIÉS À LA SEXUALITÉ 11
Introduction 11
1.1. Géographie et organisation du territoire 11
1.2. Démographie et conditions de vie des populations 12
1.2.1. Démographie *12*
1.2.2. Conditions de vie des populations *16*
1.3. Environnement socioculturel des jeunes : une société en mutation 20
1.3.1. Organisation sociale, mariage et rôles de genre *21*
1.3.2. La sexualité prénuptiale et extraconjugale : Un fossé entre normes traditionnelles et pratiques *25*
1.3.3. Représentations populaires des infections sexuellement transmissibles *26*
1.4. Environnement institutionnel de la santé de la reproduction des jeunes 27
1.4.1. Un environnement politique et légal en matière de santé reproductive très dynamique *27*
1.4.2. Des services de prévention insuffisants *33*
1.5. Les grossesses non prévues et les IST/Sida : une réalité chez les jeunes au Burkina Faso 34
1.5.1. Des niveaux de grossesses non prévues élevés chez les jeunes filles au Burkina Faso et à Ouagadougou. *34*
1.5.2. Situation épidémiologique du VIH/Sida et des autres IST au Burkina Faso *34*
Conclusion 38

CHAPITRE 2 : APPROCHES THÉORIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA SEXUALITÉ CHEZ LES JEUNES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE 39
Introduction 39
2.1. Les recherches en sciences sociales sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes en Afrique subsaharienne et au Burkina Faso 40
2.2. Etudes explicatives sur la sexualité prémaritale des jeunes africains 43
2.2.1. Facteurs socioculturels de la sexualité prémaritale *43*
2.2.2. Facteurs économiques de la sexualité prémaritale *44*
2.3. Approches explicatives des grossesses non prévues chez les jeunes 47
2.3.1. Facteurs socioculturels de l'exposition des jeunes aux grossesses *47*
2.3.2. Facteurs économiques de l'exposition des jeunes aux grossesses *50*
2.3.3. Facteurs programmatiques de l'exposition des jeunes aux grossesses *50*
2.4. Etudes explicatives sur l'exposition des jeunes africains aux IST/Sida 52
2.4.1. Facteurs individuels de l'exposition des jeunes aux IST/Sida *52*
2.4.2. Facteurs socioculturels de l'exposition des jeunes aux IST/Sida *52*
2.4.3. Facteurs programmatiques de l'exposition des jeunes aux IST/Sida *58*
2.5. L'étude de la prévention simultanée des grossesses et des IST/Sida (double protection) chez les jeunes 58
2.6. Comportement sexuel et préventif des jeunes au Burkina Faso et à Ouagadougou : quelques faits marquants 61
2.6.1. Une initiation sexuelle dans des conditions de vulnérabilité extrême *61*
2.6.2. Des connaissances imprécises des moyens de prévention *62*
2.6.3. Une sous-évaluation des risques de grossesse et de contamination par le VIH *65*
2.6.4. Une utilisation insuffisante et souvent incorrecte des méthodes de prévention *67*
Conclusions et implications pour la recherche 70

CHAPITRE 3 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE 73
Introduction 73
3.1. Cadre théorique 73
3.1.1. Problématique 73
3.1.2. Hypothèses 75
3.1.3. Cadre conceptuel 76
3.1.4. Définition des concepts 78
3.2. Données et méthodologie 90
3.2.1. Volet qualitatif de l'étude 92
3.2.2. Volet quantitatif de l'étude 105
3.2.3. Articulation entre les analyses qualitatives et quantitatives 116
Conclusion 117

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS 119

CHAPITRE 4 : PARCOURS DE VIE RELATIONNELLE ET SEXUELLE DES JEUNES HOMMES ET FEMMES DE OUAGADOUGOU 121
Introduction 121
4.1. Typologie des relations de couple chez les jeunes ouagalais 121
4.1.1. Les relations sans visée matrimoniale 122
4.1.2. Les relations inscrites dans la durée 130
4.2. Trajectoires relationnelles et sexuelles des jeunes 135
Conclusion : Une sexualité plurielle chez les jeunes de Ouagadougou 138

CHAPITRE 5 : SEXUALITÉ ET PRÉVENTION DES RISQUES SEXUELS CHEZ LES ADOLESCENTS URBAINS DU BURKINA FASO 141
Introduction 141
5.1. L'activité sexuelle chez les adolescents du Burkina Faso 141
5.1.1. L'union chez les adolescents burkinabè 141
5.1.2. La sexualité prénuptiale et l'abstinence chez les adolescents burkinabè 142
5.2. L'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida 144
5.2.1. Niveaux d'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida et facteurs associés 145
5.2.2. Déterminants de l'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida 149
5.3. L'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues 158
5.3.1. Niveaux d'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues et facteurs associés 159
5.3.2. Déterminants de l'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues 163
Conclusion 172

CHAPITRE 6 : PREVENTION DES RISQUES SEXUELS DANS LES SITUATIONS RELATIONNELLES SANS VISEE MATRIMONIALE VECUES PAR LES JEUNES DE OUAGADOUGOU 175
Introduction 175
6.1. Entrée en vie sexuelle, contraception et prévention du sida 176
6.1.1. L'entrée en vie sexuelle, un moment de vulnérabilité particulière chez les adolescents ouagalais 176
6.1.2. L'impossibilité de se protéger : les abus sexuels sur des adolescentes ou de très jeunes filles 179
6.1.3. Des difficultés d'utilisation des méthodes de prévention liées à l'acte 179
6.2. Quand d'autres enjeux prennent le dessus sur la prévention dans les relations occasionnelles ou stables sans visée matrimoniale 181
6.2.1. Le multipartenariat et la prise de risque plus ou moins calculée des jeunes hommes pour s'affirmer 181
6.2.2. Des difficultés à contrôler l'usage du préservatif chez des jeunes femmes 183
6.2.3. Quand l'affectif ou l'immaturité s'ajoute aux pressions sur les jeunes filles 184
6.3. Quand les jeunes parviennent à une prévention correcte dans les relations sans visée matrimoniale 185
6.3.1. Une conscience élevée des risques 185

6.3.2. Une recherche intransigeante de double protection 187
6.3.3. Des connaissances correctes des méthodes et stratégies de prévention 188
6.3.4. La double protection comme résultat du processus d'apprentissage en matière de prévention 189
6.3.5. Des capacités de négociation de la prévention 191
6.4. Discussion : Difficultés d'utilisation des méthodes et entraves socioculturelles à la prévention dans les relations sans visée matrimoniale 192
6.4.1. L'ignorance en début de vie sexuelle 192
6.4.2. Le rôle des abus sexuels et de l'absence de résolution de l'exposition au risque. 194
6.4.3. Le rôle des facteurs socioculturels : inégalités de genre, représentations sociales de la sexualité prénuptiale, de la féminité et de la masculinité 194
Conclusion 196

CHAPITRE 7 : LA PRÉVENTION DES RISQUES SEXUELS CHEZ LES JEUNES COUPLES INSCRITS DANS LA DURÉE À OUAGADOUGOU 197
Introduction 197
7.1. La contraception chez les jeunes couples inscrits dans la durée 197
7.1.1. Difficultés techniques dans l'utilisation de la contraception. 198
7.1.2. Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires et difficultés contraceptives. 201
7.2. Une « *adaptation* » au risque du sida chez les jeunes couples inscrits dans la durée 204
7.2.1. Les difficultés techniques de prévention du sida : déchirures de préservatif et difficulté à mettre en œuvre une relation exclusive entre partenaires séronégatifs 205
7.2.2. L'absence de prévention : l'inertie face au risque du sida dans les relations stables 207
7.2.3. Désir d'enfant et exposition au sida. 210
7.2.4. Entre fatalisme et résignation face au sida chez des femmes en union inégalitaire 211
7.3. Quand la prévention est correcte chez les jeunes en relation stable 214
7.3.1. L'atout des choix consensuels dans le couple en matière de prévention 214
7.3.2. L'impact de l'implication active de l'homme dans la prévention 217
7.4. Discussion : Entraves socioculturelles, insuffisances des programmes et difficultés de prévention chez les jeunes couples inscrits dans la durée 218
7.4.1. Les entraves socioculturelles à la prévention chez les jeunes couples inscrits dans la durée 219
7.4.2. Inadéquation entre offre et demande de prévention 224
Conclusion 229

SYNTHESE ET CONCLUSION GENERALE
BESOINS PRÉVENTIFS DES JEUNES URBAINS BURKINABÈ DE L'INITIATION SEXUELLE À LA VIE EN UNION 231
Introduction 233
8.1. Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'étude 233
8.1.1. Objectifs 233
8.1.2. Données et analyse 233
8.1.3. Limites de l'étude 234
8.2. Exposition des jeunes aux grossesses non prévues et/ou au sida et facteurs associés 236
8.2.1. Des niveaux élevés d'exposition aux risques et des déterminants spécifiques selon le genre et le statut matrimonial chez les adolescents 236
8.2.2. Catégories d'exposition des jeunes ouagalais aux risques sexuels et facteurs d'intelligibilité 238
8.2.3. Des entraves socioculturelles et institutionnelles à la prévention des risques chez les jeunes urbains burkinabè 239
8.3. Principaux apports de la thèse 241
8.3.1. La mise en évidence des mécanismes d'exposition des jeunes aux risques sexuels 241
8.3.2. Lecture biographique de la vie sexuelle et préventive des jeunes 245
8.3.3. Leçons apprises des analyses qualitatives 248
8.4. Perspectives de recherche 251

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 253

ANNEXES 267

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 1

Tableau n°1.1. Ages médians à la première union et à la première naissance chez les hommes (de 30 à 59 ans) et femmes (de 25 à 49 ans) au Burkina Faso en 2010 14

Chapitre 2

Tableau n°2.1. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans connaissant les risques de grossesse liés à l'activité sexuelle en fonction des groupes d'âges (ENA 2004).....63
Tableau n°2.2. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant des connaissances sur l'utilisation du préservatif en fonction des groupes d'âges (ENA 2004) 64
Tableau n°2.3. Niveaux de prévalence contraceptive par méthode et par groupe d'âge chez les femmes de 15 à 49 ans en fonction du milieu de résidence (EDS-MICS IV 2010).....68

Chapitre 3

Tableau n°3.1. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes hommes interrogés à Ouagadougou 95
Tableau n°3.2. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes femmes interrogées à Ouagadougou 95
Tableau n°3.3. Nombre d'épisodes sexuels et prévent ifs par catégorie d'exposition aux risques selon le sexe et l'état matrimonial des individus enquêtés.....103
Tableau n°3.4. Caractéristiques des adolescents de 15 à 19 ans, EDS BF 2003 et ENA BF 2004 108
Tableau n°3.5. Critères de sélection des échantillo ns d'analyse quantitative au niveau national, en milieu urbain et à Ouagadougou.....113

Chapitre 4

Tableau n°4.1. Typologie des épisodes relationnels vécus par les jeunes hommes et femmes de Ouagadougou 122
Tableau n°4.2. Abus sexuels relatés par les enquêté es 129

Chapitre 5

Tableau n°5.1. Proportions de jeunes (12-19 ans) ay ant déjà connu une union selon leur sexe, leur milieu d'habitat et quelques caractéristiques sociodémographiques. N=5955.....142
Tableau n°5.2. Proportions d'adolescents (12-19 ans) célibataires ayant déjà eu un rapport sexuel selon leur milieu d'habitat, leur sexe et quelques caractéristiques sociodémographiques. N=5491 143
Tableau n°5.3. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant été exposés au sida lors de leur dernier rapport sexuel (12 derniers mois) selon leur milieu de résidence. N=1125. 145
Tableau n°5.4. Variables indépendantes utilisées da ns les régressions logistiques multivariées sur l'exposition des adolescents au sida 150
Tableau n°5.5. Risques de contracter le sida lors d e leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans au niveau national .N=735. 152
Tableau n°5.6. Risques de contracter le sida lors d e leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans en milieu urbain.N=238. 153
Tableau n°5.7. Risques de contracter le sida lors d e leur dernier rapport sexuel chez les adolescentes en union de 14 à 19 ans au niveau national.N=378. 157
Tableau n°5.8. Facteurs prédictifs de l'exposition des adolescents de 12 à 19 ans au sida 158
Tableau n°5.9. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant été exposés à une grossesse non prévue lors de leur dernier rapport sexuel (12 derniers mois) selon leur milieu de résidence. N=921. 159
Tableau n°5.10. Variables indépendantes utilisées d ans les régressions logistiques sur l'exposition des filles et garçons sexuellement actifs aux grossesses non prévues 164
Tableau n°5.11. Risques de grossesses non prévues l ors de leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans au niveau national. N=644.....167
Tableau n°5.12. Risques de grossesses non prévues l ors de leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans en milieu urbain. N=222. 168
Tableau n°5.13: Risques de grossesses non prévues l ors de leur dernier rapport sexuel chez les adolescentes en union de 12 à 19 ans au niveau national. N=168. 170

Tableau n°5.14. Facteurs prédictifs de l'exposition des filles et garçons de 12 à 19 ans aux grossesses non prévues 171

Chapitre 6

Tableau n°6.1. Episodes d'initiation sexuelle des jeunes hommes et femmes enquêtés selon l'état matrimonial et le risque encouru.....177

Chapitre 8

Tableau n°8.1. Facteurs prédictifs de l'exposition des filles et garçons urbains sexuellement actifs de 12 à 19 ans au sida et aux grossesses non prévues en fonction de leur statut matrimonial..237
Tableau n°8.2. Situations d'exposition ou non aux risques sexuels vécues par les jeunes hommes et femmes à Ouagadougou et facteurs d'intelligibilité 238
Tableau n°8.3. Situations relationnelles vécues par les jeunes hommes et femmes ouagalais, comportements préventifs et risques encourus. 247

LISTE DES FIGURES

Chapitre 1

Figure n°1.1 : Carte des régions du Burkina Faso 12
Figure n°1.2. Prévalence du VIH chez les hommes et femmes de 15 à 49 ans en 2010 36

Chapitre 3

Figure 3.1. Processus de l'exposition à une grossesse non prévue ou au sida chez les jeunes . 76
Figure 3.2. Cadre conceptuel de l'exposition des jeunes hommes et femmes du Burkina Faso à une grossesse ou au sida 77

Chapitre 5

Figure n°5.1. Proportion de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel selon cette utilisation au premier rapport sexuel 147
Figure n°5.2. Proportion de garçons et filles ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel selon leur sentiment de pouvoir l'utiliser correctement/de pouvoir négocier son usage 148
Figure n°5.3. Proportions de filles de 12 à 19 ans ayant utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel selon le type de relation concerné 160
Figure n°5.4. Proportions de filles et garçons ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rapport sexuel selon leur sentiment de pouvoir utiliser correctement le préservatif (garçons)/ de pouvoir négocier l'utilisation du préservatif (filles) 163

Chapitre 8

Figure n°8.1. Processus de l'exposition des individus aux risques sexuels 241
Figure n°8.2. Processus d'exposition spécifique des jeunes urbains burkinabè au sida 242
Figure n°8.3. Processus d'exposition spécifique des jeunes urbains burkinabè aux grossesses non prévues 243
Figure n°8.4. Processus d'exposition des jeunes urbains burkinabè au double risque 243
Figure n°8.5. Processus conduisant à la double protection chez les jeunes urbains burkinabè 244
Figure n°8.6. Diagramme des facteurs et circonstances favorisant l'exposition aux risques liés à la sexualité chez les jeunes urbains burkinabè 245

LISTE DES ANNEXES

Annexe 0 : Abréviations et acronymes utilisés dans le texte....269

Chapitre 1

Annexe 1 : Aperçu des études explicatives sur la prévention des risques liés à la sexualité chez les jeunes....271

Chapitre 2

Annexe 2.1. : Aperçu des études sur la prévention des IST/Sida et/ou des grossesses non prévues chez les jeunes au Burkina Faso....277

Annexe 2.2 : Effectif des infrastructures et du personnel de santé au Burkina Faso en 2006 et normes de l'OMS....287

Chapitre 3

Annexe 3.1 : Guide d'entretien hommes et femmes ECAF....288

Annexe 3.2 : Exemple de trajectoire et de portrait : Paouni....290

Annexe 3.3 Concepts de l'étude et items des tableaux synthétiques du vécu sexuel et préventif des enquêtés....295

Annexe 3.4 : Tableaux synthétiquex d'épisodes sexuels et préventifs....298

Annexe 3.5 : Questionnaire individuel adolescents de l'Enquête nationale sur les Adolescents 2004 au Burkina Faso....299

Annexe 3.6 : Opérationnalisation des concepts en variables....346

Annexe 3.7 : Détail de la construction des variables à partir du questionnaire adolescents de l'ENA....351

Chapitre 5

Annexe 5.1 : Proportions de filles et garçons sexuellement actifs de 12 à 19 ans exposés au sida (non utilisation du préservatif) ou non en fonction des variables explicatives retenues. N=1125....357

Annexe 5.2 : Proportions de filles et garçons sexuellement actifs de 12 à 19 ans exposés à une grossesse non prévue (non utilisation de la contraception) ou non en fonction des variables explicatives retenues. N=821....359

Chapitre 8

Annexe 8.1 : Classification des épisodes sexuels et préventifs des jeunes hommes et femmes selon le risque encouru....361

Annexe 8.2 : Portraits commentés de deux jeunes (homme et femme) enquêtés à Ouagadougou....364

Introduction générale

> *« Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu »*. (Loi n°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant Santé de la reproduction au Burkina Faso, article 8).

La nécessité de respecter ce droit fondamental des hommes et femmes est régulièrement réaffirmée par les lois et politiques, tant au niveau national (Burkina Faso 2005 ; CNLS-IST 2010) qu'international (ONU 2011 ; Shaw 2006 ; UNPFA 2012). Il est reconnu que le respect de ces droits, en particulier en ce qui concerne les groupes les plus vulnérables, constitue un préalable indispensable pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Greer 2009). Cependant, en dépit des progrès enregistrés dans divers domaines de la santé reproductive des populations burkinabè, des défis demeurent. Notamment, les IST/Sida, les grossesses non prévues et leurs conséquences dans la tranche jeune de la population figurent au nombre des problèmes récurrents de santé reproductive au Burkina Faso.

De fait, la vision de « *zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida* » adoptée désormais par les Nations Unies en ce qui concerne l'infection à VIH (ONUSIDA 2012) est loin d'être atteinte au Burkina Faso. En l'occurrence, la configuration actuelle de l'épidémie de sida dans le pays montre que, en dépit des avancées enregistrées tant en termes de prévention que de traitement et de prise en charge des personnes touchées par le VIH, les efforts fournis jusqu'à présent s'avèrent insuffisants pour en venir à bout. Si l'on observe une baisse notable de la séroprévalence générale[1], on note aussi un transfert progressif des pics de séroprévalence des adolescents vers les jeunes adultes : le pic enregistré dans la distribution des taux par âge et par sexe chez les personnes de 15 à 49 ans en 2010 (2,4%) se situe chez les femmes de 30 à 34 ans. Par ailleurs, comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, les jeunes hommes et femmes les plus nantis, résidant en milieu urbain et également les plus instruits, sont les plus touchés par le sida. Dans le cas du Burkina Faso, cela fait des jeunes vivant en milieu urbain et plus précisément à Ouagadougou, une population particulièrement à risque de contracter le VIH de nos jours (INSD et ICF Int. 2012). Comme dans les autres pays en situation d'épidémie du VIH, l'impact de la maladie sur les familles est notable en termes de poids psychologique, social et économique et de difficultés de prise en charge des personnes infectées et affectées (Mehta 2006 ; PNUD 2001 ; Rodrigo et Rajapakse 2010). En l'état actuel de l'épidémie, les efforts doivent être maintenus pour toucher les poches de résistance à la baisse de la séroprévalence et les groupes les plus vulnérables (Merson et *al*. 2008), sachant que la transmission passe en majorité par la voie sexuelle au Burkina Faso (Lagarde et *al*. 2004).

Quant aux grossesses non prévues, elles alimentent, depuis des décennies, un des principaux problèmes de santé publique touchant les jeunes femmes burkinabè : les avortements provoqués clandestins. Une étude récente estimait le taux d'avortements

[1] Le taux de séroprévalence en population générale enregistré lors de l'EDS-MICS réalisée en 2010 est de 1% (1,2% chez les femmes et 0,8% chez les hommes de 15 à 49 ans) (INSD et ICF Int. 2012), ce qui dénote une considérable amélioration par rapport aux niveaux enregistrés dans les années 1990 (PNUD 2001). Le pays demeure néanmoins en situation d'épidémie. La prévalence des autres Infections Sexuellement Transmissibles n'est pas non plus négligeable (CNLS-IST 2010).

clandestins à 25 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans au niveau national (Sedgh et *al.* 2011). En 2001, il a été estimé qu'au moins 40 femmes sur 1000 âgées de 15 à 49 ans avaient déjà eu recours à un avortement provoqué à Ouagadougou (Rossier 2007). Les chercheurs s'accordent à dire que les adolescentes et les jeunes femmes célibataires, urbaines et instruites, sont les plus enclines à y recourir. Ces avortements s'expliquent non seulement par leur crainte de l'exclusion sociale dans un environnement où la grossesse prénuptiale demeure fortement stigmatisée et fait l'objet de sanctions sociales, mais aussi par les difficultés économiques de ces femmes et leur appréhension des conséquences d'une naissance sur leur formation et leurs perspectives d'avenir (Rossier 2007). En lien avec leur caractère illégal dans le pays, les conditions insalubres et clandestines de leur réalisation font de ces avortements provoqués une pratique aux répercussions désastreuses en termes de morbidité et de mortalité pour les jeunes femmes (Guillaume 2005 : Segdh et *al.* 2011).

Au-delà du respect des droits reproductifs des individus, les retombées des grossesses non prévues et des IST/Sida en termes de morbidité et de mortalité dans la population jeune posent donc un véritable problème de santé publique et de développement.

A la source de ces phénomènes figure la persistance de nombreux comportements à risque, qui laissent augurer des besoins non satisfaits en termes de prévention chez les jeunes. Au niveau national et surtout en milieu urbain, l'utilisation insuffisante des méthodes de prévention de ces risques par les jeunes en ayant besoin se conjugue avec des difficultés d'accès aux services et des échecs de prévention importants (INSD et ICF Int. 2012 ; Rossier et Ortiz 2011). Cela est observé autant pour le préservatif que pour les autres méthodes contraceptives.

Cet état de fait appelle de nouvelles questions : au Burkina Faso, il importe de comprendre la persistance de ces écueils malgré la place centrale accordée à la prévention dans les politiques et programmes en matière de santé reproductive des jeunes. Les recherches récentes, dans le pays et dans d'autres pays africains, mettent plusieurs facteurs explicatifs en exergue. De façon générale, les investigations s'orientent vers la prise en compte des changements vécus par les jeunes africains. Ces derniers vivent en effet une période de mutations économiques, sociales et culturelles qui re-questionnent les modalités de leur vie sexuelle, reproductive et préventive. Au Burkina Faso comme partout ailleurs, les représentations de la sexualité, y compris prénuptiale, celles de la procréation et des risques liés à la sexualité, les normes et valeurs en ce qui concerne le mariage et les relations de couple, les rapports de genre entre générations et entre hommes et femmes, sont autant de facteurs à prendre en considération pour comprendre la sexualité et la prévention chez ces jeunes.

De fait, l'examen des normes culturelles spécifiques des communautés en lien avec la sexualité peut apporter un éclairage supplémentaire sur l'exposition de l'individu à ces risques. Des investigations, menées notamment en Afrique australe, confirment le lien entre

les représentations sociales de la masculinité, de la sexualité et du sida chez les individus et leurs attitudes et comportements à l'égard des risques d'IST/Sida et de grossesse dans leurs relations sexuelles (Sorrel et Raffaelli 2005). De même, en plus des entraves à l'accès des services favorisées par la stigmatisation de la sexualité prénuptiale dans certaines sociétés africaines, les inégalités de genre sont citées comme étant l'un des principaux facteurs entravant le recours à une prévention correcte chez les jeunes (Langen 2005 ; Luke 2005).

Ces différents constats renforcent le fait qu'il convient, notamment dans l'analyse de l'exposition au VIH, d'appréhender la vulnérabilité des individus, non en tant que concept figé, mais plutôt comme un état lié à leurs trajectoires individuelles et relationnelles et au contexte social de leur activité sexuelle (Delor et Hubert 2000). En effet, il est établi que les jeunes constituent une population hétérogène dont les besoins préventifs évoluent, non seulement en fonction des relations vécues, mais aussi tout au long de leur vie relationnelle. De même, l'activité sexuelle est de plus en plus à dissocier du mariage chez les jeunes burkinabè, d'où une attention croissante à la sexualité chez les adolescents et jeunes célibataires, ses motivations et ses modalités (Wood 2012). Les besoins préventifs des jeunes adultes évoluent selon la nature des relations de couple et avec l'émergence des désirs d'enfant et des ambitions matrimoniales à cet âge. Quant aux jeunes couples en union, au-delà des entraves à la prévention habituellement documentées chez les jeunes en Afrique subsaharienne, les normes de genre au sein de l'union et les représentations des rôles respectifs des époux, de la féminité et de la masculinité exacerbent leurs difficultés de prévention des IST/Sida (Attané 2009 ; Mazzocchetti 2007). A titre d'exemple, un facteur important spécifique à ces couples réside dans leur désir d'enfant, désir incompatible avec l'usage du préservatif. Largement explorée dans d'autres pays africains (Desgrées du Loû 2005 ; Francis et Rimensberger 2008 ; Perumal 2011 ; Reddy 2011), la problématique de la prévention du sida dans les jeunes couples en union mérite d'être étudiée également dans le contexte burkinabè.

La persistance de niveaux élevés de besoins non satisfaits en matière de prévention chez les jeunes burkinabè a suscité cette recherche. L'objectif poursuivi par cette thèse est de *contribuer à une meilleure compréhension du mécanisme par lequel les jeunes femmes et hommes urbains du Burkina Faso sont exposés aux risques liés à la sexualité et de l'articulation des facteurs en jeu dans les difficultés de prévention qu'ils rencontrent.* D'un point de vue pratique, ce travail devrait apporter des informations utiles pour l'affinement des programmes de prévention en direction de cette population cible, concourant ainsi à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en ce qui concerne leur santé reproductive (objectifs 5 et 6 notamment) (ONU 2000).

Problématiques encore relativement peu explorées au Burkina Faso, l'évolution des besoins préventifs des jeunes burkinabè et le mécanisme de leur exposition aux risques liés à la sexualité seront analysés dans cette étude, selon une perspective biographique. L'interrogation principale à laquelle cette recherche vise à répondre est la suivante : *Dans*

quelle mesure les jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso sont-ils exposés aux grossesses non prévues et/ou au sida, pris séparément et sous l'angle du double risque, et quels sont les obstacles à une prévention correcte dans leur pratique sexuelle ?

Cette question se décline en plusieurs interrogations secondaires, à savoir :

1. Quels sont les niveaux actuels d'exposition des adolescents urbains du Burkina Faso aux grossesses non prévues et au sida dans leur vie sexuelle ?

2. Dans une perspective biographique, quels sont les besoins spécifiques des jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso en matière de prévention des risques liés à la sexualité, de leur initiation sexuelle à leur vie en union ?

3. Quelle est, aux différentes étapes de leur vie sexuelle, l'influence des facteurs aux niveaux macro (sociétal), méso (famille et réseau social) et micro (couple et individu) sur la façon dont les jeunes évaluent les risques de grossesse non prévue et y font face en milieu urbain burkinabè ?

4. Quelle est, aux différentes étapes de leur vie sexuelle, l'influence des facteurs aux niveaux macro (sociétal), méso (famille et réseau social) et micro (couple et individu) sur la façon dont les jeunes évaluent les risques de contamination par le VIH et y font face en milieu urbain burkinabè ?

5. Comment la prévention contre le VIH et la contraception interagissent-elles dans le vécu préventif des jeunes urbains du Burkina Faso ?

Ces questions ont été examinées à partir de données quantitatives et qualitatives. Les premières sont issues de l'Enquête Nationale sur les Adolescents (ENA) réalisée au Burkina Faso en 2004 dans le cadre du projet « *Protéger les prochaines générations : comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes*» mis en œuvre également dans trois autres pays (à savoir le Ghana, le Malawi et l'Ouganda). 6489 filles et garçons de 12 à 19 ans ont été interrogés au Burkina Faso sur divers aspects de leur vie sexuelle, reproductive et préventive. Quant aux données qualitatives utilisées, il s'agit de 77 entretiens semi-directifs recueillis auprès de jeunes hommes et femmes de 18 à 40 ans à Ouagadougou entre 2005 et 2007 dans le cadre du projet Emergency Contraception in AFrica (ECAF). Dans le but premier d'identifier les apports potentiels de la contraception d'urgence progestative pour la réduction du recours à l'avortement provoqué chez les jeunes dans quatre pays africains (à savoir le Burkina Faso, le Ghana, le Sénégal et le Maroc), ce projet a recueilli des données très approfondies sur leurs biographies relationnelles, sexuelles, reproductives et préventives dans les quatre capitales.

Cette thèse est présentée en deux parties et huit chapitres.

La première partie traite de l'approche théorique et méthodologique de l'étude. Le chapitre 1 présente le milieu de vie des jeunes du Burkina Faso, au niveau national, en milieu urbain et spécifiquement dans la ville de Ouagadougou. Précisément, le contexte démographique, socioéconomique et institutionnel du pays et la situation des jeunes burkinabè vis-à-vis des grossesses non prévues et des IST/Sida sont exposés. La littérature sur la gestion des risques liés à la sexualité par les jeunes en Afrique subsaharienne et les principaux aspects du vécu sexuel et reproductif des jeunes burkinabè sont ensuite analysés dans le chapitre 2. Le troisième chapitre présente le cadre théorique, les données et la méthodologie utilisées dans l'étude.

La deuxième partie de la thèse se focalise sur les résultats des analyses effectuées à partir des deux bases de données utilisées. Dans le chapitre 4, le parcours de vie sexuelle et préventive des jeunes interrogés à Ouagadougou est documenté et discuté. Les chapitres qui suivent s'intéressent, chacun de façon spécifique, aux mécanismes de gestion des risques de grossesse non prévue et de contamination par le VIH lors des principales étapes de vie sexuelle identifiées chez les jeunes à partir des entretiens qualitatifs. Les résultats présentés se basent, soit sur des analyses quantitatives et qualitatives de l'exposition des adolescents aux risques sexuels, soit sur des analyses qualitatives des difficultés de prévention rencontrées par les jeunes de Ouagadougou aux différentes étapes de leur vie sexuelle. Ainsi, à partir d'analyses mixtes, le cinquième chapitre examine l'exposition des adolescents urbains et de l'ensemble du pays aux risques suscités par leur comportement sexuel. Le sixième chapitre traite de cette question en ce qui concerne les jeunes en relation sans visée matrimoniale à Ouagadougou. Le dernier groupe analysé (dans le chapitre 7) est celui des jeunes couples inscrits dans la durée à Ouagadougou. Enfin, à partir d'analyses agrégées, le dernier chapitre présente une synthèse relative aux besoins préventifs et aux facteurs associés à la gestion des risques sexuels des jeunes burkinabè et ouagalais, de leur initiation sexuelle à leur vie en union.

Première partie : Volet théorique

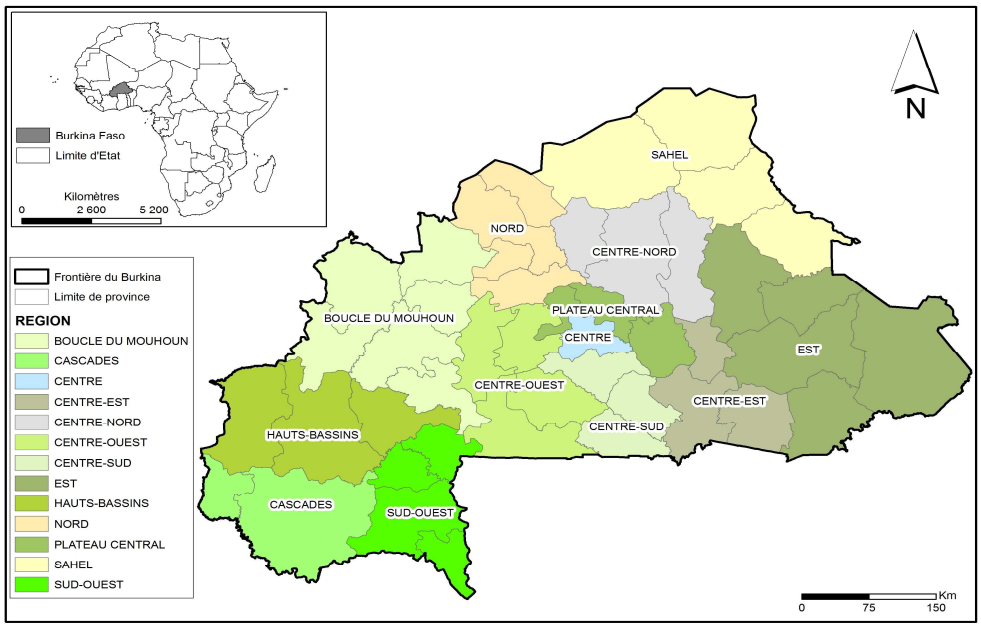
Chapitre 1 : Les jeunes de Ouagadougou et du Burkina Faso : Milieu de vie et exposition aux risques liés à la sexualité

Introduction

Ce chapitre présente le contexte dans lequel évoluent les jeunes du Burkina Faso et leur vécu en matière de santé sexuelle et reproductive. Il comporte six sections. La première présente brièvement le pays sur les plans physique et politique. Dans la seconde section sont présentées la démographie et les conditions de vie des populations burkinabè et de celles de la ville de Ouagadougou en particulier. La troisième section dépeint leur environnement socioculturel. Le cadre institutionnel de la santé reproductive des jeunes est ensuite décrit en quatrième position. Enfin, la dernière section porte sur la situation des jeunes burkinabè et ouagalais en ce qui concerne les IST/Sida et les grossesses non prévues.

1.1. Géographie et organisation du territoire

Situé dans la Boucle du Niger au cœur de l'Afrique de l'Ouest (figure 1.1), le Burkina Faso couvre une superficie de 272 967 km². Il a des frontières communes avec six pays : le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud (Burkina Faso 2009b). Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions (figure 1.1), 45 provinces, 352 départements et près de 9 000 villages. La capitale politique, Ouagadougou, est située au centre du pays, au sein de la région du Centre et dans la province du Kadiogo (Hien et Compaoré 2004).



Source : Fond de carte de l'Institut Géographique du Burkina (IGB).

Figure n°1.1 : Carte des régions du Burkina Faso

1.2. Démographie et conditions de vie des populations

Cette section porte sur les caractéristiques sociodémographiques de la population du Burkina Faso en général et de la ville de Ouagadougou en particulier.

1.2.1. Démographie

La population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants[2] lors du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) réalisé en 2006, avec un rapport de masculinité de 93 hommes pour 100 femmes à l'échelle du pays[3]. Cette population est en pleine croissance, avec un accroissement annuel moyen de 3,1% entre 1996 et 2006 (contre 2,4% entre 1985 et 1996) (Burkina Faso 2009b). Le pays est diversement peuplé selon les régions : la région du Centre, région la plus peuplée comprenant la ville de Ouagadougou, abrite 12,3% de la population nationale tandis que la région la moins peuplée, celle des Cascades, en abrite 3,8%. Ses principales caractéristiques résident dans la jeunesse de sa population, des taux de fécondité restant élevés malgré une nette tendance à la baisse en milieu urbain, ainsi que des indicateurs élevés en matière d'analphabétisme, de morbidité et de mortalité, de chômage et de sous-emploi.

[2] Il s'agit de la population de droit. Ce chiffre de population comprend les résidents présents (13 607 139 habitants), les résidents absents (410 123 habitants) et les visiteurs (178 997 habitants).
[3] Le pays comptait 6 768 739 hommes pour 7 248 523 femmes.

☞ Une population jeune et une urbanisation croissante.

La population burkinabè est très jeune : Quarante-six pour cent de la population a moins de 15 ans et les personnes de 65 ans et plus en représentent moins de 4%. Sa structure par sexe et par âge varie fortement selon le milieu de résidence. Une de ses particularités est sa forte mobilité, principalement due à des raisons économiques. En 2006, le Burkina Faso enregistrait un solde migratoire international positif[4]. Quant à la migration interne, elle se dirige d'abord des zones rurales vers les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, les deux plus grandes villes du pays. Chez les femmes, qui représentent 57% de ces migrants internes, ces mouvements sont en majorité liés au mariage et au regroupement familial (Burkina Faso 2009h).

La population urbaine[5], qui comprenait 22,7% de la population du pays en 2006, évolue au rythme de 7,1% par an, ce qui laisse augurer de son doublement en 10 ans si cette croissance se maintient[6]. Elle est très inégalement répartie : les deux grandes villes de Ouagadougou (46,4%) et Bobo Dioulasso (15,4%) concentrent 61,8% de la population urbaine alors que les vingt dernières villes (sur 49) en comptent moins de 4% (Burkina Faso 2009b, 2009i). Celle de Ouagadougou avait une population estimée à 1 475 223 habitants en 2006. Du fait de la forte immigration des populations d'âge actif (15 à 64 ans), les effectifs de cette tranche d'âge y sont particulièrement importants (Burkina Faso 2009a). Ces personnes constituent près des deux-tiers de sa population contre 50% au niveau national (Burkina Faso 2009a).

☞ Une nuptialité quasi-universelle et une fécondité élevée, mais en baisse rapide dans les villes

Le mariage[7] est quasiment universel au Burkina Faso comme dans de nombreux pays africains (Burkina Faso 2009c ; Gnoumou Thiombiano 2008 ; INSD et ICF Int. 2012 ; Tabutin et Schoumaker 2004). En effet, près de 8 femmes en âge de procréer sur 10 et six hommes sur 10 étaient en union lors de l'EDS-MICS réalisée en 2010. Bien que la polygamie soit plus répandue en milieu rural que dans les villes (respectivement 27% et 8% des hommes de ces

[4] On enregistrait 6 687 personnes entrantes de plus que celles qui sont sorties du territoire (Burkina Faso 2009h). Ce plus grand nombre d'entrées, qui tend à devenir courant ces dernières années, est en partie lié aux vagues de migrations de retour des burkinabè vivant auparavant en Côte d'Ivoire (près de 3 entrants sur 4 durant l'année 2006 provenaient de la Côte d'Ivoire). La Côte d'Ivoire était en effet la principale destination des migrants internationaux, cela principalement pour des raisons historiques et économiques. Ces retours sont liés aux troubles politiques en Côte d'Ivoire depuis la fin des années 1990 et à l'insécurité qui en a résulté pour les burkinabè qui y résidaient (Burkina Faso 2009h).

[5] Lors du RGPH de 2006, ont été considérées comme villes les 49 communes urbaines que sont les 45 Chefs-lieux de province et les quatre villes suivantes: Bittou, Garango, Niangoloko et Pouytenga (Burkina Faso 2009b).

[6] Il faut souligner que les choix variables de critères d'urbanisation lors des opérations de collecte successives et les redécoupages fréquents de la structure administrative du pays rendent difficiles les comparaisons entre périodes.

[7] L'union est considérée ici au sens large. Cela inclut tous les types de célébration (civile, religieuses et coutumières) et les unions de faits déclarées par les enquêtés.

milieux sont polygames, avec une moyenne de deux épouses par homme polygame), la pratique demeure présente dans toutes les couches de la population, y compris les plus instruites (INSD et ICF Int. 2012).

Depuis une cinquantaine d'années, on observe une nette évolution du calendrier de la nuptialité dans les localités urbaines du pays. Ce fait est surtout perceptible dans le recul de l'âge au mariage. Ainsi, à Ouagadougou, la nuptialité se caractérise par des âges d'entrée en première union plus élevés que partout ailleurs dans le pays. L'âge médian au mariage y est passé de 25,3 ans chez les hommes et 17,7 ans chez les femmes en 2003 à respectivement 27,8 ans et 19,8 ans en 2010 (tableau 1.1). Ce recul, constant depuis plusieurs décennies, est lié principalement aux progrès en matière de scolarisation, et notamment, de scolarisation des filles (INSD et ICF Int. 2012).

Tableau n°1.1. Ages médians à la première union et à la première naissance chez les hommes (de 30 à 59 ans) et femmes (de 25 à 49 ans) au Burkina Faso en 2010

Caractéristiques	Burkina Faso		Milieu rural		Milieu urbain		Ouagadougou	
	Hommes (ans)	Femmes (ans)	Hommes (ans)	Femmes (ans)	Hommes (ans)	Femmes (ans)	Hommes (ans)	Femmes (ans)
Age médian à la première union	26,5	17,8	25,1	17,6	27,4	19,2	27,8	19,8
Age médian à la première naissance	*	19,5	*	19,2	*	20,6	*	21,4

Source : EDSBF- MICS IV BF (2010)
* Données non disponibles

Quant aux niveaux de fécondité, ils ont peu évolué au Burkina Faso depuis les premières mesures du phénomène dans les années 1960. Avec un indice synthétique de fécondité de 6 enfants par femme en 2010, il enregistre toujours l'un des plus hauts niveaux de fécondité au monde (INSD et ICF Int. 2012). Comme dans la plupart des pays en développement, les niveaux de fécondité les plus élevés du pays s'observent chez les femmes rurales, mariées, sans instruction et pauvres (qui représentent actuellement la grande majorité des femmes en âge de procréer)[8]. Le pays demeure dans une relative stabilité à cet égard, avec une tendance des populations, notamment rurales, à s'inscrire dans un schéma de descendance nombreuse. Tout comme chez les femmes des générations les plus anciennes, le milieu de résidence discrimine fortement les adolescentes en matière de fécondité. Ainsi, en 2010, 29% d'entre elles avaient commencé leur vie féconde en milieu rural contre 13% en milieu urbain. Cela est compréhensible quand on sait que la fécondité adolescente est en général fortement

[8] En toute logique avec ces résultats, on observe que la pratique contraceptive moderne dans le pays est surtout le fait des femmes appartenant aux plus jeunes générations, urbaines, et plus particulièrement, des femmes célibataires sexuellement actives. De fait, la ville de Ouagadougou enregistre les niveaux de fécondité les plus bas parmi les localités du pays. On relève en effet un écart de trois enfants dans les nombres moyens d'enfants par femme entre le milieu rural (6,7) et la capitale (3,4). Le niveau de fécondité y a baissé de 2,3 enfants entre 1985 et 2010 (INSD et ICF Int. 2012). Ces écarts entre milieux de résidence sont le reflet de l'association positive entre niveaux d'instruction, niveau de vie et fécondité relevés dans les études (Congo 2007 ; Doumbia 1989 ; INSD et Macro 2000 ; INSD et ORC Macro 2004 ; Trussel et *al*. 1989 ; Van de Walle et Ouaidou 1985).

associée au mariage précoce, pratique beaucoup plus fréquente dans les campagnes que dans les villes (Burkina Faso 2009a, 2009f ; INSD et ICF Int. 2012).

☞ ***Des niveaux de morbidité et de mortalité importants***

Les niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile sont révélateurs du niveau de santé d'une population. Ceux du Burkina Faso figurent parmi les plus élevés des pays en développement (OMS 2008). En 2006, on dénombrait 307 décès maternels chez les femmes de 15 à 49 ans pour 100 000 naissances vivantes. Parmi les femmes en âge de procréer, les plus jeunes et les plus âgées connaissent les niveaux de mortalité maternelle les plus élevés. Cette situation est en partie liée à leur plus grande vulnérabilité biologique (Burkina Faso 2009g). Environ 80% de ces décès maternels sont dus à des complications obstétricales, y compris celles faisant suite à des avortements provoqués[9], et 20% à des causes médicales telles que l'anémie, le paludisme, l'hépatite ou le sida.

A propos des avortements provoqués, des recherches récentes ont permis d'estimer[10] qu'en 2008, la proportion de femmes de 15 à 49 ans en ayant subi un était de 25‰. A cause des conditions dans lesquelles ils se déroulent (clandestinité, insalubrité et usage de méthodes nocives), plus du quart de ces avortements ont été suivis de complications (Rossier 2005 ; Segdh et *al.* 2011). La situation est aggravée par la pauvreté multidimensionnelle dépeinte dans l'exposé de l'environnement de vie des jeunes[11].

A l'image de la mortalité maternelle, celle des enfants de moins de cinq ans connaît des niveaux élevés au Burkina Faso. Pour la période de quatre ans qui précède l'EDS-MICS de 2010, sur 1000 naissances, 65 enfants décédaient avant d'atteindre leur premier anniversaire. Sur 1000 enfants âgés d'un an, 68 n'atteignaient pas non plus leur cinquième anniversaire. Ces décès sont liés, pour la plupart, aux maladies endémo-épidémiques telles que la rougeole, le paludisme et la méningite[12].

Les décès répertoriés en 2006 au sein de la population totale sont imputés en premier lieu au paludisme (45,8%), suivi de la méningite (13,3%), de l'anémie (7,8%) et des infections respiratoires basses (6,5%). Le sida demeure la pathologie la plus létale dans le pays (tous âges confondus), avec un taux de létalité de 15,4% (Statistiques sanitaires 2006, DEP Santé

[9] Il s'agit notamment des hémorragies, des septicémies et des éclampsies.
[10] Dans l'étude réalisée par Segdh et ses collègues (2011), les niveaux d'avortements ont été estimés, d'une part à partir d'informations hospitalières et provenant de professionnels de la santé sur les femmes hospitalisées ou traitées pour des complications d'avortement, et d'autre part, à partir des récits faits par les femmes des avortements vécus par leurs confidentes.
[11] Il s'agit notamment de la faiblesse de l'offre sanitaire dans le domaine des soins obstétricaux, du comportement procréateur des populations (fécondité à la fois précoce et tardive en plus d'être rapprochée), des attitudes et pratiques culturelles néfastes pour la santé des femmes et des enfants (interdits alimentaires, mutilations génitales féminines, etc.) et du faible statut socioéconomique de la femme. Toutes choses qui concourent également à une faible accessibilité et une faible fréquentation des services de santé par les femmes les plus démunies.
[12] Plus précisément, les quotients de mortalité infantile et juvénile s'élèvent respectivement à 65‰ et 68‰. On remarque une amélioration par rapport aux niveaux enregistrés lors de l'EDS 2003 (ils étaient alors de respectivement 81‰ et 111‰) (INSD et ICF Int. 2012).

cité par Burkina Faso 2009g). Le Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2006-2010 indiquait d'ailleurs que la mortalité féminine dans le pays était essentiellement liée à la procréation, tandis que celle des enfants était imputable aux maladies endémiques[13] et que les jeunes mouraient d'abord de causes liées au sida (Ministère de la santé 2007).

Comme dans les autres domaines, la région du centre et notamment, la ville de Ouagadougou, sont nettement mieux loties que le reste du pays (INSD et ICF Int. 2012).

Enfin, les progrès réalisés en matière d'espérance de vie lors de la décennie 1996-2006 semblent marquer un ralentissement par rapport à ceux de la décennie 1985-1996. Ce ralentissement pourrait être associé à l'effet de facteurs tels que le sida. L'espérance de vie à la naissance en 2006 était de 56,7 ans, avec un écart de 2 ans entre les femmes (57,5 ans) et les hommes (55,8 ans). Les populations rurales sont, là également, fortement défavorisées, avec une espérance de vie de neuf ans inférieure à celle des citadins (respectivement 55,1 ans et 64,3 ans). La région du Centre, et particulièrement la ville de Ouagadougou, se distingue avec l'espérance de vie la plus élevée du pays (65,5 ans pour les hommes et 68,0 ans pour les femmes) (Burkina Faso 2009g).

1.2.2. Conditions de vie des populations

Les inégalités observées dans les indicateurs démographiques reflètent en partie les différences de conditions de vie des populations. En 2012, le Burkina Faso était classé 183^{ième} sur 186 pays en matière de développement humain (PNUD, 2013). Ce classement est la résultante des faibles indicateurs socioéconomiques du pays, aussi bien en matière de scolarisation et de santé que de niveau de vie. Les groupes vulnérables que constituent les femmes et les enfants sont particulièrement démunis.

- ☞ **Une population encore très peu instruite**

La population burkinabè reste peu instruite : en 2006, huit personnes sur dix n'avaient jamais fréquenté l'école parmi la population âgée de 25 ans et plus. On relève de fortes disparités entre les milieux urbain et rural (respectivement 56,3% et 16,9% d'instruits) (Burkina Faso 2009d). Ces différences proviennent des inégalités importantes en matière de scolarisation, non seulement entre hommes et femmes, mais également entre catégories sociales (Kobiané 2006 ; Pilon et Wayack 2003). Il existe en effet un écart de 10 points entre le niveau d'instruction des femmes (21,6%) et celui des hommes (31,1%) au niveau national (Burkina Faso 2009d ; INSD 2010). De façon générale, le système scolaire est caractérisé par l'importance numérique de l'enseignement primaire (qui concerne actuellement près des trois

[13] Le pays connaît régulièrement des épidémies importantes de maladies telles que la méningite, la rougeole et le choléra. Les affections telles que le paludisme, les affections respiratoires et les diarrhées (qui alimentent fortement la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle), y sont aussi courantes. Cet état de fait résulte de la conjonction de facteurs environnementaux, biologiques, culturels, économiques, démographiques, institutionnels et politiques (Ministère de la santé 2007).

quarts des élèves) et la forte sélectivité du système éducatif[14] en allant du primaire au supérieur. De même, le taux d'alphabétisation général est faible, avec aussi de fortes inégalités entre hommes et femmes et une différence notable entre milieux urbains et ruraux ainsi qu'entre catégories sociales.

Les niveaux de scolarisation sont meilleurs à Ouagadougou que dans le reste du pays. Le taux net de scolarisation au primaire des enfants ouagalais (qui est de 81,1%, soit 83,6% pour les garçons et 78,6% pour les filles) représentait en 2006 quasiment le double de celui enregistré au niveau national (41,4%, soit 43,7% chez les garçons et 39,0% chez les filles) ; le taux d'alphabétisation y était également deux fois plus élevé qu'au niveau national[15] (Burkina Faso 2009a, 2009d). La sous-représentation des filles est notable à tous les niveaux.

La situation de la scolarisation dans le pays peut être résumée de la façon suivante : les enfants ayant le plus de chances d'aller à l'école sont les garçons vivant en ville, issus de ménages dirigés par une femme, dont le chef de ménage est instruit et chrétien catholique, appartenant à une catégorie sociale aisée, qui sont bien les enfants du chef de ménage et non des enfants confiés, et qui sont, en outre, exempts de handicap (Kobiané 1999, 2006 ; Pilon et Wayack 2003).

- ☞ **Un système de santé insuffisant et en quête d'équité.**

Comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, l'évolution de la politique sanitaire du Burkina Faso a été influencée par deux principaux courants. Aux lendemains des indépendances, après de premières actions visant à mettre en place et à organiser le système de santé, le Burkina Faso a adhéré à la déclaration d'Alma Ata (1978). Cette déclaration, qui affirmait surtout la nécessité de mettre en place des « *soins de santé primaires* »[16], visait à atteindre « l*a santé pour tous en l'an 2000* ». Dans cette lancée, le gouvernement révolutionnaire d'alors[17] a lancé l'opération « *un village, un poste de santé primaire* », en mettant l'accent sur l'implication des communautés dans l'organisation et l'offre de services de santé aux populations. L'Initiative de Bamako (IB), qui visait principalement la réduction de la mortalité maternelle et infantile, est ensuite venue en renforcement de cette politique (Nitiéma et *al.* 2003). Par la suite, le système sanitaire a connu une importante

[14] L'espérance de vie scolaire est très faible : un enfant scolarisé à 6 ans au Burkina Faso peut espérer rester dans le système scolaire pendant seulement 5,5 ans en moyenne (6,1 ans pour les garçons et 4,9 ans pour les filles), soit à peine la durée du cycle primaire (Burkina Faso 2009d).

[15] En 2006, le taux d'alphabétisation était de 59,9% (66,3% chez les hommes et 53,2% chez les femmes) à Ouagadougou contre 22,5% (29,7% chez les hommes et 16,3% chez les femmes dans l'ensemble du pays) (Burkina Faso 2009a, 2009d).

[16] Il s'agissait de rendre les soins de santé de base accessibles aux populations au niveau décentralisé. Cela devait être réalisé en instaurant, entre autres mesures, une plus grande équité dans l'accès aux soins, une participation communautaire accrue, une approche multisectorielle et des activités de promotion de la santé.

[17] Le Burkina Faso a connu de 1983 à 1987 un régime révolutionnaire, la Révolution Démocratique et Populaire, dirigée par le Président Thomas Sankara. Elle a donné une forte impulsion au pays, tant sur le plan du changement des mentalités que du développement socio-économique et de la promotion du statut de la femme.

réforme portant essentiellement sur sa décentralisation[18] et le recouvrement des coûts afin d'assurer sa pérennité aux différents échelons. Depuis, une Politique Sanitaire Nationale (PSN), un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et divers programmes spécifiques aux problèmes de santé publique régissent l'offre de santé.

En dépit de ce foisonnement de textes et de programmes, l'offre sanitaire du pays est encore loin de répondre aux normes internationales (annexe 2.2). Ces insuffisances contribuent à maintenir une morbidité et une mortalité élevées[19] au sein de la population. Par exemple, seulement 76% des accouchements avaient été assistés par un personnel qualifié[20] en 2010. A l'instar des autres domaines, la ville de Ouagadougou est, de loin, la localité la mieux dotée du pays en matière d'infrastructures sanitaires[21].

Une étude visant à évaluer l'efficacité des politiques publiques de santé dans le pays a conclut à une relative inefficacité des deux politiques sanitaires majeures (soins de santé primaire et Initiative de Bamako). Pour les femmes, les populations les plus pauvres et les moins éduquées en général, les entraves aux soins sont géographiques, financières et culturelles (Nitiéma et *al.* 2003). De façon générale, il est établi que les politiques et programmes ambitieux développés par les acteurs publics et privés dans le domaine de la santé peinent à atteindre leurs objectifs (Amnesty International 2009).

☞ **Une population active importante, mais cantonnée à une économie agricole en milieu rural et au secteur informel dans les villes**

La population active[22] burkinabè appartient en majorité au milieu rural, dont les actifs représentent près de 80% de ceux du pays. Trois faits notables la caractérisaient en 2006 :

- Le taux d'activité est plus important en milieu rural (80,2%) qu'en milieu urbain (57,4%).
- Bien que plus nombreuses dans la population générale, les femmes restent minoritaires au sein de la population active (54,7% d'hommes et 45,3% de femmes, soit un rapport de masculinité de 120).
- Ces dernières sont plus actives en milieu rural (70,3%) où elles s'investissent dans les travaux agricoles, qu'en milieu urbain (39,8%) (Burkina Faso, 2009e).

[18] Le système de santé burkinabè est actuellement organisé selon une structure pyramidale en trois niveaux :
- Le niveau central qui comprend les directions et structures centralisées du Ministère.
- Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions Régionales de la Santé (au nombre de 13, soit une dans chaque Chef-lieu de région).
- Le niveau périphérique composé des districts sanitaires.

[19] Voir la page 15.
[20] Outre les médecins, il s'agit des sages-femmes et des infirmiers (Amnesty International 2009).
[21] Elle abrite deux hôpitaux nationaux, à savoir le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO) et le Centre Hospitalier Pédiatrique Charles de Gaulle. Son aire sanitaire est répartie en quatre districts sanitaires comprenant quatre centres médicaux avec antenne chirurgicale et une soixantaine de centres de santé et de promotion sociale (CSPS). La ville abrite en outre de nombreuses formations sanitaires privées et confessionnelles.
[22] Elle se décompose en actifs occupés (97,6%), en actifs non occupés (2,4%), en chômeurs (0,5%) et en individus en quête du premier emploi (1,9%).

Le taux de dépendance économique[23] est de 174%, soit 165% en milieu rural et 210% en milieu urbain. Cette différence s'explique par le taux d'activité plus élevé en milieu rural. Le milieu urbain comporte non seulement plus de chômeurs et d'inactifs, mais également une population scolaire (donc dépendante) plus importante.

Quant à la ville de Ouagadougou, elle a évolué, depuis la période précoloniale, d'une économie essentiellement agricole à la prédominance du secteur tertiaire (Hien et Compaoré 2004). Avec 41,4% de résidents actifs, on y retrouve les mêmes inégalités en matière d'emploi que dans le reste du pays. L'important déséquilibre entre les sexes (68,1% des hommes sont actifs contre 31,9% des femmes) s'accompagne d'une prédominance des actifs très jeunes (de 15 à 30 ans)[24] (Burkina Faso 2009e). Parmi ces actifs, les travailleurs indépendants (45,5%) et les salariés ou employés (43,1%) dominent. Tandis que les femmes sont majoritaires du côté des aides familiaux, les hommes sont plus nombreux du côté des employeurs, des travailleurs indépendants et des salariés. De fait, environ six ménages sur dix tirent une partie ou l'ensemble de leurs revenus des activités de production informelle[25] à Ouagadougou. Les femmes sont particulièrement actives dans ce secteur, mais y demeurent défavorisées par rapport aux hommes[26] (Burkina Faso 2003b).

- **Des niveaux de vie très bas**

La précarité de l'emploi explique en grande partie la pauvreté multidimensionnelle dans laquelle vivent les ménages burkinabè. En 2003, 46,3% de la population vivait sous le seuil de pauvreté, alors estimé à 82 672 CFA[27] par adulte et par an (Burkina Faso 2003a). Face à cette pauvreté (dont les informations présentées plus haut montrent assez le caractère multidimensionnel), des actions visant à la réduire ont été entreprises par les autorités avec l'appui des institutions internationales et de la société civile. Au nombre de celles-ci, le gouvernement burkinabè a élaboré en 2010 une Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD), dont les objectifs s'inscrivent également dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (Burkina Faso 2010).

[23] Ce taux a été obtenu en rapportant la population de moins de 15 ans, celle de 65 ans et plus, celle inactive et celle des chômeurs, à la population active occupée. Il correspond au nombre de personnes à charge pour 100 actifs occupés (Burkina Faso 2009e).
[24] 2,2% des actifs de la ville sont âgés de moins de 15 ans (Burkina Faso 2009e).
[25] Ces unités sont principalement caractérisées par leur non-enregistrement administratif et/ou l'absence de comptabilité écrite. Considérées comme une réponse des ménages à la crise économique, elles se caractérisent par leur très grande précarité. On note, dans ce secteur, une absence de protection sociale, un revenu très bas et une très faible capacité d'épargne. Il absorbe en grande partie des jeunes de moins de 26 ans, essentiellement des jeunes déscolarisés, qui y viennent en l'absence d'emplois à leur portée dans le secteur formel.
[26] Près de la moitié (47,3%) de ces emplois informels sont occupés par des femmes. Ces dernières se retrouvent souvent dans les emplois les plus précaires, travaillant à leur propre compte dans les domaines de la confection, de la restauration et du commerce de détail hors magasin ou en tant qu'aide-ménagères ; les hommes exercent plutôt leurs activités informelles dans le bâtiment, les transports, la réparation, le commerce général et les services divers.
[27] 126 Euros environ.

On assiste malgré tout à une paupérisation croissante dans le pays. En 2006, 40,1% des ménages du Burkina Faso ont été enregistrés comme pauvres[28], avec un déséquilibre important en défaveur du milieu rural (52,9% des ménages y étaient classés comme pauvres contre 5% de ceux du milieu urbain). Outre les indicateurs sociodémographiques mentionnés plus haut, le caractère multidimensionnel de cette pauvreté se reflète dans la faible satisfaction des besoins de base des ménages[29] (Burkina Faso 2009k).

1.3. Environnement socioculturel des jeunes : une société en mutation

Les jeunes du Burkina Faso vivent dans un environnement multiculturel. En effet, la population burkinabè est constituée d'une soixantaine d'ethnies d'importance numérique inégale[30], qui peuvent être regroupées en une douzaine de groupes ethniques[31] sur la base des critères de langue, d'origine et d'organisation sociale (Kobiané 1999).

Cette composition ethnique se reflète dans la ville de Ouagadougou. Siège de la chefferie moaga, la ville a évolué du statut de capitale du Moogo[32] central dans la période précoloniale[33] à celui de principale ville de la colonie de Haute Volta dès sa constitution en 1919. Elle devint ensuite la capitale politique de la Haute Volta indépendante, puis du Burkina Faso (Hien et Compaoré 2004). Située en plein dans le Royaume moaga, la ville abrite une population appartenant majoritairement à cette ethnie. Néanmoins, du fait de sa position de capitale politique du pays (qui constitue lui-même un carrefour routier pour la sous-région ouest-africaine), elle est le lieu d'un brassage important de populations d'origines diverses. On y trouve un environnement multiculturel, même si les normes culturelles moosé semblent dominer (la langue de cette ethnie est effectivement la langue usuelle de la majorité de la population, ce qui est indubitablement le signe d'une grande influence culturelle).

[28] Une analyse de la pauvreté multidimensionnelle a été réalisée lors du RGPH 2006. L'indicateur composite construit intègre, au moyen d'une Analyse en Composantes Principales, des variables rendant compte des conditions de vie des ménages (approvisionnement en eau, mode d'aisance, moyen énergétique d'éclairage et de cuisson, nature du sol et des murs, nature du toit, etc.), de leurs biens durables et de leur patrimoine (possession de radio, télévisions, réfrigérateurs, etc.). Les modalités de cet indicateur sont classées en quintiles de niveau de vie classant globalement les ménages burkinabè en pauvres (plus pauvres et pauvres modérés) et non pauvres (moyens, riches et plus riches) (Burkina Faso 2009k).

[29] Les ménages classés comme pauvres dans le pays vivent en majorité, y compris dans les zones urbaines, dans des habitats construits en matériaux non définitifs (banco essentiellement), avec un sol en terre battue, une absence de lieux d'aisances aménagés, une évacuation des ordures non organisée, un faible accès à l'eau potable et encore moins à l'eau courante, des modes d'évacuation des eaux usées non organisés, un éclairage à la lampe à pétrole et une cuisine au bois. Les biens durables tels que la télévision, le téléphone et le réfrigérateur sont absents chez la majorité de ces ménages (Burkina Faso 2009k).

[30] La population burkinabè se répartit en une soixantaine de groupes ethniques dont le premier en effectifs est l'ethnie Mossi. Ainsi, 50,5% des habitants parlent le mooré (langue de cette ethnie), les autres langues nationales étant chacune parlée par moins de 10% de la population. Les étrangers, pour la plupart issus des pays voisins, représentent moins d'1% de la population résidente.

[31] Il s'agit des groupes Mossi, Peul, Bwa, Bobo, Gourounsi, Dagari-lobi, Bisa, Dioula, Samo, Sénoufo et Gourmantché et de diverses autres ethnies (Kobiané 1999).

[32] Royaume Moaga.

[33] Habitée depuis la préhistoire par des peuples dont les chercheurs pensent qu'ils appartenaient à plusieurs groupes de population, dont les Ninsi et les Yônyôose, la ville abrite une chefferie Moaga depuis le 15^{ième} siècle. Naaba Wubri y fonda le royaume mossi de Wogdogo (origine du nom Ouagadougou) aux alentours de 1495. Au gré des conquêtes et de l'histoire, le Royaume devint le siège du principal Royaume Mossi, avec, à sa tête, le Mogho Naaba (Hien et Compaoré 2004).

1.3.1. Organisation sociale, mariage et rôles de genre

Plusieurs schémas d'organisation sociale coexistent chez les populations burkinabè selon les ethnies auxquelles elles appartiennent. Kobiané, classant les groupes ethniques selon leur organisation sociale et les rapports de genre en leur sein[34], aboutit à une classification en trois principaux types (Kobiané 1999). Selon les groupes ethniques, les femmes constituent, dans l'ensemble du pays comme à Ouagadougou, un groupe social plus ou moins valorisé.

Dans le premier groupe, auquel adhèrent en particulier les groupes Bisa, Samo, Bwa et Gourounsi, les femmes disposent d'un statut social plutôt élevé. L'organisation sociale y est assez peu centralisée. Ces peuples sont réputés être de nature libérale, y compris en matière matrimoniale. La femme participe au choix de son conjoint et dispose d'une relative indépendance économique (les femmes ont accès à la propriété foncière et jouissent du fruit de leur travail), et de la liberté de rompre une union qui ne la satisfait pas.

Le second groupe, qui comprend notamment les dagara, les lobi, les goin et les sénoufo, attribue un certain pouvoir de décision à la femme, même si son autonomie économique est moindre que dans le premier groupe.

Dans le troisième type, auquel appartiennent les moosé (en plus des peul, gourmantché et dioula), la société est très centralisée, hiérarchisée et presque toujours patrilinéaire. Les études qui se sont intéressées aux rapports de genre au sein de ce groupe ethnique le classent parmi les plus conservateurs en Afrique au sujet des rôles respectifs des aînés, des femmes et des hommes et des normes et coutumes relatives au mariage, à la fécondité et à la sexualité. En début de vie matrimoniale, les jeunes femmes subissent particulièrement le poids de la domination exercée par l'époux et sa famille. C'est avec l'âge, la durée de vie maritale et la descendance nombreuse, notamment masculine, que la femme renforce son statut social. Elle a traditionnellement une faible capacité économique (elle n'a pas accès à la propriété foncière en milieu rural, même si elle se voit affecter un champ qu'elle exploite pour son propre compte) et d'un faible pouvoir de décision, y compris dans les domaines du mariage et de la vie reproductive. L'individu est y défini d'abord en fonction de son appartenance au clan et de sa position sociale (Attané 2009 ; Badini 1994).

Dans la société ouagalaise et plus largement au Burkina Faso, l'institution du mariage est centrale et s'impose à tous comme le chemin à suivre pour acquérir un statut social reconnu. En effet, le passage au statut d'adulte passe par l'union, et surtout l'union féconde (Badini, 1994 ; Mazzocchetti 2007 ; Gnoumou Thiombiano 2008). Il y va de l'honneur, non seulement de l'homme et de la femme concernés, mais aussi de leurs familles. Le mariage dépasse en effet largement le cadre du couple et engage deux clans. La pression familiale et sociale sur

[34] Cette classification a été effectuée dans le but de mettre en relation les facteurs culturels, notamment ceux en rapport avec les rapports de genre et la demande scolaire au Burkina Faso (Kobiané 1999).

les individus pour satisfaire cette norme est telle que, même lorsque forts de capitaux personnels élevés, les individus aspirent à un autre mode de vie, il leur est difficile d'y déroger. Cette exigence est plus forte pour les femmes que pour les hommes (Attané 2002, 2007).

Il faut souligner que, dans cet environnement, l'union est considérée comme complète au terme d'un processus. L'importance des différentes étapes de ce processus varient selon l'appartenance socioculturelle des individus. Si l'on considère l'ensemble des cérémonies possibles, la première étape de sa reconnaissance consiste, pour le couple, en la présentation des familles. Il s'agit d'une visite de la famille du garçon à celle de la fille pour se présenter et montrer que ses intentions sont d'aboutir au mariage. Ensuite sont organisées les fiançailles traditionnelles (*pogpussum* en langue mooré), qui constituent en quelque sorte le mariage traditionnel (il s'agit d'ailleurs de la dernière étape du mariage dans bien des contextes ruraux). Ces premières cérémonies sont accomplies selon des rituels (délais, dons symboliques, etc.) qui diffèrent selon les ethnies. Par la suite, en fonction de l'importance du mariage religieux pour les familles, le couple célèbre son union selon les rites religieux (*furi* musulman à la mosquée ou mariage à l'Eglise pour les chrétiens). La dernière cérémonie, souvent réalisée de concert avec le mariage religieux, consiste en l'union civile célébrée dans une administration communale.

A l'instar de la plupart des sociétés et villes africaines, Ouagadougou est actuellement le lieu d'importantes mutations sociales. Le cadre lignager traditionnel s'affaiblit. La famille nucléaire s'affirme progressivement au détriment de la famille élargie, d'où une individualisation croissante des rapports sociaux (Antoine 2007). Il faut toutefois souligner que l'imbrication actuelle des deux modes de vie traditionnel et moderne dans les villes africaines ne constitue pas, à proprement parler, une opposition binaire entre deux réalités sociales distinctes. Cette opposition du traditionnel et du moderne dans les analyses sur les modes de vie africains est d'ailleurs jugée excessive par Calvès (2007). Cette auteure estime plutôt que, sous l'influence de plusieurs facteurs (dont les différents apports culturels), les individus se construisent un mode de vie spécifique qui résulte de l'imbrication de bien plus de facteurs que cette dichotomie du mode de vie (moderne contre traditionnel) (Calvès 2007).

Une récente étude sur la jeunesse universitaire à Ouagadougou dépeint des jeunes hommes et femmes qui restent soumis aux normes sociales et au respect des aînés, mais qui, dans le même temps, sont fortement attirés par le mode de vie occidental, plus libéral. Ils aspirent à s'émanciper du contrôle familial en adoptant de nouveaux modes de vie plus occidentalisés que ceux de leurs parents (Mazzocchetti 2007). Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les relations homme-femme, de même que pour les liens de dépendance (voire de subordination) avec les parents et la famille étendue (Roth 2010). Ces changements, qui touchent tant aux modes de vie et de pensée relatifs au mariage qu'aux rôles respectifs des hommes et femmes, semblent se produire sous l'influence conjuguée de facteurs sociaux et économiques. Toutefois, les jeunes les moins favorisés, les moins instruits et disposant de

moins d'opportunités économiques n'y échappent pas non plus, même si elles semblent moins importantes en leur sein.

Un autre changement notable dans le champ de la nuptialité burkinabè est la plus grande liberté des jeunes hommes et femmes dans le choix de leur conjoint. Egalement lié à l'instruction, cet état de fait est surtout imputable à la montée, dans les économies urbaines notamment, de générations d'hommes (et de femmes) plus indépendants de leur famille sur le plan financier, et qui en constituent même parfois le principal soutien financier. Cette position leur procure une plus grande liberté d'action et de décision. En effet, il a été démontré que l'autorité antérieure des aînés sur les choix matrimoniaux des jeunes hommes était surtout liée à leur dépendance économique, dans une économie agricole où les ressources vivrières étaient concentrées aux mains des premiers (Attané 2007). De fait, à Ouagadougou comme dans les autres villes africaines, un des changements les plus visibles réside dans la liberté matrimoniale croissante des jeunes femmes, urbaines en particulier. Les progrès réalisés, notamment en matière d'instruction des filles, procurent à ces dernières davantage de ressources économiques et personnelles. Développant de ce fait plus d'ambitions personnelles, les jeunes femmes sont plus en mesure d'intervenir dans le choix de leur conjoint et de défendre leurs positions face à leur entourage. En outre, de par un accès plus facile à un emploi rémunéré, les femmes sont dorénavant plus autonomes financièrement. Ce fait retentit à la fois sur leur pouvoir de décision et sur leur propension à rencontrer des hommes sur un mode relativement plus égalitaire que leurs aînées (Hertrich et Locoh 1999). Soulignons néanmoins que, si l'indépendance économique des jeunes hommes et femmes contribue de manière importante aux changements enregistrés au niveau des pratiques sociales, la hiérarchie sociale demeure suffisamment forte pour que les choix faits par les jeunes restent influencés par les normes et aspirations de leurs familles.

Quoi qu'il en soit, les jeunes burkinabè semblent peiner à trouver leurs marques dans cette mixité. Ces couples, et en particulier les jeunes couples, traversent une période de redéfinition de leur fonctionnement et de leur place au sein des familles. Les hommes, notamment, auraient de plus en plus de mal à jouer le rôle qui leur est traditionnellement dévolu, de même qu'ils auraient du mal à assumer et accepter une relation de couple plus égalitaire :

> *« (…) n'étant plus en mesure de reproduire les rapports de domination qui leur sont traditionnellement prescrits, bien des hommes vivent une crise identitaire et l'on observe déjà, au quotidien, des remises en question des droits et des obligations de chaque sexe (…) »* (Hertrich et Locoh 1999, p 32).

Cette posture des jeunes hommes face à des femmes de plus en plus instruites et entreprenantes sur le plan économique, fait de Ouagadougou, comme la plupart des villes africaines, le creuset d'une redéfinition des rapports de genre.

> *« (...) même les hommes qui utilisent «* les coutumes » *à leur avantage, sont en fait, pour la plupart, fort démarqués de l'éducation reçue de leurs parents. Ils n'en gardent que quelques bribes qui peuvent servir, avec actualisation, dans leurs rapports de couple. Ils rencontrent souvent un dilemme entre leur double volonté d' «* être africains *» et d' «* être modernes *». L' "*être africain*" est une recomposition de morceaux de traditions qui n'ont plus le sens d'origine, mais qui permettent une identité d' "*homme*" qu'ils sentent parfois en péril. Cet "*être africain*" est souvent en contradiction avec l' "*être moderne*" qui permet d'exister pour soi et non pour les autres uniquement, de penser à soi et par soi (tout en cherchant la reconnaissance des autres)» (Mazzocchetti 2007, p 193).*

Cette situation est d'autant plus difficile pour eux que, du fait de la conjoncture économique actuelle, les femmes sont de plus en plus souvent amenées à constituer le principal soutien économique des familles[35] (Hertrich et Locoh 1999). Cela a été observé notamment à Dakar et Lomé par Adjamagbo et ses collègues (Adjamagbo et *al*. 2006). Analysant les interrelations entre l'exercice d'une activité professionnelle par les femmes, leur degré d'autonomie financière et leur vie maritale dans ces deux villes, les auteurs montrent que, du fait de la précarité économique grandissante et de la perte de puissance financière de leurs époux, les responsabilités de ces femmes se sont considérablement accrues au sein de leurs ménages. Les auteurs en concluent même que :

> *« L'élargissement du rôle économique des femmes en milieu urbain (…) ne permet pas de conclure à un progrès réel de la condition des femmes (…). (…) surtout à Dakar, le mariage n'est plus à même de répondre aux attentes des femmes qui doivent désormais revoir leurs aspirations {*d'accéder à de meilleurs conditions de vie simplement par le mariage, grâce à l'aisance financière de leur époux*} à la baisse et se mettre au travail. La participation conjointe de l'homme et de la femme à la recherche de revenus est vécue souvent davantage comme une contrainte rendue nécessaire par les besoins de survie.* » (Adjamagbo et *al.* 2006, p 16).

Pour le cas de Ouagadougou, la hausse des indicateurs en matière de ruptures d'union dans le pays est notamment citée par Gnoumou Thiombiano comme un indice clair du désarroi des jeunes couples (Gnoumou Thiombiano 2008). Ces ruptures sont symptomatiques de l'écart entre les aspirations individuelles, notamment celles des femmes, les normes imposées par la société en ce qui concerne la vie de couple et leur vécu réel dans la société contemporaine. Un nombre grandissant de femmes éduquées et plus indépendantes sur le plan économique éprouvent des difficultés croissantes à se plier au mode de vie marital traditionnel supposant une entière soumission à leur époux et à sa famille, ce qui est source de conflits et de frustrations. Les couples vivant de commun accord sur un mode égalitaire, y compris dans le partage des tâches ménagères par exemple, s'exposent à la réprobation sociale (Mazzocchetti 2007).

[35] Ainsi, plus de 13% des ménages de la ville de Ouagadougou étaient dirigés par des femmes en 2006 (Burkina Faso 2009j). Il s'agit de femmes célibataires ou en rupture d'union (veuves ou divorcées).

1.3.2. La sexualité prénuptiale et extraconjugale : Un fossé entre normes traditionnelles et pratiques

La mutation dans les modes de vie est perceptible aussi au niveau de la sexualité : si la norme traditionnelle de virginité des filles au mariage reste revendiquée par les tenants de la tradition, on remarque, dans la pratique, une généralisation de la sexualité prénuptiale, voire une banalisation de la sexualité avant le mariage, du moins chez les jeunes urbains. Depuis les années 1990, les études ont relevé des opinions de plus en plus affichées chez les jeunes hommes et femmes en faveur de cette expérience sexuelle avant le mariage, ce aussi bien chez les filles que chez les garçons (Ouédraogo 1997 ; Ouédraogo et *al*. 2006 ; Sawadogo 1993). De fait, de plus en plus, à Ouagadougou, la procréation prénuptiale chez les filles, strictement proscrite selon la coutume moaga, préoccupe plus les familles que leur activité sexuelle en tant que telle. Le poids des coutumes est encore bien réel dans ce domaine, au moins en termes de sanctions des comportements. Cette crainte de la sanction sociale et les difficultés à assumer la charge économique de l'enfant à naître contribuent en grande partie aux décisions d'avortement, d'infanticide et d'abandon d'enfant dans le pays (Carle et Bonnet 2009).

Malgré cette évolution des mentalités sur la sexualité prénuptiale, les différences de genre et les stéréotypes qui y sont liés restent bien présents. Ces représentations génèrent un double standard sexuel qui oppose une tolérance envers la sexualité affichée (et le multi partenariat) des hommes à une réprobation générale, voire à une condamnation et une stigmatisation des femmes dont la liberté sexuelle est un peu trop visible. Cet état d'esprit est amplement documenté notamment en ce qui concerne la jeunesse scolarisée de Ouagadougou (Mazzocchetti 2007). D'autres études menées auprès de jeunes hommes d'Afrique subsaharienne montrent comment leurs comportements sexuels et leurs attitudes sont liées à leur conception des rôles de genre et à leur quête d'identité, notamment dans un environnement économique précaire (Pradhan et Ram 2009 ; Sorrel et Raffaeli 2005 ; Tersbol 2006).

Parallèlement à cette « *libéralisation* » grandissante de la sexualité des jeunes à Ouagadougou, des phénomènes comme celui de la prostitution des jeunes filles burkinabè y sont de plus en plus visibles[36] (Bédard 2005). Rappelons toutefois que l'échange de cadeaux dans une relation amoureuse n'est pas à assimiler systématiquement à une sexualité monnayée. Ces échanges font partie, dans une certaine mesure, de la culture des relations amoureuses dans ce contexte. Ces pratiques sont parfaitement tolérées, voire encouragées dans une certaine mesure par la société (Attané 2002, 2007, 2009).

[36] Jusqu'à une époque récente, la prostitution affichée dans les villes du pays concernait surtout des femmes d'origine étrangère. Celle pratiquée par les femmes burkinabè était beaucoup plus clandestine.

En définitive, en lien avec la place qu'elle occupe dans la société, la femme burkinabè reste victime de nombreux abus et pratiques néfastes à son épanouissement. Dans la sphère de la santé reproductive, on peut citer les Mutilations Génitales Féminines (MGF), le mariage forcé et le lévirat. Par ailleurs, les violences sexuelles dont elle est victime sont encore peu documentées. Cependant, les niveaux récemment enregistrés montrent que le phénomène n'est pas négligeable, qu'il s'agisse des violences sur des jeunes filles ou de violences conjugales (Guiella et Woog 2006 ; Population Council 2002a ; RIAFEG 2008).

1.3.3. Représentations populaires des infections sexuellement transmissibles

Majoritairement rurale, la population burkinabè est fortement influencée par les normes et valeurs traditionnelles, y compris dans le champ de la santé. Les liens établis entre l'appartenance ethnique des individus et leurs comportements, tant démographiques que sanitaires, confirment cette influence.

Les représentations populaires des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont décrites dans l'étude réalisée par Egrot et Taverne (2003), notamment pour ce qui est de celles répandues chez les moosé. Ces infections sont communément appelées « *maladies de femmes* » en langue mooré, appellation qui sous-tend une stigmatisation de la femme dans leur transmission. Cette appréhension des maladies sous-entend qu'elles surviennent moins du fait de causes concrètes comme un comportement sanitaire individuel, qu'à la suite de l'action d'un tiers (parfois à la suite d'une inconduite de la victime)[37]. Plusieurs évènements sont cités comme pouvant contribuer à la transmission de ces maladies: la toux et la morsure pendant un rapport sexuel, le fait pour un homme d'avoir des relations sexuelles avec une femme « *piégée* »[38] et le non-respect de l'interdiction faite aux veuves d'avoir des relations sexuelles durant la période de veuvage (Egrot et Taverne 2003). Dans cet état d'esprit, on comprend qu'il est parfois difficile pour un individu de mettre son comportement en cause dans la chaîne de transmission de la maladie dont il souffre, et donc de penser, *a priori*, au risque inhérent à son comportement.

Pour ce qui concerne particulièrement le sida, l'association a été longtemps faite dans les messages de prévention diffusés au Burkina Faso entre une sexualité « *illégitime* » (adultère, multipartenariat, fréquentation de travailleuses du sexe, etc.) et le risque de contamination (Desclaux 1997 ; Gausset et *al.* 2012). De l'avis des auteurs qui se sont intéressés à la perception du sida dans la population burkinabè, cela a contribué à la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Cette intolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH est confirmée par les données de l'EDS-MICS de 2010, dans la population générale et particulièrement chez les personnes les moins instruites et résidant en milieu rural (INSD et ICF

[37] Les maladies ont souvent une explication mystique dans cette société. L'individu apparaît comme entièrement victime de la maladie, envoyée par des puissances divines, par les ancêtres ou par une tierce personne (par le biais de pratiques occultes).
[38] La femme pourrait faire l'objet de pratiques occultes, notamment par son époux afin de punir, par un mauvais sort, tout homme qui participerait à son adultère.

Int. 2012). Une conséquence palpable en est la peur de la stigmatisation mise en avant par des personnes redoutant de faire leur test de dépistage (Gausset et *al.* 2012 ; Obermeyer et *al.* 2009).

1.4. Environnement institutionnel de la santé de la reproduction des jeunes

Cette section décrit l'environnement politique, législatif et programmatique burkinabè relatif à la santé reproductive en général, et à la planification familiale et la lutte contre les IST/Sida en particulier.

1.4.1. Un environnement politique et légal en matière de santé reproductive très dynamique

De concert avec la politique sanitaire globale, le cadre politique et légal en matière de santé reproductive a progressivement évolué au Burkina Faso depuis les années 1960. Cette évolution est survenue à la faveur des problèmes et opportunités occasionnés par l'évolution des différents volets de la SR dans le pays. Les orientations et résolutions prises au niveau international ont également joué un grand rôle dans l'élaboration des politiques burkinabè.

Ainsi, la planification familiale figurait en bonne place dans le volet santé maternelle et infantile de la déclaration d'Alma Ata à laquelle la Haute Volta[39] a souscrit en 1978[40]. Par la suite, adhérant aux recommandations des différentes conférences internationales (Bucarest en 1974 et Mexico en 1984) et africaines (Accra en 1971 et Arusha en 1984) sur la population ainsi que celles du Programme d'Action de Kilimandjaro en 1984 et de N'Djamena en 1988, le gouvernement mit d'abord en place le COnseil NAtional de la POpulation (CONAPO)[41] en 1983. Issue des travaux du CONAPO[42], la première Politique Nationale de Population (PNP) a été adoptée le 10 juin 1991. Ses principaux objectifs étaient de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier de la santé reproductive et de valoriser la participation de la femme dans les Activités en Matière de Population (AMP)[43]. Il était

[39] Ancien nom du Burkina Faso. Le pays a été renommé en 1984 par le Conseil National de la Révolution.
[40] A cette époque, le pays a ébauché son premier programme de Santé Maternelle et Infantile (SMI), avec pour objectif principal, la lutte contre les problèmes nutritionnels des femmes et des enfants.
[41] La mission du CONAPO était de réfléchir et de proposer une politique de population en conformité avec les réalités sociales, économiques et culturelles du pays.
[42] Le CONAPO n'a bénéficié d'un Secrétariat Permanent chargé de son animation qu'en 1993, avec des moyens limités. Malgré les efforts consentis depuis pour le renforcement de cette structure chargée de coordonner les actions dans le domaine de la population dans le pays, elle a toujours besoin d'un plus grand renforcement, tant en personnel qu'en moyens et en dispositifs institutionnels, pour accomplir sa mission (Burkina Faso 2000a).
[43] La politique Nationale de Population adoptée en 2001 a pour principaux objectifs de :

- Contribuer à l'amélioration de la santé des populations et en particulier de la santé de la reproduction.
- Améliorer les connaissances en population, genre et développement.
- Favoriser une répartition spatiale mieux équilibrée de la population dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire prenant en compte le phénomène migratoire.
- Promouvoir la prise en compte des questions de population, genre et développement durable dans les projets et programmes de développement au niveau national, régional et local.
- Valoriser les ressources humaines.

notamment question de développer des stratégies visant à diminuer le nombre de grossesses non désirées (Burkina Faso 1991). Ensuite, dans le courant des années 1990, le Burkina Faso a connu des réformes institutionnelles visant à l'instauration d'un Etat de droit et du pluralisme démocratique, en sus d'une politique active de décentralisation. Dans la lancée des grandes conférences sur la population[44], ces évolutions ont conduit à la relecture de la PNP et à la redéfinition des Programmes d'Action en matière de Population (PAP) (Burkina Faso 2000a).

Il faut souligner que des ONG participent et même devancent parfois ces actions publiques[45]. L'environnement associatif, notamment féminin, est en effet très dynamique, y compris dans le domaine des droits humains et de la protection des droits de la femme (Achili et Hejoaka 2005).

De manière générale, depuis les années 1980, les autorités burkinabè ont fait montre, d'une volonté politique visant à l'amélioration du statut de la femme[46]. Le Code des Personnes et de la Famille (CPF) constitue une des dispositions législatives fondamentales promulguées dans le but de protéger la femme et l'enfant. En vigueur depuis 1989, il définit les lois en matière de mariage, de droits et devoirs des membres de la famille[47]. Au-delà du CPF, d'autres dispositions légales vont également dans ce sens, telles que la loi interdisant les mutilations génitales féminines (MGF)[48]. Depuis, la sensibilisation, la mobilisation sociale et la répression sont conjointement utilisées comme moyens de lutte par le Comité National de Lutte contre la

---

- Assurer une coordination efficace et un meilleur suivi-évaluation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population et des Plans d'Action en matière de Population aux niveaux central et décentralisé (Burkina Faso 2000a).

[44] Le pays a adhéré aux recommandations des conférences suivantes : la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement de Rio en 1992, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, le Sommet International sur le Développement Social de Copenhague en 1995, la Conférence Internationale sur la Femme de Beijing en 1995, la Conférence Internationale sur l'Habitat et les Etablissements Humains d'Istanbul en 1996 et la Conférence Régionale sur la Population et le Développement Humain Durable au Sahel de Ouagadougou en 1997.

[45] On peut notamment citer le Mouvement Burkinabè des Droits de l'Homme et des Peuples (MBDHP), Promo Femmes, Recif-ONG, l'Association des Veuves et Orphelins du Burkina (AVOB), l'association Voix de Femmes, l'Association des Femmes Juristes du Burkina, WILDAF, l'association Pugsada, etc.

[46] De concert avec ces dispositions règlementaires, on note la création, dans les années 1990, d'un département ministériel chargé de la promotion de la femme. Ce ministère veille à l'exécution de plans d'actions visant principalement à défendre les droits des femmes et à lutter contre les violences à leur endroit.

[47] Par exemple, l'instauration du certificat de visite prénuptiale obligatoire pour l'établissement de tout dossier de mariage civil figure au nombre des dispositions visant entre autres, à protéger la femme contre les IST (Burkina Faso 2009l).

[48] Elle fait partie de la loi n°043/96/ADP du 13 novembre 1996 portant Code Pénal, dont les articles s'appliquant à l'excision sont les suivants:

- L'article 380 stipule que quiconque porte ou tente de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital de la femme par ablation totale, par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen, est puni par un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende allant de 150 000 à 900 000 FCFA. Si la mort en résulte, la peine est commuée en un emprisonnement de 5 à 10 ans.
- L'article 381 stipule que les peines sont portées au maximum si le coupable est du corps médical ou paramédical.
- Enfin, l'article 382 punit d'une amende de 50 000 à 100 000 FCFA toute personne qui, ayant connaissance des faits prévus à l'article 380, n'en avertit pas les autorités compétentes.

Cette loi a fait du Burkina Faso l'un des pays d'Afrique subsaharienne ayant une des politiques les plus volontaristes en matière de lutte contre les MGF. Venant en renfort de la mise en place du Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) en 1988, cette interdiction légale des MGF est entrée en vigueur en février 1997.

Pratique de l'Excision (CNLPE) (Guiella 2004). Outre les mutilations génitales féminines, le Code Pénal réprime les violences et le harcèlement sexuel[49]. En outre, en son article 238, le Code des Personnes et de la Famille fixe l'âge minimum au mariage à 17 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons[50]. Il interdit également le mariage forcé, le don de filles en mariage, la dot et le lévirat[51]. Le Code insiste, en outre, sur le libre choix des conjoints en exigeant leur consentement libre et éclairé lors du mariage.

Comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la législation burkinabè condamne l'interruption volontaire de grossesse[52]. Par ailleurs, face à la forte mortalité due aux avortements clandestins[53], la prise en charge médicale des soins après avortement fait l'objet d'une stratégie nationale et de protocoles de soins destinés aux formations sanitaires.

L'intérêt pour les questions de santé reproductive des adolescents et des jeunes s'est accru dans les années 1990, tant sur le plan international que national. Ainsi, après la CIPD tenue au Caire en 1994 et le Forum Africain sur la Santé Reproductive des Adolescents (FASRA) d'Addis Abeba en 1998, les résolutions prises à ces niveaux se sont répercutées au plan national avec l'intensification des programmes globaux et spécifiques de santé reproductive pour les jeunes. Une étape importante dans ce domaine a été l'adoption en 2005, par l'Assemblée Nationale, de la loi qui régit désormais la santé de la reproduction au Burkina Faso[54].

Ce riche paysage politique et législatif contraste avec les réalités sur le terrain. Malgré l'insuffisance d'études sur le sujet, les indicateurs (nous y reviendrons) et la persistance de pratiques néfastes à la santé reproductive des jeunes et en particulier des femmes, montrent que beaucoup reste à faire du droit à la pratique. Les raisons de ces insuffisances seraient principalement culturelles et politiques. Notamment, dans la pratique, le statut de la femme relève encore largement des règles coutumières. Du fait de ces pesanteurs culturelles, qu'il s'agisse de violence sexuelle, de brimades des droits de la femme ou d'excision, il est encore difficile de nos jours, pour une victime, de dénoncer publiquement cet acte et d'être soutenue par son entourage familial. Les âges au mariage enregistrés chez les jeunes générations, et notamment la persistance du mariage précoce traduisent aussi ces insuffisances (Population Council 2002b).

[49] Il prévoit une peine de réclusion criminelle allant de 5 à 10 ans pour les auteurs de viol.
[50] Notons que le CPF a été voté suite à une longue série de tractations entre toutes les couches de la société civile burkinabè, y compris les tenants des traditions, et que de nombreux compromis ont dû être trouvés pour permettre l'aboutissement du projet. Ainsi, l'âge au mariage rejoint l'âge traditionnellement fixé dans la tradition moaga.
[51] En son article 240.
[52] L'article 88 du Code de la Santé défend toute publicité sur les remèdes et substances abortifs. En plus de cette interdiction, le Code pénal qualifie l'avortement de « *délit* ». Seul l'avortement thérapeutique est permis par la loi (article 93), en cas de danger pour la vie de la mère ou de malformation fœtale grave, ceci à tous les stades de la grossesse. Il est également permis durant les dix premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste (Guillaume 2000, 2004, 2005 ; Population Council 2002b).
[53] En 1998, 16% des décès maternels enregistrés au CHNYO étaient dus à des avortements provoqués (Guiella 2004).
[54] Il s'agit de la Loi n°049-2005/AN du 21 décembre 20 05 (Burkina Faso 2005).

Un autre problème d'importance est la faible intégration des services de santé reproductive : les programmes se sont développés de façon plutôt verticale : PF gérée par le Ministère de la santé accompagné d'ONG et lutte contre le Sida développée par le CNLS, également dans un environnement institutionnel intégré. Néanmoins, le fait que cette intégration figure dans les orientations stratégiques de la plupart des intervenants en la matière constitue un élément encourageant. Le cadre stratégique actuel de lutte contre le sida (CSLS 2011-2015) en fait une orientation majeure.

Dans les sous-sections qui suivent, l'évolution des lois et politiques dans les domaines de la planification familiale et du sida est décrite de façon plus spécifique.

- ☞ **Des lois et programmes spécifiques en matière de planification familiale chez les jeunes…**

Rappelons que le gouvernement révolutionnaire a adopté un plan d'action national en matière de planification familiale en 1985, suivi d'une politique nationale en 1986[55]. Par la suite, en parallèle avec les réformes du système de santé et suite à l'intérêt croissant pour les problèmes de santé reproductive des jeunes dans les années 1990, des projets spécifiques ont été initiés à l'endroit des jeunes, en tant que groupe cible privilégié des actions de prévention (Millogo et Traoré 1995)[56]. En outre, un Service de Santé des Jeunes, chargé de guider et de coordonner les actions en matière de santé reproductive des jeunes, a été mis en place à la Direction de la Santé de la Famille. Dans le but de mettre des services adaptés à la disposition des jeunes, des « *centres jeunes* » ont été mis en place par le Ministère de la Santé dans une dizaine de villes, dont Ouagadougou. Les services offerts (avec en principe une grande participation de jeunes pairs éducateurs formés et d'un personnel de santé dans cette approche « *jeune pour jeune* »), comprennent des activités de sensibilisation dans les centres et au sein des communautés, et un ensemble de services comprenant des consultations gynécologiques et l'offre de contraceptifs modernes (Guiella 2004). Une des structures capitales dans la lutte contre le sida est le PROjet de MArketing social des COndoms (PROMACO). Ayant pour mission principale de vulgariser des préservatifs subventionnés dans le but de réduire les barrières d'accès de la population aux méthodes de prévention, il joue un rôle central dans l'approvisionnement en préservatifs au plan national. Outre la distribution des préservatifs, ce projet est aussi chargé de la conception et de la mise en œuvre de campagnes de communication à l'endroit du grand public et de groupes cibles spécifiques (Achili et Hejoaka 2005).

[55] Cette politique a été promulguée par le décret AN IV-008/CNR/EF-SN du 24 octobre 1986.
[56] C'est le cas de l'introduction des questions de population et de santé de la reproduction dans les programmes d'enseignement secondaires publics à travers le programme Education en Matière de Population (EMP) en 1987.

D'autres programmes ont aussi été mis en œuvre, notamment dans le cadre de l'exécution du cinquième programme de coopération entre le Burkina Faso et le FNUAP[57]. Dans ces programmes, comme dans bien d'autres développés par des organisations de la société civile avec l'appui de partenaires au développement, on remarque une implication croissante des jeunes eux-mêmes dans le processus. Par ailleurs, des ONG nationales et internationales, et en premier lieu l'Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial (ABBEF)[58] et la Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille (CPSF) ont soutenu le Ministère de la Santé dans tous les volets, qu'il s'agisse de la recherche, du plaidoyer, de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des programmes ou du développement des activités sur le terrain. Ces deux ONG fournissent depuis plus d'une vingtaine d'années des services, tant à l'endroit des populations en âge de procréer de façon générale, que vers les jeunes de façon spécifique[59]. L'ABBEF a également, en parallèle avec le Ministère de la santé, mis en place des centres de services pour jeunes dans les grandes villes du pays. D'autres organismes tels que la Coopération Technique Allemande (GIZ) mènent également, depuis plusieurs années, des programmes de promotion de la santé reproductive en direction des jeunes[60]. De nombreuses autres ONG, tant nationales qu'internationales, ainsi que la coopération bilatérale et internationale, apportent un soutien technique et financier notable à ces programmes.

- ☞ **… et en matière de lutte contre le sida, avec une très grande implication de la société civile.**

Depuis la notification des 26 premiers cas de sida au Burkina Faso en 1986 (INSD et ORC Macro 2004 ; PNUD 2001), la pandémie a connu une progression rapide jusqu'à un taux de 7,17% de séroprévalence en 1997 (PNUD 2001) [61]. En 1987 déjà, les premières enquêtes faisaient état d'une séroprévalence de 35% chez les travailleuses du sexe, de 23% chez les malades porteurs d'IST, de 19% chez les patients hospitalisés en médecine au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO) et de 12,5% chez les malades atteints de

[57] Couvrant la période 2001-2005, le programme « *Communication pour le changement de comportement des adolescents et des jeunes en matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction* » (BKF05 /01/06) piloté par la Direction Générale de la Jeunesse logée au niveau du Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi en est un exemple.

[58] L'ABBEF est la branche nationale de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), organisme pionnier et leader au niveau mondial en matière de planification familiale et de SR. Elle a été reconnue en 1995 comme ONG d'utilité publique par l'Etat burkinabè. Elle a été pionnière dans les activités en matière de planification familiale dans dès la fin des années 1980, bien avant le développement des politiques nationales.

[59] Une des premières études ayant permis d'orienter les programmes de santé reproductive des jeunes a d'ailleurs été celle menée conjointement par ces deux organisations en 1996 (Ouédraogo 1996) afin d'améliorer le niveau de connaissance sur les problèmes spécifiques des jeunes et contribuer à mieux adapter le programme « *Jeunes pour Jeunes* ». Cette étude a permis de décrire les besoins spécifiques des jeunes en matière de SR et de recommander des adaptations et innovations dans le domaine de l'IEC/Conseil et des prestations de services en SR.

[60] Le programme « *Santé sexuelle et droits humains* » de la GTZ est intervenu dans les domaines du planning familial et de la santé reproductive des adolescents et jeunes, des droits des femmes et des enfants et de la lutte contre les pires formes de travail des enfants. Il intervient essentiellement dans les régions de l'Est et du Sud-Ouest du pays depuis respectivement 2004 et 1998 (GTZ-PROSAD 2010).

[61] Soulignons néanmoins que de sérieux doutes ont été émis depuis sur la justesse de ces chiffres, dont la méthode de mesure (à partir des sites sentinelles) a pu induire une surestimation des niveaux réels dans les premiers moments de leur exploitation (PNUD 2001).

la tuberculose à Bobo Dioulasso. Le pays figure ainsi parmi les plus touchés en Afrique de l'Ouest.

La participation de la société civile burkinabè à la réponse au VIH a été manifeste dès les premières années de cette épidémie. Cela a progressivement mené au renforcement et à une professionnalisation accrue de la lutte contre le sida. Un point fort de cette lutte a été la mise en place d'un Conseil National de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST). Placé directement sous l'autorité du Chef de l'Etat, le CLNS, en tant que structure faîtière, coordonne la mise en œuvre des actions de lutte contre le sida au plan national. Ensuite, dans le souci de mieux coordonner la lutte et de fédérer les efforts, le pays a adopté en 2001, le premier Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida (CSLS) qui couvrait la période 2001-2005[62]. Par ailleurs, le caractère multisectoriel de la lutte a été renforcé[63]. Les politiques sectorielles vont ainsi de la protection sociale du travailleur à la gratuité des soins.

La société civile du pays joue un rôle de premier plan dans le plaidoyer et le lobbying. Elle a contribué à diverses avancées juridiques et à la récente décision de la gratuité du traitement antirétroviral dans le pays. Les activités de prévention du plan stratégique actuel de lutte contre le sida et les IST (2011-2015) font partie de l'axe stratégique n°1[64], à savoir le renforcement des mesures de prévention contre la transmission des IST/Sida et la promotion du conseil dépistage volontaire (CDV). Dans cet axe, 11 domaines d'actions prioritaires sont définis autour de trois points essentiels : la sensibilisation de portée générale, les actions ciblées envers les groupes vulnérables[65] et les groupes spécifiques[66] et le conseil dépistage volontaire.

[62] Ce document, qui définit la politique nationale en matière de lutte contre le sida et les IST, était bâti autour de quatre axes fondamentaux à savoir :
- Le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
- Le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- L'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle (CNLS-IST 2005)[62].

[63] Ont été fédérés autour du Secrétariat Permanent du CNLS (SP/CNLS), l'ensemble des secteurs de la vie politique et sociale, avec une forte représentation de la société civile à travers les associations et les leaders communautaires. Pratiquement tous les secteurs d'activité, des différents secteurs ministériels aux communautés religieuses, disposent d'une structure spécifique dédiée à la lutte contre le sida.

[64] Un Plan National de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes a été adopté lors de la 9ième session ordinaire du CNLS-IST de l'année 2009. De nouvelles orientations ont été retenues en tirant leçon de l'exécution du plan précédent. Ce plan vise à pallier un certain nombre d'insuffisances relevées par les recherches, à savoir l'insuffisance d'implication des jeunes dans la lutte, la faiblesse des interventions en direction des adolescents, la réponse insuffisante à leurs besoins, la différences d'offre de services entre milieu urbain et milieu rural, les stratégies non complémentaires, les interventions sporadiques et les faibles coordination et capitalisation des interventions mises en œuvre dans le pays.

[65] Il s'agit des jeunes, des femmes en âge de procréer, des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), des PVVIH et des femmes enceintes (CNLS-IST 2010).

[66] Il s'agit notamment des orpailleurs, travailleurs du sexe, routiers, acteurs du secteur informel, migrants, personnel de tenue et du personnel de l'éducation et de la santé (CNLS-IST 2010).

1.4.2. Des services de prévention insuffisants

Les études portant sur la fréquentation des services de santé reproductive, qu'il s'agisse des centres de service pour jeunes mis en place par le Ministère de la Santé et l'ABBEF, ou des autres structures sanitaires ou communautaires délivrant des services de contraception ou de prévention des IST/Sida, relèvent la faible utilisation de ces services par les jeunes (CERPOD 1996 ; Djiré et *al.* 1997 ; Guiella 2004 ; Guiella et Woog 2006 ; Kobiané et Yaro 1996 ; Population Council 2003a, 2003b). Cette faible fréquentation est notamment liée à la faible capacité du système de santé à répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Une analyse situationnelle des services sociaux et de santé de la reproduction dans l'Est du pays a mis en évidence de nombreuses insuffisances qui constituent de véritables obstacles à une offre de soins de qualité (et partant, à l'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes) (Population Council 2003a). Ces insuffisances portent autant sur les aspects techniques de l'offre de services (compétence des prestataires, présence d'un plateau technique suffisant pour assurer des prestations de SR de qualité), que sur leur «*fréquentabilité*» par les adolescents notamment. En raison de la réprobation générale de l'activité sexuelle chez les jeunes, les prestataires de services, notamment les plus âgés, sont source d'intimidation pour ces derniers (Bationo 2012). En outre, les adolescents ont le souci de fréquenter ces lieux avec le maximum de discrétion, de peur que cela ne révèle leur activité sexuelle à leur entourage (Guiella 2004). Ils privilégient donc les canaux informels, plus discrets, pour résoudre leurs problèmes de prévention (Burkina Faso 2009b).

Ces réserves des jeunes envers les services de SR contribuent certainement au faible impact des activités de Conseil Dépistage Volontaire du VIH (CDV) parmi eux. Malgré les stratégies ciblées dont ils ont fait l'objet de la part des acteurs communautaires notamment[67], ils ont été, jusqu'à présent, très peu nombreux à se soumettre à un test de dépistage du VIH. L'ENA a fait état de moins de 3% de personnes dépistées chez les adolescents de 12 à 19 ans au niveau national en 2004 (Guiella et Woog 2006). La faible ampleur et les entraves au dépistage au Burkina Faso ont été confirmées, en particulier par Obermeyer et ses collègues (2009). Ils rapportent également une moindre utilisation des services de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) par les hommes que par les femmes.

[67] Des campagnes nationales de dépistage ont été réalisées en milieu scolaire et universitaire à plusieurs reprises. Les jeunes ruraux et ceux du secteur informel sont également ciblés à travers le développement de l'offre de dépistage en milieu rural et par le biais de canaux communautaires.

1.5. Les grossesses non prévues et les IST/Sida : une réalité chez les jeunes au Burkina Faso

Les données les plus récentes sur les comportements, attitudes et pratiques des jeunes burkinabè en matière de contraception et de prévention des IST/Sida[68] proviennent de l'EDSBF 2003, de l'Enquête nationale sur les Adolescents (ENA) réalisée en 2004 et de l'EDS-MICS réalisée en 2010[69].

1.5.1. Des niveaux de grossesses non prévues élevés chez les jeunes filles au Burkina Faso et à Ouagadougou.

Les grossesses non prévues constituent un phénomène récurrent chez les jeunes femmes au Burkina Faso. Si cela reste relativement peu mesuré, notamment chez les femmes en union, on dispose de plus d'informations sur leur occurrence chez les jeunes femmes célibataires.

On mesure plus communément les besoins non satisfaits en matière d'espacement ou de limitation des naissances. Ceux concernant l'espacement des naissances sont généralement calculés à partir des effectifs de femmes en union désirant espacer leurs naissances[70]. Ils étaient ainsi estimés, chez les jeunes femmes en union au Burkina Faso, à 21,1% pour celles de 15 à 19 ans, 23,2% pour celles de 20 à 24 ans, 23,3% pour celles de 25 à 29 ans et 20,3% pour celles de 30 à 34 ans en 2003.

La prévalence des avortements provoqués représente aussi un indice réaliste de l'occurrence des grossesses non prévues chez les jeunes femmes célibataires. Ce chiffre est cependant difficile à mesurer au Burkina Faso en raison du caractère clandestin de la pratique dans le pays. Selon des estimations, au moins un quart des femmes burkinabè en âge de procréer en auraient déjà subi un en 2008 (Segdh et *al.* 2011).

1.5.2. Situation épidémiologique du VIH/Sida et des autres IST au Burkina Faso

Les IST/Sida constituent un véritable problème de santé publique au Burkina Faso, en particulier chez les jeunes. Rappelons en premier lieu que la transmission du VIH y est

[68] Un aperçu de ces études est répertorié à l'annexe 2.1.
[69] L'enquête MICS réalisée en 2006 procure également des informations sur le sujet, données toutefois plus générales.
[70] Lors de l'EDSBF-MICS IV, chez les femmes en union, « *les besoins non satisfaits pour espacer les naissances concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu ; les femmes en aménorrhée qui n'utilisaient pas de méthode de planification familiale et dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu ; les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans l'estimation des besoins non satisfaits pour espacer, les femmes fécondes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de planification familiale et qui déclarent qu'elles ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais qui ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant, à moins qu'elles ne déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir* » (INSD et ICF Int. 2012, p78).

essentiellement sexuelle (Aaro et *al*. 2006 ; Lagarde et *al.* 2004). La transmission du virus de la mère à l'enfant constitue la deuxième voie de transmission enregistrée. Celle par le sang et les objets souillés n'est pas non plus négligeable[71]. Les autres IST, notamment quand elles comportent des lésions ulcératives, constituent des cofacteurs importants de la transmission du VIH (INSD et ICF Int. 2012 ; PNUD 2001).

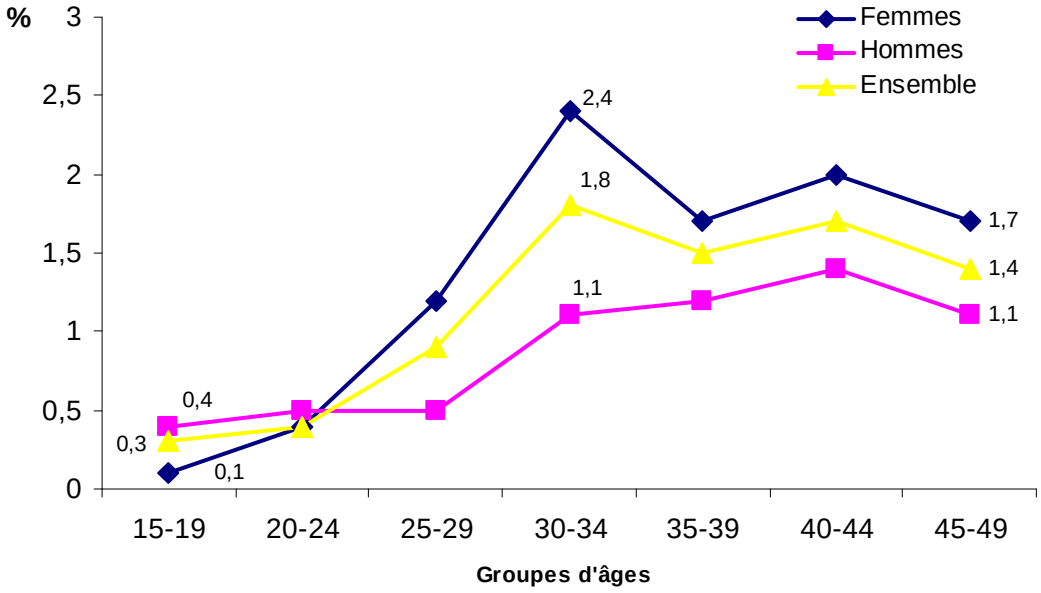
Bien que le pays ait connu une baisse notable de l'incidence du VIH en deux décennies[72], il fait toujours face à une épidémie qualifiée de généralisée par l'OMS et l'ONUSIDA. Elle aurait, jusqu'en 2001, touché 620 000 personnes. Au-delà de ces chiffres, le sida serait la cause du statut d'orphelins d'environ 85 000 enfants en 2005. A cette date, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 18 000, dont 12 780 éligibles pour le traitement par les ARV et seulement 8 136 sous traitement. Malgré la réduction importante de la transmission mère-enfant du VIH induite par les programmes de PTME, les estimations fournissaient un chiffre d'environ 1 333 enfants naissant annuellement avec le VIH au Burkina Faso au début des années 2000 (Burkina Faso 2006).

Les derniers chiffres fournis par l'EDS-MICS de 2010 montrent que, comme presque partout ailleurs, les filles et les femmes sont les premières victimes de la pandémie. On enregistrait 1,2% de séroprévalence chez les femmes de 15 à 49 ans contre 0,8% chez les hommes du même âge (INSD et ICF Int. 2012). Ces niveaux plus élevés chez les femmes confirment, outre leur vulnérabilité biologique particulière, l'impact des facteurs sociaux (notamment leur faible pouvoir de décision sur leur vie sexuelle et leur prévention) sur leur exposition à la contamination.

Quant à la distribution de l'infection à VIH par âge, elle montre un certain transfert des niveaux élevés de séroprévalence des groupes d'âges les plus jeunes il y a quelques années, aux groupes d'âge mûr en 2010. Ainsi, même si les jeunes continuent de payer un lourd tribut au sida et aux autres IST, les données recueillies en 2010 montrent une progression certaine de l'épidémie vers les adultes (figure 1.2), avec des pics aux âges moyens. Les femmes âgées de 30 à 34 ans ont les taux de séroprévalence les plus élevés (2,4%) de tous les groupes d'âge quinquennaux, tandis qu'ils sont de 0,1% chez celles âgées de 15 à 19 ans et de 0,4% chez celles âgées de 20 à 24 ans. La différence de séroprévalence entre hommes et femmes atteint 1,3 points dans cette tranche d'âge. Par contre, chez les hommes, la prévalence la plus élevée (1,4%) est enregistrée à un âge plus avancé, à savoir entre 40 et 44 ans (INSD et ICF Int. 2012).

[71] Elle fait d'ailleurs l'objet d'une stratégie de prévention spécifique, en particulier dans les formations sanitaires. Ces mesures portent sur la formation du personnel, la mise à disposition des moyens nécessaires à la prophylaxie d'urgence en cas d'exposition accidentelle à des fluides corporels et sur la désinfection et l'incinération correcte du matériel médical (PNUD 2001).

[72] La séroprévalence est passée de 1,8% chez les personnes de 15 à 49 ans en 2003 et de 1% en 2010 (INSD et ICF Int. 2012).



Source : EDS-MICS IV BF (2010).

Figure n°1.2. Prévalence du VIH chez les hommes et femmes de 15 à 49 ans en 2010

La séroprévalence est de 0,3% chez les adolescents au niveau national. Les niveaux de séroprévalence masculins sont supérieurs à ceux des filles dans cette tranche d'âge. Ces taux se rejoignent entre 20 et 24 ans (à environ 0,4%), avant que l'écart ne se creuse de nouveau entre hommes et femmes, cette fois-ci au détriment de ces dernières. Cette configuration de la séroprévalence peut s'expliquer par la différence de calendrier de la vie sexuelle entre hommes et femmes (et notamment les différences d'âges au premier rapport sexuel) et à l'écart d'âge entre partenaires sexuels, y compris dans les couples en union.

De façon générale, la distribution de la séroprévalence selon les caractéristiques sociodémographiques des individus montre que le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le statut matrimonial induisent des variations dans le niveau d'infection. Les femmes les plus instruites, qui vivent en milieu urbain (et spécialement à Ouagadougou), en rupture d'union ou en union, sont plus sujettes à l'infection à VIH que les autres[73]. Il faut noter que le type d'union (polygame ou monogame) ne semble pas introduire de différence importante dans la séroprévalence chez les hommes et femmes (les personnes en union polygame semblant même légèrement moins nombreuses à être infectées par le VIH que celles en union monogame). On remarque aussi que les célibataires sexuellement actifs semblent être

[73] A Ouagadougou, la séroprévalence était de 2,1% (soit 2,5% chez les femmes et 1,7% chez les hommes) contre 0,6% (0,7% chez les femmes et 0,5% chez les hommes) en milieu rural. De même que le niveau de vie, l'instruction semble positivement associée à la séroprévalence. Les hommes et femmes ayant atteint le niveau secondaire sont plus infectés par le VIH (respectivement 2% des femmes et 1,1% des hommes) que ceux n'ayant aucune instruction (respectivement 1,0% et 0,6%). Quant au statut matrimonial, on remarque des chiffres de loin plus élevés chez les personnes en rupture d'union (veufs et divorcés) que celles vivant en union. Le taux de séroprévalence des femmes divorcées (8,1%) et veuves (6,7%) est de loin plus élevé que celui de celles vivant en union (1,1%). De même, les hommes veufs (2,4%) sont plus nombreux à être infectés que ceux en union (0,9%).

moins touchés par le VIH que les personnes ayant déjà été en union (0,5% chez les femmes et 0,7% chez les hommes)[74] (INSD et ICF Int. 2012).

Les mêmes tendances ont été observées chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le taux de séroprévalence de 0,3% (0,5% chez les hommes et 0,3% chez les femmes), variait en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques: les jeunes hommes et femmes appartenant au quintile de niveau de vie le plus élevé (respectivement 0,9% et 0,8%), les jeunes femmes en rupture d'union (1,3%), les ouagalais (1,5% des hommes et 1,1% des femmes), les hommes ayant atteint le niveau d'instruction primaire (0,8%), les femmes ayant atteint le niveau d'instruction secondaire (0,6%) et les jeunes de la tranche d'âge de 20 à 24 ans (0,4%) étaient plus nombreux que les autres à être porteurs du VIH.

Il y a là une différence avec les résultats antérieurs : en 2003, les femmes célibataires sexuellement actives avaient les niveaux d'infection à VIH les plus élevés (INSD et Macro 2004). Ces résultats indiquent un recul notable des nouvelles infections par le VIH, le pic de séroprévalence actuel correspondant en partie aux survivants des cohortes les plus atteintes enregistrées lors des opérations de collecte précédentes.

Par ailleurs, alors qu'en 2003, on relevait une forte association entre l'exposition sexuelle de l'individu au risque d'infection et son statut sérologique[75], l'examen du statut sérologique des individus en fonction de leur comportement sexuel en 2010[76] produit des résultats quelque peu inattendus. Par exemple, la précocité de l'initiation sexuelle ne semble pas influencer le niveau de prévalence du VIH. Au contraire, les femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels au-delà de 20 ans connaissent des taux de séroprévalence plus élevés que celles ayant eu ces premiers rapports avant l'âge de 16 ans (respectivement 2,3% et 1%). En outre, en 2010, les hommes et femmes ayant déjà utilisé un préservatif étaient plus nombreux à être infectés par le VIH que ceux ne l'ayant jamais utilisé (INSD et ICF Int. 2012). Cette dernière tendance avait déjà été relevée en 2003. Une explication possible est que les personnes ayant eu le plus de rapports sexuels à risque sont plus susceptibles que les autres d'avoir déjà utilisé le préservatif antérieurement ; cette utilisation n'étant pas constante, leur risque d'infection est finalement plus élevé que celui des autres personnes.

Enfin, comme l'enquête de 2003, celle de 2010 a permis de prendre la mesure de la méconnaissance de leur statut sérologique par les personnes infectées : 58,1% des femmes et 55% des hommes ayant été dépistés positifs lors de l'enquête n'avaient jamais été testés auparavant (INSD et ICF Int. 2012).

[74] On enregistre des taux de séroprévalence de 0,2% et 0,6% respectivement chez les femmes et hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels, ce qui relève d'une transmission de la mère à l'enfant ou par la voie sanguine.
[75] Plus les femmes avaient vécu des rapports sexuels à risque, et plus elles étaient infectées par le VIH. La séroprévalence augmentait également en fonction du nombre de partenaires (la prévalence passant de 2,4% chez les hommes ayant eu une seule partenaire à 5,2% chez ceux qui en avaient eu au moins trois) (INSD et Macro 2004).
[76] Il s'agit du comportement sexuel durant les douze mois précédant l'enquête.

La configuration actuelle de l'épidémie est attribuée autant à la démographie des populations (migration et urbanisation) qu'à leur comportement sexuel et à une prévention inadéquate. Ces résultats, qui rejoignent la littérature sur les facteurs d'exposition au sida chez les jeunes, montrent, si besoin en était, l'importance de la vulgarisation des mesures de prévention (notamment le test de dépistage du VIH) parmi les jeunes et de leur éducation aux différentes méthodes de prévention. La problématique de la prise en charge des personnes infectées, de son accès et de sa qualité est pareillement à prendre en compte pour améliorer l'adhésion des populations aux mesures de prévention, et notamment, l'acceptation du test de dépistage (Gausset et *al.* 2012 ; Obermeyer et *al.* 2009).

Conclusion

De façon particulièrement visible à Ouagadougou, la société burkinabè est le théâtre de changements importants, tant dans les mentalités que dans les modes de vie familiaux et individuels. La jeunesse vit de plein fouet ces mutations socioculturelles et économiques. Bien qu'il reste beaucoup à faire en matière d'autonomisation des femmes et d'amélioration de leur statut, ces dernières acquièrent peu à peu une place plus valorisée au sein de la société : plus instruites, plus autonomes financièrement, parfois chefs ou soutiens de famille, mieux prises en compte dans les programmes de développement et plus engagées au niveau associatif et en politique, elles s'affirment progressivement. De nouvelles aspirations émergent, autant chez elles que chez les hommes, ce qui conduit à un bouleversement des modes de vie des jeunes couples. Néanmoins, la configuration actuelle de la société burkinabè n'est pas toujours en faveur du respect des droits reproductifs des uns et des autres.

Ce tour d'horizon de l'environnement de vie des jeunes burkinabè et de leur fardeau lié aux grossesses non prévues et aux IST/Sida confirme l'intérêt d'études poussées en la matière. Face à l'occurrence de ces fléaux chez ces derniers, il importe en effet d'œuvrer à lever les zones d'ombre qui empêchent l'atteinte des objectifs poursuivis par les programmes. Il est particulièrement important d'examiner les pistes de recherche actuelles dans le domaine, ainsi que les recommandations en la matière afin d'orienter nos investigations en conséquence. Cette étude fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 2 : Approches théoriques en matière de prévention des risques liés à la sexualité chez les jeunes en Afrique subsaharienne

Introduction

Ce chapitre présente les recherches antérieures menées en sciences sociales sur la gestion des risques liés à la sexualité par les jeunes[77] d'Afrique subsaharienne. Par « *gestion des risques liés à la sexualité* », nous entendons l'ensemble des attitudes et comportements adoptés par les individus dans le vécu de leur sexualité face aux besoins de prévention contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le sida ainsi que contre les grossesses non prévues.

Pour mener à bien cette revue, un certain nombre d'outils de recherche documentaire ont été utilisés, dont des bases de données bibliographiques en ligne[78] et les sites internet de divers organismes de recherche et/ou d'intervention en matière de santé reproductive des adolescents et des jeunes. Face à l'abondance des publications dans le champ de la prévention chez les jeunes, nous avons privilégié les sources les plus récentes sur le sujet de l'étude ; les théories en matière de gestion des risques liés à la sexualité et celles touchant à la double protection (c'est-à-dire de protection simultanée contre les IST/Sida et les grossesses non prévues)[79] ont été particulièrement explorées, avec un regard particulier sur l'Afrique subsaharienne et le Burkina Faso. La revue a été régulièrement actualisée au fil de l'étude[80].

Cette revue de littérature est présentée en six sections. Dans un premier temps, il est fait état de l'étude de la sexualité des jeunes dans les travaux de recherche. Ensuite sont successivement évoquées différentes facettes des risques encourus par les jeunes africains et burkinabè dans le vécu de leur sexualité. Des théories explicatives de la sexualité prémaritale des jeunes, puis des grossesses non désirées (ou non prévues) et de l'exposition au sida sont présentées. Un intérêt particulier est ensuite porté aux recherches en matière de double protection chez les jeunes. La sixième partie présente, de façon plus spécifique, des caractéristiques marquantes du vécu sexuel et préventif des jeunes burkinabè en lien avec leur exposition aux risques sexuels. En conclusion, ces informations sont discutées en vue d'identifier des axes d'investigation et des orientations pour la recherche en cours.

[77] Le concept de jeunesse est considéré au sens large dans cette étude. Il évoque aussi bien les adolescents que les jeunes adultes, qu'ils soient ou non en union. Une explication détaillée de ce concept figure dans le chapitre 3.
[78] Des recherches ont été menées principalement dans les bases de données bibliographiques en ligne suivantes : http://www.popline.org/, http://www.sciencedirect.com/, http://www.jstor.org/, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/, au moyen de mots clés.
[79] Une définition plus complète de ce concept figure dans le chapitre méthodologique à la page 90.
[80] La dernière actualisation de la revue a été effectuée en juillet 2013.

2.1. Les recherches en sciences sociales sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes en Afrique subsaharienne et au Burkina Faso

La sexualité des jeunes d'Afrique subsaharienne s'est progressivement imposée comme objet de recherche en sciences sociales, en partie dans le cadre des investigations sur les grossesses non prévues d'une part et sur les IST/Sida d'autre part. Les enquêtes réalisées sur les questions de planification familiale dans cette région ont connu un essor important dans le cadre des enquêtes sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) menées dans les années 1970 par l'Organisation Mondiale de la Santé (Ouattara et *al.* 1998). A titre d'exemple, au Burkina Faso, des enquêtes sur les comportements, attitudes et pratiques des femmes et des hommes en matière de planification familiale ont été réalisées par McGinn et ses collègues à la fin des années 1980 (1989a, 1989b).

La fécondité des adolescentes a également fait l'objet de recherches et d'attentions particulières dans les pays en développement et en Afrique subsaharienne (Gyepi-Garbrah 1985 ; Cherlin et Riley 1986). Meekers, notamment, a réalisé une description de l'initiation sexuelle et de la fécondité prémaritale chez les adolescentes en Afrique subsaharienne à partir des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) (Meekers 1993). Au Burkina Faso, on peut citer la recherche qualitative menée par Gorgen et ses collègues (1993) sur les grossesses indésirées vécues par des élèves dans une ville du pays. Cette étude avait pour but de décrire, à partir d'entretiens réalisés auprès d'une quarantaine d'adolescentes scolarisées enceintes, leur environnement social et les facteurs favorisant la survenue de ces grossesses (Gorgen et *al.* 1993).

Quant aux IST/Sida, les premières recherches en sciences sociales menées sur le sujet en Afrique subsaharienne ont été réalisées à partir d'enquêtes quantitatives standardisées sur le modèle des enquêtes CAP. Dans les premiers temps de la pandémie, le souci des intervenants dans le domaine était d'avoir une perception globale des niveaux de connaissance et des comportements préventifs des populations concernées, d'identifier les sous-populations à risque et enfin, de comparer ces données entre pays et régions. Ces études ont contribué à l'amélioration des connaissances sur le sida et ses modes de propagation, notamment dans les pays en développement. Il en est ainsi de la recherche menée par Caldwell et ses collègues (1989), qui s'interrogeaient sur les modes de propagation du sida lors des relations hétérosexuelles en Afrique subsaharienne, et de celle réalisée plus tard sur les réseaux sexuels et leur impact sur la transmission du sida (Caldwell et *al.* 1992).

La revue des études, politiques et programmes réalisée en 1995 par Millogo et Traoré (1995) procure une vision d'ensemble des premières recherches en sciences sociales ayant porté sur le sida au Burkina Faso. Il en est ressorti que les études menées jusqu'alors avaient, pour la plupart, été initiées dans le cadre de la conception ou de la mise en œuvre de programmes

d'intervention. Ces études portaient sur les comportements, attitudes et pratiques de certains groupes de population, ou alors sur l'attitude de populations cibles envers des programmes mis en œuvre. Elles ont mis en lumière la vulnérabilité particulière de certains groupes en matière de prévention du sida, notamment les populations urbaines, les jeunes, les femmes et les populations de zones frontalières. Par exemple, dans une étude de cas menée à partir de récits de vie, Ouango (1994) a montré l'impact de la pratique du lévirat sur l'exposition au sida chez les jeunes femmes au Burkina Faso (Ouango 1994). Ces études ont aussi montré l'étendue des besoins qui demeuraient non satisfaits chez les jeunes en matière de prévention des IST/Sida ou de contraception. Elles ont ainsi permis d'affiner les interventions auprès de ces groupes cibles. Un exemple en est l'étude commanditée en 1996 par l'Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), Population Council et la Coopération Allemande (GTZ) dans le but d'identifier les besoins des jeunes burkinabè en matière de santé sexuelle, afin de concevoir des programmes d'intervention adaptés (Ouédraogo 1996). Citons aussi les études réalisées sur les niveaux de connaissances des populations burkinabè sur le sida en 1994-1995 (Méda 1998) ; sur les opinions des populations burkinabè en matière de santé reproductive (Ouédraogo 1997) et sur le vécu et les besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents urbains et ruraux de 10 à 19 ans dans deux provinces du pays[81] (Brady et *al.* 2007 ; Population Council 2002a, 2002b).

Néanmoins, à cette époque, si ces recherches ont contribué à l'orientation des programmes de prévention des IST/Sida en direction des groupes les plus à risque de contamination, elles ont fait peu de place à la recherche de comportements à risque au sein des relations stables et aux stratégies de prévention développées par les individus (Desgrées du Loû 1998). Dans une revue des recherches menées sur le sida au Burkina Faso, Desclaux (1997) relevait que, depuis les premières actions d'information du public sur la maladie initiées en 1988, le contenu des messages de prévention diffusés alors n'était pas toujours très adroit. Par exemple, le sida a longtemps été dépeint comme une maladie de groupes à risques (tels que les travailleuses du sexe et des migrants de retour de la Côte d'Ivoire[82]), plutôt qu'une maladie découlant de comportements à risques au sein de la population générale[83].

Suite à la dégradation des indicateurs en matière de santé reproductive des jeunes et aux agendas internationaux dans le domaine, notamment les recommandations issues de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, ces investigations se sont multipliées depuis les années 1990 dans les pays d'Afrique

[81] Le Bazèga et le Boulgou notamment.
[82] Le Burkina Faso est un pays de forte émigration, dont une part importante est dirigée historiquement vers la Côte d'Ivoire (Burkina Faso 2009h). En plus de cette émigration, on observe également un important mouvement de migrations de retour, du fait de migrants saisonniers, ou plus souvent ces dernières années, de migrants-durée de vie. Du fait du taux de séroprévalence plus élevé en Côte d'Ivoire qu'au Burkina Faso, ces migrants de retour sont souvent considérés comme étant plus susceptibles que les non-migrants d'être porteurs du VIH et donc comme personnes « *à risque* » (Desclaux 1997).
[83] Comme cela est décrit dans la présentation du contexte socioculturel du pays (page 25), cette stigmatisation des groupes à risque a d'ailleurs contribué, à une certaine époque, à ce que les personnes extérieures à ces groupes sous-estiment considérablement leur exposition au risque de contamination (Desclaux 1997, Obermeyer et *al.* 2009).

subsaharienne (Margolis 1997). Les recherches menées sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso s'inscrivent dans la même dynamique[84]. A partir des sources de données traditionnelles du type EDS, puis lors d'enquêtes spécifiques, les analyses ont ainsi mis en évidence au Burkina Faso des facteurs individuels, contextuels et institutionnels de l'exposition au risque chez les jeunes, dans les domaines des IST/Sida et des grossesses non désirées. Une enquête quantitative et qualitative menée dans cinq pays sahéliens dont le Burkina Faso (ainsi que le Sénégal, la Gambie, le Mali et le Niger) sur la sexualité et l'exposition des adolescents aux risques sexuels a ainsi procuré des indicateurs sur leur activité sexuelle prénuptiale et sur leurs comportements préventifs (CERPOD 1996 ; Djiré et *al.* 1997 ; Kobiané et Yaro 1996).

Face au décalage important entre l'acquisition, par les jeunes notamment, des connaissances nécessaires pour mener une sexualité sans risque et l'adoption des comportements sexuels conséquents, il a été admis que la perception du risque et la connaissance des risques de grossesse et/ou d'IST/Sida ne constituent pas des conditions suffisantes pour la mise en œuvre d'un comportement préventif conséquent (Desgrées du Loû 1998 ; Guillaume 2004 ; Lagarde et *al.* 2004 ; Meekers et Calvès 1999 ; Simbayi et *al.* 2005 ; Swora 2003). Cela a conduit à l'initiation de recherches plus approfondies sur la sexualité des jeunes et leur exposition aux risques. L'étude réalisée par Samuelsen (2006) auprès de 57 jeunes hommes et femmes de Bobo Dioulasso[85] âgés de 15 à 25 ans sur leurs représentations des jeunes sur le sida en fait partie. L'objectif de cette étude anthropologique incluant des discussions dirigées de groupe et des interviews approfondies était, dans un contexte de généralisation de la pandémie dans la ville, de comprendre comment la menace du sida affectait leur vie courante et leur regard sur leurs relations amoureuses. Les résultats ont montré que le sida, en plus des difficultés économiques et du chômage, était source pour eux de frustrations importantes et d'inquiétudes, ce qui se répercutait sur leur vision des relations amoureuses. La fidélité dans leurs relations amoureuses et l'usage du préservatif revenaient comme une nécessité dans leur discours comme moyens privilégiés de prévention du VIH. Lors d'une étude qualitative sur les représentations sociales du sida chez des jeunes dans six pays africains[86] dont le Burkina Faso, Winskell et Obyerodhyambo (2011) ont recueilli les représentations sociales de ces derniers autour du préservatif en lien avec la prévention du sida. Enfin, les Enquêtes Nationales sur les Adolescents (ENA) menées dans quatre pays africains (Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda) et les analyses qui en ont découlé, constituent une des dernières recherches d'importance menées sur l'exposition des jeunes africains et burkinabè aux risques sexuels (Bankole et *al.* 2007a, 2007b ; Biddlecom et *al.* 2007 ; Biddlecom et *al.* 2009 ; Guiella 2004 ; Guiella et Woog 2006 ; Ouédraogo et *al.* 2006). Un aperçu en est donné à l'annexe 1.

[84] Des exemples de recherches menées sur la prévention du sida et la contraception chez ces jeunes sont présentés et commentés à l'annexe 2.1.
[85] Bobo Dioulasso est la seconde ville du Burkina Faso après la capitale politique, Ouagadougou.
[86] Il s'agit du Swaziland, de la Namibie, du Kenya, du Nigéria, du Burkina Faso et du Sénégal.

2.2. Etudes explicatives sur la sexualité prémaritale des jeunes africains

L'intérêt pour la sexualité prémaritale en Afrique subsaharienne a été suscité par plus d'un facteur. D'une part, l'émergence d'une période de sexualité prémaritale dans une région où, dans la plupart des cas, l'activité sexuelle était réputée commencer au moment du mariage, a accru l'intérêt sur le déroulement de cette activité sexuelle et ses conséquences. D'autre part, le fait que cette période apparaisse comme le lieu de prises de risque importantes (tant sur le plan des IST/Sida que sur celui des grossesses non désirées) a accentué l'intérêt des chercheurs. Les études mettent en lumière des facteurs explicatifs relevant de plusieurs domaines : ils concernent tant l'environnement socioculturel que l'économique et le programmatique en matière de santé reproductive des jeunes.

2.2.1. Facteurs socioculturels de la sexualité prémaritale

Les théories socioculturelles sur la sexualité prémaritale des adolescents africains se fondent sur les bases sociales de l'activité sexuelle. Cette activité serait déterminée par les normes et valeurs socioculturelles de l'individu et de sa société par rapport à la sexualité. Un certain nombre d'études, réalisés essentiellement au cours des années 1990, relèvent de ce courant.

Meekers (1993) figure parmi les premiers chercheurs à avoir produit des réflexions théoriques sur la question. Il explique cette activité sexuelle par la «*désorganisation sociale*» ou la modernisation croissante dans les sociétés africaines. Selon lui, cette explication s'applique d'autant plus à l'Afrique que les adolescents du continent sont de moins en moins en phase avec les valeurs traditionnelles (qui, dans la plupart des sociétés africaines, condamnent la sexualité avant le mariage). Ce changement serait plus visible en milieu urbain, secteur « *moderne* » par excellence, qui est souvent opposé au secteur rural, plus « *traditionnel* ». Cette « *désorganisation sociale* », liée à l'affaiblissement du contrôle social traditionnellement effectué par les aînés sur le comportement sexuel des adolescents, serait donc matérialisée par une activité sexuelle prénuptiale grandissante chez ces derniers.

La liberté accrue des jeunes leur donnerait donc de nombreuses occasions de rencontre de partenaires sexuels potentiels, notamment en milieu scolaire. De même que le « *déficit de communication* » relevé entre leurs parents et eux, ce facteur contribuerait à l'influence des pairs, surtout en ce qui concerne le début de l'activité sexuelle et l'apprentissage de pratiques sexuelles à risque (Beat Songué 1998). A partir de données d'observations participantes auprès de jeunes tanzaniens, Wight et ses collègues (2006) ont confirmé le fossé entre les normes culturelles du milieu (qui sont restrictives en matière de sexualité prénuptiale et véhiculent, entre autres valeurs, le tabou autour de la sexualité, les restrictions plus grandes pour les femmes que les hommes) et l'opinion des jeunes (qui pensent que cette activité sexuelle prénuptiale est inévitable, que les femmes exploitent le sexe pour atteindre certains objectifs et que cette activité sexuelle est valorisante pour les jeunes hommes). L'issue de ces contradictions est que les jeunes sont sexuellement actifs. La tension entre ces

sollicitations contradictoires semble être résolue par la courte durée des relations amoureuses tant qu'elles ne sont pas reconnues socialement (par les cérémonies de mariage).

La diffusion des valeurs occidentales au travers de l'urbanisation constituerait aussi un facteur d'accroissement de l'activité sexuelle prémaritale chez les adolescents. Cela ressort en particulier de l'étude réalisée en 1996 sur la santé reproductive des adolescents dans cinq pays sahéliens[87] (CERPOD 1996 ; Kobiané et Yaro 1996). Le changement de mentalités chez les jeunes y est largement documenté. Beat Songué (1998) a aussi relevé l'influence des clubs vidéo dans les villes camerounaises sur le développement de la sexualité prénuptiale des adolescents du Cameroun. Ces lieux de visionnage de films érotiques par la jeunesse joueraient un rôle important dans la diffusion des modèles culturels occidentaux en matière de pratiques sexuelles.

Dépassant cette présentation tranchée de l'opposition entre valeurs traditionnelles et modernes dans les sociétés africaines, des études plus récentes dépeignent plutôt une imbrication de ces valeurs dans l'environnement de vie des adolescents. De fait, l'examen des perceptions et attitudes des populations africaines vis-à-vis de la sexualité prénuptiale montre qu'il existe de nos jours un grand changement par rapport aux normes traditionnelles valorisant la virginité des jeunes filles au mariage. Si les adultes réprouvent toujours l'activité sexuelle prénuptiale des jeunes, ces derniers, garçons comme filles, tendent plutôt à la valoriser. On note néanmoins que la tolérance est toujours plus grande, y compris chez les jeunes, concernant l'activité sexuelle prénuptiale des jeunes hommes comparée à celle des jeunes filles[88].

Dans cet ordre d'idées, et face à la pression sociale au mariage induite par les valeurs accordées à l'union dans les sociétés concernées, des motivations plus pragmatiques sont attribuées à l'activité sexuelle des adolescents dans certains cas. Dans un contexte culturel où la reconnaissance sociale de la jeune fille passe par le mariage dès qu'elle atteint un certain âge (Attané 2002 ; Badini 1994 ; Brady et *al.* 2007), le sexe et la procréation constituent quelquefois un moyen pour elle de créer (ou de consolider) des liens avec celui qu'elle considère comme un époux potentiel.

2.2.2. Facteurs économiques de la sexualité prémaritale

D'autres explications apportées à la sexualité prénuptiale des adolescents relèvent plutôt de motivations strictement économiques. Les auteurs participant à ce courant théorique qualifié d'approche économique ou d'« *adaptation rationnelle* » estiment que la sexualité prémaritale des adolescents, et notamment celle des jeunes filles, est parfois mise en œuvre dans un but essentiellement lucratif (Cherlin et Riley 1986 ; Meekers 1993). Cette « *commercialisation* »

[87] Il s'agit du Niger, du Sénégal, de la Gambie, du Mali et du Burkina Faso.
[88] Ces réalités sont présentées plus en détail dans l'exposé du contexte socioculturel du pays au chapitre 1.

du sexe peut aller de l'entretien de relations intéressées avec un homme plus âgé et nanti[89] à la prostitution.

Ce comportement serait dû aux conditions de vie difficiles de ces adolescentes. Ces dernières utiliseraient alors le sexe pour se faire entretenir matériellement par un partenaire nanti. Le dénuement pousserait donc certaines jeunes filles à multiplier les partenaires sexuels et surtout, à les choisir en fonction de leurs moyens financiers (Bozon et Hertrich 2004 ; Calvès 1999 ; Maticka-Tyndale et *al.* 2005 ; Rwenge 2004). Des comportements de ce type sont aussi évoqués dans l'étude sur la santé reproductive des adolescents du Sahel (CERPOD 1996). Une autre recherche portant sur la sexualité et la prévention chez les adolescents à Yaoundé confirme cette hypothèse : une proportion importante des jeunes filles interrogées avaient déjà eu des rapports sexuels en échange d'avantages, tout particulièrement les filles mères et celles issues de familles défavorisées, afin de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur enfant. Plusieurs autres études évoquent cette tendance des jeunes filles à accepter plus facilement les avances d'hommes plus nantis (et donc généralement plus âgés que leurs camarades masculins), afin de bénéficier d'avantages et également parce que ces derniers constituent des partis plus avantageux et sont plus à même de les prendre en charge en cas de grossesse. Wight (2006), tout en relevant les bases socioculturelles de l'activité sexuelle des jeunes tanzaniens, évoque aussi cette utilisation du sexe par des jeunes femmes à des fins matérielles. Silbershmidth et Rasch (2001) l'ont aussi montré dans une étude qualitative des cas de 51 adolescentes ayant eu recours à des avortements à Dar es Salaam (Tanzanie). Rappelons néanmoins qu'il convient d'être prudent dans les interprétations et de prendre en compte la culture amoureuse des populations concernées pour ne pas assimiler abusivement des échanges normaux à du sexe transactionnel[90].

Par ailleurs, un bémol peut être apporté à ce raisonnement au vu de l'imbrication de l'économique et du social dans les sociétés étudiées. De fait, s'il est vrai que des difficultés économiques peuvent favoriser une entrée précoce dans la sexualité et des prises de risques, il ne faut pas perdre de vue que, derrière ces choix opérés par les jeunes, l'influence du social et du culturel demeure. Ainsi, la recherche d'avantages en échange de relations sexuelles, et même de relations sexuelles non protégées est à mettre en relation avec des facteurs tels que la recherche de prestige au sein de leur groupe d'amies par les jeunes filles : en sortant avec un homme plus âgé et en ayant les moyens de s'habiller selon le dernier cri de la mode, elles se valorisent face à leurs pairs et renforcent leur statut social. Ce qui nous ramène à l'influence des pairs et à une recherche identitaire (Gorgen et *al.* 1998), facteurs qui relèvent plus de l'approche socioculturelle que de l'approche économique.

[89] Hommes communément appelés dans ce contexte « *sugar daddies* » ou « *sponsors* » (Beat Songué 1998 ; Luke 2005).
[90] Voir la page 25.

En définitive,

L'attention portée à la sexualité prénuptiale des adolescents a progressivement évolué : passée la première appréhension de la sexualité prémaritale en tant que phénomène « *négatif* » qui augmente les risques de grossesses prémaritales, ce fait est de plus en plus perçu autrement:

> «{la sexualité prénuptiale est à considérer} d*ans le cadre d'une sociologie de la jeunesse qui considère l'émergence d'une période de sexualité juvénile, non soumise aux exigences sociales du mariage, comme une forme d'apprentissage d'une plus grande autonomie à l'égard des générations précédentes, qui est une tendance sociale universelle*». (Bozon et Hertrich 2004, p 49).

Il est donc désormais admis par les chercheurs en sciences sociales que le problème ne réside pas de façon intrinsèque dans le caractère prénuptial de l'activité sexuelle, par ailleurs inhérente à l'ouverture des jeunes au monde et à l'allongement de la période prénuptiale : les adolescents commencent leur vie sexuelle plus tard que par le passé, mais courent plus de risques actuellement d'avoir un enfant avant le mariage, simplement du fait de cet allongement. Ce ne serait donc pas tant leur comportement sexuel qui a changé, mais plutôt la durée d'exposition au risque, facteur imputable au contexte social dans lequel intervient cette activité sexuelle (Meekers 1993). La problématique à résoudre se situerait plutôt au niveau des risques auxquels sont exposés les jeunes, en union ou non, du fait de leur activité sexuelle dans un contexte inapproprié et sans avoir les moyens de se prémunir efficacement de ses conséquences néfastes (à savoir les IST/Sida, les grossesses non désirées et leurs corollaires que sont les avortements clandestins) (Bozon et Hertrich 2004).

En somme, dans la majeure partie des cas, l'activité sexuelle des adolescents célibataires résulte d'une mosaïque de facteurs. Cette combinaison est spécifique au contexte social, économique et institutionnel particulier dans lequel ils vivent. Rwenge (2004) conclut de l'étude des comportements sexuels de jeunes camerounais que le manque ou l'insuffisance de connaissances sur la sexualité, le déficit de communication entre parents et enfants, la faiblesse du contrôle social et la pauvreté des familles sont associés à leur activité sexuelle prénuptiale. L'étude menée, au Cameroun également, par Calvès (1999) sur les facteurs et motivations de la sexualité et la fécondité prénuptiale des adolescentes, tente de faire la part des différents facteurs. L'auteure en conclut que les modèles de désorganisation sociale et d'adaptation rationnelle semblent s'appliquer tous les deux à des étapes différentes de la vie des jeunes, ou à des sous-groupes différents de jeunes. En effet, si le premier modèle s'appliquait aisément aux plus jeunes adolescentes, le second concernait essentiellement des jeunes femmes plus âgées. Ces dernières étaient plus enclines que les autres à utiliser le sexe et la procréation comme stratégies pour se procurer des revenus ou s'attacher leur partenaire. Ces conclusions montrent l'importance de la prise en compte du stade de vie dans lequel se trouve l'adolescent ou le jeune pour comprendre les motivations de son activité sexuelle, ce qui n'a pas toujours été le cas.

2.3. Approches explicatives des grossesses non prévues chez les jeunes

La recherche des déterminants des grossesses non prévues[91] chez les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne a fait l'objet de nombreuses études. Ces recherches ont, en grande partie, été réalisées au cours des années 1990, époque qui a vu l'accroissement de l'activité sexuelle prénuptiale et de ses conséquences dans les pays en développement. Les facteurs évoqués relèvent de trois domaines principaux : l'environnement socioculturel, l'environnement économique et le cadre programmatique en termes de lois, politiques et programmes existants dans le champ considéré.

2.3.1. Facteurs socioculturels de l'exposition des jeunes aux grossesses

Les chercheurs qui s'inscrivent dans une perspective socioculturelle de la fécondité non désirée chez les adolescentes estiment que, tout comme leur activité sexuelle, la procréation chez les jeunes ne peut être comprise qu'en prenant en compte leur environnement social (Bledsoe et Cohen 1993 ; Caldwell et Caldwell 1987 ; Gorgen et *al.* 1993).

Il faut préciser que cette approche, quand elle s'intéresse à la procréation hors union chez les adolescentes, suppose que la survenance d'une grossesse chez ces dernières soit largement indésirée ; cela en raison du fait que cet évènement va à l'encontre des normes de leur environnement social[92]. Les adolescentes socialisées selon des normes rigides en la matière auraient plus tendance que les autres à respecter les normes « *traditionnelles* ». Même soumises aux influences évoquées au sujet de la sexualité prénuptiale, la crainte de la sanction sociale en cas de grossesse entraînerait chez elles un comportement sexuel et préventif plus prudent (Kobiané et Yaro 1996). Les grossesses survenant malgré tout chez elles seraient indésirées dans la plupart des cas. En effet, l'étude menée en 1993 sur les grossesses d'élèves au Burkina Faso a montré que la majorité d'entre elles considérait la grossesse comme indésirable à cette étape de leur vie[93] (Gorgen et *al.* 1993).

Le faible pouvoir de décision des jeunes filles en ce qui concerne leur activité sexuelle et l'usage d'une contraception constituerait aussi un facteur essentiel de leur exposition aux grossesses non prévues. Cette incapacité à se protéger quand elles le désirent, dans un environnement où les jeunes filles utilisent surtout des méthodes contraceptives liées à l'acte telles que l'abstinence périodique, les expose naturellement à des grossesses non prévues.

[91] Nous utiliserons indifféremment les expressions « *non prévues* » et « *indésirées* » pour évoquer les grossesses survenant chez les adolescentes et les jeunes femmes à un moment où elles ne désiraient pas en avoir.
[92] Plus rarement, la procréation prénuptiale serait favorisée (dans certaines sociétés) par le prestige social accordé à la procréation, enjeu qui prime alors sur la légitimité ou non de la naissance. Les jeunes filles issues de ces groupes sociaux auraient plus tendance que leurs consœurs à avoir des grossesses prénuptiales, qui seraient alors désirées (Tichit 2009).
[93] En effet, sur les 43 filles enceintes ou mères interrogées, une seule a déclaré avoir désiré cette grossesse (parce qu'elle avait déjà des projets d'union avec son partenaire).

Dans l'étude sur les déterminants de la survenue de grossesses non désirées chez des adolescentes burkinabè, Gorgen et ses collègues (1993) évoquaient la vulnérabilité des adolescentes et l'asymétrie des relations dans lesquelles ces dernières sont engagées, toutes choses qui constituent des entraves à l'utilisation de la contraception. Wolf et ses collègues (2000) ont aussi démontré l'impact réducteur de l'opposition du partenaire sur la capacité des femmes à se protéger lors des relations sexuelles. Leur enquête, réalisée auprès de 1356 femmes et leurs partenaires en Ouganda, indiquait en effet que l'opposition du partenaire à la contraception contribuait pour environ 15% aux entraves citées par les femmes désirant éviter une grossesse. Chez les couples non en union, cette réticence envers la contraception était essentiellement due au rejet du préservatif par certains jeunes hommes et femmes. Chez les couples en union, l'opposition des partenaires envers la contraception provient surtout, dans un contexte social inégalitaire, de la crainte de perdre le contrôle de la sexualité de leurs épouses.

L'impact négatif des inégalités de genre sur la capacité des jeunes femmes à adopter une contraception efficace est largement reconnu. Toutefois, il est important de souligner que ces dernières ne sont pas toujours en position de faiblesse dans leur couple. Elles montrent parfois un pouvoir de négociation important (Brady 2003). Par ailleurs, au-delà des comportements plus ou moins imposés par le partenaire, la littérature relève des prises de risque «*conscientes* » par les jeunes filles dans un but précis : consolider la relation avec un partenaire qu'elles veulent amener au mariage ou profiter de son aisance matérielle. De fait, leur vulnérabilité est parfois relative, ces dernières pouvant profiter de l'asymétrie de la relation (du point de vue de l'âge) pour tirer au maximum parti de leur partenaire sur le plan financier (ce dernier, se sachant en compétition avec d'autres hommes, met également tous les moyens en œuvre pour maintenir la relation) (Silberschmidt et Rasch 2001). Cette posture les conduit à une exposition plus ou moins calculée aux grossesses non désirées.

Des prises de risque analogues conduisant à des grossesses plus ou moins désirées sont mentionnées dans d'autres contextes, dont celui des jeunes en France (Bajos et *al*. 2002). Cette ambivalence dans le désir d'enfant tirerait sa source du contexte et des enjeux même de la sexualité dans les relations amoureuses vécues par ces jeunes hommes et femmes. En effet, sous l'influence de motivations diverses, la sexualité et la reproduction deviennent souvent des outils de promotion sociale. L'adoption de méthodes contraceptives peu fiables par une jeune fille qui est pourtant en mesure d'utiliser une méthode plus sûre, apparaît parfois comme la « *programmation* » d'un échec de contraception. L'étude de trajectoires contraceptives de femmes en France a montré le lien entre les obstacles rencontrés dans l'observance d'une contraception régulière et l'ambivalence relevée chez ces femmes vis-à-vis d'une grossesse éventuelle (Bachelot 2002 ; Bajos et *al.* 2002). Une autre étude, réalisée aux USA en 1995, a, en outre, montré que la mesure habituelle des grossesses non désirées (à partir des échecs contraceptifs uniquement) surestime leur ampleur. En effet, en tenant compte de l'appréciation par la femme du timing de sa grossesse et de ses sentiments à cet égard, on se rend compte qu'une part non négligeable de celles qui ont déclaré un échec

contraceptif (plus de 30% des femmes interrogées) n'étaient pas, en réalité, fermement opposées à l'idée d'avoir une grossesse et qu'en définitive, elles n'étaient pas mécontentes de sa survenue[94] (Trussel et *al.* 1999).

Cette question des motivations dans la gestion de la contraception se complique quand on sait que l'avortement provoqué clandestin semble constituer un ultime recours de contrôle des naissances pour les jeunes filles dans certains contextes. Le recours répété à l'avortement clandestin leur semblerait parfois moins dangereux que l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales. Cela a notamment été observé chez de jeunes nigérianes (Otoide et *al.* 2001). Il est d'ailleurs difficile, dans certaines situations, de savoir si le recours à l'avortement découle d'un réel échec contraceptif ou d'une mauvaise utilisation (ou d'une non-utilisation) de la contraception en connaissance de cause (Delaunay et Guillaume 2007).

☞ **Facteurs de l'exposition aux grossesses non prévues spécifiques aux jeunes femmes en union**

Les déterminants des grossesses non prévues s'avèrent quelque peu spécifiques chez les jeunes femmes en union. Certains des facteurs évoqués à propos des jeunes filles célibataires se retrouvent amplifiés dans cette situation matrimoniale. En premier lieu, les inégalités de genre s'expriment de façon accrue au sein d'une relation maritale. La situation d'union renforçant sa dépendance dans le contexte africain en général et burkinabè en particulier, une femme en union aura plus de difficultés qu'une célibataire pour faire accepter l'usage de la contraception à un partenaire réticent. Par ailleurs, les normes sociales étant fortement en faveur de la procréation (Attané 2002, 2009 ; Badini 1994, Mazzocchetti 2007), la pression sociale et familiale est forte sur les jeunes couples (et sur les jeunes épouses en particulier), non seulement pour avoir le premier enfant une fois en union, mais également pour augmenter leur descendance afin d'atteindre un nombre acceptable par leur entourage.

Quoi qu'il en soit, l'impact des rapports de genre et de la relation de couple sur la prévention montre la nécessité d'accorder une plus grande attention aux besoins du couple dans son entièreté et non pas à ceux de l'individu seul. On assiste d'ailleurs à l'élargissement progressif de la notion de besoins non satisfaits en matière de contraception aux hommes et à l'analyse du problème sous l'angle des désirs, non plus uniquement de la femme, mais du couple (Andro et *al.* 2002 ; Ngom 1997).

[94] D'un autre côté, ces déclarations faites après la naissance de l'enfant sont sujettes à discussion. On connaît en effet le risque de rationalisation des comportements a posteriori par les individus. Les femmes, une fois leur enfant né et un lien affectif développé avec lui, seront naturellement moins enclines à déclarer n'avoir pas désiré sa naissance.

2.3.2. Facteurs économiques de l'exposition des jeunes aux grossesses

Certaines recherches indiquent que, tout comme l'activité sexuelle avant le mariage, la fécondité prémaritale des adolescentes est loin d'être induite uniquement par leur environnement socioculturel. Elle constitue parfois une stratégie mise en œuvre par les jeunes filles dans un but économique ou social[95] (Cherlin et Riley 1986 ; Meekers 1993). Il a notamment été démontré, en milieu urbain camerounais, que l'encadrement familial, et surtout, le niveau de vie, constituent des facteurs de diminution du risque de grossesse chez ces jeunes filles (Evina 1998). Cela laisse à penser que les décisions en matière de reproduction peuvent résulter de stratégies individuelles (choix qui sont fonction de l'éducation reçue et du statut économique). Dans ce sens, une grossesse survenant en dehors du mariage n'est pas nécessairement indésirée.

On a vu plus haut que la finalité de cette procréation « *plus ou moins désirée* » chez les jeunes filles pouvait aussi être sociale, le sexe et la procréation constituant parfois un moyen pour la jeune fille de créer des liens avec celui qu'elle considère comme un époux potentiel. Evoquant le « *spectre* » de la stérilité dans les sociétés d'Afrique centrale, Tichit (2009) explique à quel point la procréation valorise la femme dans ce contexte et décrit la pression exercée sur cette dernière pour démontrer qu'elle en est capable, en particulier par le biais d'une grossesse dès qu'elle a des projets de mariage.

Hormis dans les sociétés où elle entre dans les normes culturelles[96], la fécondité prénuptiale, bien que courante de nos jours, suscite toujours la désapprobation sociale et reste en majorité indésirée par les jeunes filles. En effet, même dans le cas où la jeune fille s'expose à une grossesse en vue de faire la preuve de sa fertilité ou de pousser l'auteur de la grossesse au mariage, elle a avant tout pour objectif d'accéder à l'institution du mariage. En clair, elle espère, non pas une naissance prénuptiale en tant que telle, mais un mariage qui précéderait cette naissance (Meekers 1993). De fait, ces conceptions prénuptiales aboutissent souvent à des naissances dans le cadre du mariage dans les pays d'Afrique subsaharienne comme le Cameroun (Rwenge 2004 ; Tichit 2009).

2.3.3. Facteurs programmatiques de l'exposition des jeunes aux grossesses

Les analyses relevant de ce courant théorique démontrent que l'exposition des jeunes aux grossesses non prévues est principalement due aux lacunes des programmes de prévention. Les insuffisances de ces programmes en matière d'information fournie aux jeunes sur les méthodes contraceptives, et leur inadaptation à ce public, sont mises en cause pour expliquer l'incapacité des jeunes à mettre en œuvre une contraception efficace.

[95] Les deux finalités étant parfois intimement liées, comme on l'a vu plus haut.
[96] Bledsoe et Cohen (1993) citent le cas des sociétés où la procréation constitue une étape dans le processus traditionnel du mariage et est donc tout à fait normale et désirée par les adolescentes (Bledsoe et Cohen 1993).

L'accès des adolescents et jeunes à des services de planning familial adaptés à leurs besoins et de qualité reste en effet problématique au Burkina Faso, même dans les milieux urbains qui font pourtant figure de sites privilégiés en ce domaine. Dressant un état des lieux en matière de santé reproductive des jeunes au Burkina Faso en 2004, Guiella (2004) évoque également l'ampleur des besoins non satisfaits en la matière. Ces besoins vont de l'accès à une information adéquate à des services de santé sexuelle adaptés aux jeunes. En effet, les obstacles à leur utilisation par les adolescents, surtout par les jeunes filles, restent nombreux. Déjà dans les années 1990, lors de l'étude sur la santé reproductive des adolescents dans les pays du Sahel, les jeunes avaient cité comme freins les plus importants à leur fréquentation des services de santé, la crainte d'être stigmatisés en fréquentant ces centres, le mauvais accueil et la réprobation affichée des prestataires de service envers leur activité sexuelle et leur demande de contraception, et enfin, les rumeurs négatives dans leur environnement social sur les effets secondaires des méthodes contraceptives modernes (CERPOD 1996). Plus récemment, dans une étude sur l'influence des normes sociales ambiantes en matière de sexualité des jeunes sur l'interaction entre prestataires de services de PF et jeunes filles à Ouagadougou, Ouattara et ses collègues (2009) rappelaient que :

> « *Ces personnes* {les prestataires de services} *ne sont pas, bien évidemment, uniquement des techniciens dont le paradigme de référence se limite au seul savoir médical. Ils sont certes médecins, infirmiers, auxiliaires de santé, mais aussi membres de leur communauté et donc également imprégnés, y compris au cours de leur pratique professionnelle, des valeurs de leur monde social d'appartenance (…)* » (Ouattara et *al.* 2009, p 82).

Ainsi, à Ouagadougou, les attitudes stigmatisantes et réprobatrices des agents de santé envers les jeunes filles et garçons qui fréquentent leurs services sont indéniables. Autant par leur organisation pratique que par les messages diffusés, les services de PF semblent toujours conçus uniquement pour les femmes en union, public « *légitime* » dans l'esprit des prestataires (Bationo 2012).

De la même manière, comme cela a été présenté dans l'exposé de l'environnement programmatique de la santé reproductive des jeunes burkinabè, une revue des politiques et programmes de santé reproductive des adolescents au Burkina Faso (Population Council 2002b) et une analyse situationnelle de services de santé reproductive (Population Council 2003a), ont relevé des insuffisances de ces services qui conduisaient à leur faible fréquentation et à la faible prévalence contraceptive au sein de ce groupe d'âge. Ce sont, entre autres, l'insuffisance d'informations sur la contraception, la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives hormonales et les blocages culturels.

2.4. Etudes explicatives sur l'exposition des jeunes africains aux IST/Sida

Dans un premier temps, les études s'intéressant aux déterminants de l'exposition des jeunes aux IST/Sida ont mis en évidence des facteurs individuels à ces comportements. Les facteurs relevant des domaines socioculturels et institutionnels ont été davantage documentés par la suite.

2.4.1. Facteurs individuels de l'exposition des jeunes aux IST/Sida

Ayant recours aux théories utilisées en santé publique, l'approche objectiviste de l'exposition aux risques se réfère essentiellement au « *Health Belief Model »* (Becker et *al.* 1972 ; Becker et *al.* 1977). Selon cette théorie, l'adoption d'une prévention par l'individu dépend d'un certain nombre de facteurs relevant de leurs croyances ou appréciations en la matière[97]. Une forte perception individuelle du risque et du bénéfice attendu de l'action de prévention constituerait un élément prédictif de l'adoption d'un comportement à moindre risque (Moatti et *al.* 1993). Pour l'individu, la rationalité consisterait à employer tous les moyens nécessaires pour se protéger dès lors qu'il est averti d'un risque pour sa santé dans une situation donnée. La prise de risque liée à l'activité sexuelle (le risque de transmission sexuelle du VIH notamment) est ici définie comme le fait, pour l'individu, de ne pas utiliser de protection lors d'un rapport sexuel alors qu'il a connaissance des risques, comportement qui va à l'encontre de la logique rationnelle de protection de sa santé. On cherche alors à comprendre les facteurs individuels qui conduisent l'individu à s'exposer ainsi au risque, sans autre considération.

2.4.2. Facteurs socioculturels de l'exposition des jeunes aux IST/Sida

Développée en partie en réaction aux théories objectivistes, une approche différente de l'exposition des individus aux IST/Sida vise à nuancer ces théories en matière de sexualité et de prévention du sida. La principale critique émise par les auteurs dont les recherches ont alimenté ce courant théorique est que l'individu ne saurait être considéré comme entièrement autonome dans ses choix préventifs. La conception objectiviste, en limitant la rationalité de l'individu à celle l'amenant à protéger sa santé en dehors de toute autre considération, serait donc trop étroite en ce qu'elle ne fait pas de place aux aspects sociaux de la sexualité et de la relation de couple. Le rôle de l'environnement socioculturel est essentiel, d'où la nécessité d'étudier la sexualité en intégrant sa dimension affective et sociale (Bozon et Leridon 1993 ; Calvès 1999) ; direction dans laquelle l'approche constructiviste a investigué en prenant plus en compte la dimension relationnelle dans la prise de risque (Bajos 2006). Cette approche

[97] Selon les auteurs, ces croyances résultent « *(…) d'une alchimie complexe entre un plus ou moins bon accès à l'information et une réinterprétation de celle-ci dans le contexte de représentations sociales plus larges de la maladie* ». Ce sont, notamment, les perceptions de la vulnérabilité individuelle à la maladie, de la gravité de la maladie, du bénéfice de l'action de prévention, des barrières à l'adoption du comportement de prévention, le degré de certitude quant à l'efficacité de l'action de prévention et des facteurs contextuels, dont la motivation pour la santé (Moatti et *al.* 1993, p 1509).

postule que la compréhension du comportement d'exposition de l'individu au risque doit faire recours à l'environnement social de la relation concernée et aux différentes valeurs et injonctions qui s'entrecroisent autour de sa sexualité.

De fait, comme cela a déjà été établi dans d'autres domaines de l'éducation sanitaire (tels que la prévention du tabagisme, de maladies cardiovasculaires, etc.), les liens paraissent parfois illogiques entre les connaissances des individus et leurs comportements face au risque d'infection par le VIH (Moatti et *al.* 1993). Les comportements considérés comme à risque par le commun des mortels peuvent apparaître comme tout à fait rationnels aux yeux des individus concernés. Pour le comprendre, il est utile d'aller au-delà des conceptions « *mécanicistes* » des déterminants pour mener des analyses intégrant les contextes des expositions au risque ainsi que la dynamique temporelle (histoire et itinéraire des individus) dans laquelle elles s'inscrivent.

Van Campenhoudt (1999), réfléchissant sur les théories explicatives des comportements à risque de contamination par le VIH, estimait que la prise en compte de la relation de couple apporte un nouvel éclairage sur ces comportements ; l'exposition au risque peut constituer une démarche rationnelle pour un individu donné, d'où une « *rationalité relationnelle ».* L'homme est alors plus perçu comme « *homo sociali*s » que comme « *homo economicus* ». L'individu aurait une tendance naturelle à former ses perceptions et évaluations du risque au travers, certes, des informations diffusées sur la prévention, mais aussi à travers son expérience personnelle (selon un processus d'apprentissage plus ou moins conscient) et ses représentations des comportements concernés (Swora 2003). Abondant dans ce sens, Spencer (1993) affirmait que l'on ne peut entièrement comprendre la diversité des comportements sexuels et des stratégies de prévention des individus en prenant uniquement en compte des facteurs individuels. Il a souligné la possible contradiction entre les représentations sociales et les pratiques individuelles en matière de sexualité. Par conséquent, dans l'explication de l'exposition au risque, il a recommandé la prise en compte du cadre normatif inhérent à l'environnement social de l'individu (normes sur les relations amoureuses, le couple, la sexualité, la fidélité, la réponse au sida, le test de dépistage, etc.), de même que les différences de perception sur et entre hommes et femmes. Dans la même tendance, Aaro et ses collègues (2006) ont évoqué la nécessité d'intégrer les aspects culturels dans les interventions pour la prévention du sida, et de prendre en compte les facteurs et contraintes sociétaux relatifs à la sexualité des jeunes en Afrique subsaharienne.

La sexualité, et partant la prévention, sont au centre de l'imbrication d'enjeux sociaux et relationnels, d'intérêts économiques et de la recherche de protection. Si elle n'occulte pas pour autant la logique sanitaire dans la perception du risque par l'individu, l'approche constructiviste de l'exposition au sida met en avant l'articulation des enjeux sociaux, culturels et psychologiques entrant en ligne de compte dans le comportement adopté par l'individu. En effet, le comportement sexuel est une élaboration progressive qui se constitue différemment selon le sexe, l'appartenance sociale et culturelle des individus. En outre, dans la négociation

implicite ou explicite qui se tient entre les partenaires, des éléments qui relèvent de l'affectif, de l'émotion, du désir et du plaisir peuvent venir influencer fortement les rapports sociaux.

De fait, plusieurs études ont montré l'impact des normes sociales influençant le comportement sexuel et partant, la prévention chez les jeunes africains. Etudiant la sexualité des jeunes en Tanzanie à partir de données longitudinales, Haram (2005) a contribué à démontrer les limites de l'approche théorique postulant un choix rationnel des individus en ce qui les concerne. Selon les conclusions de ses travaux, loin d'être autonomes dans leurs décisions, ces derniers feraient face à des contraintes socioculturelles qui les amènent à prendre des risques, parfois en connaissance de cause. Les femmes seraient particulièrement touchées dans des contextes d'inégalités de genre.

Un exemple de recherche confortant les postulats de cette approche est celle menée sur l'adaptation au risque du sida chez des hommes et femmes en Belgique (Peto et *al.* 1992), Par le biais de typologies réalisées à partir d'entretiens semi-directifs, les auteurs ont montré que la relation de couple, plutôt que les caractéristiques individuelles des partenaires, est cruciale pour comprendre la prise de risque. En fin de compte, les individus interrogés font un arbitrage plus ou moins conscient entre les divers intérêts qui influencent leur comportement préventif. D'où la conclusion selon laquelle l'exposition au risque constitue une démarche rationnelle du point de vue de la relation de couple. Elle peut être analysée comme un « *processus de réduction de l'incertitude* »[98] (Van Campenhoudt 1999). L'exposition plus ou moins consciente au risque dans une situation donnée peut entrer dans cette dynamique.

En somme,

> « (…) *les individus élaborent leur propre définition du risque qui ne se résume pas nécessairement à une opposition binaire : risque présent/absent, mais qui peut intégrer différents niveaux de risque (de très faible à très important), en fonction du contexte microsocial et épidémiologique dans lequel ils se trouvent (*…). {La prise de risque devient ainsi} *le révélateur des rapports sociaux qui structurent l'activité sexuelle.* » (Bajos 2006, p 21).

Il importe donc, de ce point de vue, de comprendre ce qui structure la sexualité afin d'être en mesure de comprendre la prise de risque. Comme toute pratique sociale, les pratiques sexuelles s'inscrivent simultanément dans plusieurs rapports sociaux, et notamment des rapports de genre, de classes et de générations. Pour analyser les représentations et les attentes des deux partenaires d'une part, et pour rendre compte de ce qui se joue autour des conditions de la négociation de la prévention d'autre part, les rapports de genre, de classe (promotion sociale, accès aux ressources) et de génération (condamnation de la sexualité des jeunes par les adultes) apparaissent les plus structurants. Les représentations sociales de la sexualité et de la prévention, les rapports de genre entre hommes et femmes et, en

[98] La réduction de l'incertitude fait ici référence au fait que, sur les plans social et relationnel notamment, l'individu est sujet à des peurs et à des incertitudes suscitant des tensions, qu'il cherche constamment à résoudre pour parvenir à un équilibre.

particulier, les rapports de pouvoir au sein du couple, apparaissent comme des facteurs prédictifs importants du comportement préventif. Langen (2005), recherchant l'impact de ces rapports sur la capacité des femmes à négocier la protection lors des rapports sexuels au Botswana et en Afrique du Sud, établit que, dans les relations inégalitaires[99] au sein des unions formelles, le préservatif est moins utilisé que dans les autres types de relations. Ce comportement serait en partie dû au fait que la plupart des femmes, dans ces situations, ont moins de latitude pour proposer une protection à leur partenaire. D'autre part, ces derniers auraient plus tendance à leur opposer un refus que ceux étant dans des relations plus égalitaires (Langen 2005). Une étude semblable menée auprès d'hommes kenyans, dans le but de vérifier l'effet du phénomène de « *sugar daddies* » sur la prévention des couples montre que 5% des hommes de 21 à 45 ans interrogés vivaient ce type de relations au moment de l'enquête. Saisissant les inégalités de genre par un écart d'âge d'au moins dix ans dans le couple et/ou une aide matérielle soutenue de l'homme à la femme, l'auteur conclut que ce type de relation est corrélé avec un usage moindre du préservatif (Luke 2005).

Pareillement, l'enquête qualitative menée par Ouédraogo et ses collègues auprès d'adolescentes burkinabè en 2004 confirmait le rôle joué par les relations de genre dans l'exposition de ces dernières aux risques (Ouédraogo et *al.* 2006) : les filles de 12 à 19 ans ont déclaré, pour la plupart, avoir eu des relations sexuelles avec des hommes de cinq à dix ans plus âgés avec qui elles communiquent très peu sur les risques liés à la sexualité et la prévention. Bien qu'ayant conscience des deux risques, elles étaient plus préoccupées dans l'immédiat par le risque de grossesse. Elles acceptaient tout de même d'avoir des rapports non protégés si le garçon leur donnait l'assurance qu'il assumerait ses responsabilité en cas de grossesse. A l'extrême des inégalités de genre, l'effet néfaste des violences sexuelles sur la prévention du VIH a été démontré (Martin et Curtis 2004). Par ailleurs, analysant des données collectées auprès de 25 jeunes élèves du secondaire en Afrique du Sud concernant la chronologie et les circonstances de leur activité sexuelle récente (466 échanges sexuels ont ainsi été documentés), Hoffman et ses collègues (2006) ont relevé que les relations sexuelles ayant comporté un usage de violence ou de contrainte par le partenaire masculin sur la fille avaient été moins souvent protégées que celles qui étaient exemptes de violence. Dans les contextes où ces violences sont importantes, elles constituent donc un facteur notable d'exposition des adolescents et jeunes aux risques sexuels et à l'infection à VIH en particulier.

Au sujet de l'influence des normes sociales et des rapports entre générations sur la prévention, l'examen des normes culturelles spécifiques des communautés peut effectivement apporter un éclairage supplémentaire sur les comportements préventifs des individus. En Afrique du Sud, à partir d'analyses qualitatives réalisées auprès de jeunes hommes sur leurs représentations sociales de la masculinité, de la sexualité et du sida entre autres, les comportements de prise de risque se sont avérés en partie liés au désir de ces

[99] Elles sont définies dans ce cadre comme celles où il existe un écart d'âge d'au moins 10 ans entre les partenaires ou encore une aide économique soutenue de l'homme à la femme.

hommes de se conformer aux modèles de masculinité en vigueur dans leur communauté (Sorrel et Raffaeli 2005). Ces résultats rejoignent ceux d'une autre étude qui examinait les facteurs de risque de contamination par le VIH chez les jeunes de Cape Town en Afrique du Sud. On y notait la persistance de comportements à risque chez les jeunes hommes et femmes du fait de leur foi aux croyances et mythes entourant la transmission du VIH et le port du préservatif. Ainsi, des comportements comme le viol (23% des hommes interrogés à Cape Town disent avoir déjà été auteurs de violences sexuelles sur des femmes) seraient fortement sous-tendus par des croyances relatives à la masculinité et à l'affirmation de soi en tant qu'homme dans la société. Par ailleurs, ce groupe d'hommes s'est révélé significativement plus enclin que les autres à avoir de multiples partenaires et des épisodes d'ulcères génitaux (Simbayi et *al.* 2005).

La paupérisation croissante des populations est aussi à prendre en compte dans l'étude de l'exposition des jeunes africains au sida. Une étude menée en Namibie sur les perceptions des hommes dans un contexte de pauvreté et de VIH a montré, d'une part, que les jeunes hommes sont désorientés par les difficultés existentielles qui résultent de l'imbrication de la pauvreté, du chômage et des menaces sur leur santé (VIH). D'autre part leurs comportements trahissent une vulnérabilité spécifique, différente de celle des femmes, qui mérite que l'on s'y intéresse (Tersbol 2006).

- ☞ **Facteurs socioculturels de l'exposition au sida spécifiques aux couples en union**

Tout comme la contraception, la prévention du sida chez les jeunes hommes et femmes en union se heurte à des difficultés spécifiques. En particulier, les inégalités de genre s'expriment de façon plus ouverte dans les couples en union inégalitaire : la domination masculine est alors en quelque sorte « *légitimée* » par l'entourage du couple. Ces inégalités exacerbent le double standard sexuel, également accru dans le cadre des unions. De ce fait, dans un environnement social inégalitaire, la femme fait l'objet d'un fort contrôle (social et familial) de sa sexualité et de sa « *moralité* », tandis que celle de l'homme est très peu surveillée. De surcroît, la polygamie (formelle) faisant partie des us et coutumes locales, notamment au Burkina Faso[100], le multipartenariat d'un homme, même non officialisé, a tendance à être accepté ou toléré par la société, quand il n'est pas valorisé, pour peu qu'il ait les moyens financiers d'entretenir sa famille (Attané 2002, 2007 ; Mazzocchetti 2007). Loin d'avoir une base uniquement symbolique, cette domination masculine s'appuie aussi sur la dépendance économique de leurs partenaires à leur égard. Les résultats des études récentes sur le mode de vie des jeunes urbains subsahariens en union tendent à confirmer ce lien *a contrario*. Ces recherchent montrent en effet à quel point l'implication croissante des femmes dans la prise en charge économique des ménages et des familles (du fait de la crise économique et de la montée du secteur informel dans lequel elles sont parfois mieux établies

[100] En 2006, la polygamie "*formelle*" concernait au moins 20% des hommes de 15 à 59 ans du pays, tous milieux et groupes sociaux confondus (Burkina Faso 2009c).

que leurs conjoints) a contribué à bouleverser les rapports de pouvoir dans les couples (Locoh et *al.* 2007). Même si cette redéfinition des responsabilités semble s'être faite au détriment des femmes dans une certaine mesure (Adjamagbo et Calvès 2012), elle a contribué à l'augmentation de leur pouvoir de décision dans les ménages, y compris dans le champ de la sexualité et de la prévention du sida.

Un troisième facteur d'importance spécifique aux couples en union, est leur désir d'enfant et l'incompatibilité de ce désir avec l'usage du principal moyen de prévention du sida, à savoir l'usage du préservatif (Desgrées du Loû 2005).

En raison de ces différents facteurs, l'utilisation du préservatif s'avère plus difficile à introduire (ou à maintenir) au sein des couples en union que dans les couples célibataires. Il demeure difficile pour une femme en union d'exiger l'usage du préservatif dans son couple, cela même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son partenaire et, de ce fait, redoute d'être exposée au VIH (Bozon et Hertrich 2004 ; Leroy 2006). Desgrées du Loû (1998) fait ici allusion à ces entraves à la négociation de la prévention chez les femmes africaines en union :

> « *Toute cette discussion sur la prise de risque et l'importance d'intégrer les facteurs affectifs dans la prise de risque face au sida est particulièrement intéressante lorsqu'on considère le cadre familial, où l'affection portée à l'autre, la crainte d'être rejeté et le souci des enfants l'emportent facilement sur le souci de préserver sa propre santé. Ainsi, il ne faut pas perdre de vue que, face au risque de contracter le virus du sida, il existe aussi dans les familles africaines le risque pour une femme de se voir rejeter par son mari lorsqu'elle réclame l'utilisation du préservatif, ou encore celui de ne plus avoir d'enfants*». (Desgrées du Loû 1998, p 719).

Etudiant la prévention et la prise en charge du sida chez des couples africains dans le cadre d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en Côte d'Ivoire, Desgrées du Loû (2005) relève que, dans l'échantillon d'analyse, moins de la moitié des femmes vivant en union qui ont appris qu'elles étaient séropositives sont parvenues à en informer leur conjoint et à utiliser désormais le préservatif pour protéger ce dernier de la contamination. Continuant une activité sexuelle normale, elles n'ont pas résolu la question. La problématique ici est celle de la question du sida et de la fidélité dans le couple en union, et des problèmes de confiance et de moralité que cela pose aux conjoints l'un vis-à-vis de l'autre. Ces résultats sont confirmés par d'autres études menées en Afrique Centrale notamment. Chireshe et Chireshe (2011), s'interrogeant sur l'effet protecteur réel de l'union monogamique face au VIH, ont interviewé 26 hommes et femmes âgés de 21 à 55 ans dans une université zimbabwéenne. Ils sont parvenus à la conclusion que, dans le contexte des relations de couple du pays, le mariage pouvait constituer un facteur de risque pour les hommes et femmes, et particulièrement pour ces dernières. Ainsi, de l'avis des répondants, l'union monogamique ne signifie pas pour autant que la relation soit exclusive, certains individus entretenant au contraire des relations extramaritales, mais de façon secrète pour protéger leur réputation. Par conséquent, le conjoint se retrouve dans une fausse quiétude quant à son exposition au risque. Ces chercheurs en ont conclu que les femmes célibataires

seraient, finalement, plus à l'abri de la contamination par le VIH que d'autres vivant en union dans ce contexte. Cela s'explique également par le fait que les premières sont en meilleure position que les autres pour négocier la prévention des rapports sexuels avec un partenaire qui n'est pas leur époux et face auquel elles n'ont donc pas d'obligation particulière.

2.4.3. Facteurs programmatiques de l'exposition des jeunes aux IST/Sida

Comme cela a été observé pour la contraception, des facteurs d'ordre programmatique et institutionnel influencent la prévention du sida chez les jeunes africains. Tant les lois, politiques, programmes et services en matière de santé reproductive, que l'accessibilité de ces services et leur capacité à doter les jeunes de moyens de prévention efficaces contre ces maladies sont incriminés (Rwenge 2004). Aux facteurs programmatiques cités dans l'explication de l'exposition des jeunes aux grossesses non prévues s'ajoutent, pour ce qui concerne leur exposition aux IST/Sida, les insuffisances quantitatives et qualitatives des services de prévention du sida.

Ces insuffisances sont en partie décrites dans la présentation du contexte institutionnel de la SR des jeunes au Burkina Faso (faite dans le chapitre précédent). La faible fréquentation et le faible recours des jeunes aux services de CDV au Burkina Faso en sont souvent les conséquences. Outre la stigmatisation qui contribue fortement à cet état de faits (Desclaux 1998 ; Gausset et *al.* 2012 ; Obermeyer et *al.* 2009), les études réalisés sur les programmes de prévention mis en œuvre dans le pays dans les années 1990 décrivent leur focalisation sur les groupes dits « *à risque* » (tels que les professionnels du sexe et les routiers) (Desclaux 1998). Cela a laissé peu de place dans l'imaginaire collectif pour une prise en compte du sida dans une relation « *normale* », stable.

En fin de compte, la notion d'exposition au sida dans une relation sexuelle ainsi que la façon d'y réagir reste très complexe. Il serait illusoire de croire que les jeunes puissent être classés dans des catégories figées en matière d'adoption de comportements à risque. Il existe en fait une multitude de situations à risque dépendant de plusieurs facteurs, et dans lesquelles ils peuvent se retrouver à un moment ou un autre (Brady 2003).

2.5. L'étude de la prévention simultanée des grossesses et des IST/Sida (double protection) chez les jeunes

Depuis l'irruption du VIH, les chercheurs se sont intéressés à l'un ou l'autre des risques liés à la sexualité, mais très peu à la double protection en tant que telle. Notamment en Afrique subsaharienne, la problématique de la double protection a rarement été abordée jusqu'à une époque récente. Nous entendons par double protection effective lors d'un rapport sexuel, la protection simultanée contre les grossesses non prévues et les IST/Sida. Les préservatifs masculin et féminin constituent à ce jour les seules méthodes procurant simultanément une

protection contre les grossesses indésirées et les IST/Sida. Une alternative consiste en l'utilisation combinée du préservatif et d'une autre méthode contraceptive. Un autre moyen est l'utilisation d'une méthode contraceptive autre que le préservatif dans une relation exclusive entre partenaires sains. Une des raisons de ce faible intérêt pour la question réside aussi dans la séparation et la verticalité des programmes et des actions de prévention contre ces deux risques dans la plupart des pays (Bearinger et Resnick 2003 ; Desgrées du Loû 1998).

Le champ de la sexualité, en particulier celle des jeunes dans un contexte tel que celui du Burkina Faso, apparaît pourtant d'une grande complexité. Comme les tenants des approches constructivistes le décrivent, la sexualité se situe au cœur d'enjeux et de tensions diverses qui en font un domaine où les logiques divergent, parfois au détriment de la prévention des risques par l'individu. Les auteurs ayant travaillé sur la double protection invoquent l'importance de la prise en compte de ces deux risques pour mieux comprendre les besoins préventifs des jeunes et y répondre efficacement.

Ainsi, dans un certain nombre de pays dont les USA, les chercheurs s'intéressent depuis quelques années à cette problématique[101]. Une des études concernant les adolescents est celle réalisée par Crosby et ses collègues (2001) en milieu afro-américain. Bien qu'elles vivent dans une communauté à haut risque de contamination par le VIH[102] et toutes conscientes des risques liés à leur activité sexuelle, seulement 14% de ces jeunes filles ont rapporté avoir utilisé une double protection au cours de leurs cinq derniers rapports sexuels[103]. Elles expliquaient ce comportement par leurs difficultés à négocier le port du préservatif auprès de leurs partenaires (Crosby et *al.* 2001). Une étude similaire auprès d'adolescentes afro-américaines vivant également dans des communautés à haut risque de contamination par le VIH a produit les mêmes résultats : les jeunes filles interrogées, qui utilisaient toutes des méthodes de contraception hormonales, étaient moins enclines que leurs camarades n'utilisant pas de contraception à utiliser le préservatif lors des relations sexuelles. L'explication qu'elles en donnaient est que, d'une part, le risque qu'elles percevaient comme le plus immédiat était celui d'une grossesse, et que, d'autre part, ce risque étant écarté, quand elles se retrouvaient face à un partenaire réticent à utiliser le préservatif, surtout dans une relation qu'elles désiraient consolider, elles préféraient ne pas en utiliser plutôt que de mettre leur relation en péril (Roye 1998).

De façon générale, la majorité des premières recherches sur la double protection ont été descriptives. Elles se focalisaient sur la mesure du phénomène plutôt que sur des analyses explicatives approfondies. Bearinger et Resnick (2003) ont ensuite défini un cadre théorique d'analyse du recours à la double protection par les adolescents célibataires. Tout en

[101] Des études sur le sujet sont citées à l'annexe 1.
[102] La communauté afro-américaine est l'une des plus exposées au VIH aux USA (Crosby et Holtgrave 2006).
[103] Recherchant auprès de ces adolescentes les déterminants de l'adoption d'une double protection par ces dernières, les auteurs ont identifié principalement le désir de la fille d'éviter une grossesse et l'implication des parents dans la promotion de leur santé reproductive (Crosby et *al.* 2001).

recommandant d'initier des recherches approfondies en la matière, Brady (2003) a mentionné, comme facteurs à prendre en compte dans l'étude de la double protection chez les jeunes, les relations de pouvoir et de genre entre partenaires, le statut social et le pouvoir de négociation, de même que le faible accès aux services de santé reproductive et la dépendance économique. Ce cadre théorique a été repris par Leroy (2006) qui estimait que l'usage systématique du préservatif chez les adolescentes en milieu de forte prévalence du VIH leur en octroierait une triple : celles contre le risque de grossesse, le risque d'IST et celui d'infertilité qui découle de ces IST[104]. Il a prôné, en plus, l'intégration des programmes de planification familiale et de prévention du VIH et la focalisation des actions de prévention, non plus uniquement sur les femmes, mais sur le couple. Bearinger and Resnick (2003) exprimaient ainsi l'urgence de ces mesures : « *The need for explanation and predictive research into adolescent dual method use is driven by the urgency to reduce the incidence of STDs and pregnancy among young people.* » (Bearinger et Resnick 2003, p 347).

Les études explicatives sur la double protection se sont récemment développées en Afrique subsaharienne. Par exemple, une analyse des motivations du recours au préservatif dans un but de double protection au sein d'un groupe ethnique du Ghana a montré que l'âge des partenaires, le genre et le statut matrimonial entrent fortement en ligne de compte dans la régulation des tensions existant entre le besoin d'éviter une grossesse en utilisant le préservatif et celui de se prémunir contre le VIH (Teye, 2005). Néanmoins, de nombreuses questions restent en suspens dans de nombreux pays, y compris le Burkina Faso. Il reste difficile de déterminer comment les jeunes couples articulent leurs motivations en termes de prévention du VIH et des grossesses. Les deux préventions vont de pair dans les cas où le couple utilise systématiquement le préservatif pour l'une ou l'autre raison. Dans d'autres cas cependant, comme le montre l'étude citée plus haut sur les adolescentes afro-américaines (Crosby et *al.* 2001), la vision des individus concernant les deux préventions peut diverger, et même être contradictoire. Une attention au seul risque de grossesse peut amener à négliger les enjeux liés aux VIH (par exemple, lorsque les jeunes utilisent la méthode du calendrier combiné au préservatif). A l'inverse, une priorité mise sur la protection des IST peut se révéler peu payante en termes de protection contre les grossesses si le couple a des difficultés à utiliser le préservatif. Enfin, tous ces éléments sont régis par l'arbitrage que les deux partenaires effectuent entre leurs priorités, leurs choix préventifs et les moyens dont ils disposent pour les mettre en œuvre.

Si les études spécifiques et explicatives sur le sujet semblent peu nombreuses pour le moment au Burkina Faso, ce besoin de recherches sur la double protection chez les jeunes burkinabè est largement affirmé. Les résultats de recherches menées en matière de sexualité et de reproduction des adolescents au Burkina Faso montrent assez la nécessité de

[104] Allant au-delà de ce concept de double protection, Brady (2003) a aussi évoqué la « *triple protection* », à savoir celle contre les grossesses indésirées, les IST et l'infertilité. Elle met ainsi l'accent sur la protection contre l'infertilité, faisant le lien entre stérilité et IST, l'objectif étant de stimuler les mesures de prévention et de lutte contre les IST, mais aussi de mettre en lumière les rapports entre la stérilité, les avortements et les accouchements non sécurisés dans nombre de pays en développement.

comprendre les mécanismes de perception du risque et de prise de décision en matière de protection des rapports sexuels chez les jeunes (Guiella 2004 ; Guiella et Woog 2006).

2.6. Comportement sexuel et préventif des jeunes au Burkina Faso et à Ouagadougou : quelques faits marquants

Les informations présentées dans le chapitre précédent sur le tribut payé par les jeunes burkinabè aux IST/Sida et aux grossesses non prévues sont à mettre en relation avec des échecs et difficultés de prévention récurrentes dans leur vécu sexuel. Un certain nombre de facteurs influençant ces comportements préventifs méritent que l'on s'y attarde. Il s'agit notamment des conditions dans lesquelles ces jeunes entament leur vie sexuelle, de leurs connaissances peu opérationnelles en matière de prévention doublées d'une évaluation inadéquate des risques, et enfin, de l'utilisation incorrecte des méthodes de prévention.

2.6.1. Une initiation sexuelle dans des conditions de vulnérabilité extrême

La vulnérabilité des plus jeunes adolescents aux risques de grossesse non désirée et d'IST/Sida est accentuée par les circonstances dans lesquelles se déroulent leurs premiers rapports sexuels. Des études ont démontré l'association entre les caractéristiques et les circonstances de l'initiation sexuelle des individus et leurs comportements ultérieurs d'exposition aux risques[105]. Outre l'âge des adolescents burkinabè à leur premier rapport sexuel, les circonstances dans lesquelles il survient généralement montrent assez l'ampleur des besoins de prévention chez eux. En 2010, ce sont 10% des femmes de 25 à 49 ans qui ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Macro et ICF Int. 2012).

Si les données de l'EDS-MICS 2010 semblent infirmer le lien entre la précocité de l'activité sexuelle et l'infection par le VIH chez les jeunes burkinabè[106], il n'en demeure pas moins vrai que l'association positive entre l'écart d'âge entre partenaires, la relation économique inégalitaire dans le couple, et la prise de risque lors des rapports sexuels a été prouvée à maintes reprises et sur des publics différents (Blanc 2001 ; Hoffman 2006 ; Rwenge 2003 ; Silberschmidt et Rasch 2001). En effet, de nombreux jeunes burkinabè s'engagent dans les premières relations sexuelles sans dispositions particulières en matière de prévention. Les résultats de l'ENA montrent que cette initiation sexuelle a eu lieu avec un partenaire plus âgé chez la plupart des filles interrogées en 2004 : parmi les filles sexuellement actives de 15 à

[105] C'est le cas de l'étude menée en France par Bozon (1993) à partir d'une enquête sur le comportement sexuel des Français en 1992. Il en ressort que le comportement sexuel dans la vie adulte, le rapport à la sexualité et les attitudes qui s'ensuivent, sont associés aux circonstances du premier rapport sexuel, en particulier sa précocité et le type de relation avec le partenaire concerné. Dans le cas de la France, de façon plus contrastée chez les hommes que chez les femmes, les personnes entamant précocement leur vie sexuelle auraient moins tendance à lier sexualité et sentiments et seraient aussi plus concernées par le multipartenariat à l'âge adulte, contrairement aux personnes moins précoces (qui débuteraient leur activité sexuelle dans le cadre d'une relation stable ou maritale, placée sous le signe de l'affection) (Bozon 1993).

[106] Voir la page 37.

19 ans, 13% de celles n'étant pas en union et 41% de celles étant en union déclaraient avoir eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire ayant au moins dix ans de plus qu'elles[107]. 5% des filles et 3% des garçons disent avoir cédé à l'insistance de leur partenaire. Cette initiation sexuelle a même parfois eu lieu sous la contrainte (chez 2% des filles de 15 à 19 ans)[108] (Guiella et Woog 2006).

2.6.2. Des connaissances imprécises des moyens de prévention

La connaissance des méthodes de prévention constitue un impératif pour les jeunes : elle les prépare à être en mesure de se protéger lors de leurs activités sexuelles. Cependant, comme pour d'autres problèmes de santé publique, cette connaissance n'est pas pour autant le gage d'une prévention efficace (Adeyemi et *al.* 2005 ; Beninguissé 2007 ; Guillaume 2004 ; Swora 2003). Un élément contribuant à l'écart observé entre les connaissances et les pratiques préventives des jeunes réside dans le fait que leurs connaissances en matière de prévention des IST/Sida et des grossesses non désirées sont incomplètes. Effectivement, les indicateurs de connaissance mesurés lors de ces enquêtes tendent à indiquer plus une connaissance théorique des méthodes qu'une connaissance précise et opérationnelle, donc utile (Delaunay et Guillaume 2007 ; Gautier 2007). En outre, la mesure de la connaissance simple n'apporte pas de réelle indication sur la propension des individus à utiliser ces méthodes :

> « *On peut (…) s'interroger sur la question de la signification de la connaissance de la contraception saisie à travers ces enquêtes démographiques et de santé face aux réticences à l'utilisation de la contraception et à l'échec fréquent des méthodes.*» (Delaunay et Guillaume 2007, p 238).

De fait, des lacunes importantes ont été relevées dans la maîtrise des moyens de prévention par les jeunes burkinabè. Leurs connaissances erronées ayant été enregistrées portent sur les modes de contamination du sida, les autres IST (gravité et symptômes) et sur la manière dont peut survenir une grossesse. En 2004, plus du tiers des adolescents (33% des filles et 40% des garçons) déclaraient qu'une fille ne court pas de risque d'être enceinte lors de son premier rapport sexuel. De surcroît, la moitié d'entre eux ne savaient pas qu'il existe une période de son cycle menstruel où la femme a plus de chances qu'à d'autres moments d'être enceinte (tableau 2.1).

[107] Les garçons de la même génération ont vécu la situation inverse : 75% ont eu leur premier rapport sexuel avec une partenaire du même âge ou plus jeune qu'eux.

[108] Ces rapports sexuels forcés constituent un fait à prendre en compte chez les jeunes. Quatre pour cent des filles et 3% des garçons de 12 à 14 ans disent avoir déjà été victimes d'abus sexuels. Les chiffres sont respectivement de 8% et 4% chez les filles et garçons de 15 à 19 ans. Un plus grand nombre affirment qu'ils n'étaient pas consentants lors de leur premier rapport sexuel (14% et 15% respectivement chez les filles de 15 à 19 ans en union et les célibataires). Les garçons ont aussi vécu cette situation puisque 5% de ceux de 15 à 19 ans, s'ils n'ont pas été forcés, déclarent néanmoins qu'ils n'étaient pas consentants lors de leur premier rapport sexuel. Les plus jeunes semblent avoir plus que les autres, dû accepter ce type de rapports sexuels (23% des filles et 7% des garçons de 12 à 14 ans). En outre, 8% des filles de 12 à 14 ans et 5% des garçons du même âge déclarent avoir subi des attouchements, baisers, étreintes ou caresses sans leur consentement. Les chiffres sont respectivement de 18% et de 7% chez les filles et garçons de 15 à 19 ans (Guiella et Woog 2006).

Tableau n°2.1. Proportions des filles et garçons de 12 à 19 ans connaissant les risques de grossesse liés à l'activité sexuelle en fonction du groupe d'âge (ENA 2004)

Opinions	Filles (%)			Garçons (%)		
	12-14 ans (N=1278)	15-19 ans (N=1765)	Total (N=3043)	12-14 ans (N=1283)	15-19 ans (N=1627)	Total (N=2910)
Une fille peut-elle être enceinte à la suite de son tout premier rapport sexuel ?						
Oui	25,0	47,8	38,2	21,5	41,2	32,5
Non	35,4	30,7	32,7	40,8	40,0	40,4
Ne sait pas	39,6	21,5	29,1	37,6	18,7	27,1
Une fille peut-elle éviter d'être enceinte en faisant sa toilette intime immédiatement après les rapports sexuels ?						
Oui	13,7	20,9	17,9	12,6	18,4	15,8
Non	29,4	45,7	38,8	28,0	43,5	36,6
Ne sait pas	56,9	33,5	43,3	59,4	38,2	47,5
Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme a plus de chances d'être enceinte						
Oui	20,0	52,6	38,9	16,8	42,7	31,3
Non	14,8	12,4	13,4	15,3	13,5	14,3
Ne sait pas	65,2	35,0	47,7	68,0	43,8	54,4
Le moment où une femme a plus de chances d'être enceinte*						
Juste au début des règles	12,9	9,5	10,2	20,9	14,2	15,8
Pendant les règles	8,6	9,7	9,5	14,0	15,1	14,8
Juste après la fin des règles	34,9	44,8	42,6	32,6	31,5	31,8
Au milieu entre 2 périodes de règles	22,4	24,9	24,4	20,0	23,7	22,9
Autre	0,4	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0
Ne sait pas	20,8	10,6	12,8	12,6	15,4	14,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Question posée aux individus ayant déclaré qu'il y a des jours spécifiques où une femme a plus de chances d'être enceinte que d'autres.
Source : (Guiella et Woog 2006, p 82). Echantillon pondéré.

Ces différents indicateurs sont à leur niveau le plus bas chez les filles et garçons de 12-14 ans et chez les moins instruits. L'instruction ne constitue cependant pas une garantie, si l'on considère que seulement 66% des adolescentes ayant atteint le premier cycle du secondaire savaient qu'une fille peut être enceinte à la suite de son premier rapport sexuel. Les difficultés contraceptives découlant de ces connaissances insuffisantes sont évidentes en cas d'utilisation de l'abstinence périodique comme méthode contraceptive.

Pour ce qui concerne les IST/Sida, on observe une bien meilleure connaissance du sida que des autres IST chez les jeunes. La prévalence de ces IST n'est pourtant pas négligeable au sein de la population[109]. En 2004, trois quarts des filles et 71% des garçons n'avaient aucune idée des symptômes de ces IST. Par ailleurs, des idées erronées subsistaient à propos des modes de propagation du sida : près de la moitié des adolescents pensaient en 2004 qu'il peut se transmettre par les moustiques. Un tiers citaient comme voie de transmission, le partage des repas avec une personne séropositive, et un quart pensaient qu'on peut

[109] En effet, la prévalence estimée de ces IST au sein de la population lors de l'EDS réalisée en 2003 était de 5% chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels (17% à Ouagadougou) et de 4% chez les hommes (INSD et Macro 2004).

transmettre la maladie par voie surnaturelle, ce qui renvoie à la compréhension des maladies dans la culture moaga[110].

Pour ce qui est de la maîtrise de l'utilisation des moyens de prévention, les adolescents ont été nombreux à estimer ne pas maîtriser l'utilisation correcte du préservatif (tableau 2.2). Parmi les garçons de 12 à 19 ans (pourtant bien mieux informés que les filles), seulement 74% étaient d'accord en 2004 avec l'affirmation selon laquelle le préservatif devrait être porté sur le pénis en érection. Il faut dire que très peu d'entre eux avaient déjà assisté à une démonstration de son utilisation. La persistance dans le temps des connaissances erronées en la matière est confirmée par les données plus récentes (INSD et ICF Int. 2012).

Tableau n°2.2. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant des connaissances sur l'utilisation du préservatif en fonction des groupes d'âge (ENA 2004)

Opinions	Filles (%)			Garçons (%)		
	12-14 ans (N=817)	15-19 ans (N=1517)	Total (N=2334)	12-14 ans (N=936)	15-19 ans (N=1461)	Total (N=2397)
A déjà vu une démonstration du port du préservatif						
Oui	20,0	35,1	29,8	26,9	49,0	40,4
Non	78,7	64,4	69,4	72,6	50,7	59,2
Ne sait pas	1,3	0,5	0,8	0,4	0,3	0,4
Le préservatif devrait toujours être mis avant de commencer les rapports sexuels						
Oui	67,2	75,8	72,8	78,8	88,8	84,9
Non	8,7	9,7	9,3	7,7	5,7	6,5
Ne sait pas	24,1	14,5	17,9	13,5	5,5	8,6
Le préservatif devrait être mis uniquement quand le pénis est en érection						
Oui	39,6	63,0	54,8	62,9	81,2	74,1
Non	11,2	9,0	9,8	8,0	6,6	7,1
Ne sait pas	49,3	28,0	35,4	29,1	12,2	18,8
Un préservatif peut servir plus d'une fois						
Oui	7,2	8,5	8,0	9,0	5,5	6,9
Non	62,9	73,8	70,0	69,2	84,4	78,5
Ne sait pas	29,9	17,7	22,0	21,8	10,1	14,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Guiella et Woog (2006, p108). Echantillon pondéré.

La situation des adolescents burkinabè ne constitue pas un fait isolé : comparant les connaissances des adolescents des quatre pays ayant mené simultanément des Enquêtes Nationales sur les Adolescents en 2004[111] et leur exposition aux risques de grossesse et d'IST/Sida, Bankole et ses collègues (2007) ont montré que, dans ces quatre pays, les garçons faisaient montre d'une meilleure connaissance de l'utilisation du préservatif que les filles. Précisément, alors que 81,2% des garçons burkinabè de 15 à 19 ans savaient que le préservatif doit être porté sur le pénis en érection, ils étaient 91% en Ouganda, 84,8% au Malawi et 76% au Ghana. Par ailleurs, cette étude établit clairement le lien entre l'insuffisance d'éducation à l'utilisation du préservatif et les connaissances acquises : dans trois de ces pays (à savoir le Burkina-Faso, le Ghana et l'Ouganda), les adolescents qui ont vu une démonstration du préservatif avaient 2 à 5 fois plus de chances d'avoir une bonne connaissance que ceux qui n'en avaient pas suivi. Surtout chez les garçons, l'âge, le fait

[110] Ces représentations locales de la maladie sont expliquées dans le contexte socioculturel aux pages 26 et 27.
[111] Il s'agissait, outre le Burkina Faso, du Malawi, de l'Ouganda et du Ghana.

d'avoir reçu une éducation sexuelle à l'école, la fréquentation scolaire et l'écoute de la radio ont aussi été enregistrés comme déterminants de la connaissance du bon mode d'emploi du préservatif (Bankole et *al.* 2007a).

2.6.3. Une sous-évaluation des risques de grossesse et de contamination par le VIH

Les lacunes observées dans la connaissance de leur biologie et de la prévention des risques sexuels par les adolescents se répercutent sur l'évaluation des risques liés à leur sexualité. L'EDS-MICS de 2010 relevait notamment chez eux une perception incorrecte des risques de contamination encourus lors des rapports sexuels ; le calcul de la connaissance approfondie des modes de transmission sexuelle du sida[112] a montré que, si les générations les plus jeunes semblent en avoir une meilleure connaissance que leurs aînés, les niveaux restent bas : ce sont respectivement 28,8% et 33,3% des jeunes femmes de 15-19 et de 20-24 ans et 30,9% et 42,6% des jeunes hommes qui ont fait montre de cette connaissance correcte au niveau national. Comme à l'accoutumée, les adolescents des campagnes et les moins instruits étaient moins bien informés que les autres.

Lors de l'ENA également, des informations avaient été recueillies pour évaluer de façon objective le risque de contracter les IST/Sida encouru par les adolescents dans leur vie sexuelle[113]. Le multipartenariat, le type de partenaire sexuel et l'usage du préservatif ont été considérés comme indices de cette exposition au risque. Des questions leur ont été posées sur la fréquence des rapports sexuels et l'utilisation du préservatif avec jusqu'à trois partenaires sexuels différents[114] au cours des trois mois précédant l'enquête[115]. Il ressort que les garçons sexuellement actifs ont eu, en moyenne, trois rapports sexuels lors de cette période, essentiellement avec leur partenaire régulière (copine ou cohabitante). Ils ont utilisé le préservatif 1,5 fois en moyenne. On relève également des comportements à risques tels que le fait de se débarrasser du préservatif au cours du rapport sexuel, comportement évoqué par 16% des garçons. Par ailleurs, seulement 24% des filles et 37% des garçons de 15 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un seul partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête avaient utilisé un préservatif. Il faut relever que, même avec un seul

[112] On été considérées comme ayant une connaissance approfondie du sida, les personnes qui « *savent que l'utilisation régulière du préservatif au cours de chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida* {piqûre de moustique et partage des repas d'une personne infectée}» (INSD et ICF Int. 2012, p 217).

[113] Des catégories ont été définies par les chercheurs en s'inspirant des indicateurs de comportement standard développés par l'ONUSIDA et d'autres organisations en vue de l'évaluation des programmes des prévention du sida (Guiella et Woog 2006).

[114] Ces dernières questions n'ont pas été posées aux adolescentes pour plusieurs raisons : les auteurs ont estimé que ces dernières ne seraient pas aussi précises que les garçons à propos des difficultés d'utilisation du préservatif et qu'elles déclarent en moyenne moins de partenaires sexuels. Il s'agissait d'examiner les schémas d'utilisation du préservatif chez les adolescents sujets au multipartenariat, et donc à des risques de contamination élevés en cas d'utilisation inconstante ou incorrecte du préservatif (Guiella et Woog 2006).

[115] Ce choix a été fait afin de saisir l'utilisation régulière du préservatif par les adolescents, qui rend mieux compte de leur exposition au risque du sida que l'utilisation du préservatif simplement au cours du dernier rapport sexuel, information collectée dans la plupart des études quantitatives. Cette dernière information sous-entend en effet que le recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel reflète son utilisation régulière par l'adolescent, ce qui est loin d'être exact (Bankole 2007a).

partenaire, ils courent un risque de contracter le VIH dans la mesure où il n'est pas certain qu'ils connaissent leur statut sérologique et celui de leur partenaire[116], qui peut par ailleurs en avoir d'autres.

Un comportement encore plus à risque chez les jeunes burkinabè est l'entretien de plusieurs relations sexuelles concurrentes sans usage du préservatif. Il constitue une pratique non négligeable en leur sein puisque, en 2004, seulement 3% des filles et 11% des garçons de 12 à 19 ans qui ont eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ont utilisé un préservatif au cours de cette période. La proportion s'élève à 23% chez les garçons de 12 à 14 ans. Selon les adolescents, l'explication de cette faible utilisation du préservatif dans les situations à risque réside d'abord dans leur réticence à l'utiliser et ensuite, dans sa non disponibilité au moment du rapport sexuel[117]. On note ici une sous-estimation du risque : sans élément objectif (test de dépistage), 28% des filles célibataires et des garçons de 15 à 19 ans affirmaient n'avoir pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport au cours des 12 derniers mois parce qu'ils pensaient ne courir aucun risque. De fait, près de la moitié des filles et garçons de 15 à 19 ans estiment que l'utilisation du préservatif traduit un manque de confiance envers le partenaire. En outre, trois garçons sur dix se disaient incapables d'utiliser correctement le préservatif, et plus de la moitié des filles de 15 à 19 ans se déclaraient incapables de convaincre leur partenaire d'en porter un. En 2010, les investigations sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes de 15 à 24 ans ont montré que 74,7% des jeunes hommes ayant déclaré plusieurs partenaires sexuelles (6% dans l'ensemble du pays et 12% à Ouagadougou), avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. Moins d'1% des jeunes femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire durant les 12 mois précédant l'enquête.

Il faut souligner que des facteurs tels que l'abus d'alcool et la violence sexuelle sont cités par les adolescents comme facteurs de risque lors de leurs rapports sexuels[118]. C'est un fait à prendre en compte quand on connaît le lien établi entre l'abus d'alcool et les relations sexuelles forcées. L'étude des journaux intimes d'une cinquantaine d'élèves relatant leur vie affective et sexuelle pendant trois semaines en milieu rural sud-africain, indique que la non-utilisation du préservatif est associée aux relations sexuelles forcées. Ces dernières étaient à leur tour favorisées par la prise d'alcool au moment de leur survenance (Hoffman et *al.* 2006).

116 Cela est même très improbable puisque, même parmi les adolescents qui savaient où aller faire le test de dépistage du VIH, seulement 6% des filles et 4% des garçons l'ont fait. Par ailleurs, Les données récoltées en 2010 ont montré que plus de la moitié des hommes et femmes ayant été dépistés positifs au VIH lors de l'EDS-MICS n'avaient pas connaissance de leur statut auparavant. Ce sont 17% des jeunes femmes de 15 à 24 ans (dont 38% de celles résidant à Ouagadougou et 35% de celles ayant au moins un niveau d'instruction secondaire) et 11% des jeunes hommes (dont 21% en milieu urbain et 27% chez ceux ayant au moins un niveau d'instruction secondaire) qui disent avoir eu recours à un test de dépistage du VIH dans l'année précédant l'enquête et avoir connaissance de leur statut sérologique (INSD et ICF Int. 2012).

117 Il faut noter qu'en dehors des autres barrières possibles à l'accès au préservatif, six adolescents sur 10 disent éprouver de la honte à s'en procurer.

118 Dans les faits, la consommation d'alcool lors du dernier rapport sexuel semble effectivement réduire l'utilisation du préservatif chez eux. En effet, chez les filles de 15 à 19 ans, parmi celles qui affirment qu'elles-mêmes ou leur partenaire avaient bu de l'alcool avant le dernier rapport sexuel, 47% ont utilisé un préservatif, contre 54% chez celles qui, soit elles-mêmes, soit leur partenaire, n'avaient pas consommé d'alcool (Guiella et Woog 2006).

Les données disponibles montrent aussi que la double protection est loin de constituer une préoccupation première pour les adolescents. De façon générale, et surtout en début de vie sexuelle, peu d'adolescents perçoivent d'emblée ces deux risques. La tendance (seulement chez les plus âgés) est, pour les filles, de redouter une grossesse tandis que les garçons, eux, se protègent d'abord contre les IST/Sida. Notons toutefois que, naturellement, l'évaluation des risques était meilleure chez les adolescents ayant déjà eu un réflexe de prévention. Ce sont 46% des filles et 49% des garçons ayant déjà utilisé un préservatif qui déclaraient l'avoir fait en recherchant une double protection (Guiella et Woog 2006).

2.6.4. Une utilisation insuffisante et souvent incorrecte des méthodes de prévention

L'utilisation des méthodes contraceptives et de prévention du sida par les jeunes burkinabè demeure largement insuffisante au regard de leurs besoins.

Pour ce qui est de la contraception, l'EDS-MICS IV a relevé en 2010 que, comme à l'accoutumée, la prévalence contraceptive des femmes au niveau national (15,3% pour l'ensemble) était de loin plus élevée chez les célibataires sexuellement actives (60%) que chez les femmes en union (16,2%). La demande potentielle totale restait plus élevée dans les villes de même que chez les femmes les plus instruites (INSD et ICF Int. 2012). Cette tendance dans la distribution de la prévalence contraceptive entre les femmes célibataires et en union semble commune à plusieurs pays de la sous-région ouest-africaine. En effet, selon les dernières EDS de ces pays, on enregistrait au Ghana (19% chez l'ensemble des femmes en âge de procréer, 24% chez celles en union et 50% chez les célibataires sexuellement actives) (GSS et *al.* 2009), au Bénin (17,2% chez l'ensemble des femmes, 17% chez celles en union et 54,9% chez les célibataires) (INSAE et Macro International Inc. 2007) et au Sénégal (10% chez l'ensemble des femmes, 13,6% chez celles en union et 26% chez les célibataires) (ANSD et ICF Int. 2012) une bien moindre utilisation de la contraception par les femmes en union que par les célibataires.

On remarque aussi au Burkina Faso que les jeunes femmes issues des générations les plus anciennes faisaient montre d'un recours de loin plus élevé à la contraception que les plus jeunes : autant chez celles en union que chez les célibataires sexuellement actives[119], les niveaux de prévalence contraceptive les plus élevés chez les jeunes femmes concernaient celles ayant entre 30 et 34 ans (respectivement 19,3% et 71,9% contre respectivement 6,6% et 50,1% chez les adolescentes de 15 à 19 ans). Cette tendance est aussi observée au Ghana et au Sénégal, où les pics de séroprévalence s'observaient respectivement à 35-44 ans (2008) et à 30-34 ans (2010-11). Ce pic reste dans une génération plus jeune au Bénin (20-24 ans en 2006).

Au Burkina Faso comme dans les trois autres pays cités, alors que, chez les femmes de tous âges, on relève un recours privilégié aux méthodes hormonales parmi celles en union, les

[119] Il s'agit de celles ayant eu des rapports sexuels dans le mois précédant l'enquête.

femmes célibataires sexuellement actives ont largement recours au préservatif (ANSD et ICF Int. 2012 ; INSAE et Macro International Inc. 2007 ; INSD et ICF Int. 2012 ; GSS et *al.* 2009).

Le tableau 2.3 présente la distribution de la prévalence contraceptive par méthodes au Burkina Faso parmi différents groupes d'âges de femmes en fonction de leur milieu de résidence.

Tableau n°2.3. Niveaux de prévalence contraceptive par méthode et par groupe d'âge chez les femmes de 15 à 49 ans en fonction du milieu de résidence (EDS-MICS IV 2010)

Principales méthodes contraceptives utilisées*	Niveau national			Milieu urbain			Ouagadougou		
	15-19 ans	20-24 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-49 ans
Femmes en union									
Pilule	1,1	3,4	3,2	3,7	7,9	9,0	2,8	6,6	8,3
DIU	0,0	0,1	0,3	0,0	0,5	1,1	0,0	1,0	1,4
Injectables	1,7	6,1	6,2	4,3	6,7	7,9	5,6	3,0	5,6
Implants	0,6	2,8	3,4	2,5	5,9	6,4	2,8	4,0	6,2
Préservatif	2,8	2,4	1,6	14,1	8,3	5,8	30,6	12,0	10,0
Calendrier	0,4	0,7	1,0	0,6	2,4	3,0	1,4	3,0	4,5
Toutes méthodes	**6,5**	**15,9**	**16,2**	**25,2**	**32,9**	**34,4**	**43,1**	**31,6**	**37,5**
Effectifs de femmes en union	*1042*	*2688*	*13564*	*163*	*580*	*2876*	*7.2*	*301*	*1345*
Femmes n'ayant jamais été en union sexuellement actives*									
Pilule	2,2	6,7	4,8	4,2	6,1	5,5	3,7	0,0	1,2
DIU	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,5
Injectables	2,2	0,8	1,7	2,8	1,0	1,5	7,4	0,0	2,5
Implants	0,0	1,7	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Préservatif	43,2	59,7	49,3	51,4	61,6	55,2	37,0	57,9	48,8
Calendrier	1,4	0,8	1,0	2,8	1,0	1,5	7,4	0,0	2,5
Toutes méthodes	**48,9**	**71,4**	**59,2**	**61,1**	**72,7**	**66,7**	**55,6**	**63,2**	**60,0**
Effectifs de femmes non en union sexuellement actives	*139*	*119*	*292*	*72*	*89*	*201*	*27*	*38*	*80*

Source : Données EDS-MICS IV 2010. Effectifs pondérés.
*Seules les principales méthodes contraceptives utilisées figurent dans ce tableau.
**Il s'agit des femmes ayant déclaré une activité sexuelle au cours du mois précédant l'enquête.

On remarque les niveaux relativement importants de prévalence contraceptive enregistrés en milieu urbain, autant chez les femmes en union que chez les célibataires. Particulièrement parmi les femmes célibataires sexuellement actives, celles résidant dans les autres villes avaient un usage de la contraception presque équivalent à celui observé chez les ouagalaises. Les femmes appartenant à la tranche d'âge de 20 à 24 ans en avaient même un usage plus élevé que ces dernières. Par ailleurs, dans toutes les tranches d'âge, et autant chez les célibataires que chez les femmes en union, on relève un recours plus large au préservatif à des fins contraceptives chez les femmes urbaines que chez les autres femmes du Burkina Faso. Cette différence est certainement en lien avec son accessibilité. Enfin, alors que la pilule, l'implant et l'injectable sont les méthodes hormonales les plus utilisées par les femmes en union, les célibataires qui utilisent une contraception hormonale semblent, à quelques exceptions près, préférer recourir à la pilule. Ce fait s'explique peut-être en partie

par les entraves à l'accessibilité des méthodes médicalisées pour les femmes célibataires dans les formations sanitaires du pays (Bationo 2012).

Pour ce qui est de la prévention du sida au moyen du préservatif, les enquêtes nationales sur les adolescents ont révélé qu'en 2004, parmi les garçons sexuellement actifs au cours des trois mois précédant l'enquête, 38% de ceux du Burkina (comparativement à 47% des ghanéens, 20% des malawites et 36% des ougandais) ont déclaré avoir utilisé le préservatif de façon systématique. Les facteurs de cette utilisation étaient, entre autres, la faible différence d'âge entre les partenaires (les adolescents dont les partenaires étaient plus jeunes qu'eux de 0 à 4 ans avaient environ deux fois plus de chances d'utiliser régulièrement le préservatif que ceux dont les partenaires étaient moins âgées de 5 à 9 ans), la résidence en milieu urbain, l'instruction et l'exposition aux média (Bankole et *al.* 2007a).

Au-delà de l'utilisation irrégulière des méthodes de contraception et de prévention du sida, la seconde difficulté vécue par les adolescents réside dans leur utilisation incorrecte. Si l'on ne dispose pas, à l'heure actuelle, de chiffres précis sur les difficultés et les échecs de prévention des jeunes, des défaillances importantes sont prévisibles au vu des connaissances approximatives examinées plus haut. Par exemple, en 2004, 5% des garçons affirmaient avoir connu des situations où le préservatif s'était déchiré ou déchaussé pendant le rapport sexuel (Guiella et Woog 2006). Ce qui révèle des problèmes d'efficacité dans l'utilisation du préservatif et concorde avec les réserves émises sur leur capacité à l'utiliser correctement.

Au vu de ces éléments, il serait réaliste d'imputer une part conséquente des échecs de prévention à l'utilisation incorrecte des méthodes préventives découlant d'une information trop théorique ou de connaissances erronées (Ranjit et *al.* 2001). De ce fait, ces derniers parviennent à la fausse certitude d'être efficacement protégés contre les IST/Sida et/ou une grossesse par leurs choix préventifs. Cela se confirme quand on examine les niveaux d'utilisation des méthodes de prévention par les adolescents, puis leurs capacités réelles d'utilisation correcte des méthodes citées. Une autre facette du problème est que ces lacunes dans l'information ont aussi pour effet de dissuader certains adolescents sexuellement actifs de recourir à la prévention. Par exemple, 4% des filles célibataires et 10% des garçons de 15 à 19 ans enquêtés en 2004 disaient ne pas utiliser le préservatif par méconnaissance de son utilisation. Ce lien entre les lacunes dans la connaissance de l'utilisation du préservatif et son utilisation effective par les adolescents a été confirmé par des analyses plus poussées (Guiella et Madise 2007).

Conclusions et implications pour la recherche

Pour identifier les stratégies idoines d'intervention en matière de prévention des risques sexuels chez les jeunes burkinabè, il est indispensable de mieux comprendre la dynamique de leurs relations amoureuses et sexuelles et le processus de prise de décision et d'action en matière de prévention (Beninguissé 2007 ; Kalambayi Banza 2006 ; Vimard et *al.* 2007). Comme le soulignent Juarez et Martin,

> « *It is important for prevention programs to have an accurate portrait of adolescent partnership dynamics, an adequate understanding of the actual and symbolic place of sexuality - and health- occupy in adolescent lives and a realistic estimation of actual exposure to risk, so that interventions and messages can be tailored to adolescents' realities and perception*s. » (Juarez et Martin 2006, p 68).

Les orientations actuelles de la recherche nous inspirent les réflexions suivantes :

☞ ***L'exposition au risque n'est pas uniforme chez les jeunes.*** En fonction de divers facteurs dont leur âge, les situations amoureuses vécues, leur statut matrimonial et leur genre, ils vivent un concours de circonstances qui induit une exposition soit aux IST/Sida, soit à une grossesse non prévue, soit au double risque. De ce fait, la dynamique de leur exposition aux risques sexuels devrait être étudiée en tenant compte du risque précis encouru lors d'une relation sexuelle, des caractéristiques de la relation concernée et des individus qui y sont exposés. Il serait utile d'en arriver à une catégorisation permettant d'identifier les situations à risque d'IST/Sida, à risque de grossesse non prévue et à double risque.

☞ ***Les jeunes, selon l'étape de vie dans laquelle ils se trouvent, vivent des expériences particulières qui vont déterminer leur exposition aux risques sexuels***. Une lecture biographique de leur vécu et de leurs besoins s'avère nécessaire dans les analyses afin de parvenir à une compréhension fine du mécanisme de leur exposition aux risques.

☞ ***L'exposition effective au risque peut différer de la perception de ce risque par l'individu***. En effet, l'utilisation d'un moyen de prévention lors d'un rapport sexuel n'est pas synonyme de protection efficace. De ce fait, l'analyse détaillée du vécu sexuel et des modalités d'utilisation des moyens de prévention par ces jeunes est indispensable pour cerner leur exposition effective aux risques induits par leur comportement sexuel et préventif. Dans la pratique, le risque et ses facteurs favorisants peuvent être déduits de l'analyse du comportement préventif de l'individu par rapport à ses besoins préventifs du moment.

☞ ***Les normes sociales et en particulier, les ambitions matrimoniales et les rapports de genre, apparaissent comme un élément central de la problématique de la prévention chez les jeunes***. Elles doivent donc être prises en compte, tant dans l'étude des

interrelations et des rapports de pouvoir dans les couples, que dans l'examen des logiques, vulnérabilités et besoins spécifiques des jeunes femmes et hommes.

☞ Les analyses en matière de double protection et les recommandations des auteurs s'étant intéressés à la question vont dans le sens du ***besoin accru de recherches sur l'articulation entre les deux protections***. Les recherches sur la gestion des risques sexuels doivent tenir compte des enjeux parfois contradictoires que ces deux risques représentent chez les jeunes, en relation avec les attentes qu'ils ont de la relation de couple concernée.

☞ ***L'articulation des approches quantitatives et qualitatives dans cette étude*** devrait fournir des éléments complémentaires de mesure, de compréhension et de mise en relation des variables et d'interprétation des résultats.

Chapitre 3 : Cadre théorique et méthodologie

Introduction

Ce chapitre décrit les aspects théoriques et méthodologiques de l'étude. La première section porte sur le cadre théorique, à savoir notamment la problématique, les hypothèses de recherche ainsi que les facteurs mis en relation et la définition des concepts mis en œuvre dans l'étude. L'approche méthodologique, à savoir les données et méthodes d'analyses utilisées, est décrite dans la deuxième partie.

Rappelons que l'interrogation principale posée dans l'étude est la suivante : *Dans quelle mesure les jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso sont-ils exposés aux grossesses non prévues et/ou au sida, pris séparément et sous l'angle du double risque, et quels sont les obstacles à une prévention correcte dans leur pratique sexuelle ?*

3.1. Cadre théorique

Le cadre théorique de l'étude repose sur les connaissances émanant des recherches antérieures sur la gestion des risques liés à la sexualité par les jeunes.

3.1.1. Problématique

L'examen des recherches sur l'exposition aux risques sexuels a montré que la sexualité et la prévention, notamment chez les jeunes africains, constituent des domaines complexes où des logiques multiples sont en jeu. Les individus semblent agir sous l'effet imbriqué de plusieurs facteurs qui ne relèvent pas toujours de la stricte rationalité. Par rationalité, nous entendons (par exemple dans le cadre de la prévention du sida) la stricte protection de sa santé par l'individu lors d'un rapport sexuel, cela dès lors qu'il est conscient du risque encouru. Ceci étant, si les motivations des jeunes pour adopter un comportement préventif n'obéissent pas à cette définition, elles peuvent aussi être qualifiées de rationnelles du point de vue de leur environnement social et de ses exigences.

Dans une situation à risque de contamination par le VIH et/ou de grossesse non prévue, la perception que l'individu a du risque semble reposer sur plusieurs éléments :

- Sa connaissance générale des risques de sida et/ou de grossesse ainsi que la perception de la santé et de la fiabilité de son/sa partenaire.
- La reconnaissance sociale de la relation concernée, qui rend légitime ou non une éventuelle grossesse.
- Sa trajectoire relationnelle qui influence ses attentes vis-à-vis de la relation.

- Ses attentes vis-à-vis de la relation (selon sa perception de l'avenir de la relation : sans lendemain ou susceptible de conduire au mariage).

Au-delà de cette évaluation du risque par l'individu, certains facteurs semblent déterminer sa capacité à appliquer efficacement ses choix préventifs. C'est le cas de sa connaissance opérationnelle des moyens de prévention[120], de leur accessibilité[121] et de sa capacité de négociation face à son/sa partenaire. De ces facteurs découlent les capacités de l'individu à mettre correctement en œuvre les choix préventifs opérés.

Les différences observées dans les attitudes face au risque sont donc (en grande partie) le reflet des représentations, hiérarchies et institutions déterminant les rôles et positions respectives des hommes et femmes dans les sociétés concernées. Ces facteurs agissent à divers niveaux, tant par le biais de l'environnement familial que par celui des réseaux de pairs. Plusieurs études ont souligné l'impact déterminant de cet entourage sur les comportements sexuels et préventifs des jeunes en Afrique subsaharienne (Agha et Van Rossem 2004 ; Biddlecom et *al.* 2007 ; Kalambayi Banza 2006). Diverses références culturelles (provenant des normes traditionnelles, des modes de vie occidentaux, etc.) coexistent dans ces systèmes sociaux, avec des normes parfois contradictoires. Par exemple, la valeur accordée à la virginité et au mariage arrangé dans le système traditionnel coexiste dans l'environnement des jeunes avec celle, complètement à l'opposé, de la valorisation de la sexualité et de la relation romantique en milieu urbain jeune. Dans ces conditions, les individus, à divers niveaux des hiérarchies sociales, s'efforcent de tirer parti de leur position en fonction des capitaux personnels dont ils disposent. Ils font alors le choix (plus ou moins conscient) des postures qui leur paraissent les plus avantageuses pour sauvegarder ou atteindre un statut social et personnel donné (Hammel 1990).

A un autre niveau, des désirs d'enfant ambivalents peuvent naître quand les objectifs du couple en matière de procréation diffèrent de ce que la société et l'entourage familial attendent de lui. La grossesse « *plus ou moins* » non prévue peut donc être partie intégrante des stratégies visant un objectif de reconnaissance sociale. Les grossesses non prévues ont d'ailleurs été qualifiées de « *reflet des tensions qui habitent le contexte social et culturel des individus* » (Bajos et *al.* 2002).

De même, les enjeux que soulève la prévention du sida dans les jeunes couples peuvent être divergents. On sait en effet, au-delà des aspects affectifs inhérents à toute relation amoureuse, à quel point les objectifs sociaux de mariage, et donc les tensions qui en émanent, peuvent peser sur les jeunes (Badini 1994). En présence d'un partenaire pouvant répondre à cet objectif, ce qui paraîtra primordial à bien des jeunes filles (qui subissent plus

[120] C'est-à-dire, au-delà d'une connaissance théorique, une réelle connaissance de ces méthodes et de leur utilisation correcte.
[121] Facteur qui tient à plusieurs autres éléments dont les opportunités offertes par le réseau social de l'individu, son interaction avec les prestataires de santé et le coût financier des produits.

tôt que leurs frères cette pression au mariage) sera de privilégier la consolidation de la relation. Cette priorité va parfois à l'encontre d'une prévention efficace du sida. De même, chez les couples en union en particulier, face à l'importance de la procréation, la prévention du sida au moyen de l'usage systématique du préservatif devient inadaptée. Reste la stratégie de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs, solution qui se heurte au multipartenariat courant dans leur environnement de vie et au double standard sexuel évoqués dans la revue de la littérature. Ces facteurs sont renforcés par les inégalités de genre (qui conduisent à un fort contrôle social, familial et de l'époux, sur la sexualité de l'épouse), et, à l'inverse, à une tolérance et une quasi absence de contrôle de la sexualité de l'époux par la société.

La motivation finale des comportements préventifs des hommes et femmes interrogés reste donc, principalement, l'atteinte ou la conservation d'un statut social. Le risque, qui est socialement construit, recouvre une étendue de situations impliquant d'autres enjeux. Ces enjeux peuvent avoir, dans l'immédiat, une plus grande importance que ceux liés à la santé (dans le cas du sida) ou à la sanction sociale éventuelle (pour ce qui est des grossesses non prévues). Toutefois, en fonction de leurs capitaux sociaux et personnels et des opportunités offertes par leur environnement, certains individus parviendront à faire fi de ces pressions et à gérer leur prévention de façon efficace.

On peut donc penser qu'il existe, à Ouagadougou, un lien fort entre les caractéristiques de la relation de couple, les références socioculturelles des individus et leurs modes de gestion des risques. Intégrant cette lecture de l'exposition des jeunes burkinabè au sida et aux grossesses non prévues, cette étude s'inscrit dans une approche constructiviste de l'explication des risques chez le public cible (Bajos 2006 ; Bozon 1993 ; Calvès 1999 ; Moatti et *al.* 1993 ; Van Campenhoudt 1999).

3.1.2. Hypothèses

Nous posons l'hypothèse principale selon laquelle, à des degrés divers selon l'étape vécue dans leur vie sexuelle, *l'exposition des jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso au sida et aux grossesses non prévues résulte d'un arbitrage entre les risques perçus et le besoin de parvenir à un objectif social matérialisé par le mariage (chez les femmes) et l'affirmation de soi (chez les hommes).*

De façon plus spécifique, nous postulons que :

1. L'évaluation des risques liés à la sexualité par les jeunes urbains burkinabè sexuellement actifs est fonction, non seulement de leurs connaissances générales et de leur attitude face au risque, mais également des postures induites par :

1.a : Pour les femmes, la recherche de la consolidation de leur statut social à travers le mariage.

1.b : Pour les hommes, la quête de l'affirmation de leur identité masculine aux yeux de la société par l'affichage de leur activité sexuelle.

2. L'attitude des jeunes urbains burkinabè envers la prévention des grossesses non prévues et/ou du sida est influencée par leurs objectifs relationnels et sociaux.

3. La capacité des jeunes urbains burkinabè à appliquer efficacement leurs choix préventifs dépend, non seulement de leurs connaissances opérationnelles et de leur accès à la prévention, mais aussi de leurs capacités de négociation face à leur partenaire.

4. En fonction des relations vécues et des circonstances de leurs relations sexuelles, les jeunes urbains burkinabè sont confrontés, de leur initiation sexuelle à leur vie en union, à une pluralité de situations induisant des dynamiques spécifiques, et donc à des besoins préventifs particuliers.

3.1.3. Cadre conceptuel

Ces hypothèses s'inscrivent dans un cadre théorique qui met en relation les concepts identifiés comme faisant sens dans la problématique de la dynamique de prévention chez les jeunes à Ouagadougou. Au centre de ce cadre théorique, soulignons que l'exposition, consciente ou non, au risque de grossesse et/ou à celui de contamination par le VIH apparaît comme le résultat d'un processus qui peut être schématisé comme suit (figure 3.1) :

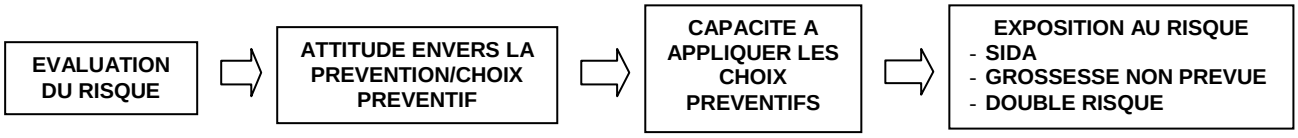


Figure 3.1. Processus de l'exposition à une grossesse non prévue ou au sida chez les jeunes

L'évaluation du risque encouru lors d'une relation sexuelle donnée, puis l'attitude de l'individu envers la prévention du ou des risques qu'il/elle a identifié(s) (ou son choix préventif) et enfin, sa capacité à appliquer ses choix préventifs, constituent des étapes essentielles dans l'analyse de l'exposition au risque lors d'une relation sexuelle donnée.

Rappelons que ce processus est au centre d'un ensemble de facteurs agissant de façon imbriquée sur la prise de risque. La place et les influences respectives attribuées à ces différents facteurs dans la réflexion théorique sont représentées dans le cadre conceptuel qui suit (figure 3.2).

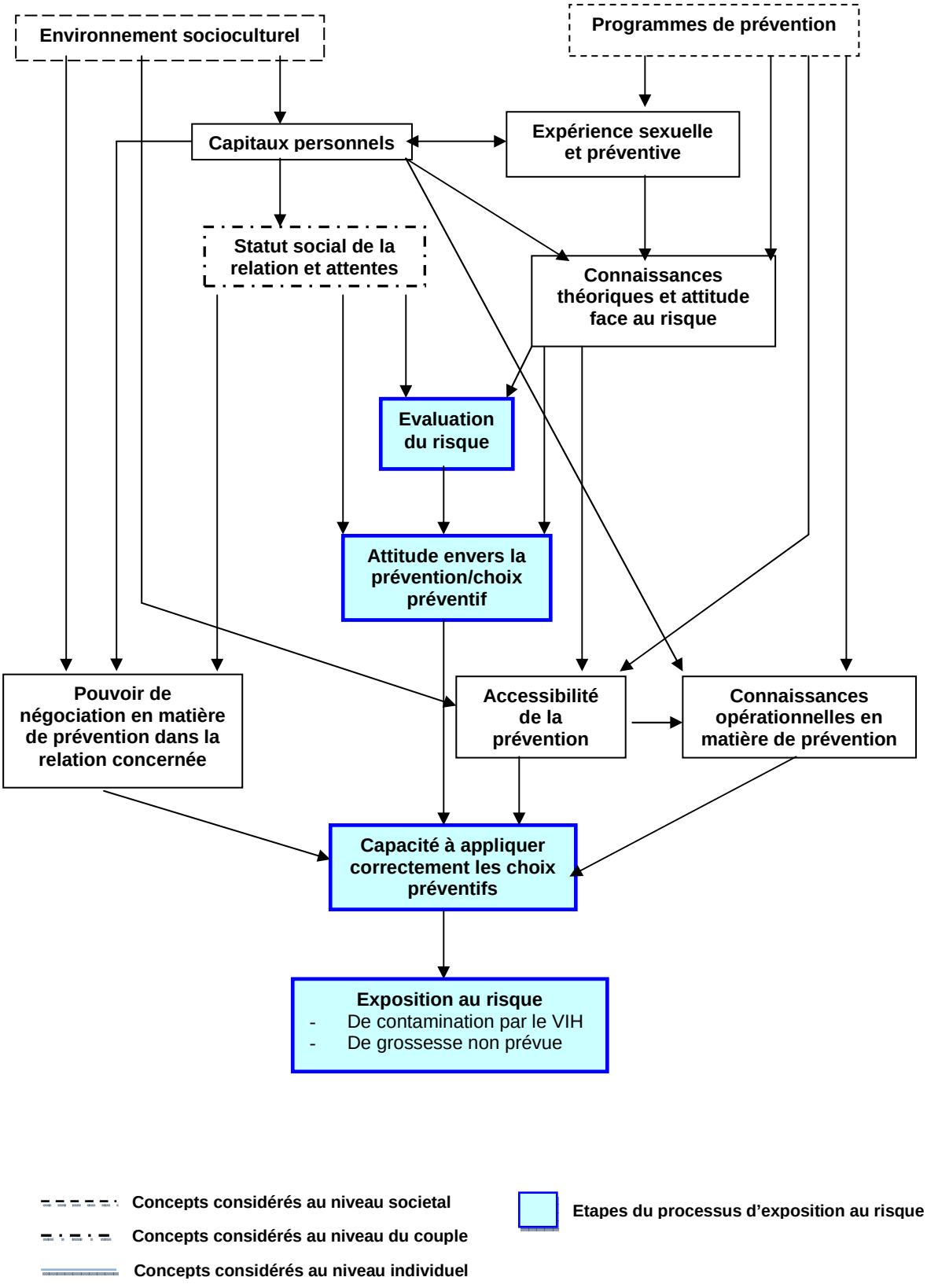


Figure 3.2. Cadre conceptuel de l'exposition des jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso à une grossesse ou au sida

Ce schéma montre l'imbrication des facteurs intervenant autour des étapes du processus d'exposition au risque. Il comporte :

- Des facteurs agissant au niveau sociétal (l'environnement socioculturel et les programmes de prévention).
- D'autres facteurs intervenant au niveau du couple (comme le statut social de la relation et les attentes des partenaires ainsi que la capacité de négociation en matière de prévention).
- Et enfin, des facteurs se situant au niveau individuel (notamment les capitaux personnels, l'expérience sexuelle et préventive et les connaissances théoriques et opérationnelles).

3.1.4. Définition des concepts

Il convient à présent de définir de façon plus précise les concepts auxquels il est fait référence dans ce cadre théorique, de manière à les opérationnaliser au mieux en variables indépendantes et dépendantes en fonction des données disponibles. Le tableau d'opérationnalisation des variables présenté en annexe 3.6 et celui de la construction des variables en annexe 3.7 décrivent la mise à contribution des variables dépendantes et indépendantes du cadre conceptuel dans les analyses au moyen des données quantitatives[122]. L'annexe 3.3 montre également l'opérationnalisation réalisée à partir des données qualitatives.

☞ Les concepts de jeunesse et d'adolescence

Les notions de jeunesse et d'adolescence recouvrent diverses significations selon les contextes. Le point commun aux différentes définitions de l'adolescence est que cette période marque la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Dans son rapport sur l'enfance pour l'année 2011, consacré aux adolescents et à l'adolescence, l'UNICEF (2011) estime qu'elle est différemment vécue par chaque individu selon, entre autres éléments, son degré de maturité physique, émotionnelle et cognitive. Elle correspond autant à une étape de transformations biologiques qu'à une phase de maturation psychologique et sociale. Se basant en premier lieu sur la tranche d'âge, les Nations Unies la définissent couramment comme la période de la vie située entre 10 et 19 ans[123], faisant la transition biologique et psychique entre l'enfance et l'âge adulte (UNICEF 2011).

La plupart des études en sciences sociales, et particulièrement celles portant sur la santé reproductive, retiennent en premier lieu cette notion de transition. La difficulté à fixer des

[122] Voir également les pages 110 à 111.

[123] Il en est présenté une subdivision en deux périodes, justifiée par les différences importantes en termes de changement physiologiques et psychologiques qui interviennent chez les individus. La première adolescence, qui intervient de 10 à 14 ans, marquerait le début des changements physiques et de la puberté. Ce développement est particulièrement visible chez les filles, qui commencent également leur puberté en moyenne 12 à 18 mois plus tôt que les garçons. Lors de la seconde adolescence (c'est-à-dire entre 15 et 19 ans), les changements physiques se poursuivent, mais avec une intensité moindre (UNICEF 2011).

seuils à la période tient à un certain nombre de réalités. Un des critères de début de cette période, qui varie selon les individus, est la survenance de la puberté[124]. Une diversité supplémentaire est celle concernant l'accession légale au statut d'adulte et donc la fin de l'adolescence. Cet âge légal de la majorité fixant différemment les seuils d'âge de participation à des activités inhérentes au statut d'adulte (comme le droit de vote, la conduite d'un véhicule motorisé, etc.) selon les pays, il va de soi que la fin de l'adolescence soit vécue et ressentie différemment selon le contexte de vie de l'adolescent.

Une source supplémentaire de diversité dans les âges-limites de l'adolescence, particulièrement vraie dans les sociétés africaines, réside dans la réalité sociale et culturelle de cette tranche de vie. Certains auteurs estiment d'ailleurs que l'adolescence n'existait pas dans la plupart des cultures africaines, particulièrement pour la jeune fille. En effet, la puberté était traditionnellement le moment indiqué pour la donner en mariage, institution qui lui conférait d'emblée le statut d'adulte. Outre le mariage, le passage de l'enfance à l'âge adulte (et donc le moment à partir duquel la personne sera en mesure d'assumer les responsabilités, les attentes et les privilèges liés à ce statut), était marqué dans la plupart des traditions africaines par des rites de passage. Ces rites consistent en des cérémonies initiatiques lors desquelles garçons et filles subissaient respectivement les rites de la circoncision et de l'excision[125]. Au-delà de ces rites, ils étaient surtout initiés à la culture, aux normes et aux valeurs fondamentales de leur communauté (Calvès et *al.* 2006 ; Kuate-Defo 1998 ; UNICEF 2011). Par la suite, dans les sociétés africaines contemporaines, la scolarisation et l'urbanisation ont définitivement contribué à l'émergence de la période d'adolescence, étape qui s'est progressivement allongée. Cela permet aujourd'hui de parler d'adolescence en ce qui concerne les jeunes garçons et filles dans les sociétés africaines (Diop 1995).

L'intérêt particulier des chercheurs en sciences sociales pour la période de l'adolescence est suscité, entre autres facteurs, par la vulnérabilité qui s'y rattache. Elle est notamment le lieu de prises de risques importantes, en particulier dans les domaines de la sexualité et de la reproduction, dans des contextes où les adolescents disposent de faibles capitaux socioéducatifs (Dehne et Riedner 2001). Si leur bien-être est fonction de l'attention portée à leur endroit et de la satisfaction de leurs besoins durant l'enfance comme le recommande la Déclaration du Millénaire (ONU 2000), il dépend aussi de leur vécu pendant l'adolescence. En effet, les adolescents demeurent aussi des enfants auxquels s'appliquent la Convention relative aux droits de l'enfant (ONU 1989) et, pour les filles, la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (ONU 1979).

Le concept de jeunesse, plus étendu, englobe celui d'adolescence. Comme ce dernier, il est défini en premier lieu par la délimitation basée sur des critères d'âge. La tranche d'âge de 10

[124] L'âge de la puberté des filles et garçons varie en effet selon les individus. De façon générale, il a été démontré que cet âge a reculé de trois ans au 21ième siècle par rapport aux deux siècles précédents, cela principalement à cause des progrès en matière de santé et de nutrition (UNICEF 2011).
[125] Notons que ces rites sont effectués de plus en plus tôt de nos jours, du moins pour ce qui est du Burkina Faso (USAID et Population Council 2006).

à 24 ans est la plus communément utilisée dans les recherches en sciences sociales. Le seuil supérieur de la période est principalement fixé en fonction de la perception du moment à partir duquel le jeune, qui n'est plus adolescent, accède à l'indépendance économique et résidentielle vis-à-vis de sa famille. Partant de ce critère, cet âge limite tend à s'élever en Afrique comme ailleurs dans les pays du Sud, en particulier dans les villes. Les études s'intéressant au contenu de la jeunesse et au passage à l'âge adulte dans des villes africaines relèvent cet état de fait (Antoine 2007 ; Calvès et *al.* 2006). S'intéressant au statut de jeune et aux caractéristiques du passage à l'âge adulte, Calvès et ses collègues concluent que :

> « *(…) les mutations culturelles, sociales et économiques importantes des trois dernières décennies ont profondément altéré les trajectoires résidentielles, scolaires, professionnelles, familiales et matrimoniales des jeunes. Au Nord comme au Sud, la période entre la fin de l'adolescence et l'âge adulte s'allonge et les trajectoires se diversifient (…). En Afrique, où l'émergence de la jeunesse comme phase de vie est plus récente, les marqueurs classiques d'entrée dans la vie adulte ne permettent pas d'appréhender la diversité grandissante des situations que vivent les jeunes citadins.* » (Calvès et *al.* 2006, p 152).

Ces difficultés croissantes à accéder au statut d'homme ou de femme responsable, symbolisé notamment dans la société par l'accession à l'indépendance financière et au mariage, sont relevées dans plusieurs études concernant les jeunes urbains africains (Blum 2007), burkinabè (Attané 2009) et ouagalais en particulier (Mazzocchetti 2007). D'où, pour la recherche, l'existence de sérieux obstacles dans la délimitation des seuils de la période. Quand il est question des jeunes citadins africains, la signification de ce concept pose aussi un défi au niveau de la collecte de données pertinentes pour l'analyse des questions liées à leur vécu (Calvès et *al.* 2006).

Pour la délimitation du public cible de cette étude, il en résulte l'importance de la prise en compte de la réalité individuelle et culturelle de chaque individu dans sa catégorisation comme adolescent ou jeune, cela dans le contexte spécifique de la ville de Ouagadougou. De fait, la prise en compte, aussi bien des jeunes célibataires que de ceux en union dans la cible étudiée, répond à deux soucis. Premièrement, l'approche biographique retenue nécessite l'examen du vécu des jeunes depuis l'adolescence jusqu'à l'âge adulte. Cela doit se faire en prenant en compte les réalités sociales actuelles, à savoir le recul de l'âge à l'autonomisation économique et résidentielle des jeunes hommes et femmes dans les sociétés urbaines contemporaines (Antoine 2007). Dans un deuxième temps, l'analyse du vécu des deux sous-populations de jeunes engagés ou non dans des relations (à visées) matrimoniales permettra, en plus des comparaisons entre leur vécu sexuel et leurs besoins spécifiques, de confirmer la spécificité des facteurs en jeu chez les uns et les autres.

En fin de compte, le concept de jeunes pris en compte dans cette étude concerne autant des adolescents que de jeunes hommes et femmes dans la trentaine. Les tranches d'âges étudiées vont de 12 à 19 ans dans les données quantitatives et de 18 à 40 ans dans les

données qualitatives (précisément 18 à 35 ans pour les femmes et 18 à 40 ans pour les hommes).

☞ Les variables indépendantes

- ***Environnement socioculturel***

Dans le cadre de cette étude, les variables rendant compte de l'environnement socioculturel de l'individu sont les normes et représentations sociales dans lesquelles il est immergé au niveau sociétal, familial et relationnel. Citons celles touchant au genre, à l'union, à la sexualité, à la procréation et au risque en matière de santé. En effet, la conformité du comportement de l'individu avec les normes édictées par la société a un impact sur le statut que celle-ci lui accorde en retour. Pour ce dernier, il en résulte la nécessité d'adhérer au maximum à l'idéal social pour acquérir ou conserver un statut donné.

Ces normes et valeurs sont habituellement approchées dans les enquêtes quantitatives à travers des informations saisies au niveau individuel, à savoir le milieu de résidence et de socialisation, l'ethnie et la religion. Ces variables permettent effectivement de cerner le caractère plus ou moins traditionnel (et donc empreint des valeurs correspondantes) dans lequel évolue l'individu. Par exemple, une étude sur le comportement sexuel des adolescents au Cameroun utilise la variable ethnie pour montrer l'impact des normes culturelles sur le comportement sexuel. L'auteur conclut du comportement sexuel d'adolescents issus de deux groupes ethniques aux valeurs différentes en matière de mœurs sexuelles[126], que ce facteur semble influencer leur comportement sexuel et préventif. Cela arrive par le biais, entre autres, des normes et valeurs véhiculées en matière de rapports de genre et de représentations de la féminité et de la masculinité (Rwenge 2004).

- ***Programmes de prévention***

Ce concept fait référence aux dispositions légales, aux politiques, aux programmes mis en œuvre et à l'offre de services en matière de prévention des grossesses et du sida dans le cadre de vie des individus. L'impact des lois et politiques en matière de santé sur les capacités de prévention des jeunes et des adolescents n'est plus à démontrer, tant en matière de contraception que de prévention du sida (DiClemente et Crosby 2009 ; Tantchou et Wilson 2000). Un rapport sur le fardeau de la pandémie du sida sur les jeunes relève les insuffisances des services de prévention pour les jeunes dans diverses régions du monde et ce qui en résulte en termes d'exposition de ces derniers au sida (Monash 2006).

Plus que l'existence de ces programmes en effet, leur contenu, les stratégies mises en œuvre et leur intensité doivent être prises en compte dans les analyses. On se souvient

[126] Les bétis sont considérés comme très permissifs et les bamiléké sont plutôt réputés être conservateurs dans le domaine de la sexualité (Rwenge 2004).

qu'au Burkina Faso, les entraves à l'accès aux services de prévention résident notamment dans le coût des services, leur éloignement géographique et leurs conditions d'accueil (réprobation ouverte des prestataires vis-à-vis de l'activité sexuelle des jeunes, manque de confidentialité, etc.) (Bationo 2012 ; Population Council 2002b, 2003a).

L'offre de services en matière de prévention intervient à plusieurs niveaux de ce cadre théorique. Dans un premier temps, elle doit être prise en compte en termes d'apport de connaissances suffisantes chez l'individu pour déceler le risque inhérent à une relation sexuelle (au niveau des capitaux personnels de l'individu). Dans une relation sexuelle donnée, de l'évaluation que l'individu fera du risque auquel il/elle est exposé(e) dépendra son attitude envers la prévention[127]. Ensuite, les informations reçues en matière de prévention contribuent à façonner son attitude envers la prévention et ses choix en la matière. Enfin, l'offre de services de prévention détermine sa capacité à appliquer correctement la méthode/stratégie de prévention choisie : de l'accès aux méthodes et de la qualité des informations reçues (précision des informations dont l'individu dispose sur ces moyens et leur utilisation) dépendront sa capacité à les utiliser efficacement lors d'un rapport sexuel.

- ***Capitaux personnels***

Les capitaux personnels font ici référence aux ressources individuelles des individus en relation avec la prévention. Ces ressources individuelles sont en lien avec le genre de l'individu, son âge, son niveau d'instruction, son milieu de socialisation, ses « *compétences pour la vie* »[128], au fait d'avoir reçu une éducation sur la prévention et à son degré d'autonomie financière. L'impact de l'instruction sur la prévention s'explique par les connaissances auxquelles elle facilite l'accès et par son lien avec la catégorie socioprofessionnelle, et donc les revenus de l'individu. L'indépendance financière de l'individu face à son partenaire donne, par ailleurs, une indication sur le caractère plus ou moins égalitaire de la relation, ce qui renvoie au pouvoir de décision (Crosby et Holtgrave 2006). La prise en compte de ces facteurs s'explique par leur influence potentielle à deux niveaux du processus de prise de risque : en premier lieu, par leur lien étroit avec les connaissances de l'individu en matière de prévention, son attitude face au risque, et sur ses attentes vis-à-vis de son (sa) partenaire, ces ressources sont de nature à influencer l'évaluation des risques lors des relations sexuelles. Ensuite, elles ont un impact sur la capacité de négociation en matière de prévention dans le couple. De ce fait, elles influencent la capacité de l'individu à appliquer efficacement ses choix préventifs.

[127] Il s'agit de sa propension ou non à entreprendre une action dans le but de se protéger du risque identifié, et, pour certains, du choix d'une méthode de prévention précise.
[128] Il s'agit ici des compétences personnelles, en anglais "*lifeskills*", en termes d'aptitude de l'individu à avoir une attitude active et à s'affirmer face aux autres, de façon à faire respecter ses propres valeurs et choix.

- ***Expérience sexuelle et préventive***

L'expérience de la sexualité et de la prévention chez les hommes et les femmes constitue une information à prendre en compte pour comprendre leurs attitudes et comportements en matière de prévention. Le vécu en matière de prévention du sida et/ou de contraception, les difficultés rencontrées antérieurement et leur résolution sont de nature à influencer les choix préventifs actuels ainsi que la stratégie utilisée par l'individu pour les mettre en œuvre.

- ***Statut social de la relation de couple et attentes des partenaires***

Le statut social de la relation est relatif à l'étape dans laquelle le couple se trouve dans le processus d'union[129]. Dans cette étude, l'union est considérée, non pas sous l'angle de l'union formelle, mais plutôt sous celui de sa reconnaissance sociale : elle ne correspond pas seulement à la célébration d'un mariage traditionnel, religieux ou civil, mais surtout à la cohabitation du couple. Au Burkina Faso, la vie en commun constitue de plus en plus souvent le signe que le couple est reconnu comme tel par la société. Ce statut, d'une part, lui confère la légitimité sociale pour avoir des relations sexuelles et procréer et d'autre part, assigne des rôles socialement définis aux conjoints. Ces éléments sont de nature à influencer la logique préventive, notamment le désir d'enfant.

Outre le statut matrimonial, les attentes de chacun des partenaires vis-à-vis de l'autre et de la relation influencent le désir d'enfant et/ou la capacité à se protéger contre le sida. Elles dépendent fortement des normes culturelles intériorisées par l'individu. En effet, les valeurs intériorisées par ce dernier sur des sujets tels que la sexualité, le mariage et la procréation, auront un impact important sur sa gestion des risques. Elles influencent directement son attitude envers la prévention, sa légitimité, les choix de méthodes contraceptives opérés et même son accès à ces méthodes. Il s'agit notamment de :

- ***L'importance du mariage pour l'individu,*** à savoir ses ambitions en la matière et l'enjeu que cela représente pour l'acquisition du statut social désiré. On sait en effet que l'union peut aussi servir d' « *ascenseur social* » au Burkina Faso[130], dont la majorité des jeunes vivent dans un environnement de précarité économique (Attané 2009 ; Calvès 2007 ; Mazzocchetti 2007). Ces éléments peuvent apporter un éclairage sur les enjeux matrimoniaux de la relation et leur impact sur les choix préventifs.
- ***L'importance de la procréation pour l'individu***. Cette information est en lien avec son désir d'enfant. L'union, et ensuite la parentalité, permettent aux hommes et aux femmes d'accéder pleinement au statut d'adultes responsables et considérés comme tels par la société (Attané 2009 ; Calvès 2007 ; Mazzocchetti 2007). En outre, le caractère légitime ou non de la fécondité hors union pour l'individu pourrait contribuer à la compréhension du désir d'enfant chez les célibataires.

[129] Voir la page 22.
[130] Il ne faut toutefois pas perdre de vue le fait que toutes les unions ne répondent pas à un calcul et que nombre d'entre elles constituent simplement l'aboutissement d'une relation amoureuse.

Plus simplement, les relations amoureuses des jeunes ouagalais peuvent également avoir des motivations économiques. Des études sur les relations transactionnelles en Afrique dépeignent cette réalité[131] (Bédard 2005 ; Luke 2005 ; Silberschmidt et Rasch 2001). Dans ces cas également, les attentes de l'individu envers son (sa) partenaire influenceront ses choix préventifs.

- ***Connaissances et attitude face au risque***

Ce concept renvoie aux connaissances générales de l'individu sur les risques de grossesse et de sida liés à l'activité sexuelle et à leur prévention. Ces connaissances découlent essentiellement des ressources personnelles de l'individu, de l'offre de services de santé reproductive dans son environnement et de son expérience en matière de prévention. Elles constituent un préalable à la conscience du risque lors d'une relation sexuelle. L'attitude face au risque est plutôt liée, quant à elle, aux normes et représentations sociales du risque, notamment en matière de sexualité.

- ***Evaluation du risque***

L'évaluation du risque indique la perception que l'individu a des risques liés à une relation sexuelle donnée. Pour ce qui est du risque de grossesse, l'évaluation du risque lié à la relation en cours correspond au désir d'enfant de l'individu, aux attentes de chacun des partenaires et aux projets de l'individu. On sait par exemple que les désirs d'enfant ambivalents se rencontrent le plus souvent dans les relations de couple qui ne sont pas totalement stables (Bajos et *al.* 2002).

L'évaluation du risque de contamination par le VIH renseigne sur la conscience que l'individu a des risques liés à la relation sexuelle concernée. Là encore, du fait de l'écart d'âge entre partenaires et du double standard sexuel, les partenaires masculins sont généralement moins exposés à la contamination que leurs partenaires. A cause de leur moindre expérience sexuelle, ces dernières sont moins susceptibles qu'eux d'avoir été infectées par un précédent partenaire. A cette vulnérabilité des jeunes femmes s'ajoute leur plus grande vulnérabilité biologique aux IST (Karim et Stein 2000 ; Mehta 2006).

Quant à l'évaluation du double risque, elle suppose l'existence du double risque, et donc, le fait d'être dans une logique contraceptive[132]. En fonction de sa sensibilité, de ses connaissances et de la configuration de sa relation de couple, l'individu peut être plus sensible à l'un des deux risques qu'à l'autre.

[131] Le sens de la vulnérabilité lors de ces relations asymétriques est à nuancer. En effet, les jeunes femmes n'y sont pas toujours des victimes (Bédard 2005 ; Luke 2005 ; Silberschmidt et Rasch 2001).
[132] Le risque de sida étant inhérent à priori à tout échange sexuel en l'absence d'une stratégie de prévention.

- ***Attitude face à la prévention/choix préventif***

Cette attitude rend compte des velléités de l'individu à mettre en œuvre une méthode/stratégie de prévention. En amont de sa mise en œuvre, le choix préventif concerne la stratégie ou la méthode de prévention choisie par l'individu. Pour ce qui est de la double protection, l'attitude envers le double risque et l'arbitrage fait entre les deux protections seront déterminants dans le choix préventif opéré en fin de compte. Par exemple, un individu particulièrement attentif à cette double protection prendra les mesures nécessaires pour assurer sa protection vis-à-vis du sida avant d'arrêter l'usage systématique du préservatif avec sa partenaire.

La « *theory of planned behavior* » émise par Ajzen (1991) et appliquée dans de nombreuses études comportementales confirme l'importance de ces facteurs. Selon cet auteur, les attitudes de l'individu envers une action (ou un comportement) donnée, ses normes et représentations en la matière et sa perception du contrôle qu'il peut exercer sur la mise en œuvre de son action constituent de solides déterminants de sa propension à mener effectivement l'action concernée (Ajzen 1991). Les applications de la théorie dans le domaine de la prévention du sida notamment, montrent la nécessité de prendre ces aspects en compte pour comprendre l'exposition des individus au risque (Albarracin et *al.* 2001 ; Fekadu et Kraft 2001 ; Turchik et Gidycz 2012).

- ***Connaissances opérationnelles***

Il s'agit, bien au-delà des connaissances théoriques évoquées plus haut, de connaissances précises, et surtout utiles, en matière de contraception et/ou de prévention du sida. Alors que les premières sont saisies, comme souvent dans les enquêtes, par le fait pour l'individu d'avoir entendu parler d'une méthode de prévention donnée, la mesure de la connaissance opérationnelle implique des questions précises sur l'utilisation de cette méthode. Seule cette connaissance est de nature à permettre une utilisation efficace des méthodes. Son examen est donc indispensable pour appréhender la capacité réelle des individus à se protéger. A partir de données d'enquêtes sur les adolescents dans quatre pays africains (Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda), Bankole et ses collègues ont montré l'importance de la connaissance correcte de l'utilisation du préservatif pour la prévention chez les adolescents[133] (Bankole et *al.* 2007a).

- ***Pouvoir de négociation en matière de prévention***

Le pouvoir de négociation détermine la capacité de l'individu de faire accepter à son partenaire (et parfois à son environnement familial), ses choix en matière de prévention du sida et/ou de contraception. Dans la prévention du sida, il s'agit, notamment pour les

[133] Voir la page 69.

femmes, de la négociation du port du préservatif par le partenaire ou de celle du test de dépistage du sida (dans le but d'appliquer la stratégie de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs). Dans le cadre de la prévention d'une grossesse non prévue, l'application correcte de la méthode contraceptive choisie par l'individu est aussi fonction de sa capacité à la faire accepter à son/sa partenaire. Ceci est valable autant pour les méthodes liées à l'acte (telles que l'abstinence périodique et le préservatif) qui demandent une participation du partenaire masculin, que pour les méthodes hormonales. Notons toutefois que des hommes peuvent aussi avoir des difficultés à amener la question de la prévention du sida ou de la contraception dans leur couple.

La capacité de négociation passe en particulier par l'interaction sexuelle, la communication dans le couple à propos de la prévention de façon générale, la négociation de la prévention lors de la relation sexuelle concernée et les rapports de pouvoir en vigueur au sein du couple.

Dans notre propos, l'« *interaction sexuelle* » a trait aux circonstances dans lesquelles l'acte sexuel s'est déroulé. Précisément, il s'agit de déterminer s'il est survenu entre individus consentants ou non. Les situations d'abus sexuels sur des jeunes filles constituent une forme extrême de relation sexuelle inégale qui ne laisse pas de possibilité d'action à la victime en ce qui concerne sa prévention[134]. Dans une étude auprès de 50 jeunes hommes et femmes ruraux sud-africains, Hoffman et ses collègues (2006) ont montré comment les relations sexuelles forcées sont particulièrement à risque de contamination par le sida. Le risque serait accru principalement à cause de l'usage moindre de préservatifs dans ces circonstances.

Au-delà du dialogue sur la prévention, il faut mentionner que la négociation en la matière, qui n'est pas aisée chez les célibataires, s'avère encore plus délicate dans les couples en union. Comme cela a été relevé dans la revue de littérature, les difficultés spécifiques de prévention du sida dans les couples africains en union sont en partie liées à la perception qu'ont l'homme et la femme de leurs rôles et devoirs respectifs en tant qu'époux. L'introduction de la question de la prévention du sida dans le couple constitue une question particulièrement complexe.

La vision des relations de couple par l'individu est un élément particulier à prendre en compte pour cerner ses dispositions à communiquer avec son partenaire sur la prévention et à participer ou non à la prise de décision en la matière. Fortement influencée par l'environnement social et la personnalité propre de l'individu, elle influence la posture de ce dernier face à son/sa partenaire.

[134] En effet, au Burkina Faso, il semble que peu de victimes d'abus sexuel osent les dénoncer (RIAFEG 2008). Par ailleurs, même dans l'optique où le dispositif de prise en charge des victimes serait efficace, seule la contraception d'urgence et la prophylaxie d'urgence du VIH peuvent constituer un recours contre les risques après l'acte sexuel, ceci en supposant que la victime ait pu y accéder dans les temps. Les données montrent que cette sexualité forcée recouvre une multitude de situations, tant des relations occasionnelles que des relations stables et des couples en union.

Enfin, le type de rapports de pouvoir en vigueur dans le couple constitue un élément fondamental qui influence la capacité de négociation de l'individu en matière de prévention. Au niveau social, l'inégalité dans le couple est fortement influencée par le statut de la femme en général dans la communauté et par l'intériorisation de ces valeurs culturelles par le couple. Ainsi, dans un environnement inégalitaire, selon ses représentations des rapports entre partenaires et entre conjoints et la dynamique du couple, la femme se sentira plus ou moins libre de faire valoir ses propres désirs. Une recherche réalisée auprès d'hommes et de femmes en âge de procréer dans les provinces du Centre et de l'Ouest du Cameroun montre que l'effet du statut de la femme sur l'utilisation des préservatifs passe justement par la capacité de négociation de cette dernière et l'existence de discussions dans le couple sur la sexualité (Rwenge 2003).

Les variables couramment utilisées pour mesurer ce concept dans les études sont l'écart d'âge entre les partenaires, la différence de niveau d'instruction et la dépendance économique de l'un par rapport à l'autre.

- *L'écart d'âge entre partenaires* est souvent le principal indicateur utilisé par les chercheurs pour rendre compte du caractère égalitaire ou non d'une relation de couple. Il est cité dans une analyse de l'utilisation fréquente et correcte du préservatif chez des adolescents et jeunes africains (Bankole et *al.* 2007 ; Langen 2005).
- *La dépendance économique d'un partenaire par rapport à l'autre* constitue aussi un facteur souvent évoqué d'exposition au risque dans les relations de couple (Luke 2005). Dans les couples stables, l'apport financier dans le couple constitue effectivement une source de pouvoir. A l'extrême, lors de relations transactionnelles, les jeunes femmes démunies sont très peu en mesure de négocier l'usage du préservatif. Une étude sur les rapports de genre et les comportements sexuels à risque en milieu prostitutionnel à Ouagadougou a montré que ces relations transactionnelles étaient véritablement le lieu de risques importants (Bédard 2005)[135].
- *La différence de niveau d'instruction* : l'instruction induit chez l'individu l'acquisition de connaissances, une ouverture culturelle et un accroissement des ressources individuelles (indépendance économique). Son association positive avec l'instauration d'une communication dans le couple à propos de la sexualité et de la prévention a largement été démontrée (Babalola 1999 ; Orubuloye et *al.* 2005). De ce fait, elle constitue un facteur important à prendre en compte dans l'étude des rapports de genre entre partenaires.

Mentionnons que l'effet de ces facteurs sur la prévention dans le couple s'exerce aussi à travers les ambitions de ce dernier, la dynamique que les partenaires créent en son sein et la communication évoquée plus haut. Un couple disposant de capitaux socioéducatifs élevés

[135] Une nuance est à introduire à ce niveau : chez des jeunes femmes disposant d'un minimum de ressources, les relations transactionnelles ne sont pas toujours synonymes de prises de risques. Ces jeunes filles sont parfois particulièrement averties sur les risques du multipartenariat et des relations sexuelles non protégées et peuvent se montrer intransigeantes sur l'utilisation du préservatif (Bédard 2005).

aura plus tendance qu'un autre moins favorisé à s'ouvrir aux valeurs culturelles occidentales et à avoir des relations égalitaires.

- ***Accessibilité de la prévention***

L'accessibilité des méthodes de prévention pour l'individu a une influence certaine sur sa propension à les utiliser. Cette accessibilité renvoie à la disponibilité des services de prévention dans l'environnement de vie des jeunes et à leur qualité. Tant les évaluations de programmes de santé reproductive (Population Council 2003a) que des investigations plus poussées en sciences sociales ont démontré à quel point ces informations et la fourniture de ces services sont cruciales dans la capacité du jeune homme ou de la jeune femme à mettre en œuvre une prévention efficace dans une relation sexuelle (Bankole 2010 ; Desclaux et *al.* 2009 ; Ezeh et *al.* 2010).

Les dimensions de la disponibilité des services pour les jeunes sont diverses : financière (coût des produits et services), physique (éloignement géographique des services), ou morale (accueil par les prestataires, confidentialité des services, etc.) (Population Council 2002b). Outre l'offre de service disponible, le réseau social de l'individu est également questionné ici : l'influence de ce réseau (parents, fratries, amis, enseignants, relations diverses, etc.) peut être déterminante dans l'accès des jeunes à l'information et aux services de prévention. Cela est particulièrement vrai dans le cas des adolescents et jeunes dont l'activité sexuelle est dissimulée parce que socialement réprouvée.

☞ **Les variables dépendantes**

L'appréciation de l'exposition de l'individu aux risques lors d'une relation sexuelle, telle que déterminée dans cette étude, n'est pas toujours identique à celle du répondant : la perception du risque par l'individu est par essence subjective, car influencée par ses connaissances et attitudes face au risque. De ce fait, pour tenter d'approcher autant que possible le risque effectivement encouru par les enquêtés dans leurs relations sexuelles, Il a été nécessaire de déterminer l'exposition effective au risque selon des critères précis. Précisons que ces concepts d'exposition aux risques sexuels sont pensés ici du point de vue du répondant concerné et non pas du couple. Ils sont donc estimés en fonction de ses besoins en termes de prévention du sida et d'une grossesse (qui peuvent être différents de ceux de son partenaire) au moment de la relation sexuelle concernée.

- ***Exposition à une grossesse non prévue***

L'exposition à une grossesse non prévue concerne les situations où au moins l'un des partenaires souhaite éviter une grossesse au moment de la relation sexuelle (ce désir pouvant être ambivalent ou non partagé par les deux). Elle consiste alors en une absence de

contraception ou en des difficultés (non surmontées) rencontrées lors de la mise en œuvre de la méthode contraceptive choisie.

Les difficultés résolues par la prise d'une contraception d'urgence ne sont pas considérées comme conduisant à une exposition à une grossesse non prévue. De même, les difficultés contraceptives telles que les changements de méthode contraceptive et les réticences vis-à-vis d'une méthode donnée ne conduisent pas nécessairement à une exposition à un risque. Elles ne sont donc pas systématiquement considérées comme telles.

Si les situations d'avortement provoqué sont en partie documentées dans les données, elles ne sont pas prises en compte dans cette détermination du risque. En effet, elles surviennent en aval de l'exposition au risque de grossesse (sujet de l'étude) et de sa conséquence (grossesse non prévue)[136].

- ***Exposition au sida***

L'exposition au sida consiste, lors d'une relation sexuelle, en une absence de prévention ou en une protection non fiable contre cette infection. Les stratégies de prévention considérées comme fiables chez un individu sain sont les suivantes :

- L'utilisation correcte et systématique d'un préservatif à chaque rapport sexuel,
- La relation exclusive après un test de dépistage du sida et le partage des résultats par les deux partenaires séronégatifs,
- En cas de relation non exclusive après un test de dépistage du sida et le partage des résultats par les partenaires séronégatifs, une protection systématique des rapports sexuels en dehors du couple concerné à l'aide du préservatif.

Les situations autres que celles citées ci-dessus induisent un risque de contamination, à l'exception des rapports sexuels avec un individu n'en ayant jamais eu. En effet, compte tenu de la prédominance de la transmission sexuelle parmi les voies de transmission du sida au Burkina Faso comme dans de nombreux autres pays d'Afrique Subsaharienne (Aaro et *al.* 2006 ; Lagarde et *al.* 2004 ; PNUD 2001) nous faisons le postulat que les individus n'ayant jamais eu de rapports sexuels dans l'échantillon sont séronégatifs[137].

Notons que nous parlerons spécifiquement du sida dans notre propos. Ce choix a été effectué en raison de l'insuffisance des informations sur les autres IST auxquelles les enquêtés ont fait face, leur traitement et leur prévention dans les données disponibles (nous y reviendrons). D'autres IST que le sida ont été mentionnés par un certain nombre d'enquêtés dans les entretiens qualitatifs, mais ces questions n'ont pas été suffisamment

[136] Des études ont documenté l'utilisation de l'avortement provoqué comme alternative à l'utilisation de la contraception chez de jeunes nigérianes (Segdh et *al.* 2006 ; Otoide et *al.* 2001), mais de tels choix n'ont pas été documentés au Burkina Faso.

[137] Ce choix sous-estime certainement l'exposition au sida en ce qu'il occulte les individus contaminés par leur mère ou ayant contracté le virus par la voie sanguine, mais leur prise en compte nécessite des données précises sur ces publics, informations absentes de nos bases de données.

documentées pour permettre une analyse conséquente de l'exposition à ces IST. En effet, même s'il existe une forte association entre la prévalence du sida et celle des autres IST, un individu dépisté négatif pour le VIH et protégé du sida par une relation exclusive avec un partenaire également séronégatif, peut parfaitement être porteur d'une autre IST non dépistée. Il peut ainsi exposer ce dernier à cette IST lors de rapports sexuels non protégés.

- ***Exposition au double risque***

Le double risque consiste en une absence de double protection correcte. La double protection renvoie à la protection simultanée contre le sida et les grossesses non prévues. Elle concerne donc, dans les épisodes[138] de vie sexuelle, uniquement ceux lors desquels l'un des partenaires ou le couple désire éviter une grossesse.

Concrètement, la double protection résulte de l'usage combiné et correct de méthodes préventives fiables contre le sida et les grossesses non prévues. Les préservatifs masculin et féminin constituent, à ce jour, les seules méthodes procurant simultanément une protection contre les grossesses non prévues et le sida. Une autre alternative consiste en l'utilisation simultanée du préservatif et d'une contraception hormonale. Une contraception correcte dans une relation exclusive entre partenaires séronégatifs procure également une double protection correcte, de même qu'une relation non exclusive entre partenaires séronégatifs avec une utilisation systématique du préservatif en dehors du couple. Par conséquent, pour rendre compte, dans les analyses, de la double protection effective lors d'un rapport sexuel, nous considérons que celle-ci est effective dans ces différents cas de figure. A l'inverse, l'exposition au double risque peut recouvrir une diversité de situations allant de l'absence totale de prévention à une tentative de prévention avec des difficultés.

3.2. Données et méthodologie

Le cadre théorique de l'étude est testé selon une approche méthodologique qui découle à la fois des objectifs de l'étude et des données disponibles.

L'étude utilise une approche méthodologique mixte intégrant des analyses quantitatives (descriptives et explicatives) et des analyses qualitatives (descriptives et explicatives). Ce choix s'explique par les objectifs poursuivis, qui sont de parvenir à une fine compréhension des mécanismes d'adaptation aux risques liés à la sexualité chez les jeunes et des facteurs d'intelligibilité de ces comportements.

[138] Dans les analyses, les épisodes de vie sexuelle représentent chacun une période de relations sexuelles avec un partenaire donné, période pendant laquelle le couple a un besoin défini de prévention du sida et/ou d'une grossesse et utilise ou non une méthode de prévention définie. Chez le même couple, un changement dans la prévention utilisée est décrit dans un nouvel épisode.

De fait, l'une des particularités des recherches explicatives dans le domaine de la santé reproductive en démographie réside en leur large recours aux approches qualitatives. Ce recours croissant aux analyses qualitatives a été motivé par le besoin, au-delà de la mesure des phénomènes, de comprendre davantage les sujets étudiés, en partant des motivations, représentations et stratégies des acteurs. Cette utilisation des méthodes qualitatives en démographie est relativement récente, puisque datant du milieu du 20ième siècle. De l'utilisation des observations participantes au début des années 1960, elles sont devenues de plus en plus populaires au sein des démographes avec le recours progressif à d'autres techniques qualitatives dans le courant des années 1990 (De Loenzien 2006).

Les analyses quantitatives et qualitatives satisfont de manière spécifique et complémentaire aux besoins de la recherche, notamment sur des sujets tels que la santé reproductive. La recherche qualitative apporte un plus dans la spécification et la compréhension des phénomènes (De Loenzien 2006). Elle est précieuse pour mettre en évidence des facteurs qui demeurent difficiles à appréhender par les méthodes quantitatives (et dont l'importance n'est pourtant plus à démontrer dans les schémas explicatifs des phénomènes). Ce faisant, elle permet une avancée certaine dans la compréhension et l'analyse des questions liées à la sexualité. Selon Bozon (1999),

> « *La demande souvent faite au démographe d'interpréter ses données se ramène largement à une exigence de contextualisation des comportements analysés, à laquelle les approches qualitatives sont capables d'apporter leur concours. Cet élargissement de perspective peut s'effectuer dans trois directions : la mise en relation des comportements observés avec le sens que leur confèrent les acteurs, l'analyse des interactions individuelles qui produisent les comportements, l'inscription des phénomènes observés dans un fonctionnement social qui doit être décrit au-delà de ce qu'en perçoivent les sujets interrogés. Cette triple contextualisation est nécessaire pour faire apparaître par exemple les contraintes qui pèsent sur les comportements démographiques des femmes et leurs marges d'initiative, dans un état donné des rapports de genre. Une démographie interprétative est ainsi susceptible de s'approprier aisément de nouvelles questions et d'inventer de nouvelles méthodes pour les traiter*.» (Bozon 1999, p 217).

Les analyses qualitatives n'en sont pas parfaites pour autant ; elles souffrent de leur faible capacité à déterminer les poids et influences respectives des facteurs identifiés dans une chaîne causale. Ces éléments ont leur importance en termes de conclusions des recherches, et, dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, sur les implications programmatiques des résultats de recherche. De fait, si les analyses quantitatives comportent des limites en ce qui concerne la juste appréhension de certains phénomènes dans ce champ de recherche précis[139], elles ont toutefois permis de quantifier les situations

[139] Des réserves ont notamment été émises par plusieurs auteurs en ce qui concerne, par exemple, la justesse de la mesure de certains comportements lors des enquêtes quantitatives, en particulier dans des domaines sensibles tels que la sexualité et la fécondité prénuptiales (Margolis 1997). Les questions sur les opinions et représentations font aussi l'objet de critiques. Nous y reviendrons dans l'évaluation de la qualité des données quantitatives utilisées dans l'étude.

et les comportements relatifs à la santé reproductive et de mesurer les poids et les influences des facteurs en jeu.

En somme, l'évolution des approches utilisées par les chercheurs en matière de santé sexuelle et reproductive ouvre de nouvelles perspectives de recherche. Il convient, à l'étape actuelle, d'exploiter au mieux les possibilités complémentaires qu'offrent ces avancées méthodologiques dans le sens d'une meilleure compréhension de la dynamique des comportements sexuels. Ces spécificités permettent en effet aux deux approches de se renforcer mutuellement. Utilisées de façon combinée, elles peuvent se compléter de plusieurs manières : en premier lieu, menée de manière exploratoire, l'étude qualitative permet de consolider la réflexion, de poser les hypothèses, d'identifier les cibles et d'affiner les outils qui seront utilisés dans l'analyse quantitative, notamment quand il s'agit de sujets complexes et sensibles tels que la sexualité. Menée concomitamment à l'analyse quantitative, elle permet d'éclairer les résultats quantitatifs et de trouver des pistes d'interprétation complémentaires. Dans une autre optique, à la suite d'une première étude quantitative, la recherche qualitative peut procurer des éléments d'approfondissement de la réflexion ou d'interprétation et de compréhension des résultats obtenus (Creswell 2009).

Dans cette étude, l'option est faite de tirer parti des atouts complémentaires des données qualitatives et quantitatives à notre disposition. Les analyses qualitatives, qui constituent l'essentiel de ce travail, ont apporté l'essentiel des réponses aux questions de recherches. Enfin, en complément à ces analyses qualitatives, des analyses quantitatives ont été utiles pour, non seulement quantifier les phénomènes étudiés à l'aide des données disponibles sur les adolescents, mais également pour tester les hypothèses confortées par les résultats des analyses qualitatives. L'étude mêle ainsi une réflexion inductive au moyen de l'analyse qualitative à une réflexion hypothético-déductive par le biais de l'analyse quantitative.

Le détail de ces deux volets est exposé dans les sections qui suivent.

3.2.1. Volet qualitatif de l'étude

☞ Les entretiens du projet Emergency Contraception in AFrica (ECAF 2005-2007)

Les données qualitatives sont issues du corpus d'interviews réalisées à Ouagadougou dans le cadre du projet Emergency Contraception in AFrica (ECAF) par une équipe de recherche abritée par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP). Ce projet de recherche multi sites[140], financé par l'Union Européenne (6ème PCRDT) et coordonné par N. Bajos (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, France), d'une durée de 4,5 ans (2005 à 2009) a eu pour but, au moment où la contraception d'urgence progestative[141] se diffusait en Afrique de l'Ouest, de comprendre la place qu'elle peut occuper dans le paysage

[140] Les pays concernés par l'étude sont le Burkina Faso, le Sénégal, le Ghana et le Maroc.
[141] A la différence des méthodes antérieures de contraception d'urgence, celle-ci est sans effets secondaires et ne nécessite pas de prescription médicale.

contraceptif africain afin d'être à même d'apprécier son impact potentiel sur la réduction du recours à l'avortement provoqué. Outre l'analyse des données du contexte et de l'offre de services en matière de contraception, la méthodologie du projet a reposé sur la collecte et l'analyse de données sociologiques au moyen de récits de vie d'hommes et de femmes et sur l'analyse secondaire de données quantitatives issues des EDS. Son objectif étant de comprendre les facteurs socioculturels des grossesses non prévues, en allant au-delà des problèmes d'accès aux méthodes de contraception (question déjà largement investiguée par ailleurs), l'étude s'est focalisée sur les capitales des quatre pays concernés, à savoir les villes de Ouagadougou, Dakar, Accra et Rabat.

L'étude a été mise en œuvre au Burkina Faso par une équipe composée de deux chercheurs (l'un socio-anthropologue, l'autre socio-démographe)[142], une assistante de recherche (démographe) et cinq assistants de terrain, tous titulaires d'une licence ou d'une maîtrise du département de sociologie de l'Université de Ouagadougou. L'auteure de cette thèse, en tant qu'assistante de recherche du projet, a participé à toutes les phases du projet, qu'il s'agisse de la conception et des aménagements du guide d'entretien, des phases pilotes de l'étude, de la réalisation et la supervision de la collecte, de l'encadrement de l'équipe d'assistants de terrain, de l'exploitation et de l'analyse des données.

Les entretiens retenus à Ouagadougou ont concerné 77 personnes dont 27 hommes et 50 femmes âgés de 18 à 40 ans et issus de divers milieux sociaux[143]. Les personnes interviewées ont été identifiées au moyen de la méthode boule de neige au sein de la population générale. Les associations et les centres fournissant des prestations de services en santé de la reproduction ont été mis à profit comme portes d'entrée supplémentaires, ceci principalement dans le but d'atteindre des personnes ayant déjà utilisé la contraception d'urgence.

La technique de collecte utilisée a été l'entretien semi-directif approfondi. Les interviews ont été conduites au moyen d'un guide[144] composé de six modules, à savoir :

1. La relation actuelle,
2. La première relation sexuelle,
3. La biographie contraceptive et préventive,
4. Les opinions sur divers sujets : la contraception, l'avortement provoqué, le rôle des enfants, le mariage, les inégalités entre hommes et femmes et la sexualité hors mariage,
5. La contraception d'urgence,
6. Les variables sociodémographiques.

[142] Il s'agit de M. André Soubeiga (enseignant au Département de Sociologie de l'Université de Ouagadougou) et de Mme Clémentine Rossier (chargée de recherche à l'Institut National d'Etudes Démographiques à Paris, en détachement à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou).
[143] Treize prestataires de planning familial, pharmaciens et gynécologues ont également été interviewés, mais ce matériel n'est pas exploité dans le cadre de ce travail.
[144] Le guide d'entretien figure à l'annexe 3.1 (page 288).

Tout en retraçant la biographie affective, sexuelle et reproductive des individus, les aspects touchant au vécu de la sexualité et de la prévention ont été explorés de façon rétrospective. La période passée en revue couvre toute la vie sexuelle, en mettant l'accent sur la première et la dernière relation. Pour ce faire, l'administration du guide, bien qu'organisée en modules, n'a pas été figée, le but étant de recueillir le maximum d'informations sur ces thèmes tout en suivant la logique de l'enquêté. Des informations sur les rapports de pouvoir dans le couple ont également été récoltées de manière approfondie pour la relation en cours au moment de l'enquête. Ce faisant, des questions ont été posées sur le rôle de chaque partenaire dans les prises de décision au cours des évènements relatés dans l'entretien.

Les critères d'échantillonnage ont été l'âge (18 à 40 ans pour les hommes et 18 à 35 ans pour les femmes), le niveau d'instruction et le statut matrimonial. L'utilisation de la contraception d'urgence a aussi constitué un critère de recrutement dans certains cas, par le biais de la méthode boule de neige ou par l'intermédiaire des prestataires de planning familial. Les tableaux ci-dessous reprennent les principales caractéristiques des enquêtés.

Tableau n°3.1. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes hommes interrogés à Ouagadougou

Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Age				Ensemble
		18-24	25-30	31- 35	36- 40	
Célibataires ou divorcés	Sans instruction/ mi-primaire		Patenema	Moussa	Poula	3
	Mi-primaire/ mi-secondaire	Mamadou Pascal Patrice	Papou			4
	Mi-secondaire /supérieur	Malik	Marcellin Adrien Paouni Mathieu		Moustapha Marius	7
Sous-total hommes célibataires/Divorcés		*4*	*6*	*1*	*3*	*14*
En union	Sans instruction/mi-primaire		Mounir	Moctar Madi	Pissila	4
	Mi-primaire/ mi-secondaire	Martial	Michel Ambroise	Phassane	Moumouni	5
	Mi-secondaire /supérieur	Paul		Pierre	Mohamed Pamoussa	4
Sous-total hommes en union		*2*	*3*	*4*	*4*	*13*
Total hommes		**6**	**9**	**5**	**7**	**27**

Source : (Nanema et *al.* 2007)

Tableau n°3.2. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes femmes interrogées à Ouagadougou

Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Age			Ensemble
		18-24	25-30	31- 35	
Célibataires ou divorcées	Sans instruction/ mi-primaire	Milena Micheline Roxane Marthe	Mounira Jalimatou Jara		7
	Mi-primaire/ mi-secondaire	Monique Martine Marion Nicole Marlène	Jalila Mathilde	Madjara	8
	Mi-secondaire /supérieur	Mireille Aïda Massara Mawa	Magalie Jacinthe	Joëlle Rovanne	8
Sous-total femmes célibataires/Divorcées		*13*	*7*	*3*	*23*
En union	Sans-instruction/mi-primaire	Maï Jassana Mafarma Julienne Jabiba Mamou Jasmina	Jénébou Maria Jaratou Jelika	Jawa Jafisatou Joanna	14
	Mi-primaire/ mi-secondaire	Josée Mami Malicka	Mariétou Madeleine Janta	Jamie Jessica	8
	Mi-secondaire /supérieur	Jismaela	Minata Maïna	Jaïna Maïssata	5
Sous-total femmes en union		*11*	*9*	*7*	*27*
Total femmes		**24**	**16**	**10**	**50**

Source : (Nanema et *al.* 2007)

Cet échantillon est plus ou moins également réparti selon le statut matrimonial, l'âge et le niveau d'instruction des enquêtés. Il importe de garder à l'esprit que, dans cette collecte de données, l'objectif n'était pas la représentativité des enquêtés par rapport à la population étudiée, mais plutôt la satisfaction de l'exigence de diversité sociale au moyen de l'atteinte de toutes les catégories concernées par le phénomène étudié. La distribution de l'échantillon selon les critères de sélection n'est donc pas à comparer à celle de la population de la ville de Ouagadougou. En particulier, les classes socioéconomiques privilégiées sont surreprésentées dans le corpus, qui comporte un nombre quasiment égal de répondants des différents niveaux d'instruction. Par ailleurs, la diversité ethnique n'a pas été recherchée. La grande majorité des enquêtés est de l'ethnie Mossi comme la majeure partie des habitants de la ville.

Il faut souligner que le respect de l'éthique a été au centre des préoccupations de l'équipe de recherche. L'étude a été approuvée par le Comité National d'Ethique en Recherche en Santé[145]. Les dispositions pratiques concernant le respect de l'éthique ont concerné le recueil du consentement éclairé des enquêtés et l'anonymat des entretiens. Le consentement éclairé de l'enquêté était requis avant le début de l'entretien. A cet effet, l'administration du guide d'entretien commençait systématiquement par une présentation de l'étude. En outre, les enquêtés ont été particulièrement préparés à la nature très intime des sujets abordés et étaient libres d'interrompre l'entretien quand ils le désiraient. Cet aspect du consentement éclairé et la demande d'autorisation pour enregistrer l'entretien constituaient des éléments incontournables dans le processus de recrutement des enquêtés. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme (au domicile de l'enquêté(e) ou dans les bureaux de l'ISSP) et ont été transcrits par les enquêteurs eux-mêmes. Enfin, dans un souci de confidentialité, des codes et des prénoms fictifs[146] ont été attribués aux enquêtés dès la réalisation des entretiens.

- ☞ **Qualité des entretiens**

De la conception de la collecte des données à l'exploitation des entretiens, des précautions méthodologiques ont été prises par l'équipe de recherche dans le but de garantir la qualité des informations recueillies. La stratégie de recrutement des enquêtés, ainsi que l'organisation de la collecte des données et de leur exploitation mises en œuvre par l'équipe ont été de nature à favoriser l'obtention de données de grande qualité.

Ensuite, la collecte des données, principalement effectuée par les cinq assistants de recherche, a été étroitement encadrée par l'équipe de recherche au niveau national et international. Elle a débuté au terme d'une série de formations et d'études pilotes qui ont duré huit mois. Lors des trois pilotes successifs, l'équipe de recherche a testé la procédure

[145] Cette approbation a été obtenue de façon rétrospective parce que ce comité n'avait pas encore d'existence officielle au début de l'étude.
[146] Les prénoms fictifs ont été attribués en respectant la connotation religieuse du prénom des enquêtés. Chaque enquêteur (trice) attribuait les prénoms aux personnes enquêtées par lui (elle) en commençant par l'initiale de son propre prénom, cela de manière à faciliter l'organisation du traitement des données.

de recrutement, recherché les conditions idoines pour un bon déroulement des entretiens (notamment le lieu et la stratégie d'introduction des entretiens) et s'est exercée à l'administration du guide d'entretien. Cette étape, ainsi que les formations et les concertations qui s'en sont suivies avec l'ensemble du consortium ECAF, ont été très utiles pour améliorer le guide et amener l'équipe à maîtriser son administration.

L'équipe a été particulièrement attentive à minimiser les biais qui pourraient résulter de l'interaction entre enquêteurs et répondants. En premier lieu, une stricte parité a été respectée entre enquêteurs et répondants au niveau du genre. Un effort a pareillement été fourni pour respecter cette parité au niveau des tranches d'âge afin de réduire les biais introduits par des écarts trop importants entre enquêteur et enquêté. Enfin, lors de la phase de recrutement des enquêtés, les enquêteurs leur expliquaient largement l'objet de l'étude et la nature des entretiens, puis insistaient sur le fait qu'ils attendaient une parole libre de la part de leur interlocuteur. Cela a été très bien entendu puisque dans les faits, pour les entretiens qui ont été retenus, les interventions des enquêteurs dans les entretiens se bornaient à l'énoncé de la question d'entrée[147], puis à une écoute attentive. Un accompagnement du discours par des attitudes corporelles et des signes verbaux (relances) a permis d'amener les enquêtés à évoquer les différents points du guide d'entretien de façon libre. Ces relances, qui permettaient d'aborder en fin de compte toutes les rubriques du guide d'entretien tout en respectant la logique de l'enquêté, étaient, autant que possible, neutres et ouvertes. Par exemple « *Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?* » devait être utilisé au lieu de « *Pourquoi dites-vous cela ?* » (qui met le répondant sur la sellette) ou à « *Je suis d'accord avec vous* » (qui tarit le discours). Pour ne pas biaiser les réponses de l'enquêté, les questions fermées sur ses caractéristiques sociodémographiques ont été posées uniquement en fin d'entretien.

Un indice de la qualité des entretiens approfondis est le rapport entre les relances de l'enquêteur et le discours fourni par le répondant. L'examen des entretiens montre que la qualité des données est très bonne de ce point de vue ; en effet, les relances effectuées par les enquêteurs ont suscité un volume de discours appréciable (parfois plusieurs pages de texte) dans la plupart des entretiens. Certains entretiens ont duré jusqu'à quatre heures.

- ***Vraisemblance des données***

Pour ce qui est de la vraisemblance des données recueillies, un des risques de l'étude, eu égard à la sensibilité des sujets abordés dans les entretiens, était de se heurter au refus des enquêtés ou de récolter des réponses de complaisance. Dans le souci d'éviter ces écueils, la technique de recrutement mise en œuvre a pris soin de maintenir au moins un intermédiaire

[147] La question d'entrée, couramment utilisée dans les entretiens non directifs ou semi-directifs, vise principalement à décrisper l'enquêté et à stimuler une libre expression de sa part (Lessart-Hébert et *al.* 1997). Dans le cas des entretiens ECAF, il s'agissait de la question suivante : « *Aujourd'hui, de plus en plus souvent, les partenaires se choisissent librement pour se marier. Pensez-vous que cela fasse des unions plus réussies* ? » Elle était suivie de la question entamant la première rubrique du guide : « *Qu'en est-il de votre propre situation ?* », et ainsi de suite.

entre l'équipe de recherche et l'enquêté. Cela a rassuré les enquêtés sur la confidentialité de l'entretien et a contribué à minimiser la gêne liée à l'intimité des sujets abordés.

Une autre limite potentielle est inhérente aux enquêtes rétrospectives : étant donné le temps écoulé entre la période de survenance des évènements relatés et la date de l'enquête, on peut craindre que des éléments importants n'aient été omis dans les récits, notamment ceux se rapportant à l'entrée en vie sexuelle chez les enquêtés les plus âgés. Au vu de la propension naturelle de l'individu à se montrer sous son meilleur jour[148], ces oublis pourraient favoriser une certaine rationalisation des comportements à posteriori par ces derniers.

Les entretiens ont tous été réalisés en une fois. Dans certains cas, des répondants ont été recontactés afin d'apporter des précisions à certaines parties des entretiens, mais uniquement sur des points de détail, la plupart du temps en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, et non plus sur les sujets centraux.

Une des étapes délicates de l'exploitation des données qualitatives est leur transcription. La transcription des entretiens a été faite en respectant des directives précises, notamment sur la prise en compte des silences, des manifestations d'émotions (telles que les rires et les pleurs) et du langage corporel. Il faut souligner que les transcriptions ont porté sur l'intégralité du discours des répondants. Dans certains cas, les entretiens ont été réalisés en mooré[149] (22 entretiens, concernant 3 hommes et 19 femmes). Pour les entretiens en mooré, une traduction préalable du guide d'entretien dans cette langue a été faite et amendée par l'équipe. Ils ont ensuite été directement transcrits en français[150].

Une fois transcrits, les entretiens étaient aussitôt lus par les chercheurs de l'équipe. Durant les premiers temps de la collecte, ces lectures ont permis d'améliorer les entretiens. Cette procédure a également permis de garder uniquement les entretiens satisfaisant aux exigences de qualité requises[151].

[148] Kaufmann (1996) décrit la "*mise en scène*" inhérente à toute discussion, d'autant plus présente lorsqu'il s'agit pour l'individu de parler de sa vie et de ses expériences dans un entretien.
[149] Langue de l'ethnie Mossi, majoritaire à Ouagadougou et parlée par une grande partie de la population de cette ville.
[150] En l'occurrence, cette transcription aurait pu être faite en deux étapes (les entretiens auraient pu être d'abord transcrits en mooré, puis traduits en français) mais cette procédure aurait été très coûteuse en temps. Elle était par ailleurs difficilement réalisable du fait que l'équipe n'était pas alphabétisée dans cette langue. Toutefois, afin de s'assurer de l'exactitude des traductions, un lexique français-mooré des termes et concepts faisant sens dans l'étude a été réalisé par l'équipe de recherche. En cas de doute, les traductions faisaient l'objet de discussions en cours de transcription.
[151] En fin de compte, sur 90 entretiens réalisés au total, 13 n'ont pas été retenus, soit à cause de difficultés techniques (enregistrement incomplet, volume inaudible), soit parce que pas suffisamment renseignés sur des aspects importants du guide. Il s'agit surtout d'entretiens réalisés au début de la phase de collecte. Ce retrait n'a pas conduit à une sélection particulière et notable de l'échantillon. Par la suite, les échanges permanents au sein de l'équipe de collecte et la validation des entretiens par les chercheurs ont rapidement contribué à résoudre les difficultés.

- ***Diversité de l'échantillon***

Si les précautions méthodologiques prises rassurent sur la qualité des entretiens, une inquiétude est à relever en ce qui concerne la diversité de l'échantillon. En effet, du fait de la méthode d'identification des enquêtés (boule de neige), même s'il a été possible d'atteindre des individus avec des expériences très diverses, on peut craindre que l'échantillon n'inclue que des groupes de personnes au vécu assez similaire. Cela aurait pu occulter une partie des modes de réponse aux risques que l'étude cherche à identifier. Ce biais a toutefois été limité par les critères de diversité imposés, et aussi par le fait que les lieux de recrutement des enquêtés aient été fréquemment renouvelés.

- ***Complétude des informations***

Une autre insuffisance des données tient au fait que, l'étude de la double protection ne constituant pas un objectif premier du projet ECAF, les aspects touchant à l'évaluation du double risque, aux stratégies de prévention contre le sida et aux attitudes en la matière sont trop peu documentés dans certains cas. Cela a constitué une entrave à l'exploitation optimale de toutes les situations de prévention évoquées par les enquêtés. De même, les IST autres que le sida n'ont presque pas été abordées de façon spécifique, ce qui a limité les possibilités d'analyse de leur prévention chez les enquêtés.

Par ailleurs, nous avons, afin d'appréhender l'exposition au risque chez nos enquêtés, considéré les situations et les comportements, notamment en matière de prévention, tels qu'ils ressortaient du discours de ces derniers. Les sujets abordés étant pour l'essentiel étroitement liés à l'affectivité et au ressenti de l'individu en ce qui concerne sa relation de couple, il importe de garder à l'esprit que ces récits sont toujours empreints de subjectivité. Ils peuvent donc mener à des appréciations erronées des situations dans certains cas.

Malgré les limites évoquées, du fait de la qualité de la collecte des données et des nombreuses précautions méthodologiques qui ont été prises, on peut affirmer que les entretiens ECAF constituent une base de données extrêmement riche et suffisamment en adéquation avec nos objectifs et notre approche analytique pour nous permettre de mener à bien cette étude.

☞ Méthodes d'analyses qualitatives

L'analyse qualitative réalisée dans cette étude est inductive et inspirée de la « *grounded theory* » (Miles et Huberman 2003). Elle a été réalisée en plusieurs étapes. La première a consisté en la réalisation d'outils d'aide à l'analyse (portraits, trajectoires et tableaux) par les trois chercheurs de l'équipe, aidés de deux assistants pour les tableaux. Une analyse exploratoire a ensuite été menée par le biais de typologies des situations à risque de sida

et/ou de grossesse non prévue. Par la suite, une classification des situations de prises de risque a été construite. Pour ce faire, les épisodes sexuels vécus par les enquêtés ont été classés sous deux angles principaux : celui de l'étape de vie sexuelle et celui du risque encouru. Enfin, dans les catégories ainsi créées, les pratiques et représentations individuelles ont été mises en relation avec les caractéristiques socioculturelles et institutionnelles du contexte qui leur donnent sens.

Cette progression dans l'analyse peut être globalement assimilée aux trois phases de l'analyse des données qualitatives citées par Miles et Huberman (2003), à savoir :

- *La condensation (ou réduction) des données* (réalisation des portraits, trajectoires et tableaux), qui correspond à une opération de codage et de synthétisation des données nécessaire à leur traitement,
- *L'organisation et la présentation des données* (élaboration des tableaux synthétiques) qui permet de se représenter les données utiles dans un espace visuel réduit, de comparer différents ensembles de données, et enfin,
- *L'interprétation et la vérification des conclusions* (interprétation et mise en relation des facteurs).

Bardin (1996) présente un processus voisin d'analyse en trois étapes, à savoir la préanalyse, l'exploitation du matériau et le traitement, l'inférence et l'interprétation des résultats.

Rappelons que, au-delà de la compréhension transversale de la dynamique d'exposition aux risques, l'une des orientations majeures de cette étude est de faire émerger la progression verticale des comportements en matière de prévention chez les individus. Pour ce faire, une attention particulière a été portée aux trajectoires préventives des enquêtés au fil de leur vie sexuelle. Cela a notamment permis de comprendre davantage le processus d'apprentissage des individus en matière de prévention, de situer les périodes « *clés* » lors desquelles les difficultés préventives semblent exacerbées et enfin, d'identifier des facteurs liés au changement de comportement préventif.

- ***Les outils d'aide à l'analyse : trajectoires, portraits et tableaux synthétiques de la vie sexuelle et préventive.***

Nous avons adapté à notre sujet la méthode de préanalyse employée par l'équipe ECAF du Burkina Faso. Des outils d'aide à l'analyse ont été élaborés à partir des 76 entretiens exploités[152]. Les trajectoires et portraits réalisés dans un premier temps résument la biographie affective, sexuelle et préventive de chacun des enquêtés. Les portraits documentent toute la vie sexuelle et affective de l'intéressé, de la première relation

[152] Un cas particulier n'a pas été utilisé dans l'analyse : celui de Patenema, jeune musulman pratiquant de 28 ans qui, par conviction religieuse, a choisi de s'abstenir de toute relation sexuelle avant le mariage. Cette exclusion se justifie par le fait que notre intérêt porte sur la vie préventive des individus, ce qui suppose une relation sexuelle, ou à la limite une absence de relation sexuelle répondant clairement à une stratégie de gestion des risques liés à la sexualité. Cela porte l'échantillon analysé à 76 individus.

amoureuse ou sexuelle jusqu'aux relations actuelles. Ce faisant, ils prennent en compte, pour chacune des relations, le vécu en matière de sexualité, le contexte de la relation, les relations de pouvoir dans le couple, etc. et, s'agissant des différents épisodes en matière de prévention (VIH ou grossesse non prévue), leur contexte, les difficultés de prévention, les risques pris et la résolution de ces difficultés. Quant aux trajectoires, elles situent le déroulement de cette biographie par rapport aux autres évènements survenant dans la vie de l'individu, dans les champs familiaux, sociaux et professionnels en l'occurrence. Des exemples de trajectoires et de portraits sont présentés en annexe 3.2.

Ces outils ont été utilisés dans la construction de tableaux synthétiques de la vie sexuelle et préventive des individus. Inspirés de ceux utilisés dans l'analyse des difficultés contraceptives dans les analyses de l'équipe du projet ECAF (Rossier et *al*. 2013), ces tableaux sont constitués, pour chaque individu, du déroulement de sa vie sexuelle et préventive subdivisée en épisodes. Chaque épisode de vie sexuelle et préventive représente une période de vie affective et sexuelle avec un partenaire donné chez un individu, période matérialisée par une attitude unique envers la prévention et l'usage d'une ou plusieurs méthodes similaires de prévention. Une même relation amoureuse peut donc documenter plusieurs épisodes. Les tableaux ont été remplis de façon systématique en passant en revue les portraits des enquêtés et les entretiens. En parallèle avec les concepts définis plus haut, les éléments renseignés pour les différents épisodes sont issus des fondements théoriques de l'étude. L'annexe 3.3 montre la correspondance entre les concepts du cadre théorique et les items renseignés dans les tableaux synthétiques. La vérification des informations relevées dans les tableaux s'est également faite tout au long des analyses, en ayant régulièrement recours aux entretiens afin de vérifier les informations ou lorsque des précisions supplémentaires étaient nécessaires.

Au total, 76 tableaux synthétiques ont été construits. Ils documentent en ligne les différents épisodes de la biographie sexuelle et préventive de l'individu, et en colonne l'information sur ces divers aspects à chacune des périodes correspondantes. 371 épisodes ont ainsi été documentés pour l'ensemble des hommes et femmes enquêtés[153]. Mentionnons que 19 épisodes ont été écartés de l'analyse à cette étape parce que pas assez renseignés sur les sujets qui nous intéressent[154].

Cette phase de préanalyse correspond, pour se référer aux trois phases de l'analyse des données qualitatives évoquées tantôt, à celle de l'organisation et de la présentation des données. Elle a constitué un préalable indispensable à l'analyse approfondie du corpus.

[153] Les tableaux synthétiques des épisodes sexuels et préventifs figurent à l'annexe 3.4 (page 298).
[154] Les épisodes sexuels et préventifs non retenus sont les suivants : Madi4, Poula2, Phassane2, Phassane3b, Phassane3c, Phassane3d, Pissila1, Pissila2, Pamoussa1, Pamoussa2, Pamoussa3, Marius1, Madeleine2, Jalimatou1h, Maria2a, Maina1, Micheline1, Jabibou2c et Marion6.

- ***La typologie des situations relationnelles vécues par les jeunes***

L'étape suivante a consisté en l'élaboration d'une typologie. Selon Peto et ses collègues (1992), la typologie est un « *tableau descriptif et interprétatif* » par le biais duquel le chercheur peut mieux comprendre les objets d'analyse. Plus qu'un classement simple, elle consiste en l'établissement de repères dans le positionnement des objets et comportements étudiés par rapport aux facteurs d'intelligibilité qui se dessinent à partir du corpus : *"La typologie a pour fonction première de se repérer dans la diversité et la complexité des situations concrètes et d'en saisir les logiques"* (Peto et *al.* 1992, p 22).

Concrètement, à partir des propos des enquêtés sur leur vécu sexuel et amoureux, la typologie réalisée décrit les différentes situations relationnelles rencontrées dans l'échantillon au regard de leur statut matrimonial et des objectifs des partenaires en la matière.

- ***La classification (ou catégorisation) des situations d'exposition aux différents risques***

Au terme des analyses préliminaires, une classification des situations d'exposition aux risques a été réalisée. Elle a consisté, dans un premier temps, en une catégorisation de chacun des épisodes sexuels selon l'exposition objective au risque qui en résulte. Ces expositions aux risques sexuels (qui ont été définis plus haut dans la section 3.1.4) ont été évaluées en analysant les circonstances et le détail des actions de préventions entreprises par les individus contre l'un ou l'autre risque. La classification a été réalisée en étant particulièrement attentif à un certain nombre de critères dont le respect était nécessaire à leur exploitation optimale. Il s'agit principalement, selon Bardin (1996), de l'exclusion mutuelle des catégories (aucun élément ne peut être logé dans deux catégories à la fois), de leur homogénéité (c'est-à-dire leur organisation selon un même principe), de leur pertinence par rapport au cadre théorique de l'étude, de leur objectivité et de leur fidélité par rapport au matériau, et enfin de leur productivité (richesse et utilité du rendu).

Ce découpage a permis de classer les épisodes sexuels selon les besoins de l'analyse aux différentes étapes. Ainsi, en ce qui concerne l'analyse biographique de la sexualité et de la prévention chez les individus, ils ont été répartis en fonction de l'âge et du type de relation de couple concerné. L'entrée en vie sexuelle, les relations occasionnelles et celles inscrites dans la durée ont ainsi été distinguées chez les hommes et femmes enquêtés. Cette distinction a été possible grâce au caractère biographique des entretiens qui a permis de documenter, pour chaque individu, les relations vécues depuis son initiation sexuelle jusqu'à la vie en union, parfois après plusieurs naissances chez les enquêtés. Cela a été d'un avantage certain pour l'analyse du vécu sexuel et de la gestion des risques par ces jeunes aux différentes étapes de leur parcours sexuel, tout en disposant d'informations précises sur les facteurs faisant sens à chacune de ces périodes.

Sous un autre angle, les épisodes sexuels ont été regroupés en différentes catégories d'exposition aux risques sexuels. Trois catégories ont été considérées selon le risque pris, à savoir l'exposition à une grossesse non prévue uniquement, l'exposition au sida uniquement et l'exposition au double risque. Le choix de cette classification stricte en risques exclusifs a été fait dans le but d'isoler les situations spécifiques aux différents risques. L'objectif était d'obtenir, non seulement une vision claire de l'exposition ou non aux différents risques selon les situations, mais aussi une extraction des facteurs en jeu dans l'une ou l'autre situation. Par ailleurs, outre l'analyse unilatérale de l'exposition au sida d'une part et aux grossesses non prévues d'autre part, cette technique a permis l'analyse juxtaposée de l'exposition des individus au double risque et des interactions entre les deux préventions. Elle a aussi aidé à identifier les épisodes sexuels où les individus se protègent efficacement et d'en saisir les spécificités. Le tableau 3.3 montre les catégories d'exposition aux risques identifiées à l'aide des données qualitatives.

Tableau n°3.3. Nombre d'épisodes sexuels et préventifs par catégorie d'exposition aux risques selon le sexe et l'état matrimonial des individus enquêtés

Episodes sexuels et préventifs		Risque VIH	Risque de grossesse non prévue	Double risque	Sous-Total exposés à un risque au moins	Double protection	Prévention correcte du sida-pas de risque de grossesse non prévue	Total épisodes
Hommes	**Célibataires**	11	11	23	45	30	2	**77**
	En union	13	3	5	21	9	5	**35**
	Total	***24***	***14***	***28***	***66***	***39***	***7***	***112***
Femmes	**Célibataires**	20	4	43	67	49	4	**120**
	En union	45	10	21	76	21	13	**110**
	Total	***65***	***14***	***64***	***143***	***70***	***17***	***230***
Ensemble	**Célibataires**	31	15	66	112	79	6	**197**
	En union	58	13	26	97	30	18	**145**
	Total	**89**	**28**	**92**	**209**	**109**	**24**	**342**

Source : ECAF (2005-2007)

La catégorisation permet, pour les 342 épisodes analysés, d'en identifier 109 (39 pour les hommes et 70 pour les femmes) où les jeunes ont besoin de double protection et y parviennent. Dans 24 autres cas (7 pour les hommes et 17 pour les femmes), les individus ont uniquement besoin de prévention du VIH du fait qu'ils ne soient pas dans une logique contraceptive (parce qu'ils désirent une grossesse ou que la femme est enceinte), et la mettent efficacement en œuvre.

Les trois catégories d'exposition à des risques sexuels concernent 209 épisodes (66 d'hommes et 143 de femmes), dont 28 cas d'exposition à une grossesse non prévue et 89 cas d'exposition au sida.

Dans près du tiers des épisodes sexuels documentés, à savoir 133 d'entre eux (46 relatés par des hommes et 87 par des femmes), les relations sexuelles ne comportent pas d'exposition à un risque. Ceci parce que les individus ont efficacement mis en œuvre une

méthode de double protection (dans 109 cas, dont 39 relatés par des hommes et 70 par des femmes), ou alors parce qu'ils se sont correctement protégés du sida à une époque où ils n'étaient pas dans une logique contraceptive (parce qu'ils désiraient une grossesse ou que la femme était enceinte).

- ***L'examen des situations d'exposition aux risques au regard des facteurs d'intelligibilité***

La dernière étape de l'analyse qualitative a consisté à mettre en relation les comportements préventifs observés aux différentes étapes de la vie sexuelle des jeunes dans les différentes catégories de risque et les facteurs d'intelligibilité identifiés dans le cadre conceptuel de l'étude. Après la condensation et la synthétisation des données, cette phase a permis de décrire la dynamique ayant conduit aux différents risques. Cette lecture a été facilitée par les liens apparaissant entre les différents facteurs ayant peu à peu émergé comme faisant sens dans la problématique. Plusieurs stratégies de validation des conclusions, dont notamment l'utilisation des *comparaisons* et de *cas extrêmes,* ont été utilisées pour réaliser cette analyse du contenu. Par exemple, la mise en parallèle des épisodes dans lesquels les jeunes se protégeaient efficacement avec ceux où ils rencontraient des difficultés a aidé à la compréhension des facteurs et des mécanismes en jeu.

Il faut souligner que, loin d'être linéaires, ces différentes phases de l'analyse ont fait l'objet d'un va-et-vient constant entre les différentes composantes, pratique caractéristique de l'analyse qualitative (Bardin 1996 ; Lessart-Hébert et *al.* 1997 ; Miles et Huberman 2003). Autant les théories et hypothèses ont en partie émergé de la lecture des entretiens, autant l'étape de mise en relation des facteurs et de recherche de compréhension des mécanismes d'influence a conduit à améliorer les tableaux synthétiques (de manière à incorporer ou à mieux préciser l'un ou l'autre élément).

Rappelons que, pour assurer la rigueur nécessaire dans les interprétations et permettre autant que possible des interprétations objectives dans ses différentes étapes, l'analyse qualitative nécessite les « *regards croisés* » d'au moins deux chercheurs dans le processus. A cet égard, notre implication dans l'analyse globale des données ECAF- Burkina Faso nous a permis d'obtenir, au cours de l'élaboration des outils préliminaires, une riche confrontation de nos interprétations avec celles des autres chercheurs impliqués dans l'analyse. Par ailleurs, les mêmes données sont analysées en collaboration avec d'autres chercheurs (Rossier et Sawadogo 2010 ; Rossier et *al.* 2013 ; Sawadogo et Rossier 2011), ce qui a permis de parvenir à une validation supplémentaire de nos interprétations.

3.2.2. Volet quantitatif de l'étude

Le volet quantitatif de l'étude a consisté en des analyses descriptives bivariées et explicatives multivariées, réalisées avec les données de l'Enquête Nationale sur les Adolescents au Burkina Faso (ENA).

☞ L'Enquête Nationale sur les Adolescents au Burkina Faso (ENA 2004)

L'Enquête Nationale sur les Adolescents a été réalisée au Burkina Faso en 2004 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), en collaboration avec l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Macro International Inc. et l'Alan Guttmacher Institute (AGI). Enquête la plus récente et la plus complète conduite dans le pays en matière de santé reproductive des jeunes, elle constitue un des volets du projet « *Protéger la prochaine génération : comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes* », coordonné et financé par the Alan Guttmacher Institute. Le projet a été mis en œuvre dans quatre pays africains, à savoir le Burkina Faso, le Ghana, le Malawi et l'Ouganda. Il visait à contribuer à la lutte contre le sida et les grossesses non prévues en sensibilisant sur les besoins des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, en communiquant ces résultats aux acteurs en la matière et en stimulant le développement de politiques et programmes efficients[155].

Au total, 6489 adolescents de 12 à 19 ans ont été interrogés sur la base d'un échantillonnage stratifié à deux niveaux. Au premier degré, 200 Zones de Dénombrement (ZD) ont été systématiquement sélectionnées parmi les 400 ZD de l'EDS-BF 2003. Au deuxième degré, 27 ménages ont été sélectionnés par ZD à partir de la liste de ménages de l'EDS. L'enquête est représentative au niveau national, au niveau des milieux de résidence et enfin à celui des régions, la ville de Ouagadougou étant considérée comme telle.

La collecte des données a été réalisée au moyen de deux questionnaires :

- *Un questionnaire ménage* permettant de recueillir les caractéristiques du chef de ménage, celles du ménage et d'identifier les adolescents éligibles. Toutes les personnes de cette tranche d'âge résidant dans les ménages enquêtés étaient éligibles pour l'enquête adolescents.

[155] En plus des enquêtes nationales quantitatives, des données qualitatives ont été collectées. Cinquante cinq discussions dirigées de groupe ont été menées en 2003 avec des adolescents des quatre pays, pour mieux comprendre les perceptions et les croyances qui influent sur les comportements des adolescents et le recours aux services et informations en matière de santé. Environ 100 entretiens approfondis ont également été menés dans chaque pays avec ces derniers, afin de comprendre le contexte social des relations sentimentales et sexuelles des adolescents et leurs comportements en matière de recherche de soins de santé. Enfin, près de 60 entretiens approfondis ont été réalisés en 2005 dans chaque pays, avec des prestataires de soins de santé, des enseignants, des parents/tuteurs et des leaders communautaires, afin de comprendre les perceptions qu'ont les adultes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, de s'informer sur la communication adultes/adolescents concernant les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive à partir des points de vue des adultes, et enfin, de permettre une meilleure compréhension de la manière dont les adultes perçoivent leur rôle et leurs responsabilités en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des adolescents (Biddlecom et *al.* 2007; Ouédraogo et *al.* 2006).

- *Un questionnaire adolescent*[156] comportant 12 sections, à savoir :
  1. Caractéristiques sociodémographiques,
  2. Famille et pairs,
  3. Sources d'information,
  4. Connaissance du VIH/Sida, de la grossesse et de la contraception,
  5. Services de santé,
  6. Attitudes,
  7. Pratiques socioculturelles,
  8. Relations sexuelles,
  9. Reproduction,
  10. Attentes, estime de soi, substances utilisées et enfance,
  11. Liens sociaux,
  12. Abus physiques et sexuels et rapports anaux[157].

Les outils de collecte ont été élaborés à l'issue d'une large revue critique des questionnaires d'enquêtes antérieures et de la consultation de divers spécialistes en la matière. Un des atouts de cette étude est que ces outils s'inspirent d'un cadre conceptuel de la santé sexuelle et reproductive des adolescents préalablement construit par l'équipe de recherche. Au-delà des données habituellement recueillies dans les enquêtes de type EDS sur la santé reproductive, le questionnaire comporte des questions spécifiques portant, par exemple, sur l'utilisation correcte du préservatif, ce qui constitue une innovation majeure dans ce type d'enquête. Les études qualitatives, et surtout les discussions dirigées de groupes exploratoires menées au Malawi et en Ouganda, ont permis d'affiner les questions pour tenir compte du contenu des concepts dans l'esprit des adolescents et des sensibilités particulières[158]. Certaines ambigüités dans le langage concernant la sexualité et les IST, qui étaient de nature à biaiser les informations collectées lors de l'enquête quantitative (Ouédraogo et Sondo 2009), ont été évitées par ce biais. Les questionnaires ont ensuite fait l'objet d'un pré-test au Ghana, opération dont les leçons ont été mises à profit pour finaliser les outils et la préparation de la collecte des données. Au Burkina Faso, les questionnaires ont été traduits dans les trois principales langues nationales (à savoir le mooré, le dioula et le fulfulde), et pré-testés dans ces langues.

[156] Le questionnaire adolescent figure à l'annexe 3.5, à la page 299.

[157] Du fait de son caractère très sensible, cette section a été administrée à seulement un adolescent par ménage, sélectionné de façon aléatoire. Quand il n'y avait qu'un adolescent éligible dans le ménage, il (elle) était d'office retenu(e) pour ce module supplémentaire. Cette disposition a été prise afin que les enquêtés puissent être assurés que les autres adolescents du ménage ne soient pas informés du contenu de la section. Des précautions supplémentaires de confidentialité ont été prises, dans le but de s'assurer que personne n'était à portée de voix. Soulignons également qu'au Burkina Faso, les questions sur les rapports sexuels anaux prévues dans cette section ont dû être retirées du questionnaire car elles ont fait l'objet d'une vive réprobation par des parents et des adolescents lors du pré-test.

[158] Par exemple, lors des discussions dirigées de groupe, les adolescentes de 14 à 16 ans du Burkina Faso étaient gênées de parler de leur activité sexuelle. Cela a mené à l'inclusion dans l'enquête d'une série de questions posées uniquement aux garçons pour cette tranche d'âge (sur la connaissance des pratiques sexuelles spécifiques). Des filtres ont été introduits afin de ne poser certaines questions sur l'expérience personnelle qu'aux personnes qui exprimaient une connaissance pertinente de l'activité sexuelle. Enfin, ces données qualitatives ont permis d'adapter à la réalité de chaque pays les questions sur la manière dont la grossesse survient.

Ces données fournissent une large gamme d'informations sur la santé reproductive des adolescents de 12 à 19 ans. Constituant une des bases de données les plus riches et récentes dans le pays en matière de santé reproductive des adolescents, elles ont servi de matériau à plusieurs analyses secondaires sur la sexualité et la prévention chez les adolescents de ces quatre pays (Bankole et *al.* 2007a, Bankole et *al.* 2007b ; Biddlecom et *al.* 2007 ; Guiella et Madise 2007).

☞ **Qualité des données de l'ENA**

La qualité des données de l'ENA-BF et leur adéquation avec les objectifs de l'étude a été évaluée à travers plusieurs éléments : le degré de complétude de l'enquête, la vraisemblance des données recueillies et la sous déclaration des comportements étudiés.

- ***Degré de complétude de l'enquête***

L'enquête a fourni des résultats très satisfaisants pour ce qui est de la complétude des données. En effet, les taux de réponse enregistrés au cours de la collecte des données étaient de 99,7% pour les ménages (98,9% en milieu urbain et 99,8% en milieu rural). La différence de taux de réponse entre les deux milieux s'explique par le fait qu'un plus grand nombre de ménages étaient absents en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour ce qui est des adolescents éligibles, le taux de réponse[159] était de 95,5%, soit 94,3% en milieu urbain et 95,2% en milieu rural. Les cas de refus de la part des adolescents ou de leurs parents représentaient moins de 2% des adolescents éligibles, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural (Guiella et Woog 2006)[160].

- ***Vraisemblance des données***

La vraisemblance des données recueillies lors de l'enquête a été appréciée au moyen des similitudes relevées entre ses résultats et ceux de l'EDS-BF 2003. Cette dernière opération

[159] Le taux de réponse des adolescents éligibles a été calculé de la manière suivante: AETR=(100XAER1)/(AER1+AEPM+AED+AER2+PAER+AERP+AEI+AEA).
AETR: Taux de réponse d'adolescents éligibles.
AER1: Rempli.
AEPM: Pas à la maison.
AED: Différé.
AER2: Refus de l'adolescent (e).
PAER : Refus des parents ou tuteurs.
AERP: Rempli partiellement.
AEI: Incapacité du répondant.
AEA: Autre.

[160] Des éclaircissements qui nous ont été fournis par des responsables de l'enquête, il ressort que ces taux de réponse particulièrement élevés ont été obtenus grâce à plusieurs facteurs : en premier lieu, les enquêteurs étaient tenus d'effectuer trois visites successives dans les ménages des adolescents éligibles absents, cela à des moments différents de la journée et à des jours différents. En outre, la collecte des données s'est déroulée très peu de temps après celle de l'EDS BF 2003, dont la préparation avait donné lieu à une forte mobilisation sociale. Elle a donc bénéficié de cette sensibilisation des populations à accueillir favorablement les enquêteurs. De plus, le fait que les enquêteurs interrogent uniquement les adolescents de même sexe a contribué à les rassurer ainsi que leurs familles. Enfin, en dernier recours, les superviseurs intervenaient auprès des adolescents éligibles ayant refusé l'enquête pour tenter de comprendre leurs réticences et de les convaincre.

représente l'enquête la plus proche réalisée dans le pays, y compris en termes de méthodologie et d'objectifs.

Une des préoccupations prises en compte lors de l'élaboration du questionnaire de l'ENA-BF a d'ailleurs été la comparabilité de ses données avec les autres enquêtes démographiques du genre. Les outils de collecte ont été élaborés à l'issue de l'analyse de questionnaires d'enquêtes antérieures. Des questions standard (dont celles sur la connaissance des méthodes contraceptives et l'activité sexuelle) ont été tirées des EDS récentes dans un souci de comparabilité des données avec ces sources[161]. Le tableau 3.4 compare les chiffres obtenus dans les deux enquêtes pour quelques variables-clés de notre cadre conceptuel. Il s'agit des chiffres pour les adolescents de 15 à 19 ans, tranche d'âge commune aux deux bases de données.

Tableau n°3.4. Caractéristiques des adolescents de 15 à 19 ans, EDS BF 2003 et ENA BF 2004

Caractéristiques	Filles		Garçons	
	EDS 2003 (N=2776) (%)	ENA 2004 (N=1765) (%)	EDS 2003 (N=877) (%)	ENA 2004 (N= 1629) (%)
Residence urbain-rural				
Urbain	27,5	30,4	21,6	24,2
Rural	72,5	69,6	78,4	75,8
Déjà été marié				
Non	67,7	75,5	98,9	98,4
Oui	32,3	24,5	1,1	1,6
Déjà eu des rapports sexuels				
Non	51,6	55,2	73,9	65,9
Oui	48,4	44,8	26,1	34,1
Déjà eu un enfant				
Non	82,6	84,2	99,8	99,8
Oui	17,4	15,8	0,2	0,2
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

Note : L'échantillon est pondéré pour l'EDS 2003 et l'ENA 2004.
Source : Guiella et Woog (2006).

On constate que, pour ces variables-clés, des différences relativement minimes existent entre les données relatives aux adolescents de 15 à 19 ans dans les deux enquêtes. Ainsi, chez les filles comme chez les garçons de 15 à 19 ans, la proportion d'entre eux résidant en milieu urbain est légèrement supérieure dans l'ENA. En outre, bien que la définition de l'union et des rapports sexuels ait été la même dans les deux opérations, des différences sont enregistrées : 32% des adolescentes de 15 à 19 ans étaient en union au moment de l'EDS en 2003 contre 25% lors de l'ENA en 2004. De même, on passe de 48% de filles de 15 à 19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels lors de l'EDS à 45% lors de l'ENA. On relève, par contre, très peu de différences pour ce qui est des adolescents ayant déclaré avoir déjà eu un enfant entre les deux enquêtes.

Les niveaux de connaissances des méthodes contraceptives modernes enregistrés lors des deux enquêtes sont également proches (83% des filles à l'EDS contre 88% à l'ENA). Il en

[161] La base de sondage de l'ENA est issue de celle de l'EDSBF 2003.

est de même pour l'utilisation de la contraception moderne : 51% des filles de 15-19 ans non en union ont déclaré en utiliser lors de l'EDS contre 59% à l'ENA. Chez les femmes en union du même âge, les taux étaient respectivement de 7% et 9%. Enfin, 46% des femmes et 62% des hommes de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire qui n'est pas leur conjoint et avec lequel ils ne vivent pas, ont déclaré avoir utilisé un condom lors de l'EDS. Ces proportions sont respectivement de 52% et 51% lors de l'ENA.

Ces écarts sont globalement attribués aux différences dans le libellé de certaines questions et aux erreurs dans l'administration des entretiens et dans l'échantillonnage (Guiella et Woog 2006). Quoi qu'il en soit, les nombreuses similitudes qui demeurent entre les deux bases de données laissent à penser que les résultats de l'ENA constituent une source fiable d'informations sur ces sujets.

Relevons que, en dépit de l'avancée qu'elles représentent par rapport aux enquêtes quantitatives antérieures, ces données présentent un certain nombre d'insuffisances pour l'atteinte de nos objectifs. Il s'agit notamment de la probable sous-déclaration des comportements à risque étudiés et de l'inadéquation des informations recueillies avec celles requises pour tester nos hypothèses.

- ***Sous-déclaration des comportements étudiés***

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs, en raison de leur type et de leur méthode de collecte, les données d'enquêtes quantitatives se prêtent difficilement à une analyse fine des comportements sexuels et reproducteurs des individus. Cette difficulté est évidente quand il s'agit d'étudier ces comportements en dehors du mariage chez les adolescents dans des sociétés, où, à l'instar de la société traditionnelle moaga, ces comportements font l'objet d'une forte réprobation sociale. Il est en effet logique que, dans un environnement social majoritairement conservateur comme celui en présence, la déclaration, par les adolescentes non mariées, de comportements socialement répréhensibles tels que les rapports sexuels et donc la pratique contraceptive avant le mariage soit parfois très difficile dans le cadre d'enquêtes par questionnaire (CERPOD 1996 ; Margolis 1997 ; Meekers 1993).

De la même façon, la rationalisation des comportements *a posteriori*, couramment relevée lors des enquêtes, constitue un élément à prendre en compte dans les interprétations. En effet, ces « *arrangements* » dans les déclarations des répondants sont de nature à induire une sous-déclaration des comportements à risque tels que les rapports sexuels non ou mal protégés, qui constituent justement notre centre d'intérêt. De fait, une récente étude auprès d'adolescents à Nairobi (Kenya) s'est intéressée à la cohérence des déclarations de ces derniers sur leur activité sexuelle. Il est apparu que 20% des adolescents avaient donné des informations incohérentes sur le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels ou sur l'âge de leur initiation sexuelle. D'où la recommandation faite aux chercheurs de tenir compte de cette

tendance dans les analyses de données sur des sujets sensibles chez les jeunes et des facteurs pouvant les influencer (Beguy et *al.* 2009). Un élément particulier sur lequel la vigilance s'impose dans le cas des jeunes de Ouagadougou est le fait que, en raison du double standard sexuel inhérent au contexte socioculturel de la ville, les femmes ont tendance à sous-déclarer leur activité sexuelle, notamment les rencontres sexuelles occasionnelles et le multipartenariat, tandis que les hommes ont l'attitude inverse qui consiste à exagérer leur expérience sexuelle.

Soulignons aussi que l'on dispose de relativement peu d'informations sur les circonstances précises des relations sexuelles des adolescents, informations d'importance pour apprécier l'exposition aux risques sexuels et les facteurs favorisant cette exposition, comme les violences sexuelles par exemple.

☞ Opérationnalisation des concepts

L'annexe 3.6 présente les différents concepts décrits antérieurement et les variables par lesquelles ils sont approchés dans les analyses quantitatives. Les détails de la construction de ces variables sont présentés à l'annexe 3.7. Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées dans l'opérationnalisation des concepts, notamment en ce qui concerne les variables d'exposition aux risques et celles devant rendre compte du pouvoir de décision de l'individu en matière de prévention dans son couple.

Par exemple, les données n'ont pas permis de cerner de façon complète la prévention contre le sida : sachant que l'usage systématique du préservatif tend à être abandonné après quelques mois de relations sexuelles par les jeunes à Ouagadougou (Bankole et *al*. 2007a), il est important de disposer d'indicateurs sur les stratégies alternatives de prévention mises en œuvre par les enquêtés. Il faudrait donc disposer, pour une relation sexuelle donnée, d'informations sur le passé sexuel des deux partenaires en termes de prises de risque, sur la réalisation du test de dépistage par les deux partenaires et sur le partage de ces résultats[162]. Ces informations ne sont pas disponibles. Il est vrai que la faiblesse des effectifs des

[162] Notons néanmoins que la saisie de telles informations ne rendra pas parfaite la mesure de l'exposition réelle au sida. En effet, dans les cas où le couple compte sur l'exclusivité de la relation pour se protéger, comme c'est le cas chez la quasi-totalité des couples stables à Ouagadougou, une inconnue demeurera en ce qui concerne l'exclusivité réelle de la relation. L'individu ne pourrait répondre à propos de son partenaire que de façon subjective. Il faut souligner que l'ENA a l'avantage de permettre de saisir la protection des rapports sexuels avec jusqu'à trois partenaires durant la période des 12 derniers mois, ce qui fournit déjà une information appréciable sur la protection de l'enquêté au cas où il aurait eu des relations en dehors de son couple stable. L'interrogation de partenaires sexuels (tel que cela est fait pour des couples dans les EDS) sur les mêmes questions relatives à l'activité sexuelle et à la prévention serait très utile à cet égard afin de confronter ces informations pour les deux partenaires. D'une part, cela permettrait d'évaluer de façon plus juste le risque de sida réellement encouru par chacun des partenaires (au regard des données concernant le passé sexuel et les éventuelles relations sexuelles concurrentes de son (sa) partenaire), et d'autre part, d'apprécier la justesse de la perception des individus sur le comportement sexuel de leur partenaire. Une étude similaire auprès de couples d'adolescents afro-américains sexuellement actifs a justement permis de montrer l'écart qui peut exister entre cette perception et la réalité, et donc l'ampleur de la sous-estimation dans l'évaluation que l'individu fait du risque d'IST/Sida qu'il encourt dans une relation amoureuse donnée (Lenoir et *al.* 2006). Cela a indubitablement une importance pour les couples stables dont la prévention repose dans la majeure partie des cas sur l'exclusivité de leur relation sexuelle et sur l'appréciation que chacun des partenaires en fait.

adolescents et jeunes ayant déjà subi le test de dépistage du sida (moins de 5% au niveau national dans l'ENA) rend pour le moment difficile l'exploitation quantitative de telles informations.

En fin de compte, l'exposition des adolescents au sida a donc été approchée à travers la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel, ce qui induit une surestimation du phénomène.

Par ailleurs, la prévention des IST autres que le sida a été impossible à saisir avec les données disponibles. En effet, les questions posées aux individus (qui portent sur le fait d'avoir déjà eu une IST ou des symptômes s'en rapprochant et sur son traitement[163]) n'ont pas permis de disposer d'informations précises sur leur perception du risque de les contracter et sur les dispositions prises pour combler cette lacune dans la prévention. L'analyse de cette prévention nécessite de savoir, au-delà de la prévention du VIH, si les individus ont conscience du risque de contracter ces IST et ce qu'ils entreprennent comme mesures de prévention spécifiques.

☞ **Méthodes d'analyse quantitatives : Tableaux croisés et régressions logistiques**

L'analyse quantitative a permis de mesurer les comportements sexuels sur une base représentative des adolescents du pays, ainsi que leur exposition aux grossesses non prévues et au sida.

- ***Echantillons d'analyse***

Les objectifs de cette étude se focalisent sur les stratégies de prévention des risques sexuels chez les adolescents et jeunes dès lors qu'ils ont une activité sexuelle. De ce fait, le public cible privilégié pour les analyses quantitatives explicatives est celui des adolescents et jeunes sexuellement actifs et soumis au risque du sida et/ou d'une grossesse indésirée. Les informations les plus complètes sur l'activité sexuelle et la prévention dans les données de l'ENA portent sur la période des douze mois précédant l'enquête. Afin de pouvoir tirer parti de ces informations dans les analyses, l'échantillon de base retenu est celui des adolescents de 12 à 19 ans sexuellement actifs au cours des 12 mois avant l'enquête. Après pondération du fichier, l'effectif est de 1125 adolescents (446 garçons et 679 filles) au niveau national. Au vu des faibles effectifs disponibles pour la ville de Ouagadougou (l'échantillon à Ouagadougou est de 180 adolescents, dont 102 garçons et 78 filles), les échantillons retenus pour les analyses concernent le niveau national et le milieu urbain. Dans les analyses menées au niveau national, le milieu de résidence a été introduit parmi les variables indépendantes.

[163] Section 9 du questionnaire figurant à l'annexe 3.5 (page 299).

L’exposition ou non des individus aux risques est déterminée à partir de leur comportement préventif lors du dernier rapport sexuel (chapitre 5). Les critères et indicateurs utilisés pour la les groupes soumis aux différents risques sont présentés dans le tableau 3.5.

En outre, l’abstinence sexuelle protégeant les adolescents des risques liés à la sexualité, cette pratique a aussi été considérée dans la mesure de l’exposition des adolescents à ces risques. Pour ce faire, l’échantillon total pondéré a été utilisé afin de mesurer la fréquence de l’activité sexuelle et sa distribution selon un certain nombre de facteurs. Les motivations des adolescents demeurés abstinents à la date de l’enquête (déjà questionnées lors d’une étude antérieure à partir de la même base de données) ont aussi été examinées.

Tableau n°3.5. Critères de sélection des échantillons d'analyse quantitative au niveau national, en milieu urbain et à Ouagadougou

Echantillons d'analyse	Critères d'inclusion	Indicateurs utilisés	Modalités retenues	Effectifs																										
				Ensemble du pays									Milieu urbain										Ouagadougou								
				Garçons (N=3057)			Filles (N=2973)			Ensemble (N=6030)			Garçons (N=616)			Filles (N=794)			Ensemble (N=1410)			Garçons (N=352)			Filles (N=496)			Ensemble (N=848)		
				U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E	U	C	E
Analyse de l'exposition au sida[164]	Activité sexuelle 12 derniers mois	A eu des rapports sexuels au cours des 12 d. mois	*Oui*	12	434	**446**	378	301	**679**	390	735	**1125**	1	120	**121**	51	118	**169**	52	238	**290**	1	77	**78**	27	75	**102**	28	152	**180**
Analyse de l'exposition au risque de grossesse non prévue[165]	Activité sexuelle 12 derniers mois	A eu des rapports sexuels au cours des 12 d. mois	*oui*	8	386	**394**	168	258	**426**	176	644	**820**	0	112	**112**	32	110	**142**	32	222	**254**	0	74	**74**	21	75	**96**	21	149	**170**
	Non-désir d'enfant explicite	Enceinte en ce moment	*non*																											
		Temps/moment où ego voudrait avoir un enfant	*Plus tard/au mariage/ ne veut pas d'enft*																											
		Raison de non utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel 12 dmois	Autre que « *désirait une grossesse* ».																											

U : En union.
C : Célibataire.
E : Tous statuts matrimoniaux confondus.

[164] Il s'agit de l'échantillon des personnes potentiellement soumises au risque de contracter le sida.
[165] Il s'agit des personnes potentiellement soumises au risque d'avoir une grossesse non prévue.

- ***Analyse de tableaux bivariés et statistique du Khi²***

Les analyses descriptives réalisées ont eu pour but, dans un premier temps, de mesurer l'exposition au risque de grossesse, de sida ou au double risque par les enquêtés. Elles ont ensuite consisté à mettre en relation ces variables dépendantes avec les principales variables indépendantes du cadre d'analyse, ceci afin de tester l'association entre ces variables.

Cette mesure d'association a été réalisée au moyen de tableaux bivariés avec la statistique du Khi². Les tableaux bivariés permettent de visualiser la distribution des variables dépendantes en fonction des variables indépendantes identifiées. En tant que mesure d'association, la statistique du Khi² permet de déceler l'existence d'un lien entre deux variables. En clair, elle détermine, en fonction du seuil de significativité retenu, l'acceptation ou le rejet de l'hypothèse d'indépendance entre les variables croisées. Cette hypothèse d'indépendance ou hypothèse nulle (H_0), suppose que la relation constatée entre deux variables de l'échantillon n'existe pas en réalité dans la population dont est issue cet échantillon. En cas de rejet de l'hypothèse nulle, et donc de relation avérée entre les variables, on dira que cette relation est statistiquement significative au seuil retenu.

La formule du Khi^2 est la suivante :

$$\chi^2 = \sum ((f_0 - f_a)^2 / f_a)$$

$f_{0=}$ Fréquence observée de chaque cellule
f_a= Fréquence anticipée de chaque cellule
f_a= (Total de la rangée/N) x Total de la colonne
N= Nombre total de cas

Notons bien qu'il s'agit ici de mesurer l'association, c'est-à-dire l'existence d'une relation entre variables dépendantes et indépendantes, et non pas la causalité, à savoir le sens et la forme des influences respectives de ces variables. En effet, une association entre deux variables ne signifie pas nécessairement un lien de causalité entre elles. A l'inverse, un lien de causalité entre deux variables suppose une association entre elles (Fox 1999). Cette première étape a donc permis d'identifier les variables indépendantes associées aux variables dépendantes, dans le but de les mettre en relation dans des analyses explicatives. Comme il ne s'agit là que d'une analyse bivariée, il ne faut pas perdre de vue que la liaison statistique significative entre deux variables peut être fallacieuse en fin de compte, ce qui pourra être vérifié en contrôlant cette relation par l'ajout d'autres variables explicatives.

- ***Régressions logistiques***

Un des choix méthodologiques effectués dans cette étude mixte est de dégager, à la suite des analyses qualitatives, les influences et le poids respectif des facteurs d'intelligibilité identifiés sur l'exposition au double risque par les individus. Ces analyses ont été effectuées au moyen de régressions logistiques.

Cette méthode d'analyse multivariée permet d'estimer la probabilité de survenance d'un événement en fonction des modalités d'une ou de plusieurs variables explicatives. Son principal intérêt est de quantifier la force de l'association entre chacune des variables indépendantes et la variable dépendante, compte tenu de l'effet des autres variables en présence. L'analyse met en relation les modalités des variables explicatives avec l'occurrence ou la non-occurrence d'un événement (variable dépendante). Cette variable dépendante, dichotomique, prend la valeur 1 pour la modalité étudiée et 0 pour la modalité contraire. Le modèle logistique, outre sa pertinence pour étudier des facteurs de risque, s'applique parfaitement à l'étude des phénomènes relativement rares dans une population, c'est à dire quand les deux modalités de cette variable dépendante sont de poids inégaux (Bocquier 1996). Les variables indépendantes, quant à elles, peuvent être catégorielles ou non. Le choix de cette méthode se justifie aisément ici dans la mesure où les variables dépendantes de l'étude, à savoir l'exposition aux risques de grossesse et/ou de sida, correspondent à ces critères. La valeur 1 a été attribuée à l'exposition au risque et 0 à l'absence de risque.

La formule du modèle multivarié est :

$$P(M \mid X_i,\ldots,X_p) = 1/(1+ (e^{-(\alpha+\sum \beta i Xi)}))$$

P= Probabilité de survenance de l'évènement étudié en fonction des variables X_i à X_p
X_i= Variable
β_i = Coefficient associé à la variable X_i dans le modèle

L'interprétation porte sur deux séries d'éléments : d'une part la validité et la vraisemblance du modèle et d'autre part, les influences respectives des variables indépendantes sur la variable dépendante. La vraisemblance du modèle s'apprécie à l'aide de la signification de la statistique du Khi² qui y est rattachée. Elle renseigne sur l'association entre la ou les variables explicatives et la variable dépendante. Le deuxième élément est l'ensemble des rapports de chances attachés à chaque modalité des variables explicatives. Les résultats sont en effet présentés sous forme de rapports de chances, encore appelés *Odds ratio (OR),* entre les différentes modalités de chaque variable et la modalité de référence correspondante. Ces coefficients générés par le modèle représentent l'effet de l'appartenance à la catégorie considérée sur le risque d'être exposé au phénomène étudié

(le sida par exemple). Ils sont sous la forme (1+X) ou (1–X) et représentent le rapport de chances de connaître l'événement par rapport à la modalité de référence choisie. Par exemple, pour l'exposition des adolescents au sida, supposons que le ratio de la modalité Bobo soit égal à 2,06. On dira alors que, toutes choses restant égales par ailleurs, les adolescentes de l'ethnie Bobo courent 2 fois plus de risques d'être exposées au sida que celles appartenant à l'ethnie Mossi (modalité de référence dont le ratio est égal à 1,00).

Le modèle de régression logistique est appliqué ici selon une procédure progressive, c'est-à-dire en ajoutant un à un les groupes de variables au modèle. Cela permet de saisir la différence entre les modèles sans et avec les nouvelles variables explicatives, et renseigne sur la pertinence de ces facteurs. Notons qu'il est important de prendre en compte, dans l'application du modèle, les problèmes de colinéarité qui peuvent survenir entre les variables explicatives : deux variables telles que le niveau d'instruction et la catégorie socioprofessionnelle par exemple, peuvent être liées de façon très forte parce qu'elles apportent des informations très voisines. Il importe donc d'y être attentif dans la sélection des variables à introduire dans le modèle, et également dans l'interprétation des résultats.

Soulignons également que, le genre constituant une variable centrale dans les analyses, ces analyses prennent toutes en compte le sexe des individus. Il en est de même pour le statut matrimonial.

3.2.3. Articulation entre les analyses qualitatives et quantitatives

Le public touché par cette étude est différent selon qu'il s'agisse des analyses qualitatives (les jeunes hommes et femmes de Ouagadougou âgés de 18 à 40 ans) ou des analyses quantitatives (les adolescents et adolescentes de 12 à 19 ans au niveau national et en milieu urbain). Cette diversité, qui s'explique par les disparités dans les données disponibles, n'en constitue pas pour autant un frein pour la pertinence des analyses réalisées. Au contraire, elle a été mise à profit pour disposer de résultats complémentaires sur l'exposition aux risques sexuels chez les adolescents et jeunes du Burkina Faso.

Le phénomène a été mesuré et analysé sur le plan quantitatif chez les adolescents de 12 à 19 ans. Il a ensuite fait l'objet d'analyses qualitatives rétrospectives chez les jeunes adultes interrogés à Ouagadougou, afin d'explorer en profondeur les mécanismes et facteurs de leur exposition à ces risques durant leur vie sexuelle. Cela a permis de disposer de résultats mixtes sur l'exposition des adolescents burkinabè (urbains en particuliers) aux risques lors de leur entrée en vie sexuelle (chapitres 5 et 6), et qualitatifs sur le vécu sexuel et l'exposition des jeunes de Ouagadougou aux risques (chapitres 4, 6 et 7).

Conclusion

Ce chapitre a fait le point des options théoriques et méthodologiques de l'étude. La méthodologie d'analyse mixte a été mise à profit pour répondre aux objectifs fixés.

Les questions de recherche et les hypothèses émises nécessitent principalement des analyses qualitatives approfondies, auxquelles se prêtent les données du projet Emergency Contraception in AFrica recueillies à Ouagadougou de 2005 à 2007. Ces analyses ont été réalisées en quatre principales étapes. Dans un premier temps, elles ont consisté en l'élaboration des outils d'aide à l'analyse que sont les portraits, trajectoires et tableaux synthétiques de la vie sexuelle et préventive des individus. Ensuite, une typologie des situations relationnelles vécues par les enquêtés a été réalisée. La troisième étape a porté sur la classification des épisodes sexuels et préventifs vécus par les individus selon le risque encouru (risque de grossesse, risque de sida ou double risque) et le type de relation concerné. Enfin, le contenu de ces catégories a été analysé à la lumière des facteurs du cadre théorique. Cette procédure visait à examiner en profondeur les difficultés et besoins préventifs des individus en fonction des situations vécues.

Quant aux analyses quantitatives, elles ont été indispensables à deux points de vue. En premier lieu, elles ont été utiles pour mesurer les phénomènes étudiés au moyen des données de l'Enquête Nationale sur les Adolescents réalisée en 2004 au Burkina Faso. Dans un second temps, des régressions logistiques des facteurs d'intelligibilité identifiés sur leur exposition aux risques sexuels ont contribué à la mise à l'épreuve des hypothèses de l'étude sur cette population.

Deuxième partie : Résultats

Chapitre 4 : Parcours de vie relationnelle et sexuelle des jeunes hommes et femmes de Ouagadougou

Introduction

Ce chapitre décrit les trajectoires amoureuses et sexuelles des jeunes hommes et femmes de Ouagadougou. Ces aspects ont été documentés à partir des données de l'enquête ECAF[166]. Il s'est notamment agi, dans chacun des épisodes sexuels, de documenter l'étape de vie et le type de relation dans lequel cette relation est survenue[167]. Les motivations des partenaires ont été étudiées, y compris en termes de projet d'union ainsi que le stade de la relation de couple. Les caractéristiques dominantes ont ensuite été dégagées dans les différents épisodes en fonction de ces critères[168].

La première section du chapitre présente une typologie des relations de couple rencontrées chez ces jeunes hommes et femmes. Leurs trajectoires relationnelles et sexuelles sont ensuite analysées dans la deuxième partie.

4.1. Typologie des relations de couple chez les jeunes ouagalais

Des biographies examinées, il est possible d'extraire des catégories de jeunes couples rencontrés de nos jours à Ouagadougou. L'élaboration d'une typologie a répondu ici au souci de dépeindre ces différentes relations sous l'angle des facteurs qui leur donnent sens. Au fil de l'analyse, l'union, ou, du moins, les projets d'union, se sont avérés être un facteur primordial à prendre en compte dans la définition des catégories. De ce fait, ces dernières ont été classées d'abord en fonction de ce critère, ce qui a permis de distinguer les relations sans visée matrimoniale de celles inscrites dans la durée.

Concrètement, il s'est agi d'attribuer une catégorie aux différents épisodes sexuels vécus par les enquêtés en fonction des critères retenus : le statut matrimonial du couple, son caractère stable ou occasionnel et les visées (matrimoniales ou non) des partenaires en ce qui concerne cette relation. Les différentes catégories produites ont été crées au fur et à mesure que les nouveaux épisodes examinés le nécessitaient. Elles sont présentées dans le tableau 4.1.

[166] Ces données ont été présentées dans le chapitre 3.
[167] Rappelons que la structure biographique des entretiens permet de documenter la vie sexuelle des enquêtés de façon rétrospective.
[168] Les méthodes d'analyses qualitatives ont été décrites plus en détails dans le chapitre méthodologique.

Tableau n°4.1. Typologie des épisodes relationnels vécus par les jeunes hommes et femmes de Ouagadougou

Types	Motivations féminines	Motivations masculines	Exemples d'enquêtés concernés
Relations sans visée matrimoniale			
1	L'initiation sexuelle par curiosité ou pour faire comme les autres		Marcellin, Jasmina
2		L'initiation sexuelle pour ne pas perdre la face	Michel, Malik
3		La relation occasionnelle juste pour le sexe	Moumouni, Pissila, Paouni
4	La relation occasionnelle juste pour l'argent		Marion
5	Le rapport sexuel forcé[169]		Adrien, Jaïna, Joëlle, Magalie
Relations inscrites dans la durée			
6		La relation stable par amour ou pour le sexe	Patrice
7	La relation stable pour se marier plus tard		Mireille, Marcellin, Nicole, Madeleine
8	L'union arrangée par les parents		Pissila, Michel, Jafisatou, Jalimatou
9	L'union par libre choix, par amour		Moumouni, Jessica, Jaïna, Pierre
10	L'union par libre choix, pour « *être mariée* »		Jamie, Jawa

Source : ECAF (2005-2007).

Sans être exhaustive[170], cette typologie dépeint la diversité des situations de couples rencontrées chez les enquêtés. Notons que les motivations des deux partenaires engagés dans une relation peuvent être tout-à-fait opposées. La jeune fille peut ainsi être dans les dispositions du type 7 (relation stable pour se marier plus tard), tandis que le garçon se classerait plutôt dans le type 6 (la relation stable par amour ou pour le sexe).

4.1.1. Les relations sans visée matrimoniale

Il s'agit surtout de relations vécues à partir de l'entrée en vie sexuelle, qui peuvent être autant stables qu'occasionnelles. A côté de l'initiation sexuelle suscitée par la curiosité (commune aux hommes et aux femmes), les types de relations concernés sont parfois spécifiques à un genre : les motivations liées avant tout à la satisfaction des désirs sexuels ou au besoin de prouver sa virilité à son entourage sont citées par des hommes, tandis que les relations entretenues dans un but pécuniaire semblent essentiellement féminines[171].

[169] Bien que les rapports sexuels forcés ne puissent pas vraiment être qualifiés de relations de couple, leur analyse est nécessaire ; elles font partie du vécu sexuel des enquêtés et ont des implications en termes de besoins préventifs chez les personnes qui en ont été victimes.

[170] En effet, cette technique permet surtout de faire ressortir les différentes facettes du phénomène étudié perceptibles à partir de l'échantillon d'analyse. Par nature, ce dernier n'est pas strictement représentatif de la population étudiée (Quivy et Van Campenhoudt 2006 ; Peto et *al.* 1992).

[171] Toutefois, le fait que les descriptions de leurs relations par les enquêtés soient particulièrement en phase avec les schémas socioculturels doit aussi faire craindre une certaine rationalisation des évènements, c'est-à-dire une tendance à les classer à postériori dans une logique conforme à ces représentations.

☞ Type 1 : L'initiation sexuelle par curiosité ou pour faire comme les autres

Ce type de relation a été évoqué par des enquêtés des deux sexes. La curiosité a constitué pour eux le moteur principal de leur entrée en vie sexuelle. Dans cette catégorie, le premier rapport sexuel est survenu à l'adolescence, avec le copain ou la copine, ou encore dans le cadre de relations occasionnelles. Marcellin (célibataire de 25 ans, de niveau d'instruction supérieur, stagiaire en recherche d'emploi) explique qu'il a eu son premier rapport parce qu'il désirait découvrir le sexe. Il avait alors 19 ans, et sa partenaire 15.

> *« J'étais élève en terminale et elle était élève en classe de quatrième (…). C'était pendant les vacances et c'est après plusieurs rendez-vous qui ont échoué. (…) elle, ce n'était pas son premier rapport sexuel, mais moi, c'était mon premier rapport. (…) je ne peux pas dire que c'était une copine à moi parce qu'on n'a eu uniquement que deux rapports, et on s'est limités à ça. C'est venu à un moment où moi aussi, je voulais découvrir ».* (Marcellin, 25 ans, niveau d'instruction supérieur, stagiaire en recherche d'emploi, célibataire sans enfant).

Les relations amoureuses à l'adolescence entrent aussi dans cette catégorie. Celle relatée par Papou en fait partie. Durant son adolescence, il était courant dans son entourage d'avoir une copine, et aussi d'avoir des relations sexuelles avec elle. Il habitait alors Bobo Dioulasso[172]. Etant tombé amoureux d'une fille, il a tout mis en œuvre pour sortir avec elle. Ils avaient respectivement 15 ans (pour lui) et 14 ans (pour elle) lors de leur premier rapport sexuel.

> *« (…) tu sais, nous les jeunes-là, quand tu gagnes une nouvelle conquête, une go {fille} comme ça-là, la première des choses, ce n'est pas comme quand on part dans les maquis et on croise une go que tu juges et puis tu pars avec celle-là. Je parle d'une relation. Je l'ai draguée, c'est ma copine. Généralement, le garçon a besoin de ça {le rapport sexuel} pour être rassuré que vraiment, la go {fille} là, veut de lui. (…) ».* (Papou, 25 ans, élève du secondaire et gérant de chambres de passage, célibataire, un enfant).

De même, Jasmina (24 ans, de niveau d'instruction primaire, stagiaire dans une société de nettoyage, mariée à un mécanicien de 22 ans, ils ont une petite fille) a eu son premier rapport sexuel à l'adolescence avec son copain, avec lequel elle s'est mariée par la suite. Ils étaient amoureux l'un de l'autre. Après plusieurs mois de fréquentation, elle a pris l'initiative du premier rapport sexuel. Elle explique qu'elle a été poussée par son désir pour lui, mais aussi et surtout par la curiosité suscitée par les récits que ses copines lui faisaient de leurs idylles.

[172] Il s'agit de la deuxième ville du pays.

☞ Type 2 : L'initiation sexuelle pour ne pas perdre la face

Cette motivation est exclusivement citée par de jeunes hommes : on relève couramment dans leurs discours, le fait qu'ils ont eu leurs premiers rapports sexuels, pas toujours par choix personnel, mais surtout dans le but de se valoriser auprès de leur entourage. Par exemple, Malik, élève de 16 ans et sa copine (15 ans, élève également), ont eu leur premier rapport sexuel sous la pression de leurs amis réciproques, alors qu'ils n'y étaient pas vraiment prêts.

> *« (…) c'était lors de notre show. (…) je l'ai invitée, elle est venue. (…) en fait, j'avais un ami, on était deux. Elle est venue avec une copine, et puis c'est mon ami qui a un peu tout dirigé. (…) je lui ai demandé {d'avoir un rapport sexuel avec lui} (…). Elle a dit que si son amie à elle veut, (…) elle va le faire. (…) son amie aussi a accepté (…). J'avais un peu peur, je tremblais un peu, bon si elle disait non même, ça allait me plaire parce que ha ! La première fois ce n'est pas facile, j'avais trop peur. (…) c'est dans un truc, un hangar où on vend du dolo {bière de mil locale}. C'est au lycée {un lycée de Ouagadougou}. Nous, (...) on était dedans et mon ami-là était derrière. (...) c'est là que les choses se sont passées. (…) en fait, moi-même *** je ne me suis pas préparé comme cela, c'est mon ami qui m'a influencé et bon ! Comme on est tous des hommes, on n'a pas voulu (...). Bon, si je dis non, il pourrait croire que je ne suis pas homme quoi! »* (Malik, 22 ans, étudiant du supérieur, célibataire sans enfant).

Ce récit est typique de l'entrée en sexualité des adolescents sous la pression de leurs camarades. Notons que cet encouragement des garçons à avoir des relations sexuelles provient parfois aussi des adultes. Ainsi, Michel (27 ans, vigile de niveau d'instruction secondaire, marié) raconte avoir entamé sa vie sexuelle à 18 ans[173] sous l'influence de sa mère. Cette dernière lui a exprimé son inquiétude de ne pas le voir ramener de fille chez lui comme tous les autres jeunes de son âge le faisaient. Soucieuse de l'image de son fils, elle lui a même proposé de le faire soigner s'il avait des problèmes d'impuissance. Il a alors éprouvé le besoin de la rassurer en ramenant une fille chez lui.

> *« (…) Je peux vous dire que j'ai commencé à faire ça parce que, vous voyez, au village, quand j'étais là-bas, j'avais une maisonnette que j'ai bien arrangée (…). Donc, ça fait que les autres là, s'ils amènent leurs filles {copine}, ils viennent chez moi et ça ne plaisait pas à ma mère. Donc, un jour, elle m'a appelé. Je suis allé et elle m'a demandé que si moi je sais que je ne suis pas un homme, de lui dire elle va aller dire à mon vieux {père}, on va chercher des produits {médicaments}. Moi je lui ai demandé pourquoi. Elle a dit que : «* tu ne peux pas rester chez toi dans ta maison, tout le temps on te chasse et tu viens dormir chez ton vieux *». Que ça ne lui plaît pas. Au moins, que moi, un jour comme ça, je peux amener une fille et dire que c'est ma fille (sa copine) comme ça, elle ça va lui plaire beaucoup. Donc, si moi je ne fais pas ça, elle n'est pas contente. Donc, j'étais obligé de chercher une fille, donc j'ai grouillé et j'ai trouvé la fille-là. Le jour où j'ai donné rendez vous à la fille de venir, j'ai cherché un bidon de quatre litres de dolo pour amener à la maison. Quand je suis venu, j'ai appelé la vieille et puis le vieux pour leur présenter ma fille {sa copine}. J'ai dit : «* bon, en tout cas, c'est ma fille comme ça. On va se

[173] Il vivait alors dans son village, il est arrivé à Ouagadougou peu après.

> suivre et si on peut rester ensemble, en tout cas on va rester ensemble si ça vous plaît *». (…) La mère, (...) elle me contrôlait de près, donc, quand j'amène ma fille, elle va tout faire pour venir saluer la fille pour voir si c'est la même fille-là ou bien j'ai cherché une autre fille encore. (…) Sinon, ce premier rapport, ça m'a beaucoup plu parce que ma mère était contente, car elle a su que je suis un homme ! (rire) ».* (Michel, 27 ans, vigile, niveau d'instruction secondaire, marié).

Ces faits confirment la force de l'association faite entre l'identité masculine et la virilité dans leur environnement. Cette vision de la sexualité comme un moyen d'affirmation de soi semble induire chez certains adolescents et jeunes une banalisation de l'acte sexuel, voire l'adoption de pratiques proches de l'abus sexuel. Paouni, étudiant de 26 ans, a eu, à 16 ans, son premier rapport sexuel avec une fille de son quartier. Ses deux copains du même âge avaient réussi à la convaincre de coucher avec eux (les circonstances ne sont pas claires, il la décrit comme étant restée passive mais on ne sait pas si elle était vraiment consentante). Ils l'ont appelé pour qu'il « *profite* » de l'occasion et ils ont successivement couché avec elle.

> *« En fait, c'est une fille même que je n'ai pas draguée hein ! (…) c'est une fille que mes amis ont draguée, il y a deux qui {l}ont draguée {*éclat de rire*} ils {l} ont amenée, nous on a attrapé tous les trois {ils ont couché avec elle tous les trois} (…) ils {l'}ont amenée dans une maison, pendant que un est resté là-bas, il y a un qui est venu me dire que, en tout cas eux, ils ont eu un gibier hein, que de venir voir ça. (…) c'était la toute première fois, c'était comme ça {que} c'est arrivé (…) moi je ne lui ai pas parlé, je suis venu trouver que c'était couché et puis je suis monté là-dessus, je ne savais même pas comment faire, mais quand même j'ai essayé, et voilà, c'est un truc comme ça ».* (Paouni, étudiant de 26 ans).

A la fois dans le contenu et dans le ton du discours, son récit laisse entendre que ce comportement est en phase avec une conception de la masculinité et des relations sexuelles qui accorde peu de respect à leur partenaire dans le cadre d'une relation occasionnelle.

- ☞ **Type 3 : La relation occasionnelle juste pour le sexe**

Après les premiers rapports sexuels à l'adolescence, des jeunes hommes et femmes enquêtés, qui sont dans une phase de construction de leur avenir professionnel et ne pensent pas encore au mariage, vivent une période propice aux relations sexuelles occasionnelles. Ici encore, on relève une différence entre hommes et femmes dans la perception de ce type de relations.

Chez les garçons, ces relations occasionnelles répondent surtout au besoin de satisfaire ses désirs sexuels sans volonté de s'engager dans une relation durable. Comme pour leur initiation sexuelle, elles ont aussi été favorisées par le mode de vie dans lequel ils étaient entraînés avec leurs copains. Il s'agit notamment de jeunes gens, instruits ou pas, qui sortaient beaucoup avec leurs amis et avaient les moyens financiers de le faire régulièrement. On retrouve, dans ce mode de vie, autant des adolescents que des jeunes hommes dans la vingtaine. Paouni, étudiant de 26 ans, est dans ce cas. Il vit chez son frère

aîné et, selon son récit, est à l'abri du besoin. Il adhère au mode de vie de sa bande de copains et a même la réputation en leur sein d'être un « *tombeur* ». Il dit avoir fréquemment eu des relations sexuelles d'un soir, juste pour le sexe. Il profite de l'appât du gain qu'il décrit chez ses copines occasionnelles.

> *« Je fais connaissance lorsque je vais chez mes amis pour des séances de thé, ou bien souvent, lorsque je sors avec des amis au maquis {dans des buvettes} et je trouve ces filles-là, ou bien même dans la cour de l'Université, ou dans les établissements {scolaires}. Ce sont des filles que je rencontre par-ci, par-là. Même dans mon quartier, lorsque je voyais quand même une fille qui présentait des figures géométriques (…) vous voyez ce que je veux dire ici, c'est des rondelettes qui sont un peu mordantes, je me jetais là-dessus et puis j'attaquais quoi ! (sourire). Juste pour satisfaire ma curiosité et puis mon plaisir, le plaisir sexuel. J'attrapais ça, j'amenais chez mes amis ou bien dans les chambres de passe, voilà (…). Je vais vers elles le jour où, en fait, j'ai envie de m'amuser, de faire le banditisme. (…) les filles aiment manger, les filles aiment manger le poisson, le poulet, la bière hein ! Elles veulent 2000 F {3,04 Euros}, 5000 F {7,62 Euros} par-ci, par-là, si je sais que (...) notre projet n'est pas un projet de long terme, je n'hésite pas à te satisfaire, (…) comme un service ! Et donc, si tu trouves que c'est intéressant de venir de temps en temps on va s'amuser et puis, en retour, toi aussi tu puisses manger ou bien avoir un peu d'argent de poche, il n'y a pas de problème, tu viens, c'est un truc comme ça. En fait c'est un marché quoi !».* (Paouni, 26 ans, étudiant du supérieur, célibataire).

Ce comportement est relaté avec assurance par les jeunes hommes comme Paouni. Son discours montre qu'il trouve une certaine légitimité à avoir plusieurs partenaires, même s'il sait que sa copine ne l'accepterait pas et sa famille (qui les considère comme un couple « *sérieux* ») non plus. La connivence autour de ce multipartenariat réside surtout entre ses amis et lui.

> **«** *Nous les jeunes, (…) on l'appelle la titulaire. La titulaire, c'est celle avec laquelle tu souhaiterais finir tes jours hein, celle que tu aimes le plus. Peut être qu'il serait intéressant de lui être fidèle mais, bon, c'est la jeunesse. De temps en temps, il faut avoir des coins où il faut pointer {faire la cour à d'autres filles} et on ne cesse pas de pointer (...)*.
> ***P. : Depuis que vous êtes avec votre titulaire, (…) est-ce que vous avez eu d'autres relations, d'autres rapports sexuels avec d'autres filles ou d'autres femmes ?***
> ***Paouni :*** *(Avec spontanéité) Mais bien sûr, mais bien sûr !*
> ***P.: Et vous arrivez à faire en sorte que votre copine, votre titulaire ne soit pas au courant, ou bien elle est au courant ?***
> ***Paouni :*** *Elle n'est pas au courant, elle n'est pas au courant, de toutes les façons elle ne peut pas être au courant ! (…). Je me suis toujours débrouillé pour qu'il n'y ait pas (…) ces embouteillages-là chez moi {fait pour la copine de le surprendre avec d'autres filles chez lui} ».* (Paouni, 26 ans, étudiant, célibataire).

Mounir, en union depuis 3 ans avec une femme qu'il aime (type 9), estime que ces relations constituent un phénomène de mode, auquel il s'est d'ailleurs conformé quand il était plus jeune : « *ils ont pris ça pour faire comme une sorte de respect, c'est comme si, quand tu dragues beaucoup de filles, c'est là que tu es un homme quoi!* ».

Comme on pouvait s'y attendre, en raison, justement, du double standard sexuel présent dans la société ouagalaise, ces relations font certainement l'objet d'une sous-déclaration par les jeunes filles et d'une sur-déclaration par les jeunes hommes. Ainsi, à la différence de ces derniers, les jeunes filles font difficilement état de relations sexuelles occasionnelles. Elles s'en « *justifient* » plutôt dans leurs discours. Elles évoquent, soit le besoin de combler un manque affectif (comme Aïda, jeune fille instruite qui dit avoir eu environ une vingtaine de partenaires sexuels), soit le fait que cette succession de relations ne soit que la conséquence de la recherche d'une relation durable en vue du mariage (qui correspond au type 7 qui est décrit plus loin) : face à des partenaires qui ne désiraient qu'avoir des relations sexuelles et qui les quittaient ensuite, elles étaient contraintes de nouer à chaque fois une nouvelle relation.

Cette différence de discours entre jeunes hommes et femmes à propos de leurs relations occasionnelles est révélatrice de l'ampleur du double standard sexuel dans leurs représentations : la liberté sexuelle des jeunes hommes leur permet de renoncer facilement à une relation amoureuse (selon le degré de l'implication de leur famille dans la relation) et d'afficher des partenaires différentes sans redouter d'être stigmatisés. Au contraire, les jeunes filles, une fois que la relation est connue de leur entourage, ont tout intérêt à tenter par tous les moyens de la conserver, de peur de devoir en recommencer une autre, et d'afficher ainsi une multiplicité des expériences sexuelles qui est fort stigmatisée. De fait, dans les discours des enquêtés, la réprobation est générale sur la multiplication des partenaires sexuels par les jeunes filles : hommes comme femmes estiment que les filles qui ont eu plusieurs partenaires sexuels avaient pour seul but d'en profiter financièrement (type 4).

Les relations occasionnelles sont aussi vécues par des enquêtés qui sont en union. Comme Attané (2002, 2009) et Mazzocchetti (2007) l'ont décrit, ces relations extraconjugales semblent courantes, voire banales, dans les couches sociales les plus favorisées de la société ouagalaise. Pierre, fonctionnaire de niveau d'instruction supérieur, père de famille de 32 ans, qui entretient lui-même depuis des années une relation extraconjugale à l'insu de son épouse, confirme cet état de fait. « *Avouant* » son infidélité tout en ayant un discours très moralisateur sur ce comportement, il s'en justifie quelque peu en évoquant l'environnement social qui la favorise :

> ***«*** *Avant, c'était beaucoup plus discret, les histoires d'infidélités. C'est des trucs qu'on ne pouvait pas surprendre, mais maintenant ce n'est plus le cas. C'était tellement discret qu'on ne pouvait pas penser que ça existe même. Ça fait que si on vous surprenait chez quelqu'un, c'était vraiment un grand scandale, mais maintenant c'est même devenu la règle (….). Mon point de vue, c'est que les relations extramaritales, ce n'est pas une bonne chose. On doit tout faire pour les éviter. Seulement, il y a des circonstances qui vont souvent te faire tomber dedans, c'est difficile ! Ces circonstances-là, c'est la fréquentation de certains amis, la fréquentation de*

certains lieux et ainsi de suite. Ça suppose qu'il faut éviter toutes ces choses-là. » (Pierre, 32 ans, de niveau d'instruction supérieur, cadre dans la fonction publique, marié, un enfant).

A ce niveau encore, ce comportement est plus cité à propos d'hommes que de femmes dans les récits des enquêtés. Ceci est certainement en lien avec le fait que les premiers disposent de plus de liberté que leurs épouses pour avoir des relations extraconjugales ou pour les afficher, y compris devant leurs proches. En effet, de l'avis général, le multi partenariat de l'homme est considéré comme tolérable, voire normal, tandis que celui de la femme est unanimement condamné (Badini 1994 ; Gnoumou Thiombiano 2008 ; Mazzocchetti 2007). De ce fait, il serait difficile à une femme d'avoir gain de cause face à leurs familles dans un conflit relatif à l'infidélité de son époux. C'est ce qu'explique Malika, commerçante de 23 ans, de niveau d'instruction secondaire, mariée et mère d'un enfant. Elle dénonce vivement la tolérance de la société envers les relations extraconjugales des hommes:

« M. : Est-ce que vous avez eu des relations sexuelles avec d'autres personnes depuis que vous êtes ensemble ?
Malika** : hun ! {Exclamation de réprobation} Non. Moi-même ? Non. Lui peut être, je ne sais pas mais moi, non. Ce n'est même pas bien. {Avec} les conseils qu'on te donne le jour du mariage, tu ne vas même pas oser faire ça. Si tu {le} fais et qu'il s'en rend compte***. Si lui le fait et que tu t'en rendes compte, ça vaut mieux. Mais si c'est lui qui se rend compte que tu fais ça, il peut te dire de ramasser tes affaires {répudiation}.*
M. : Pour quelle raison vous dites que si lui il fait et tu t'en rends compte, c'est mieux que quand toi tu fais et qu'il s'en rende compte ?
***Malika :** S'il fait et tu vois, tu ne peux pas lui dire de ramasser ses affaires. Mais si toi tu fais, il peut te dire de ramasser tes affaires. Parce que, tu supportes (…) même si tu vas pleurer à en mourir, tu vas pleurer. Mais si c'est lui, il sait comment te mélanger {t'embrouiller}. Donc, même s'il fait et puis tu vois, tu ne peux pas parler beaucoup. Même si tu dis à la famille, on va te dire que chez l'homme, c'est normal. Mais si c'est toi la femme, on va dire : « voilà ! Elle vient de se marier et elle commence déjà à être infidèle ». Si dix personnes entendent ça, {exclamation de dépit}. Les neuf personnes-là vont dire de lui dire de partir* {diront à l'homme de répudier son épouse adultère*}. Ils vont dire que c'est dans tes habitudes, que tu as commencé depuis ton jeune âge et que, jusque-là, tu n'as pas arrêté.»* (Malika, 23 ans, de niveau d'instruction secondaire, fait du petit commerce, mariée, un enfant).

- ☞ **Type 4 : La relation occasionnelle juste pour l'argent**

Les relations entretenues dans un but intéressé ont été évoquées uniquement par des femmes dans le corpus d'entretiens. Cette motivation est évoquée de façon très claire dans le cas de Marion. Célibataire sans enfant de 20 ans, de niveau d'instruction secondaire, elle a vécu plusieurs mésaventures, dont une grossesse non prévue à la suite de laquelle son père l'a chassée du domicile familial, suivie d'un avortement parce que son partenaire ne voulait pas assumer sa grossesse. Par ailleurs, elle vit dans un environnement familial très perturbé (mésententes des parents, difficultés financières, etc.). Elle explique que, sous

l'effet de la déception vécue à la fois dans sa famille et dans sa relation amoureuse, et aussi à cause de ses difficultés financières, elle en est arrivée à se prostituer clandestinement.

☞ Type 5 : Le rapport sexuel forcé

Des cas de violences sexuelles ont été rapportés par un nombre non négligeable d'enquêtés. La plupart sont survenus lors de leur initiation sexuelle. Au moins cinq femmes sur les 50 répondantes déclarent en avoir été victimes[174]. Dans certains cas, ces viols ont été commis par leur petit ami. Citons Janta (16 ans, de niveau d'instruction primaire, vivant alors dans une petite ville) qui, refusant d'avoir un rapport sexuel avec son copain (il avait 9 ans de plus qu'elle), a dû lui céder sous la contrainte. D'autres filles ont été agressées par un membre de leur entourage proche. Par exemple, Magalie (16 ans, de niveau d'instruction secondaire) a été violée par le frère aîné de son amie (dont la famille l'hébergeait à cause d'une situation familiale difficile). On relève également un cas d'attouchements, dont Jaina a été victime de la part d'un adulte de son quartier, alors qu'elle avait 11 ans. Les cas répertoriés sont présentés dans le tableau 4.2.

Tableau n°4.2. Abus sexuels relatés par les enquêtées

Episodes	Circonstances des abus sexuels
Joëlle 1	20 ans, élève du secondaire, elle est violée par un camarade de lycée (21 ans) chez qui elle est allée chercher des documents. Elle se confie à sa mère et aussi à son professeur, mais sa mère minimise la situation et semble la culpabiliser, son professeur ne fait rien. Elle leur en veut et regrette maintenant de n'avoir pas osé porter plainte contre le garçon.
Janta 1	16 ans, de niveau d'instruction primaire. Elle vivait alors dans une petite ville. Refusant d'avoir un rapport sexuel avec son copain (il a 9 ans de plus qu'elle), elle est obligée de lui céder sous la contrainte.
Magalie 1	16 ans, de niveau d'instruction secondaire. Un jour qu'ils étaient seuls à la maison, elle a été violée par le frère aîné de son amie qui l'hébergeait à cause d'une situation familiale difficile.
Jarah1a	18 ans, de niveau d'instruction primaire. Son partenaire a 25 ans. Ils sortent ensemble, sont connus des familles mais rien de très sérieux pour le moment. Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui. Il profite d'une soirée pour lui faire boire de l'alcool et la violer. Elle se tait ensuite, par honte, et est contrainte de l'épouser quand sa grossesse est découverte par ses parents et qu'il la reconnaît.
Maria1	17 ans, de niveau d'instruction primaire. Avec son copain de 22 ans, la relation est balbutiante, pas encore sérieuse. Le garçon abuse d'elle. Elle rompt avec lui mais n'ose pas le dénoncer, par honte.
JainaO	Elle a été abusée par un adulte de son quartier à 11 ans, sans pénétration. Traumatisée, elle n'en avait jamais parlé à personne avant l'entretien.

Source : ECAF (2005-2007)

L'histoire vécue par Adrien est le reflet, du côté masculin, de l'expérience de Janta : Ce jeune homme raconte qu'il a eu son premier rapport sexuel à 21 ans (il était étudiant) avec sa copine en ayant recours à la force. Alors qu'elle ne voulait pas céder à ses sollicitations, il en a parlé à ses amis qui lui ont conseillé d'utiliser la force, arguant qu'une fille ne se donnait jamais volontairement la première fois. Ce qu'il a fait, avant d'amadouer la fille par la suite pour pouvoir continuer la relation. Leur relation a duré quatre ans.

[174] D'autres cas de viol sont relatés par des enquêtées à des âges plus élevés (Jacintha à 24 ans par exemple). Ceux cités ici concernent ceux qui sont arrivés en début de vie sexuelle.

☞ **Type 6 : La relation stable par amour ou pour le sexe**

Les relations de couple stables ont été principalement vécues à partir des dernières années de l'adolescence par les enquêtés. Celles qui ne semblent pas porteuses de projet matrimonial sont essentiellement décrites par des jeunes hommes. En effet, les données ont montré que, si ces derniers subissent aussi une pression pour qu'ils se marient, elle survient plus tard que chez les jeunes femmes. Conformément au rôle dévolu à l'homme dans son ménage, la société attend d'abord d'eux qu'ils parviennent à une certaine autonomie financière, et par là, à ce qu'ils acquièrent la capacité de subvenir aux besoins d'un ménage. C'est à partir de ce moment que la pression sociale et familiale s'exerce à leur endroit. Pendant cette période, qui peut représenter des années au vu de la conjoncture économique et du recul de l'âge à l'autonomisation des jeunes (Antoine 2007), certains jeunes hommes entretiennent des relations amoureuses, qui peuvent être occasionnelles comme cela est décrit dans le type 3, ou stables. Dans ce type de relation, on rencontre autant des relations exclusives que d'autres dans lesquelles le jeune homme a, par ailleurs, d'autres relations (occasionnelles). La relation de Paouni (cité dans l'exposé du type 3 à propos de ses relations occasionnelles) avec sa copine répond à cette dernière description.

4.1.2. Les relations inscrites dans la durée

Dans ce groupe se classent non seulement les relations maritales (dans leurs différentes modalités), mais aussi les relations entre jeunes hommes et femmes célibataires, dans lesquelles l'un ou les deux partenaires envisagent d'aboutir à une union.

☞ **Type 7 : La relation stable pour se marier plus tard**

Ce type de relation amoureuse est décrit par des jeunes hommes et femmes qui, s'ils ne sont pas prêts à entrer en union (pour les diverses raisons évoquées plus haut), désirent néanmoins se marier plus tard avec leur partenaire. Ce type de relation découle souvent de celui étudié précédemment (type 6). La différence entre les deux réside dans le fait que, au-delà des sentiments amoureux (présents ou non), l'objectif d'union avec le partenaire est très clair chez au moins l'un des membres du couple. On a vu plus haut que, si peu de jeunes hommes de l'échantillon ont été poussés par cette motivation dans leurs premières relations sexuelles, les jeunes femmes sont nombreuses à avoir eu ce projet avec leur premier partenaire. En effet, chez les jeunes hommes ouagalais, c'est avec l'acquisition d'un emploi stable que les désirs d'union apparaissent alors que chez les jeunes femmes, autant par romantisme que par besoin de se conformer à la norme, le désir d'union est souvent toujours à l'arrière-plan de leurs motivations.

Cette différence est perceptible dès l'adolescence : comme mentionné dans le type 3, chez plusieurs des enquêtés, leur activité sexuelle prémaritale est fréquemment motivée par le

besoin de créer un lien durable avec le garçon avec lequel elles espèrent se marier. C'est le cas de Mathilde, célibataire de 25 ans, de niveau d'instruction secondaire, qui travaille dans un cyber café. Alors qu'elle désirait rester vierge jusqu'au mariage, elle déclare avoir cédé aux demandes de son copain pour avoir des rapports sexuels. Ayant été trompée par ce premier partenaire, elle en a eu un autre avec qui elle a aussi eu des rapports sexuels en espérant que cette relation aboutirait au mariage. Tout en exprimant son regret de s'être écartée des normes en ayant une activité sexuelle prénuptiale, Mathilde s'en justifie en invoquant l'attitude des hommes, qui ne laisseraient pas le choix aux jeunes filles.

> *« Dans notre coutume même, normalement, on ne devrait pas faire des rapports avant le mariage ! Ce n'est pas bien. Mais, aujourd'hui (…), les hommes d'aujourd'hui, tu ne peux pas (…) c'est rare que tu gagnes un homme*** sérieux, que (…) bon, vous allez vous abstenir jusqu'à au mariage. C'est un peu difficile. Puisqu'il y a des gens même, ils vont venir te faire la cour aujourd'hui, demain ils vont venir te parler des trucs {rapports sexuels} (…). Bon, ton âge ne fait que s'augmenter, tout ça-là, tu es obligée de rentrer {de te marier} (…). Bon, si tu veux quand même le foyer {te marier}, (…) c'est difficile aujourd'hui d'avoir un homme et de s'abstenir ».* (Mathilde, 25 ans, niveau d'instruction secondaire, travaille dans un cyber café, célibataire sans enfant).

Une autre jeune fille, Roxane (21 ans, de niveau d'instruction secondaire, qui travaille comme vendeuse), qui n'est pas spécialement amoureuse de son copain, cherche aussi à préserver leur relation parce qu'elle désire se marier. Elle aurait bien voulu attendre le mariage, mais elle est confrontée aux « *normes* » en vigueur parmi les jeunes qui voudraient que la femme ait des rapports sexuels avec son prétendant pour lui éviter d'aller se satisfaire avec d'autres filles.

> *«Vraiment, si on me disait que j'allais avoir des relations sexuelles avant le mariage, j'allais dire à la personne d'aller faire toutes sortes de wak {envoûtements} avant de venir ! Je ne pensais même pas sortir avec quelqu'un et avoir des relations sexuelles. J'ai duré avec l'enseignant {son premier copain} (…) je lui ai dit que c'est mieux qu'on attende le mariage avant d'avoir des relations sexuelles. Il m'a dit que tu ne peux pas suivre un homme longtemps sans avoir de relations sexuelles avec lui (…) que je connais les hommes d'aujourd'hui, qu'avant ça valait mieux. Que si je veux vivre comme dans l'ancien temps, c'est dur, pour que tu aies quelqu'un qui va accepter de te suivre sans rapports sexuels, c'est dur. Que l'homme peut accepter te suivre sans relations sexuelles et s'il a envie, il va chercher d'autres filles dehors. Tu vas dire qu'il cherche d'autres filles alors que c'est toi qui l'auras cherché par ton refus d'avoir des relations sexuelles. Il y a certains hommes qui peuvent se maîtriser, comme il y en a qui ne se maîtrisent pas. Si tu rencontres quelqu'un que tu aimes et {qu'} il ne peut pas se maîtriser, tu es obligée de te donner si tu veux te marier avec lui. Mais si tu refuses catégoriquement d'avoir des relations sexuelles, c'est toi-même qui pousses le garçon à chercher d'autres filles dehors, et ça, ce n'est pas bon »* (Roxanne, 21 ans, niveau d'instruction secondaire, travaille comme vendeuse).

Une particularité est observée dans ce type de relation : à la suite de l'arbitrage entre leur désir de rester vierges jusqu'au mariage et la nécessité de satisfaire sexuellement leur

copain, des jeunes filles adoptent une sorte de compromis. Il consiste à avoir une sexualité minimale, c'est-à-dire des rapports sexuels aussi peu fréquents que possible avec leur copain. Roxane recommande d'ailleurs cette attitude aux jeunes filles. Elle pense en effet qu'en ayant une activité sexuelle fréquente avec son copain, ce dernier, déjà satisfait sur le plan sexuel, n'aurait plus de motivation pour l'épouser.

> *« Tu ne dois pas avoir des relations sexuelles fréquentes. Par exemple, une seule fois dans le mois, personne n'aura marre de l'autre et vous aurez toujours envie l'un de l'autre (…). Parce que le mariage, ce n'est pas se rencontrer aujourd'hui et se marier demain. Il faut que vous vous suiviez d'abord pour bien connaître vos caractères. Après, vous informez la grande famille que vous voulez vous marier et après vous faites vos rapports sexuels. Voilà pourquoi, selon moi, si tu suis un homme, il ne faut pas rapprocher vos rapports sexuels parce que, chaque fois-chaque fois coucher ensemble amène le dégoût de l'autre. Si vous vous séparez, tu vas dire que c'est parce que l'autre a couché avec toi qu'il t'a laissé tomber, et ça ce n'est pas bien. De nos jours, c'est difficile d'avoir un homme qui va accepter {de} te suivre sans rapport sexuel jusqu'au mariage. Si un homme accepte te suivre dans ces conditions, mets-toi à l'idée qu'il ne pense pas comme toi. S'il a envie, il va rejoindre d'autres filles, faire ce qu'il veut et revenir chez toi. Et toi, tu penses qu'il est à toi seule. Voilà pourquoi tu es obligée d'avoir des relations sexuelles avec ton copain, mais ne te donnes pas tout le temps ! »* (Roxanne, 21 ans, niveau d'instruction secondaire, célibataire sans enfant, travaille comme vendeuse).

Dans cette logique, Micheline (23 ans, de niveau d'instruction primaire, employée comme coiffeuse, célibataire sans enfant), aurait voulu se marier vierge pour avoir le respect de son mari. A défaut, elle se « *réserve* » au maximum[175]. De plus, elle considère une sexualité trop intense comme une invite à la domination masculine : *« C'est mieux de ne pas trop se donner à un garçon. Même si tu l'aimes, il ne faut pas trop montrer à l'homme que tu l'aimes ».*

Dans cette catégorie, quand le projet d'union est partagé par les deux partenaires, on observe une officialisation progressive de la relation dès que les circonstances s'y prêtent (fin des études, obtention d'un emploi par l'homme). La relation est progressivement affichée au fur et à mesure que le couple est connu et accepté des deux familles et le processus d'union suit son cours.

☞ Type 8 : L'union arrangée par les parents

Les enquêtés des deux sexes ayant vécu une union arrangée par les familles, de gré (chez la majorité d'entre eux) ou de force (chez quelques femmes, dont Jalimatou), appartiennent aux classes sociales défavorisées et peu instruites, et ont été socialisés selon le schéma

[175] Micheline a été abandonnée par le garçon avec qui elle a eu son premier rapport à 17 ans. Elle a tout fait ensuite pour que ses relations amoureuses restent platoniques. Elle n'hésitait pas à laisser partir ses partenaires quand ils insistaient trop sur la question. Elle a d'ailleurs fait attendre son copain actuel pendant quatre ans avant d'avoir des rapports sexuels avec lui, de façon très espacée (elle déclare qu'ils en ont eu deux rapports sexuels en un an). Elle aussi explique cette attitude par le fait qu'elle ne veut pas avoir une vie sexuelle intense avant le mariage.

traditionnel. L'unique relation amoureuse de Jélika (encadré ci-dessous) correspond à ce type de relation.

Jélika, 26 ans, est née au village dans une famille musulmane et polygame. Elle n'a pas été à l'école. Elle a vécu entre Ouagadougou en saison sèche et son village en saison pluvieuse, jusqu'à l'adolescence. Elle est aujourd'hui mariée à un maraîcher de 33 ans, cousin éloigné avec lequel elle vit à Ouagadougou. Ils ont quatre enfants dont le dernier est encore nourrisson. Elle a rejoint son mari dans son activité et ils vivent très modestement. Son mari s'efforce néanmoins de subvenir à leurs besoins, et Jélika lui vient en aide quand cela est nécessaire. Ils sont tous deux de religion musulmane.

L'unique partenaire sexuel de Jélika a été son mari avec lequel elle vit depuis ses 17 ans. Cela a été un mariage arrangé typique : son mari, du même clan qu'elle, l'a remarquée au village. Après une investigation qui lui a confirmé que Jélika était une jeune fille sans reproche, il a contacté sa famille. Consultée, elle qui, en fille moaga et musulmane bien éduquée, menait une vie rangée, s'en est remise à la décision de ses oncles sans pour autant connaître son prétendant. Le mariage a vite été arrangé et un an après, elle était chez son mari, un maraîcher de 25 ans. Elle a eu son premier rapport sexuel la nuit de ses noces et sa première grossesse dès les premiers jours du mariage. Son mari, avec lequel elle a connu une entente parfaite dès les premiers jours, l'a initiée peu à peu à la sexualité, au rythme de trois à quatre rapports par semaine.

Jélika vit en harmonie avec son mari avec qui elle communique beaucoup sur la sexualité. Il se montre respectueux et compréhensif envers elle. Elle explique cette complicité autour de la sexualité par le tempérament calme et le sérieux de son mari. Elle estime que la femme ne s'appartient pas, elle passe de la tutelle de son père à celle de son mari.

La plupart des unions polygamiques citées par les enquêtées se situent dans cette catégorie. Elles concernent 9 femmes de l'échantillon sur les 50[176]. Il s'agit de femmes peu instruites, de niveau de vie modeste, exerçant de petites activités économiques et de religion musulmane. Seule une d'entre elles, Jawa, a contracté librement une deuxième union, mais à la suite d'une première union arrangée par sa famille, dont elle s'est échappée.

- **Type 9 : L'union par libre choix, par amour**

Les unions par libre choix sont les plus nombreuses à être relatées par les enquêtés ayant déjà été mariés. Elles concernent des personnes de tous milieux sociaux. Parmi ces personnes, on retrouve autant de jeunes hommes et femmes qui n'ont cohabité avec leur conjoint(e) qu'après que le processus classique d'union ait été mené à son terme[177], que d'autres qui se sont installés ensemble sans qu'aucune cérémonie n'ait été célébrée. Cette dernière catégorie correspond surtout à des situations conflictuelles, en cas de désaccord d'une des familles ou de grossesse prénuptiale.

En dehors des situations conflictuelles, les circonstances et les modalités de l'entrée en union de ces jeunes ouagalais varient surtout selon les normes sociales en vigueur dans leur environnement et dans le degré de liberté qu'ils ont vis-à-vis de leurs familles en la matière.

[176] Il s'agit de Jafisatou, Madjara, Jawa, Jalimatou, Mounira, Jaratou, Jamie, Jassana et Maï. Jawa a vécu en union polygamique avec deux partenaires successifs.
[177] Ce qui signifie que la présentation officielle de la famille du garçon à celle de la fille, les fiançailles traditionnelles et les mariages civil et religieux ont été célébrés.

Dans de nombreux couples, si les autres cérémonies ont été célébrées avant la mise en union, le mariage civil a été repoussé jusqu'au moment où les moyens financiers seraient suffisants[178]. Il est effectivement survenu pour certains bien après la naissance des enfants et des années après le début de la cohabitation (cas de Minata). Les enquêtés parlent alors de « *régularisation* » de leur situation matrimoniale. Chez d'autres enquêtés, la mise en couple a eu lieu après les présentations des familles ou les fiançailles traditionnelles.

☞ **Type 10 : L'union par libre choix, pour « *être mariée* »**

Dans certains cas, l'histoire familiale de la jeune fille accentue l'urgence de sa quête d'un époux. Dans ces situations, survenant surtout au sein de familles défavorisées sur les plans socioéconomique et éducatif ou en crise, on remarque une tendance de la jeune fille à retenir le premier partenaire prêt à l'épouser. Il y a une abstraction presque totale des sentiments amoureux. Par exemple, Magalie (24 ans, élève du secondaire, célibataire, a eu un enfant à 16-17 ans) vit dans un environnement familial particulièrement hostile. Elle est née en pleine crise conjugale entre ses parents. Son père, estimant qu'il n'était pas son géniteur, l'avait reniée. Elle a donc été confiée à ses grands-parents maternels alors que ses frères et sœurs continuaient de vivre avec leurs parents. Ballotée ensuite de famille en famille, elle a subi plusieurs mésaventures, dont un abus sexuel alors qu'elle vivait dans la famille de sa copine (cet épisode est évoqué dans le type 5), ce qui a abouti à la naissance de sa fille. Même si elle a ensuite pu continuer sa scolarité et réintégrer sa famille, elle n'est toujours pas complètement acceptée par ses parents et ses frères et sœurs. Du fait de cette souffrance, autant elle que ses parents sont pressés de mettre fin à leur cohabitation, ce qui ne peut se faire honorablement que par le mariage. En grande partie à cause de cette situation, elle est résolument poussée par sa famille vers la consolidation de sa relation avec son copain. Ce dernier, qui dispose d'un emploi stable, finance les études de Magalie avec l'approbation de ses parents. La relation constitue une échappatoire pour la jeune fille qui a des difficultés relationnelles avec sa famille. Elle n'est pas vraiment amoureuse de lui. Elle est même plutôt attachée à un autre homme (qu'elle voit en cachette), mais reste avec son copain par intérêt. Ses parents, qui ne veulent pas qu'elle laisse échapper un si bon parti, font pression sur elle pour qu'elle vive avec lui, la poussant clairement à avoir des rapports sexuels avec lui, voire à provoquer une grossesse pour consolider la relation.

> *« Ce jeune-là, on a, on s'est rencontrés comme ça. Ce n'est pas qu'il y a eu une relation hein! Mais (…) il a payé ma scolarité en entier***. (...) les choses sont allées tellement vite. Il était en fait à Dédougou {ville situé à environ 240 km de Ouaga}, donc une fois il m'a invitée, j'ai dit à la vieille {sa mère}. Elle a dit:* « ah, pour quelqu'un qui a payé ta scolarité, il faut aller. Qu'est ce que tu crois ? Aujourd'hui-là, tu ne peux pas gagner quelqu'un qui va payer ta scolarité (…) ». *Quand je suis allée à Dédougou là-bas effectivement, franchement je me sentais redevable en fait, ce n'est pas que j'avais des sentiments pour lui hein! Je me sentais redevable. (…) de temps en temps il me donnait de l'argent de poche, je me sentais redevable. (…) Et quand il*

[178] Dans la pratique, les cérémonies civile et religieuses sont celles qui sont célébrées avec le plus de faste, ce qui nécessite des moyens financiers plus importants que pour les présentations de famille et les fiançailles.

venait, c'était en famille, il part chez ma grande sœur, il fréquentait les gens. Et, il a fait savoir à ma grande sœur que lui, il voulait vraiment que les choses évoluent entre nous. Elle aussi, elle a sauté sur l'occasion. Ma grande sœur m'a dit : "tu es là, tu as une situation bizarre {sa situation familiale difficile}. Au moins, si lui il essaye, il faut essayer de le laisser faire, il dit qu'il veut faire les choses {l'épouser}"*. Moi j'ai dit que franchement, je ne suis pas prête, je ne peux pas. (…) je ne ressentais pas de l'amour pour celui-là, là, sinon de la gratitude. Comme il le savait, il a essayé de mettre la pression sur les parents. Ma mère a commencé à dire «* en tout cas ce qui est sûr, tu as une situation, si tu laisses celui-là, là, moi je ne crois pas que tu puisses (…) de toutes les façons, tu as un enfant déjà, si lui il t'accepte avec ton enfant, moi je ne vois pas en tout cas un homme qui va t'accepter avec un enfant (...) *». (…) Franchement, je me suis laissée aller par la pression. Et, quand on a dit ça au vieux, c'était en fait un bon débarras pour lui. Le vieux pensait que non, si jamais on part faire les fiançailles-là au village, ou on fait la présentation de familles-là, moi je, je, je pourrais aller chez le gars comme je veux. C'est-à-dire que je serai obligée de rejoindre le gars pendant les congés, pendant les fêtes, tout ça-là. Dans ça, moi j'ai compris leur plan : le fait de rejoindre le gars à chaque fois, même les week-ends, j'allais prendre une grossesse. Avec la grossesse, bon, ce qui est sûr, on sera débarrassé en fait de moi. (…). Aujourd'hui je suis avec lui, mais qu'est ce qui se passe ? Je suis obligée de mener une double vie parce que en réalité, je n'ai pas de sentiments pour lui. Je n'ai pas de sentiments. Mais je n'ose pas dire que je n'ai pas de sentiments pour lui. Je ne veux pas être celle qui*** qui, qui, je ne sais pas, qui est (…) l'ingrate. Et je me dis souvent que peut-être qu'ils ont raison, et qu'effectivement, si tu laisses Mouni, aucun homme ne voudra se marier vraiment avec toi ».* (Magalie, 24 ans, élève du secondaire, célibataire, un enfant).

En définitive,

Si l'analyse a nécessité la présentation de catégories comportant des motivations nettes de la part des individus, il en est souvent autrement dans la réalité : il existe une multitude de relations intermédiaires entre les types cités, et de relations pour lesquelles plusieurs des motivations évoquées s'entremêlent. Peu d'enquêtés relatent, comme Jélika, une vie amoureuse et sexuelle appartenant à un seul type des relations citées.

4.2. Trajectoires relationnelles et sexuelles des jeunes

Des parcours relationnels étudiés, il ressort que, du fait de leur histoire de vie, et aussi sous l'influence des représentations sociales de la masculinité et de la féminité, de la pression au mariage et de l'étroitesse du marché matrimonial à Ouagadougou, les jeunes hommes et femmes sont parfois mus par des motivations très différentes.

Dans la plupart des cas, au gré des histoires personnelles des enquêtés, leur vie relationnelle et sexuelle évolue entre plusieurs types, parfois vécus de façon simultanée avec différent(e)s partenaires (types 3 et 7 par exemple) ou successive (type 1, puis types 3, 7 et 9 par exemple) comme l'histoire de Paouni en a fourni un exemple. La même relation

peut évoluer d'une relation occasionnelle pour le sexe (type 3), à une relation stable par amour (type 6) et, enfin, à une union par libre choix (type 9).

Le portrait de Mounir (encadré ci-dessous) montre comment ce dernier est passé des types 1 (initiation sexuelle par curiosité) avec sa première partenaire sexuelle à un autre type (certainement le type 3) avec les autres filles qu'il a fréquentées avant de rencontrer son épouse[179]. Ensuite, avec cette dernière, il est passé du type 7 (relation stable pour se marier plus tard) au type 9 (union par libre choix, par amour) peu de temps après.

[179] Les épisodes concernés ne sont pas suffisamment documentés pour les classer dans une catégorie.

Mounir, 26 ans, est marié depuis près de trois ans. Il est issu d'une famille polygame de quatre femmes et huit enfants. Il vit avec sa femme (19 ans) et son enfant au sein de la grande famille. La famille est musulmane, de faible instruction et de revenus plutôt modestes. Son père est un agent du service d'hygiène de la mairie, sa mère fait du petit commerce. Sa femme vend de la farine de maïs au marché. Lui-même fait du commerce, subvient aux besoins de son ménage mais sans plus. Il n'a pas fait l'école moderne, mais plutôt l'école coranique, ce qui est une tradition dans sa famille. Il est conscient de ses limites par rapport à ce manque d'instruction, il en parle souvent et regrette cette situation. Il a vécu sa petite enfance dans sa famille à Ouagadougou, puis a été envoyé à Bobo Dioulasso chez un ami de son père pour étudier le coran ; il y a vécu deux ans, puis est revenu pour quelques années dans sa famille, pendant lesquelles il a continué l'apprentissage du Coran. Il est ensuite allé au Ghana pour un contrat (maroquinerie), avant de revenir un an après. Il est de retour dans sa famille depuis quatre ans. Il a d'abord travaillé dans la vente de friperie avec son grand frère puis il a préféré entrer en apprentissage de peinture où il a appris son métier. Il travaille maintenant dans la calligraphie et la sérigraphie et tient une librairie en association avec un ami. Il est ambitieux et cherche le moyen de s'en sortir financièrement. Il participe aux dépenses de la famille de concert avec ses frères et son père.

Mounir a eu son premier rapport sexuel avec une voisine de quartier pendant qu'ils étaient encore très jeunes et insouciants (14 ans pour lui et 12 ans pour elle). Ce rapport est intervenu de façon occasionnelle un jour où ils se sont retrouvés seuls dans sa chambre. Ils ont eu honte ensuite et, de peur que leurs familles ne le découvrent, ils se sont évités pendant deux ans, après quoi ils sont redevenus amis et sortaient ensemble de façon ouverte. La relation s'est arrêtée quand il avait 21 ans, à la suite d'une dispute. Il a eu en tout neuf relations amoureuses, mais a eu des rapports avec seulement sept d'entre elles.

Il rencontre sa femme à un mariage, l'aborde et lui rend visite trois mois après. Dès le début, leur relation est placée sous le signe d'une relation sérieuse. Ils impliquent les familles et, quatre mois après leur première rencontre, ils célèbrent leurs fiançailles traditionnelles. Le mariage religieux intervient un mois et demi après. Ils ont actuellement un enfant de moins de deux ans. Mounir et sa femme ont eu leur premier rapport sexuel six mois après leur rencontre, à l'initiative de la fille, entre les fiançailles et le mariage. Mounir, s'il aime sa femme, n'est pas satisfait de leur vie sexuelle. Il trouve qu'il n'y a plus le même plaisir qu'au départ (monotonie) et avoue avoir été tenté de sortir avec d'autres filles, mais il est parvenu jusqu'à présent à demeurer fidèle à sa femme. Ils ont des rapports peu fréquents (au plus deux fois dans le mois). Il pense que c'est dû à cette lassitude et au fait qu'il est très préoccupé par la recherche de l'argent. Il ne communique pas avec sa femme sur ces sujets, il dit qu'elle n'aime pas en parler, mais ils n'ont pas non plus eu de désaccord à ce propos.

Mounir, tout en étant un jeune homme de son temps qui aime bien la fête, les causeries entre copains et les sorties, tient un discours fortement teinté de considérations religieuses. Il prend la plupart des décisions dans son couple. Sa femme accepte ses décisions de façon tacite, ils n'ont pas de désaccords importants. Il ne semble pas avoir un rapport de domination très fort sur sa femme, même s'il pense que l'homme est supérieur à la femme qui lui doit du respect. Il ne condamne pas la violence à l'égard de la femme mais déclare que, comme le prescrit sa religion, quand cela est nécessaire, il faut la corriger physiquement. Tout en énonçant cette règle, il laisse transparaître qu'il n'aimerait pas en arriver là, d'autant plus qu'il ne voudrait pas jeter sa vie privée en pâture aux autres comme il voit d'autres le faire. Il attribue l'infidélité des hommes à ce qui se passe quand l'homme a les moyens financiers et commence à déprécier sa femme. A ce comportement, il préfère la polygamie, qui selon les préceptes du Coran, permet à l'homme d'être pleinement satisfait en ayant tous les genres de femmes chez lui, ce qui lui évite d'être attiré vers une relation extraconjugale.

De même, l'analyse a fait ressortir, dans certains cas, des motivations très différentes, voire opposées, entre les partenaires, qui se placent alors dans des types différents. Ainsi, Nicole (encadré ci-dessous) a eu, comme beaucoup de jeunes filles scolarisées, une relation du type 1 (initiation sexuelle par curiosité), qui a rapidement évolué chez elle vers le type 7 (relation stable pour se marier plus tard), tandis que les motivations de son copain semblent relever plutôt du type 6 (relation stable par amour ou pour le sexe).

Enfin, de l'ensemble des récits analysés, un cheminement « *type* », relativement commun aux enquêtés, se dessine. Pour ceux dont le parcours correspond à cette progression, les premières relations sexuelles surviennent à l'adolescence dans le cadre de relations occasionnelles ou stables sans ambition matrimoniale : la majorité des enquêtés (39 femmes sur les 50 enquêtées et 19 hommes sur 26) ont eu leurs premiers rapports sexuels durant cette période[180]. Cette initiation survient au moment où ils éprouvent leurs premières pulsions sexuelles et ressentent le désir de découvrir la sexualité. Par la suite, entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, se nouent des relations plus inscrites dans la durée, au moment où les jeunes hommes, mais surtout les jeunes femmes, mûrissent des projets de mariage. Enfin, à des âges divers, survient l'entrée en union.

Conclusion : Une sexualité plurielle chez les jeunes de Ouagadougou

Les analyses réalisées dans ce chapitre ont permis de cerner différents types de relations de couple chez les jeunes ouagalais au regard de leurs motivations. Par ce biais, il a été possible de comprendre davantage l'évolution de leurs motivations pour avoir des relations sexuelles. L'analyse des motivations des jeunes en la matière fournit des éléments de compréhension et d'interprétation de leurs besoins préventifs et de leurs attitudes envers la prévention des risques sexuels.

La description du parcours relationnel de ces jeunes au moyen des biographies confirme le fait que, de nos jours, leur comportement sexuel diffère nettement de celui prescrit par les normes traditionnelles de leur société relatives à l'activité sexuelle et au mariage. Il est plus en phase avec les normes sociales actuelles, ce qui confirme l'ampleur des changements intervenus sur le plan des comportements sexuels dans les sociétés urbaines africaines en général (Adjamagbo et *al.* 2006 ; Adjamagbo et Calvès 2012 ; Locoh et *al*. 2007) et à Ouagadougou en particulier (Attané 2009 ; Mazzocchetti 2007). Les facteurs socioculturels transparaissent clairement à l'arrière-plan des motivations de l'entrée en sexualité et de l'activité sexuelle ultérieure des jeunes. Citons le double standard sexuel et les représentations de la sexualité, de la féminité et de la masculinité dans la société ouagalaise. Mais les données montrent que les jeunes se retrouvent pris entre des tensions contradictoires, à savoir la nécessité de respecter les normes sociales et leurs idéaux et désirs propres en matière de sexualité. Chaque couple, en fonction des choix et des ressources de chacun des partenaires, s'adaptera d'une manière ou d'une autre à ces tensions. Ainsi, la jeune fille issue d'un environnement conservateur aura des rapports sexuels tout en faisant de son mieux pour éviter une grossesse prénuptiale qui serait le révélateur de cette « *inconduite* ».

[180] C'est-à-dire, conformément à l'âge limite retenu dans l'étude pour la période de l'adolescence, avant l'âge de 20 ans.

Ces résultats confirment la déclinaison selon le genre et l'âge des facteurs sous-jacents aux choix préventifs. Il est donc d'autant plus important de considérer les adolescents et jeunes, non pas comme un groupe homogène, mais bien comme un ensemble de sous-groupes au vécu et aux besoins et désirs spécifiques. Il convient notamment de considérer séparément les jeunes hommes et les jeunes femmes, de même qu'il est pertinent de distinguer les relations sans visée matrimoniale de celles inscrites dans la durée. Dans les chapitres qui suivent, ces étapes de vie relationnelle et sexuelle sont successivement analysées dans le but d'en saisir les caractéristiques et les conséquences en termes de difficultés préventives rencontrées par les jeunes.

Chapitre 5 : Sexualité et prévention des risques sexuels chez les adolescents urbains du Burkina Faso

Introduction

Ce chapitre est consacré à l'analyse de l'exposition des adolescents urbains du Burkina Faso aux grossesses non prévues et au sida. Ces analyses ont été réalisées à l'aide des données quantitatives collectées lors de l'Enquête Nationale sur les Adolescents (ENA) en 2004. Ces données, présentées dans le chapitre méthodologique[181], portent notamment sur leur activité sexuelle, ses circonstances et ses modalités. La première section du chapitre décrit les niveaux d'activité sexuelle chez les filles et garçons de 12 à 19 ans. Leur exposition au sida et aux grossesses non prévues sont étudiées respectivement dans les deuxième et troisième parties.

5.1. L'activité sexuelle chez les adolescents du Burkina Faso

En tant que facteur déterminant pour leur exposition aux grossesses non prévues et au sida, l'entrée des adolescents en sexualité est primordiale dans l'analyse de leur comportement préventif. Pour appréhender l'ampleur de leur activité sexuelle, les proportions d'adolescents vivant en union ont été examinées dans un premier temps. Les niveaux d'activité sexuelle (et d'abstinence) des filles et garçons célibataires ont ensuite été déterminés. Enfin, nous avons observé les caractéristiques des adolescents n'ayant jamais eu de rapports sexuels et les motifs de cette abstinence sexuelle.

5.1.1. L'union chez les adolescents burkinabè

La caractéristique étudiée ici est le fait, pour les adolescents, d'avoir déjà connu une union[182]. Si au niveau national, le phénomène est quasiment nul chez les garçons de 12 à 19 ans (seulement 0,9% d'entre eux déclarent avoir déjà été en union), plus du dixième des adolescentes (14,5%) sont concernées[183] (tableau 5.1). La distribution du statut matrimonial de ces dernières[184] selon leurs principales caractéristiques sociodémographiques montre que le phénomène est plus fréquent dans les ethnies majoritaires (Mossi, Peul et Gourmantché) que dans les autres ethnies[185]. De même, en toute logique, la fréquentation scolaire induit une différence dans les niveaux d'union des adolescentes, ce dans tous les

[181] Voir à partir de la page 105.
[182] Rappelons qu'il s'agit ici de l'union au sens large, telle que déclarée par les enquêtés (la définition de ce concept figure dans le chapitre 3, à la page 83).
[183] Sur les 466 adolescents ayant déclaré avoir déjà été en union, seul un d'entre eux ne l'était plus au moment de l'enquête.
[184] L'effectif d'adolescents de sexe masculin concernés (26 garçons sur les 466 adolescents ayant été en union) ne permet pas de tirer des conclusions fiables sur la distribution observée.
[185] La faiblesse des effectifs ne permet par d'appréhender ces différences en milieu urbain.

milieux de résidence. Il en est de même de l'âge, les adolescentes de 12 à 14 ans étant beaucoup moins concernées par le mariage (0,5%) que celles de 15 à 19 ans (24,6%).

Tableau n°5.1. Proportions de jeunes (12-19 ans) ayant déjà connu une union selon leur sexe, leur milieu d'habitat et quelques caractéristiques sociodémographiques. N=5955

Caractéristiques	Pourcentages								Effectifs d'adolescents enquêtés au niveau national*	
	Ouagadougou		Autres villes		Rural		Ensemble			
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Ethnie										
Bissa-Samo-gourounsi	-	-	-	16,7	-	8,8	-	9,0	380	300
Lobi-dagara	-	-	-	-	-	-	-	11,7	374	291
Mossi-peul-Gourmantché	1,1	6,8	-	7,2	1,0	17,9	0,9	15,0	1981	2242
Autres	-	-	-	13,2	-	22,4	-	20,3	175	212
Religion										
Musulman	-	7,8	-	11,4	1,1	18,6	0,9	16,9	1853	1860
Catholique	-	5,5	-	-	-	11,8	-	9,0	549	680
Protestant	-	-	-	-	-	12,1	-	5,7	107	138
Animiste	-	-	-	-	-	14,0	-	14,2	401	365
Groupes d'âge										
12-14	-	-	-	-	-	0,5	-	0,5	1283	1278
15-19	2,5	9,5	-	13,2	1,6	30,6	1,6	24,6	1629	1765
Niveau d'instruction										
Aucun	-	14,6	-	18,4	0,7	20,3	0,7	19,9	1480	1917
Primaire	-	5,5	-	5,8	1,1	5,5	0,9	5,5	1014	798
Secondaire	2,9	4,4	-	-	-	10,0	1,7	4,3	418	329
Ensemble (%)	**1,7**	**6,9**	**0,0**	**8,4**	**0,9**	**16,9**	**0,9**	**14,5**		
Ensemble (n)	*6*	*34*	*0*	*25*	*20*	*381*	*26*	*440*		
Effectifs totaux*	*352*	*496*	*264*	*298*	*2296*	*2249*	*2912*	*3043*	*2912*	*3043*

Source : ENA (2004). Fichier pondéré.
* Les totaux des observations des différentes modalités sont parfois légèrement différents du total général suite à des arrondis après pondération.
- Effectif faible (inférieur à 5).

Pour résumer, les adolescentes les plus âgées, vivant en milieu rural, appartenant au groupe ethnique Mossi-Peul-Gourmantché, non scolarisées et de religion musulmane étaient les plus nombreuses à avoir déjà été en union au Burkina Faso en 2004[186].

5.1.2. La sexualité prénuptiale et l'abstinence chez les adolescents burkinabè

Les niveaux d'activité sexuelle prénuptiale enregistrés chez les adolescents burkinabè en 2004 montrent une plus grande occurrence du phénomène chez les garçons (21%) que chez les filles (14,5%) (tableau 5.2). Dans l'ensemble du pays, les adolescents les plus âgés, ceux appartenant au groupe ethnique Mossi-Peul-Gourmantché et aux religions musulmane et protestante, les plus instruits et les urbains, sont plus nombreux que les autres à être engagés dans une activité sexuelle prénuptiale. Cette configuration change quand on limite l'analyse à la ville de Ouagadougou : dans la capitale du pays, les adolescents les plus nombreux à entrer en sexualité appartiennent aux ethnies Lobi-Dagara, sont de religion catholique (garçons) et musulmane (filles), et sont sans instructions (garçons) ou de niveau d'instruction primaire (filles) [187]. Dans tous les milieux de résidence, les niveaux d'activité

[186] Rappelons toutefois qu'il s'agit de données d'enquête transversales. De ce fait, les adolescents interrogés n'ont pas la même durée d'exposition au risque d'avoir des rapports sexuels.
[187] La faiblesse des effectifs ne permet pas de saisir entièrement la distribution de l'activité sexuelle en fonction de l'ethnie et de la religion chez les adolescents en milieu urbain et à Ouagadougou.

sexuelle s'accroissent avec l'âge. En fin de compte, 61,6% des garçons et 51,3% des filles de 19 ans déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel.

Tableau n°5.2. Proportions d'adolescents (12-19 ans) célibataires ayant déjà eu un rapport sexuel selon leur milieu d'habitat, leur sexe et quelques caractéristiques sociodémographiques. N=5491

Caractéristiques	Pourcentages								Effectifs d'adolescents célibataires au niveau national*	
	Ouagadougou		Autres villes		Rural		Ensemble			
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Ethnie										
Bissa-Samo-gourounsi	17,3	12,2	20,8	19,2	10,9	8,7	12,4	10,3	378	272
Lobi-dagara	46,2	14,8	-	16,7	10,0	9,4	11,4	11,4	371	256
Mossi-peul-gourmantché	20,5	-	22,5	18,6	23,2	13,3	24,4	15,6	1963	1906
Autres	-	-	23,7	24,2	19,8	8,8	20,7	13,6	175	169
Religion										
Musulman	27,8	25,9	25,0	19,6	21,3	12,6	22,5	15,6	1836	1545
Catholique	31,0	17,4	18,5	17,7	16,0	14,4	19,0	15,7	546	619
Protestant	-	-	-	-	23,2	-	24,3	-	106	126
Animiste	-	-	-	-	15,7	11,1	15,8	11,1	398	314
Groupes d'âge										
12-14	7,0	-	-	-	6,0	1,4	5,8	1,6	1283	1272
15-19	39,8	30,6	37,1	29,7	31,3	25,0	33,1	26,9	1604	1331
Age										
12	-	-	-	-	4,1	-	3,6	-	440	476
13	-	-	-	-	7,0	-	6,8	-	459	413
14	16,7	-	-	-	7,1	2,0	7,4	2,9	391	384
15	29,5	12,1	14,3	11,1	15,6	11,9	16,9	11,8	419	423
16	23,5	31,6	22,6	23,1	23,4	17,6	23,4	21,2	321	354
17	25,5	29,2	44,7	35,7	27,6	40,4	29,3	37,1	324	264
18	54,2	35,6	59,3	42,4	46,0	48,2	48,8	42,9	301	175
19	61,4	49,1	53,8	52,6	63,0	53,2	61,6	51,3	232	115
Niveau d'instruction										
Aucun	51,7	15,9	21,1	16,2	21,0	12,3	21,6	12,7	1470	1536
Primaire	29,1	24,8	17,5	16,3	16,4	10,0	18,4	14,9	1006	753
Secondaire	24,9	20,2	30,6	23,2	20,9	28,9	25,1	22,4	411	315
Ensemble (%)	**28,9**	**21,6**	**23,1**	**18,7**	**19,5**	**12,2**	**21,0**	**14,5**		
Ensemble (n)	*100*	*100*	*61*	*51*	*444*	*227*	*605*	*378*		
Effectifs totaux*	*346*	*463*	*264*	*273*	*2277*	*1868*	*2887*	*2604*	*2887*	*2604*

Source : ENA (2004). Fichier pondéré.
* Les totaux des observations des différentes modalités sont parfois légèrement différents du total général suite à des arrondis après pondération.
- Effectif faible (inférieur à 5).

Soulignons que les données analysées ici sont transversales (et que les adolescents n'ont donc pas eu la même durée d'exposition au risque).

L'abstinence sexuelle a été étudiée au Burkina Faso et dans les autres pays concernés par l'ENA (à savoir le Malawi, l'Ouganda et le Ghana) par Kabiru et Ezeh (2007). L'étude a montré que, pour les adolescents de 15 à 19 ans, l'appartenance sexuelle et leur engagement dans des relations amoureuses constituaient les premiers déterminants de leur entrée en sexualité. Parmi les adolescents burkinabè qui ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels, le sentiment d'être trop jeune pour avoir des rapports sexuels (raison surtout émise par les garçons, soit environ un quart d'entre eux), le désir d'attendre le mariage (évoqué par deux fois plus de filles que de garçons) et la peur d'une grossesse (citée par quatre fois plus de filles que de garçons) ont été les motifs les plus souvent

déclarés. La crainte d'une IST ou du sida est donnée comme raison de leur abstinence sexuelle par relativement peu d'adolescents concernés (environ un dixième)[188]. Les comparaisons entre pays montrent que, de façon générale, les adolescents malawites et ougandais citaient la peur du sida beaucoup plus fréquemment que les burkinabè et ghanéens. En revanche, ces derniers étaient plus enclins que les autres à évoquer des raisons liées au désir d'éviter une sexualité ou une grossesse prénuptiale. D'après les auteurs, ces dissemblances pourraient être imputables aux légères différences existant dans les normes socioculturelles et aux écarts dans les niveaux de séroprévalence entre ces pays. De plus, les campagnes de promotion de l'abstinence ont particulièrement été utilisées comme moyen de prévention du sida dans les deux pays les plus touchés par le VIH (Malawi et Ouganda). Cela a certainement contribué à forger le lien entre l'abstinence sexuelle et la prévention du sida dans l'esprit des adolescents qui y ont été exposés. Les différences entre garçons et filles sont aussi conformes aux représentations de la sexualité dans les quatre pays, les filles étant en général plus enclines à se sentir responsables d'une éventuelle grossesse et étant aussi les premières à en subir les conséquences (Kabiru et Ezeh 2007). De fait, les motivations citées par les adolescents burkinabè sont cohérentes avec leurs références socioculturelles : les filles étant les plus soumises à la pression familiale et aussi aux sanctions sociales à propos des grossesses prénuptiales (Badini 1994 ; Mazzocchetti 2007), il est normal qu'elles fassent montre de plus de vigilance pour les éviter.

5.2. L'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida

Le niveau d'exposition des adolescents sexuellement actifs[189] au sida a été mesuré d'abord à partir des données de l'ENA et examiné en fonction de leurs principales caractéristiques sociodémographiques. Des analyses explicatives ont ensuite été réalisées.

Dans la pratique, les niveaux de connaissance de leur statut sérologique sont très faibles chez les enquêtés[190]. On ne dispose pas non plus d'information concernant l'expérience sexuelle du (de la) partenaire avec lequel ils ont eu leur dernier rapport sexuel. De ce fait, pour ces analyses, l'exposition au sida a finalement été saisie à travers le non usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les adolescents sexuellement actifs durant les douze mois précédant l'enquête. Au sein de l'échantillon d'adolescents sexuellement actifs (1125 individus, soit 446 garçons et 679 filles), tous ceux dont le dernier rapport sexuel n'a pas été protégé sont considérés comme ayant été exposés au sida[191].

[188] Les auteurs mentionnent toutefois les limites du questionnaire utilisé à saisir les réponses des adolescents de façon adéquate : les possibilités de réponses fournies à la question sur les motivations de l'abstinence sexuelle omettaient des modalités potentiellement importantes telles que la peur de la réaction des parents, les croyances religieuses, etc. (Kabiru et Ezeh 2007, p 29).

[189] Ont été considérés comme adolescents sexuellement actifs au moment de l'enquête, ceux qui ont déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des douze mois la précédant.

[190] Moins de 5% des filles et garçons enquêtés connaissaient leur statut sérologique en 2004 (Guiella et Woog 2006).

[191] Notons que, ce faisant, une part non négligeable des rapports sexuels néanmoins protégés du VIH est occultée : ceux avec un(e) partenaire n'ayant jamais été exposé au risque et ceux survenant dans le cadre d'une relation exclusive entre partenaires séronégatifs.

5.2.1. Niveaux d'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida et facteurs associés

La différence d'exposition au sida est notable entre filles et garçons : ce sont 53,4% des garçons et 74% des filles sexuellement actifs qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel au cours des 12 mois précédant l'enquête (annexe 5.1).

Tant les besoins en matière de prévention que les facteurs et mécanismes en jeu dans le comportement préventif des adolescents sont à examiner en tenant compte de la particularité de leur situation. Ainsi, l'occurrence du mariage en leur sein est à considérer dans l'analyse de leur exposition aux risques sexuels. Le tableau 5.2 présente la distribution de cette exposition en fonction de la nature de la relation entre les partenaires et le milieu de résidence de l'enquêté.

Tableau n°5.3. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant été exposés au sida lors de leur dernier rapport sexuel (12 derniers mois) selon leur milieu de résidence. N=1125.

Milieu de résidence	Proportions (%)					
	Garçons			Filles		
	Célibataires	En union	Ensemble	Célibataires	En union	Ensemble
Ouagadougou	14,3	-	15,4	18,4	69,2	31,4
Autres villes	25,6	0	25,6	69,8	87,5	50,7
Rural	65,6	81,8	66,2	65,2	96,9	85,5
Ensemble	52,5	83,3	53,4	48,5	94,4	74,0
Effectifs ensemble	*434*	*12*	*446*	*303*	*377*	*680*

Source : ENA (2004). Fichier pondéré.
- Effectif faible (inférieur à 5)

L'exposition des filles et garçons au sida varie de façon importante en fonction de leur milieu de résidence (tableau 5.3). Ceux vivant dans les villes secondaires (25,6% des garçons et 50,7% des filles) et les ruraux (66,2% des garçons et 85,5% des filles) sont plus nombreux que ceux vivant à Ouagadougou (15,4% des garçons et 31,4% des filles) à avoir eu leur dernier rapport sexuel sans protection contre le VIH. On sait que cette association entre le milieu de résidence et la prévention traduit en partie l'effet de la différence d'offre de services de santé reproductive entre les milieux urbains et ruraux ainsi que celui des capitaux socio-éducatifs de l'individu (notamment l'instruction et les connaissances en matière de prévention).

La différence d'exposition entre filles et garçons est présente dans tous les milieux de résidence. En ce qui concerne le type de relation avec le partenaire concerné, les données montrent que plus la relation était stable et socialement reconnue, et moins le préservatif a été utilisé lors du dernier rapport sexuel. Ainsi, dans l'ensemble de l'échantillon, seulement 16,7% des garçons et 5,6% des filles ayant eu leur dernier rapport sexuel avec leur

conjoint(e) ont utilisé un préservatif[192] (annexe 5.2). Cette protection concerne environ la moitié des couples quand il s'agit de relations stables (copain et copine) mais non maritales (48,9% chez les garçons et 51,2% chez les filles). Quant aux relations sexuelles avec des partenaires occasionnels, elles semblent avoir suscité, chez les garçons, la prise de risques la plus importante car seulement 36,4% ont utilisé un préservatif lors de ces relations contre 48,9% avec leur copine. On n'observe pas vraiment de différence notable chez les filles à ce niveau, mais il faut relever qu'elles sont très peu nombreuses à déclarer avoir eu ce dernier rapport avec une relation occasionnelle (19 individus).

Les niveaux d'exposition au sida mesurés dans ces analyses s'avèrent donc plus importants chez les filles et garçons en union que chez les célibataires. La différence est proche du simple au double chez les adolescentes en union. Il faut toutefois relativiser ces résultats dans la mesure où le préservatif ne constitue pas la principale méthode de prévention du sida chez ces couples. En effet, du fait de l'impossibilité de saisir l'existence d'une relation exclusive entre partenaires séronégatifs chez les enquêtés, une part importante de cette prévention est occultée. Les niveaux mesurés ici sont donc surestimés dans une certaine mesure.

Outre le sexe, le statut matrimonial et le milieu de résidence, la distribution de cette exposition au sida chez ces adolescents se montre très variable en fonction d'un certain nombre de facteurs. On peut citer notamment l'environnement socioculturel de l'individu, ses capitaux personnels, son expérience en matière de prévention, ses connaissances relatives à la prévention et sa capacité de négociation face à son (sa) partenaire.

- **Environnement socioculturel et capitaux personnels**

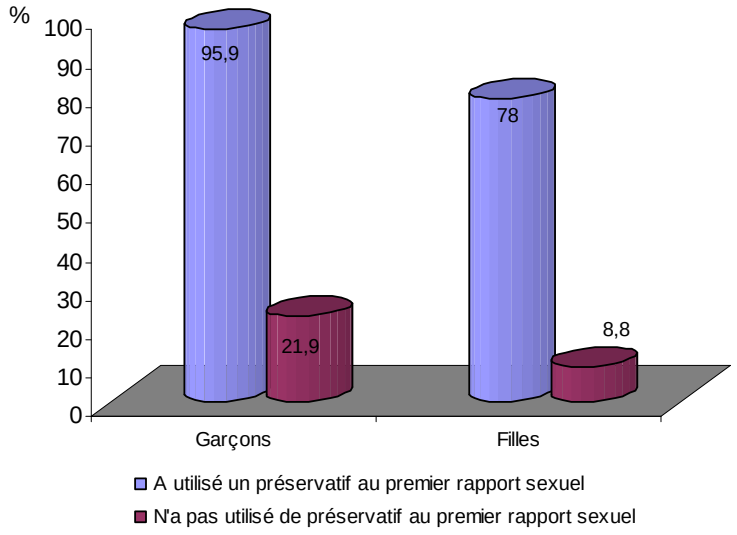
Pour ce qui est des capitaux personnels des adolescents, leur socialisation en milieu urbain et leur niveau d'instruction sont positivement associés à l'utilisation du préservatif chez les filles et garçons. L'âge semble également induire une différence dans leur recours au préservatif[193].

- **Expérience préventive**

L'expérience préventive[194] est très nettement associée à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les adolescents : les garçons ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel ont aussi, dans une très large mesure (95,9%), usé de cette protection lors de leur dernier rapport. La répétition de ce comportement préventif est moins

[192] Il faut souligner la faiblesse de l'effectif des garçons concernés, qui ne sont que 12 dans l'échantillon d'analyse à être en union.
[193] Toutefois, l'échantillon d'adolescents sexuellement actifs durant les 12 derniers mois compte seulement 47 garçons et 20 filles de 12 à 14 ans, ce qui peut affecter la mesure de la différence de comportement entre les deux groupes d'âges.
[194] L'expérience préventive est définie ici comme l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel. Sa définition complète figure dans le chapitre méthodologique.

systématique chez les filles : «*seulement*» 78% de celles ayant eu leur premier rapport sous protection ont également utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport (figure 5.1).



Source : ENA (2004)

Figure n°5.1. Proportion de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel selon cette utilisation au premier rapport sexuel

Ce lien entre l'usage du préservatif lors de l'initiation sexuelle et le comportement ultérieur montre l'effet bénéfique de l'expérience préventive sur la propension des adolescents à se protéger contre le sida dans leurs relations actuelles[195].

☞ Connaissances théoriques et opérationnelles

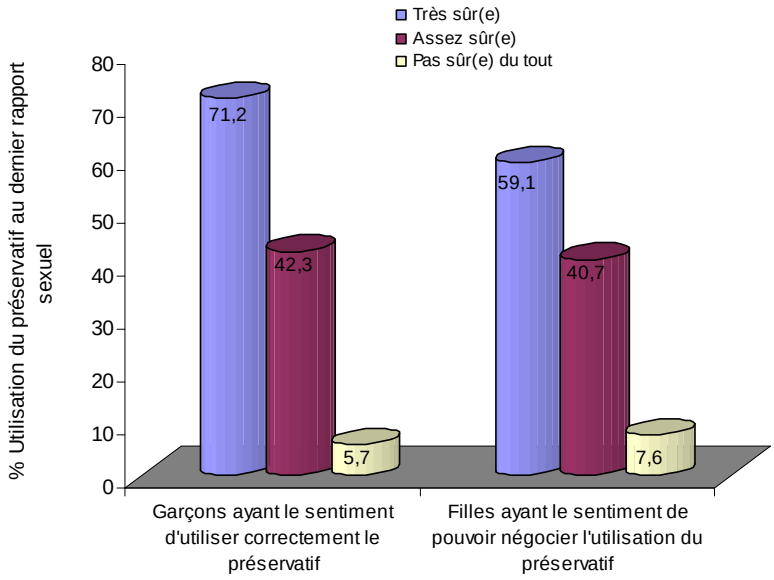
Conformément aux résultats généralement obtenus dans les études sur la prévention chez les adolescents, le fait d'avoir reçu des informations sur le sida introduit une différence dans l'usage du préservatif chez les adolescents de l'échantillon. Néanmoins, cette simple exposition à la connaissance ne semble pas avoir eu un impact très important en termes de changement de comportement. En effet, les garçons et filles ayant été exposés aux média ou à des messages sur la prévention sont loin de s'être tous protégés lors de leur dernier rapport sexuel (respectivement 48,1% et 29% d'entre eux l'ont fait). La même observation peut être faite en ce qui concerne, d'une part, leurs connaissances théoriques sur la prévention de la transmission sexuelle du sida[196] et d'autre part, l'évaluation du risque face à

[195] Mentionnons toutefois qu'il n'a pas été possible de déterminer dans les données si les deux rapports sexuels considérés (le premier et le dernier survenu durant les 12 derniers mois) étaient strictement différents. Dans le cas (probablement existant) où il s'agit d'un unique rapport chez certains des enquêtés, le lien entre l'expérience préventive et le recours à la prévention lors du dernier rapport sexuel serait sur-interprété ici.

[196] Les connaissances théoriques sur la prévention de la transmission sexuelle du sida sont approchées à travers un indicateur composite. Trois variables sont prises en compte, à savoir la connaissance de l'abstinence comme mode de prévention du sida, celle de la relation exclusive avec un partenaire sain et celle de l'usage systématique du préservatif (annexe 3.7 sur la construction des variables).

un partenaire donné[197]. Ces facteurs n'induisent pas non plus une prévention systématique chez les adolescents. Ces résultats confirment, pour les adolescents burkinabè, le fait que la prévention du sida chez les individus dépend de bien d'autres facteurs que la conscience du risque ou l'attitude envers l'utilisation du préservatif (Desgrées du Loû 2005).

A la différence des connaissances théoriques en matière de prévention, les connaissances opérationnelles[198] sont associées de façon nettement plus positive à un plus grand usage du préservatif chez les adolescents. En effet, les garçons et filles ayant une bonne connaissance de l'usage du préservatif ont été nettement plus nombreux (respectivement 52,3% et 38,5%) que ceux qui en ont une connaissance approximative (17,3% des garçons et 8,9% des filles) à en avoir utilisé un lors de leur dernier rapport sexuel. En outre, l'utilisation d'un préservatif varie nettement chez les garçons avec leur sentiment d'être capables d'utiliser correctement cette méthode de prévention. Ainsi, 71,2% de ceux qui en sont certains ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport contre 42,3% de ceux qui en sont moyennement sûrs et 5,7% de ceux qui n'en sont pas sûrs du tout (figure 5.2).



Source : ENA (2004)

Figure n°5.2. Proportion de garçons et filles ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel selon leur sentiment de pouvoir l'utiliser correctement/de pouvoir négocier son usage

[197] Notons que ce concept a pu être approché dans les données uniquement à travers la conscience du fait qu'un individu apparemment en bonne santé peut être porteur du virus du sida, ce qui ne constitue pas une mesure très précise de l'appréhension du risque associé à un partenaire précis (annexe 3.7 sur la construction des variables).

[198] Il s'agit des connaissances précises en matière d'utilisation de la méthode. Ce concept est saisi par un indice créé à partir de quatre variables, à savoir (annexe 3.7) :

- Le fait d'avoir déjà assisté à une démonstration du port du préservatif,
- La connaissance du fait qu'il faut porter le préservatif avant le début du rapport sexuel,
- La connaissance du fait qu'il faut porter le préservatif quand le pénis est en érection et
- Le fait d'être d'accord ou non avec l'affirmation selon laquelle un préservatif peut servir plusieurs fois.

- **Capacité de négociation**

La perception, par les filles, de leur capacité à négocier l'utilisation du préservatif est significativement associée à son usage effectif lors de leur dernier rapport sexuel (annexe 5.1). Le dernier rapport sexuel était protégé chez 59,1% des filles qui étaient certaines de leur capacité de négociation[199], contre 40,7% chez celles qui en étaient moyennement sûres et 7,6% chez celles qui n'en étaient pas sûres du tout.

- **Accès à la prévention**

Diverses variables relevant de l'accès à la prévention ont un lien avec l'utilisation du préservatif par les adolescents enquêtés lors de leur dernier rapport sexuel. Tant l'accès au test de dépistage que l'accès à la contraception[200] sont positivement liés à l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Ainsi, 61,2% des filles déclarant que le test de dépistage du sida est disponible gratuitement se sont protégées, contre 39,5% de celles qui pensaient qu'il est payant et 21,5% de celles qui ne pensaient pas y avoir accès du tout.

5.2.2. Déterminants de l'exposition des adolescents sexuellement actifs au sida

Les effets des facteurs associés à l'exposition des filles et garçons au sida lors de leur dernier rapport sexuel ont été mesurés au moyen de régressions logistiques.

- **Variables retenues pour les analyses de régressions**

A partir des variables explicatives opérationnalisées pour refléter les concepts du cadre théorique, une sélection a été opérée en tenant compte des éventuelles colinéarités. Ces variables étant essentiellement qualitatives, la vérification de la multicolinearité a été effectuée au moyen de tableaux de contingences (Fox 1999 ; Rizzi *à paraître*). Par exemple, en raison de son association importante avec le milieu de résidence et aussi avec le niveau d'instruction, le milieu de socialisation a été retiré des modèles d'analyse. Néanmoins, du fait de leur importance dans le cadre conceptuel, le milieu de résidence et le niveau d'instruction ont tous deux été gardés dans le modèle en dépit de leur lien relativement fort. Quant à l'expérience préventive, elle s'avère fortement liée au milieu d'instruction de l'individu et à sa confiance en ses capacités à utiliser correctement le préservatif. De ce fait, elle a également été retirée des modèles. Au terme de la procédure pas-à-pas utilisée, les modèles testés se composent de 10 variables (tableau 5.4).

[199] Reste à savoir s'il s'agit d'un effet réel de leur capacité de négociation. Il peut en effet y avoir dans leurs déclarations, entre autres explications, un effet de rationalisation à postériori de leur comportement préventif.
[200] Rappelons que cette variable est utilisée pour saisir l'accès au préservatif.

Tableau n°5.4. Variables indépendantes utilisées dans les régressions logistiques multivariées sur l'exposition des adolescents au sida

Rubrique	Variables
Environnement socioculturel	Milieu de résidence
Capitaux personnels	Sexe Groupes d'âge Niveau d'instruction
Connaissances théoriques	Connaissance théorique de la prévention transmission sexuelle des IST/Sida
Evaluation des risques dans la relation concernée	Perception du risque d'IST/Sida face au partenaire concerné
Choix préventif/attitude face à la prévention	Légitimité d'utilisation du préservatif
Connaissances opérationnelles en matière de prévention et capacité de négociation	Connaissance de l'utilisation correcte du préservatif Perception de sa capacité à utiliser correctement le préservatif (garçons)/ à négocier l'utilisation du préservatif (filles)
Accessibilité de la prévention	Accès à la contraception moderne (au préservatif)

Une variable est spécifique aux adolescentes : la perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif avec son partenaire. De l'autre côté, la perception de sa propre capacité à utiliser correctement le préservatif (qui renvoie aux connaissances opérationnelles en matière de prévention) a été recueillie uniquement auprès des adolescents de sexe masculin[201]. La variable rendant compte du statut de la relation a également été ôtée des modèles en raison du faible effectif d'adolescents sexuellement actifs ayant déclaré que leur dernière relation sexuelle était occasionnelle. Notons, par ailleurs, que l'accès des adolescents aux contraceptifs a été utilisé pour mesurer celui au préservatif car cette information précise n'était pas disponible dans les données. L'information utilisée ici englobe toutes les autres méthodes contraceptives modernes. Précisons enfin que toutes les variables utilisées dans les modèles sont considérées au niveau individuel.

Compte tenu des faibles effectifs d'adolescents interrogés à Ouagadougou, ces analyses ont été circonscrites au niveau national et aux adolescents urbains. Comme des études antérieures l'ont démontré (Chireshe et Chireshe 2011 ; Desgrées du Loû 2005 ; Leroy 2006), la vie en union induit une relation de couple et des besoins spécifiques qui ont un impact particulier sur le comportement de prévention du sida[202]. De ce fait, l'analyse de l'exposition au sida est faite de façon séparée pour les adolescents en union et les célibataires.

[201] Ces deux variables ont été saisies de façon spécifique auprès des filles ou des garçons lors de l'enquête (Q515 du questionnaire à l'annexe 3.5, page 199).
[202] Voir la page 56.

☞ Déterminants de l'exposition des adolescents célibataires sexuellement actifs au sida

- ***Effets bivariés***

Les analyses bivariées confirment l'influence de certaines variables associées à l'exposition des adolescents enquêtés au sida (ou à la non-utilisation du préservatif) sur leur recours au préservatif (tableau 5.5).

Au niveau national, les variables du cadre théorique ayant les pouvoirs prédictifs les plus élevés sur l'exposition des filles et garçons au sida sont la perception de sa capacité à utiliser correctement le (garçons)/à négocier l'utilisation du (filles) préservatif (R^2=0,31), le milieu de résidence (R^2=0,23) et le niveau d'instruction (R^2=0,20).

Quant on s'intéresse spécifiquement aux adolescents urbains (tableau 5.6), l'effet bivarié de ces deux derniers facteurs baisse considérablement : le milieu de résidence (R^2=0,03) et le niveau d'instruction (R^2=0,06) ont désormais un effet de loin inférieur à celui enregistré au niveau national. Cette différence est certainement imputable au fait que l'écart dans l'offre de services de prévention dans les milieux urbains et ruraux exerce une influence importante dans le modèle appliqué au niveau national, influence qui ne s'exerce plus autant quand on limite l'analyse au milieu urbain. On remarque que l'effet bivarié de la confiance des filles et garçons en leur capacité à négocier l'utilisation (ou à utiliser correctement) le préservatif (R^2=0,17) y est aussi moindre qu'au niveau national.

A cette étape de l'analyse, le sexe des adolescents, leurs connaissances en matière de prévention et leur accès au préservatif ne semblent pas influencer leur utilisation du préservatif de façon très importante.

Tableau n°5.5. Risques de contracter le sida lors d e leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans au niveau national .N=735.

Variables	***Modalités***	**Rapports de chances (Odds ratios)**					
		Effets bruts	**Modèle 1**	**Modèle 2**	**Modèle 3**	**Modèle 4**	**Modèle 5**
Milieu de résidence	Ouagadougou Autres villes Rural	**0,10***** **0,21***** **R**	**0,11***** **0,22***** **R**	**0,17***** **0,42***** **R**	**0,17***** **0,44***** **R**	**0,18***** **0,46***** **R**	**0,22***** **0,56*** **R**
	Khi² R²	**140,75***** **0,23**					
Sexe	Garçons Filles	**1,17** **R**		**0,98** **R**	**0,98** **R**	**1,01** **R**	**1,32** **R**
	Khi² R²	**1,11** **0,00**					
Groupes d'âge	12-14 ans 15-19 ans	**2,85***** **R**		**2,26***** **R**	**2,24**** **R**	**2,06**** **R**	**1,31** **R**
	Khi² R²	**14,19***** **0,03**					
Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire	**10,86***** **3,92***** **R**		**4,21***** **2,65***** **R**	**4,19***** **2,62***** **R**	**3,88***** **2,44***** **R**	**2,76***** **1,93***** **R**
	Khi² R²	**118,62***** **0,20**					
Connaissance théorique des moyens de prévention de la transmission sexuelle des IST/SIDA	Bonne connaissance Connaiss, moyenne Connaissance vague	**0,45***** **0,97** **R**		**0,67** **1,42** **R**	**0,69** **1,45** **R**	**0,65** **1,33** **R**	**0,81** **1,34** **R**
	Khi² R²	**21,30***** **0,04**					
Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné	Pas consct(e) du risque Conscient(e) du risque	**2,58***** **R**			**1,26** **R**	**1,20** **R**	**0,74** **R**
	Khi² R²	**31,53***** **0,06**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime Légitime	**2,50***** **R**				**1,78***** **R**	**1,21** **R**
	Khi² R²	**36,62***** **0,07**					
Connaissance opérationnelle de l'utilisation correcte du préservatif	Bonne Moyenne à erronée	**0,21***** **R**					**0,65** **R**
	Khi² R²	**49,29***** **0,09**					
Perception de sa capacité à utiliser correctement le/ à négogier l'usage du préservatif	Très sûr(e) Assez sûr(e) Pas sûr du tout	**0,06***** **0,18***** **R**					**0,12***** **0,27***** **R**
	Khi² R²	**189,43***** **0,31**					
Accès à la contraception moderne	Non Oui	**3,06***** **R**					**1,90***** **R**
	Khi² R²	**53,47***** **0,09**					
Khi² du modèle			**124,49*****	**171,94*****	**173,33*****	**184,00*****	**283,08*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0,22**	**0,29**	**0,29**	**0,31**	**0,44**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²
* Significatif au seuil de 10%
** Significatif au seuil de 5%
*** Significatif au seuil de 1%
R : Modalité de référence

Tableau n°5.6. Risques de contracter le sida lors d e leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans en milieu urbain.N=238.

Variables	*Modalités*	Rapports de chances (Odds ratios)					
		Effets bruts	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Milieu de résidence	Ouagadougou Autres villes	**0,49** **R**	**0,51** **R**	**0,42***** **R**	**0,42***** **R**	**0,41***** **R**	**0,32***** **R**
	Khi² R²	**4,84***** **0,03**					
Sexe	Garçons Filles	**0,77** **R**		**0,85** **R**	**0,84** **R**	**0,85** **R**	**1,12** **R**
	Khi² R²	**0,66** **0,00**					
Groupes d'âge	12-14 ans 15-19 ans	**2,64*** **R**		**2,15** **R**	**2,14** **R**	**2,10** **R**	**1,24** **R**
	Khi² R²	**2,54** **0,02**					
Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire	**3,63***** **2,11***** **R**		**3,07**** **2,09*** **R**	**3,26***** **2,16*** **R**	**3,19**** **2,11*** **R**	**2,18** **1,86** **R**
	Khi² R²	**9,00***** **0,06**					
Connaissance théorique des moyens de prévention de la transmission sexuelle des IST/SIDA	Bonne connaissance Connaiss, moyenne Connaissance vague	**0,52** **1,14** **R**		**0,64** **1,26** **R**	**0,56** **1,07** **R**	**0,47** **0,86** **R**	**0,81** **1,63** **R**
	Khi² R²	**4,22** **0,03**					
Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné	Pas consct(e) du risque Conscient(e) du risque	**1,14** **R**			**0,65** **R**	**0,62** **R**	**0,52** **R**
	Khi² R²	**4,22** **0,03**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime Légitime	**1,14** **R**				**1,44** **R**	**1,30** **R**
	Khi² R²	**0,07** **0,00**					
Connaissance opérationnelle de l'utilisation correcte du préservatif	Bonne Moyenne à erronée	**0,28**** **R**					**1,23** **R**
	Khi² R²	**5,34**** **0,04**					
Perception de sa capacité à utiliser correctement le/négocier l'usage du préservatif	Très sûr(e) Assez sûr(e) Pas sûr du tout	**0,09***** **0,16***** **R**					**0,10***** **0,19***** **R**
	Khi² R²	**27,90***** **0,17**					
Accès à la contraception moderne	Non Oui	**2,08**** **R**					**2,73**** **R**
	Khi² R²	**4,81**** **0,03**					
Khi² du modèle			**4,12****	**18,00*****	**18,58****	**16,63****	**45,94*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0,03**	**0,12**	**0,12**	**0,13**	**0,28**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²
* Significatif au seuil de 10%
** Significatif au seuil de 5%
*** Significatif au seuil de 1%
R : Modalité de référence

- ***Effets nets des variables explicatives***

Lors de la procédure pas-à-pas, les différents groupes de variables explicatives (tableau 5.4) ont été progressivement introduits dans les modèles d'analyses multivariés. Cinq modèles successifs ont ainsi été testés successivement chez l'ensemble des adolescents (tableau 5.5) et chez ceux résidant en milieu urbain (tableau 5.6).

Le modèle complet testé au niveau national explique environ la moitié de la variation de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (Pseudo R^2=0,44). Des différents blocs de variables, ceux rendant compte de l'environnement socioculturel, des capitaux personnels, de la capacité de l'individu à mettre en œuvre la prévention et de son accès au préservatif s'avèrent les plus déterminants. Comme attendu, tout en s'amoindrissant au fur et à mesure de l'ajout des blocs de variables au modèle, l'effet de la résidence en milieu urbain sur les chances des adolescents d'avoir des rapports sexuels protégés demeure considérable : ceux résidant à Ouagadougou ont environ 80% plus de chances que les ruraux de s'être protégés lors de leur dernier rapport sexuel. De même, l'instruction augmente nettement la propension des adolescents à recourir au préservatif : les filles et garçons n'ayant aucune instruction et ceux n'ayant bénéficié que d'une instruction de niveau primaire sont respectivement trois et deux fois plus enclins que les adolescents ayant été scolarisés au niveau secondaire à avoir des rapports non protégés. Quant à la capacité de négociation (chez les filles) et aux compétences en matière d'utilisation du préservatif (chez les garçons), elles multiplient nettement leurs chances d'avoir recours au préservatif. Ainsi, toutes choses restant égales par ailleurs, les filles et garçons étant certains de leur capacité de négocier ou d'utiliser correctement le préservatif ont environ 90% plus de chances que ceux qui n'en sont pas sûrs du tout à l'utiliser effectivement.

On remarque que l'âge des adolescents, qui est aussi positivement lié à la protection lors des rapports sexuels dans les premiers modèles, perd progressivement de son influence au fur et à mesure de l'ajout des autres variables au modèle. Les résultats montrent tout de même une plus grande propension des adolescents les plus âgés à avoir recours au préservatif. Notons que le sexe des adolescents, leurs connaissances théoriques en matière de prévention du sida, la perception du risque face au partenaire concerné et le sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime n'ont pas d'effet significatif sur la variable dépendante, du moins dans le modèle complet.

Quand on restreint les analyses aux adolescents urbains (tableau 5.6), les facteurs qui conservent leur effet significatif sur le recours des adolescents au préservatif sont la résidence à Ouagadougou, leur capacité à utiliser correctement/négocier l'utilisation du préservatif et leur accès à cette méthode. A la différence des analyses effectuées au niveau national, l'influence du milieu de résidence et de l'instruction s'amoindrit alors que celle de l'accès au préservatif se renforce. Cet écart s'explique certainement en partie par le fait qu'il y a moins de différence d'accès aux services de prévention entre les villes secondaires et la capitale qu'entre le milieu rural et cette ville. D'autre part, en milieu urbain, les entraves à la prévention relevant de facteurs individuels ressortent de façon plus nette qu'au niveau national.

En fin de compte, parmi les adolescents urbains, les garçons et filles vivant à Ouagadougou sont environ 60% plus enclins que ceux des villes secondaires à utiliser le préservatif. Le sentiment d'être sûr de savoir utiliser correctement le préservatif ou de pouvoir négocier son

utilisation procure 90% plus de chances à ces derniers d'en utiliser effectivement que ceux qui n'en sont pas du tout sûrs. Enfin, l'accès des adolescents des deux sexes aux méthodes de prévention multiplie quasiment par trois leurs chances d'y avoir recours. Notons enfin que l'instruction conserve un effet positif sur la propension des adolescents à utiliser un préservatif, même si cet effet devient non significatif après l'ajout des variables de capacité et d'accès au modèle.

Ces résultats confirment, pour les adolescents urbains burkinabè, l'effet de l'offre de services de prévention (en quantité et en qualité), saisie à travers le milieu de résidence et l'accès au préservatif, sur le recours effectif des adolescents au préservatif. L'importance du pouvoir de négociation des filles pour leur protection contre le sida ressort aussi nettement.

- **Le cas particulier des adolescentes en union**

En raison du faible effectif des adolescents de sexe masculin en union (14 individus), l'analyse est limitée ici aux adolescentes de 14 à 19 ans[203] en union (378 adolescentes étaient en union au moment de l'enquête sur les 679 sexuellement actives). Pour la même raison, l'analyse a été effectuée uniquement au niveau national.

Dans les analyses bivariées, les effets les plus importants sur le recours des adolescentes au préservatif sont enregistrés pour les variables suivantes : leur sentiment de pouvoir négocier l'usage du préservatif avec leur époux (R^2=0,35), la perception du risque de contracter le sida en ayant des rapports sexuels avec leur époux (R^2=0,20), le sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime dans le couple (R^2=0,15), leur milieu de résidence (R^2=0,15) et leur niveau d'instruction (R^2=0,12) (tableau 5.7).

A l'issue de la procédure pas-à-pas, le modèle d'analyse complet contribue à 46% de l'explication de leur exposition au sida. A la différence des résultats enregistrés au sujet des adolescents célibataires, chez les femmes en union, après contrôle par les autres variables du modèle, seules la perception du risque de contracter le sida dans la relation concernée et celle de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif gardent un effet significatif sur l'utilisation du préservatif. Le sentiment d'être exposées au sida dans leur relation de couple (qui est un des facteurs les plus déterminants du modèle au niveau bivarié) garde donc un effet très important sur la variable dépendante. Cet effet persiste en présence de celles rendant compte de l'environnement socioculturel et des capitaux personnels. Par contre, il s'amenuise quand la capacité de négociation et l'accès au préservatif sont ajoutés au modèle. Toutefois, toutes choses restant égales par ailleurs, les adolescentes en union qui se sentent à risque de contracter le sida en ayant des rapports sexuels avec leur époux sont 12 fois plus enclines à utiliser le préservatif que celles qui pensent ne courir aucun risque. On relève aussi l'effet de la capacité de négociation, qui s'avère ici plus net que chez les adolescentes célibataires : de même que cette variable fait baisser l'effet intrinsèque de la

[203] Les âges des adolescentes en union dans l'échantillon s'étendent de 14 à 19 ans.

perception du risque sur la prévention, elle multiplie de plus de 95% les chances qu’ont les adolescentes en union d’utiliser un préservatif lors des rapports sexuels avec leur époux.

L’émergence de ces deux facteurs montre l’effet déterminant qu’une conscience aigüe du risque peut exercer sur la propension de l’individu à rechercher une prévention active du sida, cela même dans des situations de couple qui ne favorisent pas l’usage du préservatif (Desgrées du Loû 2005). Cette assertion suppose bien sûr que cet usage du préservatif est intervenu dans un but de prévention du sida, information dont nous ne disposons pas. L’importance particulière de ce facteur chez les adolescentes en union et les questions restant non élucidées trouveront certainement des explications dans l’analyse qualitative des mécanismes d’exposition des couples inscrits dans la durée aux risques sexuels à Ouagadougou (chapitre 7).

Tableau n°5.7. Risques de contracter le sida lors de leur dernier rapport sexuel chez les adolescentes en union de 14 à 19 ans au niveau national. N=378.

Variables	*Modalités*	Rapports de chances (Odds ratios)					
		Effets bruts	**Modèle 1**	**Modèle 2**	**Modèle 3**	**Modèle 4**	**Modèle 5**
Milieu de résidence	Ouagadougou	**(0,08***)**	**(1,10***)**	**(0,17***)**	**(0,33*)**	**(0,45)**	**(0,55)**
	Autres villes	**0,26***	**0,32***	**0,40**	**0,60**	**0,73**	**0,60**
	Rural	**R**	**R**	**R**	**R**	**R**	**R**
	Khi²	**21,53*****					
	R²	**0,15**					
Age	14-16 ans	**0,61**		**0,61**	**0,43**	**0,42**	**0,32**
	17-19 ans	**R**		**R**	**R**	**R**	**R**
	Khi²	**0,80**					
	R²	**0,01**					
Niveau d'instruction	Aucun	**13,55*****		**4,34***	**3,12**	**2,27**	**1,78**
	Primaire	**2,82**		**1,44**	**1,13**	**0,87**	**0,75**
	Secondaire	**R**		**R**	**R**	**R**	**R**
	Khi²	**17,39*****					
	R²	**0,12**					
Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné	Pas conste. du risque	**43,69*****			**24,48****	**22,02****	**11,53***
	Conscte du risque	**R**			**R**	**R**	**R**
	Khi²	**28,93*****					
	R²	**0,20**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime	**8,09*****				**3,31****	**1,81**
	Légitime	**R**				**R**	**R**
	Khi²	**22,24*****					
	R²	**0,15**					
Connaissance opérationnelle de l'util.correcte du préservatif	Bonne	**0,19*****					**2,31**
	Moyenne à erronée	**R**					**R**
	Khi²	**10,54*****					
	R²	**0,08**					
Perception de sa capacité à faire accepter le préservatif à son partenaire	Très sûre	**0,02*****					**0,04*****
	Assez sûre	**0,03*****					**0,04*****
	Pas sûre du tout	**R**					**R**
	Khi²	**48,70*****					
	R²	**0,35**					
Accès à la contraception moderne	Non	**2,50***					**1,28**
	Oui	**R**					**R**
	Khi²	**4,00****					
	R²	**0,03**					
Khi² du modèle			**18.25*****	**24,95*****	**39,50*****	**45,04*****	**66,62*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0.13**	**0,18**	**0,28**	**0,32**	**0,46**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²
* Significatif au seuil de 10%
** Significatif au seuil de 5%
*** Significatif au seuil de 1%
() : Effectif faible (moins de 30)
R : Modalité de référence

En somme,

Les résultats de ces analyses confirment ceux généralement obtenus dans l'étude de la prévention du sida chez les jeunes burkinabè. L'analyse séparée selon le statut matrimonial des enquêtés a permis, en plus, de cerner les spécificités des problématiques d'utilisation du préservatif chez ces sous-groupes (tableau 5.8).

Tableau n°5.8. Facteurs prédictifs de l'exposition des adolescents de 12 à 19 ans au sida

		Exposition au sida	
		Garçons et filles célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans	**Femmes en union de 14 à 19 ans**
Facteurs identifiés et influences sur l'exposition aux risques	Niveau national	Milieu de résidence :Ouaga/autres villes - Niveau d'instruction : Prim/Secondaire - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif -- Accès au préservatif -	Perception du risque dans la relation - - Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif - -
	Milieu urbain	Milieu de résidence :Ouaga - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif -- Accès au préservatif-	

- Effet réducteur
- - Effet réducteur important

L'importance des connaissances précises sur l'utilisation du préservatif et l'accès à cette méthode est démontrée pour l'ensemble des adolescents. De façon spécifique, l'ampleur de l'influence de la capacité de négociation ressort chez les filles, qu'elles soient célibataires ou en union. Enfin, la spécificité de la problématique de la prévention du sida chez les couples en union est confirmée par ces résultats : alors que l'environnement socioculturel et les connaissances (surtout opérationnelles) en matière de prévention conservent généralement un effet direct sur le recours au préservatif chez les non mariés, chez les adolescentes en union, l'effet de ces facteurs est supplanté par celui de la perception du risque et de leur capacité de négociation de la protection des rapports sexuels avec leur époux. Ces résultats confirment l'importance de la nature de la relation de couple dans le mécanisme de prévention chez les adolescents.

5.3. L'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues

L'échantillon utilisé dans l'analyse de l'exposition à une grossesse non prévue est, à partir de l'échantillon de base des adolescents sexuellement actifs[204], celui des individus qui désiraient éviter une grossesse lors de leur dernier rapport sexuel. Cet échantillon a été obtenu en soustrayant du fichier les individus ayant clairement exprimé un désir d'enfant ou qui n'étaient plus soumis au risque. Il s'agit notamment:

- o Des filles enceintes au moment de l'enquête,
- o Des filles et garçons qui ont déclaré vouloir un enfant à ce moment-là de leur vie,
- o Parmi les filles et garçons qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, de ceux qui l'expliquent par le fait qu'ils recherchaient une grossesse.

[204] La définition des adolescents sexuellement actifs retenue pour l'analyse de leur exposition au sida s'applique ici également. Il s'agit des filles et garçons ayant déclaré une activité sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête.

A partir de cet échantillon, tous les individus n'ayant utilisé aucune méthode contraceptive (y compris le préservatif) ont été considérés comme ayant été exposés à une grossesse non prévue.

5.3.1. Niveaux d'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues et facteurs associés

Parmi les filles et garçons désirant éviter une grossesse, seulement un peu plus de la moitié (à savoir 50,8% des garçons et 42,2% des filles) ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel (annexe 5.2). De façon générale, les indicateurs d'exposition des couples aux grossesses non prévues sont plus élevés chez les filles que chez les garçons enquêtés (57,8% des filles y ont été exposées contre 49,2% des garçons[205]).

Tableau n°5.9. Proportions de filles et garçons de 12 à 19 ans ayant été exposés à une grossesse non prévue lors de leur dernier rapport sexuel (12 derniers mois) selon leur milieu de résidence. N=921.

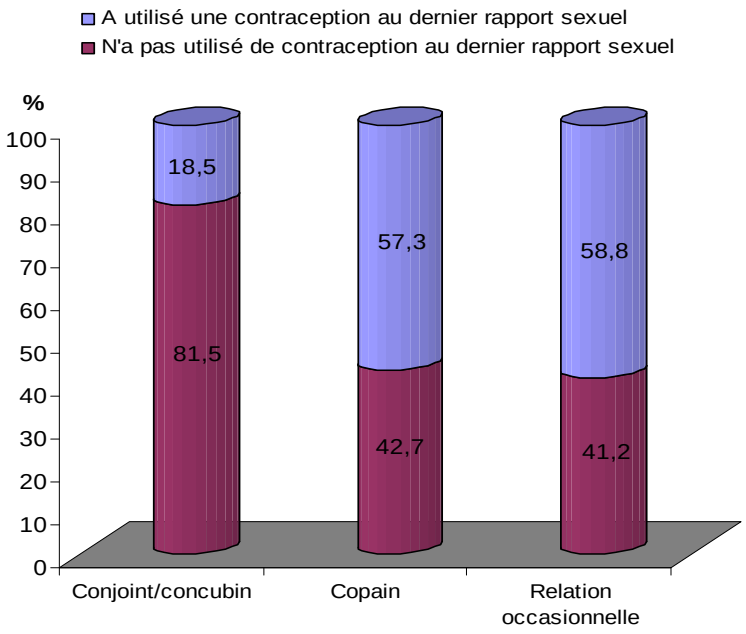
Milieu de résidence	Proportions (%)					
	Garçons			Filles		
	Célibataires	En union	Ensemble	Célibataires	En union	Ensemble
Ouagadougou	12,2	0	12,2	17,1	61,9	26,8
Autres villes	23,7	0	23,7	17,1	72,7	30,4
Rural	61,7	87,5	62,4	61,5	85,3	72,9
Ensemble	**48,4**	**87,5**	**49,2**	**42,5**	**81,5**	**57,8**
Effectifs ensemble	*386*	*8*	*494*	*259*	*168*	*427*

Source : ENA (2004). Fichier pondéré.
- Effectifs faibles (inférieurs à 5)

Le milieu de résidence de l'adolescent est fortement associé à l'utilisation de la contraception. Les garçons et filles de Ouagadougou ont été presque trois fois plus nombreux (respectivement 87,8% et 73,2%) que les ruraux (respectivement 36,7% et 27,1% d'entre eux) à avoir utilisé une contraception à leur dernier rapport sexuel (annexe 5.2). De même, l'âge y est significativement associé pour les garçons ; ceux âgés de 15 à 19 ans ont eu pratiquement deux fois plus recours à la contraception que les plus jeunes (âgés de 12 à 14 ans).

Le type de relation de couple concerné semble aussi discriminer l'utilisation de la contraception par les adolescentes (figure 5.3) (l'association n'est pas significative chez les garçons).

[205] Pour simplifier l'exposé, nous parlerons d'exposition aux grossesses non prévues autant pour les garçons que les filles enquêtés.



Source : ENA (2004)

Figure n°5.3. Proportions de filles de 12 à 19 ans [206] ayant utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel selon le type de relation concerné

Chez les filles qui étaient dans une logique contraceptive au moment de l'enquête, on observe une nette différence de comportement contraceptif entre les adolescentes vivant en union et celles n'étant pas dans le cadre d'une union. En effet, alors que ces dernières ont, à plus de 50%, utilisé une contraception, seulement 18,5% des adolescentes mariées ont pu se prémunir du risque d'une grossesse non prévue. L'effet de la relation maritale et certainement, celui des facteurs spécifiques qui y sont liés (notamment les rapports de pouvoir entre époux et les désirs d'enfant), n'y sont certainement pas étrangers.

On note aussi que les capitaux personnels des adolescents, leur expérience préventive, leurs connaissances (théoriques et opérationnelles), leur attitude face à la prévention et leur pouvoir de décision induisent, à des degrés divers, une différence dans l'utilisation de la contraception. Ces distributions figurent à l'annexe 5.2.

☞ Capitaux personnels

Au niveau des capitaux personnels, l'instruction et l'exposition aux messages de prévention sont, comme attendu, positivement associées à l'utilisation de la contraception chez les filles et garçons. Plus des trois quarts des adolescents ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ont rapporté avoir utilisé une contraception, alors que ceux n'ayant reçu aucune instruction étaient beaucoup moins nombreux (24,4% des filles et 38,7% des garçons) à avoir eu le même comportement. La distribution de cette utilisation selon l'exposition aux

[206] Il s'agit d'adolescents ayant exprimé leur désir de ne pas avoir d'enfant dans l'immédiat au moment de l'enquête.

messages sur la prévention ou aux média suit la même tendance. On remarque néanmoins que, parmi les adolescents qui n'ont pas été exposés à un quelconque message sur la contraception, les garçons sont trois fois plus nombreux (30%) que les filles (9,1%) à avoir utilisé une méthode contraceptive. Cela s'explique certainement par l'utilisation du préservatif dans un but premier de prévention du sida, et aussi certainement par la diffusion d'informations sur la contraception à travers les canaux informels (notamment les réseaux de pairs).

- **Expérience préventive**

A la différence de l'expérience sexuelle (qui n'introduit pas de différence dans l'utilisation de la contraception chez les adolescents enquêtés), l'usage d'une contraception à leur premier rapport sexuel semble fortement associé à son utilisation actuelle par les filles et garçons : alors que ceux disposant d'une expérience d'utilisation de la contraception ont quasiment tous adopté le même comportement à leur dernière relation sexuelle (96,5% des garçons et 84,9% des filles), les autres ont été beaucoup moins nombreux (moins du quart pour les deux sexes) à avoir utilisé un contraceptif lors de leur dernier rapport sexuel[207].

- **Connaissances théoriques et perception du risque de grossesse**

Les connaissances théoriques des adolescents en matière de contraception sont associées à son utilisation effective dans une certaine mesure seulement. Par contre, la perception correcte du risque de grossesse lié à l'activité sexuelle[208] y est plus nettement associée.

De même, le lien entre les connaissances opérationnelles des adolescents en matière de contraception et l'utilisation de cette prévention au dernier rapport sexuel apparaît clairement. Alors que la connaissance du processus de reproduction et celle du cycle menstruel sont assez légèrement associées à l'utilisation d'une contraception, le lien entre la connaissance de l'utilisation correcte du préservatif et l'utilisation de la contraception apparaît de façon plus nette. Cela n'est pas étonnant quand on sait que le préservatif constitue la première méthode contraceptive utilisée par ces adolescents. En effet, les filles et garçons qui savent utiliser correctement le préservatif ont été deux fois plus nombreux (respectivement 54,2% et 55,6%) que ceux qui en ont une connaissance approximative (respectivement 21,1% et 20,5%) à avoir utilisé une méthode contraceptive (y compris le préservatif) au dernier rapport sexuel. Ce résultat est confirmé pour les garçons par l'association entre leur sentiment d'être capables d'utiliser correctement le préservatif et l'utilisation effective de la contraception (figure 5.4).

[207] Ces résultats sont toutefois difficiles à interpréter avec certitude dans la mesure où il n'a pas été possible d'isoler les adolescents ayant eu un seul rapport sexuel.
[208] Cette variable est mesurée par le fait, pour un(e) adolescent(e), de savoir qu'une fille peut être enceinte dès son premier rapport sexuel.

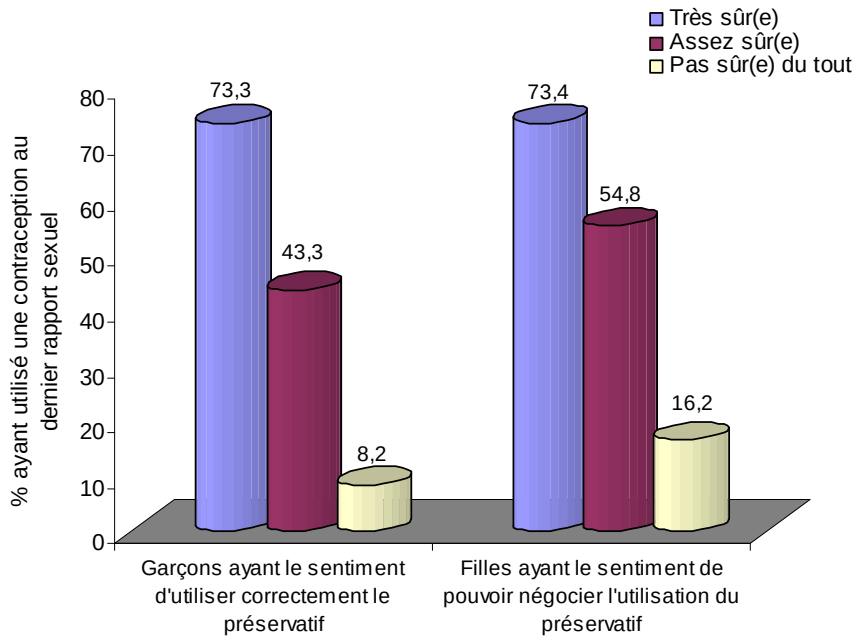
La connaissance de l'existence de la pilule du lendemain est également associée (chez les filles du moins), à une plus grande utilisation de la contraception. Là encore, les niveaux d'utilisation vont approximativement du simple (39,3%) au double (66,7%) entre celles qui n'ont jamais entendu parler de la contraception d'urgence progestative et celles qui en ont connaissance. Cela est certainement lié à leur plus grande exposition à des informations sur la contraception en général. Ce résultat, s'il mérite d'être affiné, contredit déjà les idées selon lesquelles la vulgarisation (et donc la connaissance et l'accès) des jeunes à la contraception d'urgence entraînerait chez eux un relâchement de la contraception.

Quant à l'attitude des adolescents envers la contraception, les résultats suggèrent l'absence d'association entre l'acceptation de la contraception et son utilisation. Il en est autrement pour le sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime. A ce niveau, autant les filles que les garçons ayant ce sentiment sont deux fois plus nombreux que les autres à avoir utilisé une contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Rappelons qu'il s'agit essentiellement du préservatif.

- ☞ **Capacité de négociation**

La capacité de négociation des adolescents en matière de prévention et la communication sur la contraception avec leur partenaire sexuel sont positivement associées à l'utilisation de la contraception : les filles et garçons ayant eu ces échanges ont été plus de deux fois plus nombreux (respectivement 67,7% et 76,7%) que ceux n'en ayant pas eu (respectivement 27,6% et 37,7%) à utiliser une contraception. Quant à la perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif dans une relation sexuelle, elle est également significativement associée à l'utilisation de la contraception chez les filles[209] (figure 5.4). On relève un écart de plus de 50 points entre celles qui se déclarent très sûres de leurs capacités de négociation (en leur faveur) et celles qui en doutent fortement.

[209] Rappelons que cette variable a uniquement été mesurée chez les filles, tout comme le sentiment de pouvoir utiliser correctement le préservatif l'a été uniquement chez les garçons.



Source : ENA (2004)

Figure n°5.4. Proportions de filles et garçons [210] ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rapport sexuel selon leur sentiment de pouvoir utiliser correctement le préservatif (garçons)/ de pouvoir négocier l'utilisation du préservatif (filles)

De même, mais de façon plus nette chez les garçons que chez les filles, ceux qui déclarent être en mesure d'accéder à des méthodes de contraception moderne sont nettement plus nombreux que les autres à en avoir utilisé une lors de leur dernier rapport sexuel.

5.3.2. Déterminants de l'exposition des adolescents sexuellement actifs aux grossesses non prévues

Les influences respectives des facteurs associés au risque de grossesse chez les adolescents ont été testées au moyen de régressions logistiques. En plus de l'analyse des grossesses non prévues chez les filles, il est important d'analyser aussi la propension des adolescents de sexe masculin à vivre des situations qui exposent leur partenaire à une grossesse non prévue. De ce fait, l'analyse porte autant sur ces derniers que sur les filles. Le sexe est pris en compte comme variable explicative dans les modèles.

Pour ces analyses également, une sélection a été effectuée parmi les variables significativement associées à l'utilisation d'une contraception par les jeunes, cela dans le but d'éviter les problèmes de colinéarités entre variables. La liste des variables retenues pour les analyses concernant les filles et les garçons figure dans le tableau 5.10.

[210] Il s'agit d'adolescents ayant exprimé leur désir de ne pas avoir d'enfant dans l'immédiat au moment de l'enquête.

Tableau n°5.10. Variables indépendantes utilisées dans les régressions logistiques sur l'exposition des filles et garçons sexuellement actifs aux grossesses non prévues

Rubrique	Variables
Environnement socioculturel	Milieu de résidence
Capitaux personnels	Sexe Groupes d'âge Niveau d'instruction
Connaissances théoriques	Connaissance théorique de la prévention de la transmission sexuelle des IST/Sida
Evaluation des risques dans la relation concernée	Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle
Choix préventif/attitude face à la prévention	Légitimité d'utilisation du préservatif
Connaissances opérationnelles en matière de prévention et capacité de négociation	Connaissance de l'utilisation correcte du préservatif Perception de sa capacité à utiliser correctement le préservatif (garçons)/ à négocier l'utilisation du préservatif (filles) Communication à propos de contraception dans le couple
Accessibilité de la prévention	Accès à la contraception

Au total, 11 variables explicatives ont été retenues pour les analyses. Deux groupes ont fait l'objet d'analyses : les garçons et filles célibataires sexuellement actifs[211] et les adolescentes en union.

☞ L'exposition des adolescents célibataires sexuellement actifs aux grossesses non prévues

Comme dans l'analyse de l'exposition des adolescents au sida, les modèles ont été successivement testés pour l'ensemble des adolescents et pour ceux résidant en milieu urbain.

- ***Effets bivariés***

Les effets bruts des différentes variables explicatives sur l'exposition des adolescents à une grossesse non prévue apparaissent dans le tableau 5.11. Parmi les variables en présence, le sentiment d'être capable d'utiliser correctement un préservatif ou de négocier son utilisation (R^2=0,30), le milieu de résidence (R^2=0,24), le niveau d'instruction des adolescents (R^2=0,19) et l'existence d'une communication sur la contraception dans le couple (R^2=0,17) exercent les influences les plus fortes sur leur comportement contraceptif.

Ainsi, au niveau bivarié, les garçons et filles qui affirment être certains de pouvoir utiliser correctement le préservatif ou d'en négocier l'utilisation ont plus de 90% de chances de plus que ceux qui en doutent fortement, d'avoir eu recours à une contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Comme cela a été observé en ce qui concerne l'exposition des adolescents au sida, ce résultat montre l'importance de leur confiance en leurs capacités, et

[211] Seulement 11 garçons de cet échantillon se sont déclarés en union. Ils n'ont pas été pris en compte dans les régressions.

aussi de leurs connaissances opérationnelles, pour leur recours à la contraception. Ensuite, l'urbanisation, qui est également synonyme d'un plus grand accès aux méthodes et aux services de contraception dans le pays, réduit nettement le risque de provoquer une grossesse non prévue (garçons) ou d'avoir une grossesse non prévue (filles). De même, l'instruction et la communication dans le couple sont positivement liées à l'usage effectif d'une contraception par les adolescents qui en ressentent le besoin.

Les résultats diffèrent en ce qui concerne les filles et garçons résidant en milieu urbain (tableau 5.12). Au niveau bivarié, les influences les plus fortes sur la variable dépendante proviennent de la capacité de l'individu à mettre en œuvre la contraception (R^2=0,20) et de l'existence d'une communication dans le couple (R^2=0,17). Comme cela a été suggéré au sujet de la prévention du sida, cette différence avec le niveau national suggère la plus grande visibilité des entraves individuelles et relationnelles à la prévention chez les jeunes urbains, cela en raison de l'atténuation des barrières liées à la disponibilité des services de contraception dans cet environnement.

Il faut néanmoins souligner que les coefficients enregistrés pour les autres variables du modèle, même d'effet plus réduit (ou non significatif), vont dans le sens prévu dans le cadre théorique de l'étude.

- ***Effets nets***

Au niveau national, le modèle d'analyse complet contribue à 41% à la variation du recours à la contraception chez les filles et garçons (tableau 5.11). En résumé, le fait, pour les adolescents, de résider à Ouagadougou, l'atteinte du niveau d'instruction secondaire, la confiance en leur capacité à utiliser correctement le préservatif ou à négocier son utilisation, l'existence d'une communication dans le couple sur la contraception et l'accès à la contraception moderne ont un effet positif sur l'utilisation d'une contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Si l'effet de l'urbanisation semble se maintenir (voir augmenter) dans les modèles successifs, celui de l'instruction baisse nettement après l'ajout du dernier bloc de variables (qui comprend notamment les connaissances opérationnelles, les capacités d'utilisation de la contraception, la communication dans le couple et l'accès à la contraception). On peut en conclure que son effet est largement médiatisé par ces dernières variables, ce qui est conforme à la littérature sur les mécanismes d'influence de l'instruction en la matière (Babalola 1999 ; Orubuloye et *al.* 2005). De même, les effets réducteurs de l'âge, de la conscience du risque de grossesse et du sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime sur l'exposition à une grossesse diminuent progressivement. De concert, ils deviennent non significatifs pour les trois variables après l'ajout du dernier bloc de variables au modèle. Cela montre également la part des compétences en matière d'utilisation de la contraception et du pouvoir de décision dans l'influence sur la contraception chez les adolescents.

Tout comme au niveau bivarié, les analyses multivariées circonscrites aux filles et garçons résidant en milieu urbain (tableau 5.12) mettent en évidence l'effet prépondérant, dans ce milieu, des facteurs relationnels, des compétences en matière d'utilisation de la contraception et du pouvoir de négociation des filles et garçons sur les variables liées à la disponibilité des services de planning familial. Ainsi, toutes choses restant égales par ailleurs, les filles et garçons résidant à Ouagadougou ont environ 70% plus tendance à avoir recours à la contraception que ceux des villes secondaires du pays. Ceux estimant que l'utilisation du préservatif est légitime dans un couple y sont également 2 fois plus enclins que les autres. De même, ceux qui pensent maîtriser l'utilisation du préservatif (garçons) ou pouvoir en négocier l'utilisation (filles) sont à plus de 90% plus enclins que les autres à utiliser une contraception quand ils en éprouvent le besoin. Enfin, la communication sur le sujet avec son (sa) partenaire multiplie par 10 leurs chances d'y avoir recours.

On note cependant que, de façon inhabituelle, l'effet du milieu de résidence se renforce et devient significatif après l'introduction du dernier bloc de variables au modèle. De même, même s'il demeure non significatif, l'effet du sexe se renforce : toutes choses restant égales par ailleurs, les filles semblent plus enclines que les garçons à avoir recours à une contraception quand elles en ressentent le besoin. Cela peut être mis en lien avec leur plus grande préoccupation (et vigilance) que ces dernières pour la contraception, réalité évoquée plus haut[212]. Par contre, à la différence des résultats enregistrés au niveau national, l'accès à la contraception moderne semble perdre de son influence directe sur l'utilisation de la contraception par les adolescents.

En fin de compte, en milieu urbain, les effets directs du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction, de la perception du risque de grossesse et de l'accès à la contraception sur le recours des adolescents à la contraception, même s'ils vont généralement dans le sens attendu, ne sont pas significatifs.

Ces résultats laissent aussi à penser que, si des difficultés d'accès à la contraception persistent chez les adolescents urbains burkinabè, ces derniers font aussi face à des difficultés liées aux insuffisances qualitatives des programmes de prévention (qualité de l'éducation sexuelle et préventive, modalités de l'accès à la contraception). On connaît en effet la réprobation ambiante envers l'activité sexuelle prénuptiale des jeunes et les réticences des prestataires de services adultes à leur fournir des moyens contraceptifs sans entraves (Bationo 2012). La différence est donc grande, pour un adolescent urbain célibataire, entre le fait de savoir qu'une méthode contraceptive est disponible dans un centre de planning familial et une réelle possibilité de s'en procurer et de l'utiliser correctement.

[212] Voir la page 144.

Tableau n°5.11. Risques de grossesses non prévues lors de leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans au niveau national. N=644.

Variables	*Modalités*	Rapports de chances (Odds ratios)					
		Effets bruts	**Modèle 1**	**Modèle 2**	**Modèle 3**	**Modèle 4**	**Modèle 5**
Milieu de résidence	Ouagadougou Autres villes Rural	**0,11***** **0,16***** **R**	**0,12***** **0,17***** **R**	**0,18***** **0,32***** **R**	**0,19***** **0,34***** **R**	**0,20***** **0,35***** **R**	**0,21***** **0,48** **R**
	Khi² R²	**127,57***** **0,24**					
Sexe	Garçon Fille	**1,28** **R**		**1,05** **R**	**1,04** **R**	**1,08** **R**	**1,21** **R**
	Khi² R²	**2,34** **0,01**					
Groupes d'âge	12-14 ans 15-19 ans	**2,29***** **R**		**1,98**** **R**	**1,91*** **R**	**1,81*** **R**	**1,08** **R**
	Khi² R²	**7,43***** **0,02**					
Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire	**10,39***** **2,82***** **R**		**3,89***** **2,33***** **R**	**3,81***** **2,28***** **R**	**3,65***** **2,19**** **R**	**2,13**** **1,46** **R**
	Khi² R²	**100,46***** **0,19**					
Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle	Non Oui	**2,15***** **R**			**1,51***** **R**	**1,45*** **R**	**0,98** **R**
	Khi² R²	**22,76***** **0,05**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime Légitime	**2,37***** **R**				**1,76***** **R**	**1,30** **R**
	Khi² R²	**28,51***** **0,06**					
Perception de sa capacité à utiliser correctement le/ à négocier l'utilisation du préservatif	Très sûr(e) Assez sûr(e) Pas sûr(e) du tout	**0,07***** **0,22***** **R**					**0,13***** **0,34***** **R**
	Khi² R²	**160,27***** **0,30**					
Communication à propos de contraception dans le couple	Non Oui	**5,07***** **R**					**2,88***** **R**
	Khi² R²	**86,87***** **0,17**					
Accès à la contraception moderne	Non Oui	**2,91***** **R**					**1,76***** **R**
	Khi² R²	**42,85***** **0,09**					
Khi²			**115,30*****	**142,31*****	**147,36*****	**156,67*****	**273,77*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0,23**	**0,27**	**0,28**	**0,30**	**0,48**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²

* Significatif au seuil de 10%

** Significatif au seuil de 5%

*** Significatif au seuil de 1%

R : Modalité de référence

Tableau n°5.12. Risques de grossesses non prévues lors de leur dernier rapport sexuel chez les filles et garçons célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans en milieu urbain. N=222.

Variables	*Modalités*	Rapports de chances (Odds ratios)					
		Effets bruts	**Modèle 1**	**Modèle 2**	**Modèle 3**	**Modèle 4**	**Modèle 5**
Milieu de résidence	Ouagadougou Autres villes	**0,67** **R**	**0,69** **R**	**0,56** **R**	**0,53** **R**	**0,55** **R**	**0,29**** **R**
	Khi² R²	**1,14** **0,01**					
Sexe	Garçon Fille	**0,98** **R**		**1,02** **R**	**1,03** **R**	**1,06** **R**	**1,59** **R**
	Khi² R²	**0,00** **0,00**					
Groupes d'âge	12-14 ans 15-19 ans	**3,25**** **R**		**2,82*** **R**	**2,84** **R**	**2,76** **R**	**1,64** **R**
	Khi² R²	**4,04**** **0,03**					
Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire	**3,30**** **2,49**** **R**		**3,10**** **2,43**** **R**	**2,60*** **1,96** **R**	**2,54*** **1,95** **R**	**0,86** **1,61** **R**
	Khi² R²	**7,16**** **0,05**					
Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle	Non Oui	**3,10***** **R**			**2,62***** **R**	**2,69***** **R**	**1,01** **R**
	Khi² R²	**9,40***** **0,07**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime Légitime	**1,67** **R**				**1,79** **R**	**2,47*** **R**
	Khi² R²	**2,04** **0,02**					
Perception de sa capacité à utiliser correctement le/ à négocier l'utilisation du préservatif	Très sûr(e) Assez sûr(e) Pas sûr(e) du tout	**0,07***** **0,14***** **R**					**0,07***** **0,16***** **R**
	Khi² R²	**27,89***** **0,20**					
Communication à propos de contraception dans le couple	Non Oui	**7,74***** **R**					**9,99***** **R**
	Khi² R²	**24,43***** **0,17**					
Accès à la contraception moderne	Non Oui	**2,50***** **R**					**2,08** **R**
	Khi² R²	**6,24***** **0,05**					
Khi²			**1,03**	**11,42****	**17,64*****	**20,02*****	**61,93*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0,01**	**0,08**	**0,13**	**0,15**	**0,41**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²
* Significatif au seuil de 10%
** Significatif au seuil de 5%
*** Significatif au seuil de 1%
R : Modalité de référence

☞ L'exposition des adolescentes en union aux grossesses non prévues

En raison des faibles effectifs d'adolescentes en union en milieu urbain, ces analyses ont été effectuées uniquement au niveau national. A ce niveau, les déterminants du recours des adolescentes en union à la contraception se déclinent de façon quelque peu différente que chez les célibataires (tableau 5.13). Au niveau bivarié, le pouvoir prédictif le plus important sur la variable dépendante est enregistré pour le pouvoir de négociation (R^2=0,32). On retrouve ensuite, par ordre d'importance décroissant, l'existence d'une communication dans

le couple à propos de contraception (R^2=0,24) et le sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime dans un couple (R^2=0,20). Les effets des autres variables sont beaucoup moins importants. De prime abord donc, les adolescentes en union qui se sentent très sûres en matière de négociation du recours au préservatif dans leur couple ont au moins 90% plus de chances que celles qui n'en sont pas du tout sûres, d'avoir utilisé une contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Si les méthodes de contraception utilisées par ces dernières ne se limitent pas au préservatif comme la présentation du contexte l'a montré, cela donne toutefois un aperçu de l'importance du pouvoir de négociation des adolescentes en union pour leur recours à la contraception. La force des effets de la communication dans le couple sur la contraception et du sentiment de légitimité de l'utilisation du préservatif confirme ce fait. Notons que l'accès à la contraception semble avoir ici perdu toute influence sur la contraception. Cela est logique dans la mesure où le statut matrimonial des adolescentes en union lève une part importante des entraves vécues par les jeunes femmes célibataires pour accéder aux services de planning familial (Bationo 2012).

Après contrôle par toutes les variables du modèle, les facteurs qui conservent un effet significatif sur l'exposition des adolescentes en union à une grossesse non prévue restent celles rendant compte de leur pouvoir de négociation en la matière (confiance en son pouvoir de négociation de l'utilisation du préservatif et existence d'une communication dans le couple sur la contraception). On relève d'ailleurs que l'effet, très important dans le modèle précédent, du sentiment de légitimité de l'utilisation du préservatif sur la pratique contraceptive, baisse considérablement en présence de ces variables. Les femmes étant sûres de leur pouvoir de négociation sont à plus de 90% plus enclines que celles qui n'en sont pas sûres à avoir recours à la contraception quand elles en ressentent le besoin. De même, celles qui communiquent avec leur époux sur la contraception ont 4 fois plus de chances que celles qui ne le font pas à y avoir recours.

Tableau n°5.13: Risques de grossesses non prévues lors de leur dernier rapport sexuel chez les adolescentes en union de 12 à 19 ans au niveau national. N=168.

Variables	*Modalités*	Rapports de chances (Odds ratios)					
		Effets bruts	**Modèle 1**	**Modèle 2**	**Modèle 3**	**Modèle 4**	**Modèle 5**
Milieu de résidence	Ouagadougou Autres villes Rural	**0,25***** **0,44** **R**	**0,30**** **0,52** **R**	**0,33*** **0,50** **R**	**0,34*** **0,51** **R**	**0,42** **0,63** **R**	**0,42** **1,02** **R**
	Khi² R²	**7,49**** **0,07**					
Groupes d'âge	12-14 ans 15-19 ans	**1,12** **R**		**1,30** **R**	**1,08** **R**	**0,78** **R**	**0,86** **R**
	Khi² R²	**0,07** **0,00**					
Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire	**2,82** **1,61** **R**		**1,48** **1,43** **R**	**1,82** **1,84** **R**	**0,91** **1,29** **R**	**1,15** **0,41** **R**
	Khi² R²	**2,75** **0,03**					
Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle	Non Oui	**2,25*** **R**			**2,09** **R**	**2,10** **R**	**1,72** **R**
	Khi² R²	**3,84*** **0,04**					
Légitimité d'utilisation du préservatif	Pas légitime Légitime	**6,90***** **R**				**5,07***** **R**	**2,28** **R**
	Khi² R²	**21,65***** **0,20**					
Perception de sa capacité à faire accepter le préservatif à son partenaire	Très sûre Assez sûre Pas sûre du tout	**0,07***** **0,11***** **R**					**0,08***** **0,16***** **R**
	Khi² R²	**34,38***** **0,32**					
Communication à propos de contraception dans le couple	Non Oui	**9,37***** **R**					**4,15***** **R**
	Khi² R²	**27,34***** **0,24**					
Accès à la contraception moderne	Non Oui	**1,41** **R**					**0,37** **R**
	Khi² R²	**0,63** **0,01**					
Khi²			**2,56***	**5,94**	**8,84**	**21,14*****	**51,47*****
Pseudo R² (Nagelkerke)			**0,06**	**0,06**	**0,09**	**0,21**	**0,46**

Seuil de signification des Odds ratio et du Khi²
* Significatif au seuil de 10%
** Significatif au seuil de 5%
*** Significatif au seuil de 1%
R : Modalité de référence

En définitive,

Les analyses montrent une différence notable dans le mécanisme d'exposition des filles et garçons à une grossesse non prévue dans leur couple (tableau 5.14).

Tableau n°5.14. Facteurs prédictifs de l'exposition des filles et garçons de 12 à 19 ans aux grossesses non prévues

		Exposition à une grossesse non prévue	
		Garçons et filles célibataires de 12 à 19 ans sexuellement actifs	**Femmes en union de 14 à 19 ans**
Facteurs identifiés et influences sur l'exposition aux risques	Niveau national	Milieu de résidence :Ouaga/autres villes - Niveau d'instruction : Secondaire - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif - - Communication sur la contraception dans le couple - - Accès à la contraception moderne - -	Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif - - Communication sur la contraception dans le couple - -
	Milieu urbain	Milieu de résidence :Ouaga - - Sentiment de légitimité de l'utilisation du préservatif - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif – Communication sur la contraception dans le couple - -	

- Effet réducteur
- - Effet réducteur important

Les résultats confirment non seulement, la spécificité des mécanismes d'exposition des individus en union aux grossesses non prévues (Desgrées du Loû 2005), mais permettent aussi d'appréhender l'importance, dans notre public cible, des connaissances opérationnelles et de la capacité de négociation de la contraception.

Pour ce qui concerne les adolescents célibataires sexuellement actifs, la réalisation d'analyses successives au niveau national et en milieu urbain a permis de montrer, dans un premier temps, l'impact de l'insuffisance quantitative des services de planning familial sur l'accès des adolescents ruraux à la contraception. Par la suite, la persistance d'effets résiduels positifs de la résidence à Ouagadougou sur leur recours à la contraception montre l'écart soutenu entre la capitale et les villes secondaires du Burkina Faso en matière d'offre de services de contraception. Quant à l'influence des connaissances opérationnelles sur l'utilisation du préservatif (premier moyen de contraception utilisé par les jeunes burkinabè[213]), elle confirme l'efficacité de ce type de connaissances sur les connaissances théoriques. Cela fait également écho aux réflexions émises lors d'études antérieures sur l'importance de la qualité de l'éducation sexuelle dispensée aux adolescents (Bankole et *al.* 2007 ; DiClemente et Crosby 2009 ; Monash 2006). Enfin, les résultats enregistrés au sujet du pouvoir de négociation des adolescents en matière de contraception vont dans le sens des études antérieures qui évoquent le caractère central de cette question pour les adolescentes et jeunes femmes (Brady et *al.* 2007 ; Luke 2005).

[213] La distribution de la prévalence des différentes méthodes contraceptives chez les jeunes est présentée dans le chapitre 2 à la page 68.

Quand aux adolescentes en union, les résultats des analyses sur leur exposition aux grossesses non prévues montrent que, chez elles, les difficultés d'accès à la contraception s'estompent et que même les effets résiduels des capitaux personnels (notamment mesurés par l'instruction et l'âge) s'atténuent devant la capacité de négociation de la contraception et le consensus dans le couple à ce sujet.

Conclusion

Ce chapitre a porté sur l'ampleur et les modalités de l'exposition des adolescents du Burkina Faso au sida ou aux grossesses non prévues dans leur vécu sexuel. Les analyses confirment leur vulnérabilité aux risques dans les premières années de leur vie sexuelle.

L'analyse des données permet de retrouver des caractéristiques générales décrites par les études antérieures en matière de comportement sexuel et préventif des adolescents subsahariens et burkinabè ressortent des données. La mesure de leurs niveaux d'exposition au sida et aux grossesses non prévue, bien que nécessitant un affinement dans des recherches ultérieures (notamment pour ce qui est de l'exposition au sida), permet d'appréhender quelque peu l'ampleur de ces problèmes. Les adolescentes en union font montre d'un faible usage du préservatif dans un contexte de pandémie où le recours au test de dépistage du VIH est encore peu fréquent. Il importe de savoir ce qu'il en est des mesures alternatives de prévention du sida prises dans leurs couples. Les données qualitatives nous y aiderons dans les prochains chapitres. Par ailleurs, l'analyse spécifique de leur exposition aux grossesses non prévues confirme l'effet multiplicateur de ce statut matrimonial sur l'exposition à une grossesse chez des adolescentes qui désirent l'éviter.

De même qu'en ce qui concerne le recours au préservatif pour se protéger du sida, l'utilisation de méthodes contraceptives par les adolescents qui en expriment le besoin est plus important chez les garçons que chez les filles. Si le préservatif occupe une place importante parmi les méthodes de prévention utilisées par ces adolescents (pas toujours uniquement dans un but contraceptif), cela suscite des questions sur les capacités des adolescentes en ayant besoin à y recourir. Les liens établis entre la capacité de négociation des filles et leur usage des méthodes contraceptives confirment l'importance des besoins à combler en termes de renforcement du pouvoir de négociation des jeunes filles pour parvenir à une satisfaction de leurs besoins contraceptifs.

Les analyses ont aussi montré la prédominance des connaissances opérationnelles sur celles théoriques comme facteurs favorisant l'usage du préservatif et des autres méthodes contraceptives par les adolescents.

De façon générale, les résultats obtenus dans ce chapitre viennent renforcer le plaidoyer pour la mise à disposition des adolescents d'une information et des services adaptés de

prévention dès la préadolescence, autant dans le cadre familial que par les programmes de prévention. De même, ils laissent présager de l'importance des facteurs socioculturels dans le mécanisme de leur exposition aux risques sexuels.

Il faut souligner que les données disponibles, en dépit de leur richesse, n'ont pas permis une réponse optimale aux questions posées dans cette étude : des variables essentielles du cadre conceptuel n'ont pas pu être introduites dans le modèle en raison de leur inadéquation avec les concepts de l'étude. Il s'agit notamment de l'inégalité dans le couple et des facteurs relevant des normes et valeurs des enquêtés relatives à la sexualité, aux relations de genre et à la prévention. Par ailleurs, la faiblesse des effectifs d'adolescents enquêtés à Ouagadougou n'a pas permis de circonscrire les analyses à ce public, ce qui aurait procuré une plus grande complémentarité de ces résultats avec ceux issus des analyses qualitatives sur les jeunes de Ouagadougou.

Les analyses qualitatives complémentaires permettront de combler cette insuffisance dans une certaine mesure. L'utilisation complémentaire des analyses quantitatives et qualitatives présentées dans les chapitres suivants constitue un atout certain pour comprendre les facteurs et mécanismes de l'exposition des jeunes urbains burkinabè aux risques sexuels.

Chapitre 6 : Prévention des risques sexuels dans les situations relationnelles sans visée matrimoniale vécues par les jeunes de Ouagadougou

Introduction

Ce chapitre s'intéresse aux mécanismes de gestion des risques de contamination par le VIH et de grossesses non prévues dans un des types les plus fréquents de situations relationnelles identifiées chez les jeunes hommes et femmes interrogés à Ouagadougou dans le cadre de l'enquête ECAF (2005-2007) : les relations sans visée matrimoniale[214]. Cette catégorie englobe des relations décrites comme occasionnelles par les enquêtés et d'autres plus stables. Leur point commun réside dans le fait qu'aucun projet d'union à court terme ne lie les deux partenaires, du moins du point de vue de l'individu enquêté. L'analyse du parcours sexuel de ces jeunes a montré que ces relations, qui concernent des adolescents ou de jeunes adultes, sont nouées la plupart du temps sous l'effet de motivations amoureuses certes, mais sont parfois aussi liées à des recherches identitaires.

Ce type de relations survient surtout dans les premiers moments de la vie sexuelle, c'est-à-dire à l'adolescence ou en début de vie adulte. L'activité sexuelle documentée est peu régulière. Du fait de l'absence de projet d'union, ces couples ont peu de légitimité sociale, dans un environnement culturel qui tolère peu les relations amoureuses non inscrites dans un projet d'union (Attané 2002, 2009 ; Mazzocchetti 2007). A cette étape de leur vie, la plupart de ces jeunes sont dans une logique d'évitement d'une grossesse. Le besoin de prévention du sida[215], inhérent à toute relation sexuelle dans un contexte d'épidémie, est d'autant plus présent que ces relations sont parfois concurrentes avec d'autres rencontres sexuelles de l'individu. En somme, notamment si le partenaire a déjà un vécu sexuel comportant des prises de risques, ces jeunes hommes et femmes ont généralement un besoin de double protection.

L'analyse des mécanismes d'exposition de ces jeunes aux grossesses non prévues et au sida à cette étape de vie fait apparaître deux éléments principaux : leur vulnérabilité lors de leur entrée en vie sexuelle et le fait que des enjeux liés à leurs références socioculturelles prennent parfois le dessus sur leurs besoins de prévention. Ces deux aspects sont analysés

[214] Cette catégorie et ses modalités sont présentées dans le chapitre 4, à partir de la page 122.

[215] Rappelons que, dans notre propos, l'exposition au sida chez un individu consiste, lors d'une relation sexuelle, en une absence de prévention ou en une protection non fiable contre cette infection. Les différentes stratégies de prévention considérées comme fiables chez un individu sain sont les suivantes :

- L'utilisation correcte et systématique d'un préservatif à chaque rapport sexuel,
- La relation exclusive après un test de dépistage du sida et le partage des résultats par les deux partenaires séronégatifs,
- En cas de relation non exclusive après un test de dépistage du sida et le partage des résultats par les partenaires séronégatifs, une protection systématique des rapports sexuels en dehors du couple[215].

A l'exception des rapports sexuels avec un individu n'en ayant jamais eu, les situations autres que celles citées ci-dessus induisent un risque. La définition complète de l'exposition au sida figure au chapitre 3 aux pages 89 à 90.

dans les premières sections du chapitre. La troisième section détaille les circonstances dans lesquelles ils parviennent à obtenir une protection correcte. Enfin, ces résultats sont discutés dans la quatrième section.

6.1. Entrée en vie sexuelle, contraception et prévention du sida

Si certaines des difficultés contraceptives vécues au cours de ces épisodes sexuels exposent spécifiquement les individus à l'un ou l'autre risque lié à la sexualité, d'autres favorisent leur exposition aux deux risques à la fois. Nous évoquerons successivement la vulnérabilité induite par l'absence de protection lors de l'initiation sexuelle et les difficultés d'utilisation des méthodes de prévention utilisées par ces jeunes.

6.1.1. L'entrée en vie sexuelle, un moment de vulnérabilité particulière chez les adolescents ouagalais

Le premier rapport sexuel des jeunes enquêtés à Ouagadougou semble être survenu dans des conditions qui les exposent particulièrement aux risques. Le tableau 6.1 répertorie les épisodes d'initiation sexuelle dans lesquels on relève une exposition à un risque, en fonction du risque encouru.

Tableau n°6.1. Episodes d'initiation sexuelle des j eunes hommes et femmes enquêtés selon l'état matrimonial et le risque encouru

Sexe	Statut matrimonial	Risque de grossesse non prévue uniquement	Risque de sida uniquement	Double risque
Hommes	**Célibataires**	Martial1 Paul1a Malick1a Mounir1a Poula1 Mamadou1 Moussa1 Ambroise1	Marcellin1 Pascal1	Madi1 Papou1 Mohamed1 Paouni1 Moustapha1 Michel1 Moumouni1 Moctar1
Femmes	**Célibataires**	Jaina1a Julienne1a	Mawa1a Rovanne1a Milena1 Jamie1a	Malicka1 Mafarma1a Martine1a Jarah1a Jasmina1a Jalimatou1a Johanna1a Maissata1 Madjara1 Mounira1 Joelle1 Maria1 Janta1a Magalie1 Jacintha1 Jalila1a Jassana1 Mireille1
	En union	Jismaela1a	Jenebou1a Jafisatou1a Jawa1a Jaratou1a Jelika1a	

Source : ECAF (2005-2007)

Ces épisodes concernent 48 individus, à savoir 18 hommes (tous célibataires) et 30 femmes (dont 6 en union) sur les 76 enquêtés. L'exposition spécifique à une grossesse non prévue a été essentiellement vécue par des personnes célibataires[216] dont le premier rapport sexuel a été protégé contre le sida (soit du fait d'une relation exclusive entre partenaires séronégatifs, soit parce que leur partenaire sexuel(le) était également vierge[217]). Quant aux épisodes lors desquels les enquêtés ont été uniquement exposés au sida, ils correspondent à des situations où l'individu ou le couple désirait une grossesse. Enfin, les cas d'exposition au double risque correspondent à des rapports non protégés avec un partenaire ayant une expérience sexuelle et dont le statut sérologique est inconnu. Les sections qui suivent précisent les circonstances de ces prises de risques.

[216] Bien que son premier rapport sexuel se soit déroulé dans le cadre d'une union, une jeune femme, Jismaela, a été exposée à une grossesse non prévue parce qu'elle ne désirait pas être enceinte dans l'immédiat (nous reviendrons sur les cas d'exposition de couples en union aux grossesses non prévues dans le chapitre suivant).

[217] Rappelons que, du fait de l'épidémiologie du sida au Burkina Faso (la transmission étant essentiellement hétérosexuelle) (Lagarde et *al.* 2004 ; PNUD 2011), nous avons opté, dans la détermination des risques encourus par les enquêtés lors des épisodes sexuels, pour le classement des relations sexuelles avec un ou une partenaire vierge comme étant exempts de risques (voir le chapitre 3).

☞ L'initiation sexuelle sans protection

L'entrée en sexualité s'est déroulée sans aucune protection chez 18 femmes et 16 hommes parmi les 50 femmes et 26 hommes interrogés. Tous avaient entre 15 et 18 ans chez les filles et entre 12 et 20 ans chez les garçons. Les filles concernées ont été exposées au sida du fait de l'expérience sexuelle antérieure, et donc des probables prises de risque de leurs partenaires[218]. De fait, chez la plupart d'entre elles, ces rapports sexuels sont survenus avec leur copain plus âgé qu'elles (Mafarma, 15 ans, qui a fait l'école coranique, avec un partenaire de 10 ans plus âgé ; Martine, 18 ans, de niveau d'instruction secondaire, avec un partenaire de 5 ans plus âgé, etc.). Par contre, la moitié des garçons, précisément 8 d'entre eux, ont eu ces premiers rapports sexuels avec des filles vierges. Ils n'ont donc pas été exposés au sida si l'on tient compte de nos critères d'inclusion. Seuls deux d'entre eux (Mamadou, 12 ans et Martial, 15 ans) ont eu ces relations avec une fille plus âgée ou ayant une expérience sexuelle.

- ***L'absence de protection par ignorance des risques***

Si l'on ne dispose toujours pas d'information sur les motivations de leurs partenaires, ces personnes expliquent l'absence de prévention par la complète ignorance des risques à cette période de leur vie sexuelle. Avant même l'entrée en jeu d'autres facteurs, cette ignorance empêche l'individu d'appréhender correctement le risque encouru, et donc, de mettre en œuvre une stratégie quelconque de gestion du risque. Ceci est d'autant plus vrai que ces rapports sont survenus pour la plupart sans préparation, en saisissant la première occasion pour découvrir la sexualité à l'insu de leur entourage. Ainsi, Mounir (14 ans, école coranique), a eu son premier rapport à la sauvette avec une fille du quartier (12 ans, élève du primaire). Ils ignoraient alors les risques. C'est par la suite qu'ils en ont pris conscience (ils ont surtout eu très peur que la fille ne soit enceinte). De même, Malick, 16 ans, a eu sa première relation sexuelle avec sa copine (lycéenne comme lui), plutôt sous la pression de leurs amis qui ont tout organisé[219]. Il explique qu'il avait une conscience générale des risques à travers les sensibilisations entendues dans les média, mais qu'il ne s'était pas senti concerné avant d'avoir lui-même eu un rapport sexuel. D'où l'absence de protection.

> ***M.: Mais à cette période, est-ce que tu étais conscient qu'il y avait les préservatifs lorsqu'on voulait faire des rapports sexuels?***
> ***Malick :*** *Bon! Comme je ne connaissais pas la femme, je ne m'intéressais pas comme cela au préservatif. Heu, les publicités, je disais que c'est pour les hommes, donc je ne m'y intéressais pas. Mais après, j'ai vu que ah! Nous tous, on est devenu des hommes (…), et puis je ne savais pas qu'on pouvait éjaculer vite, moi je ne savais pas (…) que j'avais l'âge. Mais après ça, j'ai su que le préservatif, quand on parle, bon, mon âge était inclus ».* (Malik, 22 ans, étudiant du supérieur, célibataire sans enfant).

[218] Partenaires dont elles ne connaissaient pas le statut sérologique.
[219] Son expérience est évoquée dans le chapitre 4, à la page 124.

Cela confirme le fait qu'à l'âge où certains adolescents entament leur vie sexuelle, bien qu'ils entendent parler de prévention autour d'eux, ils ne se sentent pas concernés car n'étant pas directement interpellés. Le tabou autour de la sexualité dans leurs familles constitue un frein supplémentaire à l'accessibilité des messages standard de sensibilisation pour eux. Il en est ainsi de Martine (22 ans, commerçante de niveau d'instruction secondaire) qui, à la place d'informations sur la sexualité et la prévention, a plutôt reçu une injonction de la part de sa mère à se tenir à l'écart des garçons quand elle a eu ses premières règles. La curiosité aidant, cette mise en garde sans explications l'a plutôt incitée à découvrir la sexualité, mais sans y être préparée.

6.1.2. L'impossibilité de se protéger : les abus sexuels sur des adolescentes ou de très jeunes filles

Les abus sexuels vécus par des adolescentes constituent une circonstance particulière dans laquelle l'exposition aux risques est évidente. Egalement documentés dans l'exposé du vécu sexuel des adolescents au chapitre précédent, ils concernent un nombre non négligeable des enquêtées. L'absence de protection s'explique aisément dans ces circonstances : même conscientes des risques liées la sexualité, ces adolescentes n'avaient aucun moyen de s'en protéger au moment de l'acte.

6.1.3. Des difficultés d'utilisation des méthodes de prévention liées à l'acte

Comme l'ENA (Guiella et Wood 2006) et l'EDS-MICS BF 2010 (INSD et ICF Int. 2012) l'ont montré, les méthodes contraceptives les plus utilisées par les adolescents et jeunes de Ouagadougou sont en majorité les méthodes liées à l'acte, avec le préservatif cité en premier lieu. Très peu, parmi les plus jeunes, rapportent l'utilisation de méthodes hormonales dans ces épisodes. Ce choix se comprend aisément dans un environnement dominé par une méfiance générale vis-à-vis des méthodes hormonales (Biddlecom et *al.* 2007 ; Congo 2007). Au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique subsaharienne, la littérature attribue cette attitude à la crainte de la stérilité liée à l'utilisation de ces méthodes dans l'imaginaire populaire (Guillaume 2004 ; INSD 2011 ; Ouédraogo et *al.* 2006). Cette crainte est compréhensible chez des hommes et femmes qui n'ont pas encore concrétisé leurs désirs d'enfant dans un contexte culturel où la procréation est essentielle pour l'individu (Mazzocchetti 2007 ; Tichit 2009).

Chez ces jeunes qui font largement recours aux méthodes contraceptives liées à l'acte (à savoir l'abstinence périodique utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif) les difficultés observées ont surtout consisté, soit en des difficultés de négociation face à des partenaires réticents à utiliser le préservatif, soit en des erreurs d'utilisation du préservatif ou de calcul du cycle menstruel de la fille.

En effet, dans certains cas, la tentative de protection du rapport sexuel par l'individu se heurte au refus de son (sa) partenaire. Cette réticence conduit à sa non utilisation dès le début de la relation, ou, dans la majorité des cas, à son abandon après une courte durée au cours de la relation. Cela arrive souvent sans que des solutions alternatives de double protection ne soient mises en œuvre.

Si, comme la littérature le décrit, les jeunes filles sont souvent en position de faiblesse dans la négociation de la prévention (Brady et *al.* 2007 ; Poulin 2007 ; Pradhan et Ram 2010 ; Rossier et Sawadogo 2010 ; Sawadogo et Rossier 2011), les données montrent qu'elles-mêmes éprouvent aussi parfois des difficultés à l'accepter. En effet, de leurs récits ressortent aussi parfois des réticences sur l'usage du préservatif. Des jeunes hommes enquêtés font aussi état de refus de son usage par leurs partenaires.

Les explications fournies par les enquêtés ayant décrit de telles réticences (de leur part ou de celle de leur partenaire) à l'encontre du port du préservatif font état d'un inconfort dans son utilisation : la réduction du plaisir sexuel, le désagrément lié à l'odeur, au lubrifiant, à l'effet sur l'érection, etc. On perçoit plusieurs de ces raisons dans le discours de Paouni :

> *« Ce n'est pas facile {l'utilisation du préservatif}, ce n'est pas facile, c'est pas du tout facile ! Parce que moi, ce qui me concerne même, je m'excite un peu difficilement et {la} moindre chose peut en fait mettre fin à cette excitation-là, surtout au niveau des érections. Moi, par exemple, le temps souvent que je prends pour porter le préservatif déjà, je perds mes érections et il faut attendre encore un temps pour les obtenir, et puis ça prend du temps. L'homme, quand il est souvent excité, il est emporté, il a besoin de pénétrer tout droit. (…) lorsque tu sens qu'il y a un petit caoutchouc qui traîne sur toi-même, c'est dégueulasse même, avec son odeur et tout. Ça ne me plaît pas, toutes ces choses ! Je veux garder mon sexe quand même naturel et m'amuser comme je veux. Prendre le temps de porter un truc gluant comme ça, avec (…), toute cette huile et autres-là, bon, moi, ça ne me plaît pas. On s'efforce, on est habitués maintenant, on le fait, mais sincèrement dit, ce n'est pas intéressant, voilà. Ce sont des difficultés que beaucoup vont évoquer, bon, même si maintenant, tu sais, on est condamné à l'utiliser ! »* (Paouni, 26 ans, étudiant, célibataire, sans enfant).

Maïna (commerçante de 27 ans, de niveau d'instruction secondaire, mariée), exprime un inconfort sans doute lié à une lubrification insuffisante.

> *« (…) quand c'est avec le préservatif, c'est très différent de quand tu n'as pas le préservatif (…) moi, quand je fais avec le préservatif, ça me fait mal, (…). C'est dire que ce n'est pas intéressant comme si vous partez corps à corps. Mais on n'a pas le choix. Le préservatif, c'est pour éviter une situation, donc on est obligé d'accepter. Sinon, franchement, le préservatif, ce n'est pas intéressant ! »* (Maïna, 27 ans, niveau d'instruction secondaire, commerçante, en union, deux enfants).

Alors que ces deux enquêtés s'efforcent de se protéger en dépit des difficultés citées, ces dernières peuvent constituer de véritables obstacles pour d'autres jeunes.

6.2. Quand d'autres enjeux prennent le dessus sur la prévention dans les relations occasionnelles ou stables sans visée matrimoniale

Chez des adolescents et de jeunes adultes plus expérimentés sur le plan sexuel, on relève des entraves à la prévention qui ne sont liées ni à l'ignorance des risques, ni à des difficultés d'utilisation. Ces obstacles semblent plutôt liés au fait que d'autres enjeux prédominent sur le besoin de contraception ou de prévention du sida. Les jeunes hommes ayant rencontré ce type de difficultés les mettent en lien avec le besoin de s'affirmer face à leur entourage, souci qui les place dans des situations favorisant l'entretien de relations occasionnelles et la non utilisation du préservatif.

Quant aux adolescentes et aux jeunes femmes dont il est question ici, quand elles n'ont pas de projet d'union avec leurs partenaires[220] et qu'elles connaissent les risques, elles sont particulièrement vigilantes en ce qui concerne leur prévention. Qu'il s'agisse de relations transactionnelles ou non, elles sont conscientes des conséquences d'une éventuelle grossesse dans ces circonstances. De ce fait, elles font montre de fermeté dans leur demande de prévention auprès de leurs partenaires. Les difficultés enregistrées tiennent à des circonstances particulières où elles n'ont pas pu utiliser le préservatif de façon ponctuelle ou à des cas où elles déclarent avoir été trompées par leur partenaire sur la prévention (hommes qui percent le préservatif à leur insu). Chez une minorité, l'usage irrégulier de la prévention semble plutôt lié à de l'immaturité et à une grande dépendance affective vis-à-vis de leur partenaire.

6.2.1. Le multipartenariat et la prise de risque plus ou moins calculée des jeunes hommes pour s'affirmer

Dans les épisodes analysés ici, l'exposition des jeunes hommes au double risque, que l'on pourrait attribuer de prime abord à de l'insouciance ou de l'irresponsabilité pure, semble plutôt liée à leur vulnérabilité face à l'influence de leurs pairs et à l'urgence de leur besoin de s'affirmer face à ces derniers et à leur entourage. Ce comportement est observé chez des adolescents, mais semble aussi courant chez de jeunes adultes engagés dans des relations occasionnelles. Ce besoin et leurs désirs sexuels prennent le dessus sur la prévention d'un risque qui leur paraît plus lointain et hypothétique que celui d'être déconsidérés par leur entourage.

Chez les enquêtés concernés, cette affirmation de soi est effectivement passée par l'affichage de leur virilité à travers une vie sexuelle fournie. En l'absence de protection, cette

[220] Dans la description de leurs motivations au chapitre 4, il est ressorti que des relations qui apparaissent comme occasionnelles chez ces jeunes filles correspondent en réalité à des tentatives d'établir une relation stable en vue du mariage, essais qui n'ont pas abouti. Notons toutefois qu'il est difficile d'établir ici la frontière entre ce qui relève d'un discours normé ou pas.

activité sexuelle est synonyme d'exposition au double risque. On relève dans leurs discours le fait qu'ils ont, à un moment de leur vie, eu des rapports sexuels non (ou irrégulièrement) protégés avec des partenaires occasionnelles, parfois des travailleuses du sexe. Selon eux, l'absence de protection lors de ces relations n'est pas due à une ignorance des risques, mais plutôt au fait qu'ils étaient entraînés dans un certain mode de vie qui favorise le relâchement de la vigilance (notamment à cause de l'abus d'alcool). Papou (24 ans, élève du niveau secondaire), qui a eu ses premiers rapports sexuels à 15 ans, raconte que son aisance financière et l'environnement dans lequel il vivait avec ses frères a favorisé ces prises de risques lors de son adolescence. Il déclare avoir ainsi eu, en quelques années, plus d'une vingtaine de partenaires sexuelles et un usage irrégulier du préservatif, cela sans connaître ni son statut sérologique, ni celui de ses partenaires.

- ☞ **La faible pression sociale sur les jeunes hommes en cas de grossesse non prévue : un facteur de leur désintérêt envers la contraception**

Quant à leur attitude envers la contraception, elle est parfois difficile à cerner. Cette indifférence apparente semble trouver sa source dans la conception locale des responsabilités de l'homme et de la femme dans le couple en matière de contraception, et aussi en cas de grossesse non prévue. Alors que les jeunes filles enceintes en subissent directement les conséquences personnelles et sociales, les jeunes hommes ont plus de facilité pour se soustraire aux conséquences du comportement à risque. Cette différence alimente une attitude tout à fait opposée envers la contraception dans certains jeunes couples non cohabitants.

Cet état de fait est mis en évidence par des récits de jeunes hommes enquêtés. Par exemple, Ambroise, commerçant de 22 ans de niveau d'instruction secondaire, a eu deux expériences de grossesses non prévues. La première fois, une fille avec qui il avait eu des rapports sexuels occasionnels sans protection lui a annoncé qu'elle était enceinte. N'ayant pas de projets d'avenir avec elle, il lui a donné de l'argent pour avorter et a rompu avec elle. Ensuite, sortant depuis peu avec une fille de son quartier (17 ans, de niveau d'instruction secondaire), il a eu avec elle des rapports non protégés. Au bout de deux mois, sa copine lui a annoncé qu'elle était enceinte. Il a d'abord renié la grossesse par crainte de la réaction de ses parents.

> *« (...) comme en ce moment j'étais encore très, très jeune, je ne voulais pas que mes parents le sachent {qu'il avait une copine}. Parce que s'ils savaient ça, ils allaient me gronder. Donc j'avais préféré le cacher (…). Mais ses parents le savaient (...) comme j'étais souvent dans leur cour. Au moment où je faisais des rapports avec elle, comme ce n'était pas protégé, elle m'avait {dit} un jour que ses règles étaient arrêtées. J'ai hésité pendant à peu près deux mois, trois mois. (...) ses parents m'ont appelé, dire que, en tout cas la fille-là n'est plus comme avant. (...) mais la grossesse-là, on ne s'est pas entendus sur ça. Parce que comme je ne voulais pas que mes parents le sachent, j'avais premièrement décidé de refuser ça. Donc on a fait beaucoup, beaucoup de palabres*

> *{disputes}, jusqu'à ce que mes parents l'apprennent. Ils m'ont posé la question. Comme ils ne savaient pas que je sortais avec la fille-là, bon, mes parents aussi ne pouvaient rien dire. Ils ont dit que moi seul (...) peux juger si c'est moi. Donc, ses parents n'ont pas cherché à forcer, ils ont gardé la fille avec eux jusqu'à la naissance de l'enfant. On a fait à peu près six mois, on ne se parlait plus. Donc au fur et à mesure, on s'est revus après le septième mois, elle m'a appelé, on a causé un peu, elle m'a expliqué avant que je ne dise à ses parents que si c'est comme ça, je vais dire à mes parents que la grossesse-là était {de} moi. Si je refusais, c'est parce que je ne voulais pas décevoir mes parents.».* (Ambroise, 23 ans, niveau d'instruction secondaire, commerçant, célibataire).

Il a fini par reconnaître la grossesse après la naissance de l'enfant et ils ont repris leur relation.

6.2.2. Des difficultés à contrôler l'usage du préservatif chez des jeunes femmes

Dans le cadre de relations sans visée matrimoniale, des jeunes femmes d'ordinaire très vigilantes sur l'utilisation du préservatif (dans un but de double protection) ont néanmoins été exposées aux risques. Dans leurs situations, la difficulté a résidé dans le fait que, ne contrôlant pas l'usage du préservatif masculin, elles n'ont pas été en mesure de maîtriser son usage par leur partenaire.

Ainsi, Madeleine (26 ans, infirmière de niveau d'instruction secondaire, fiancée, sans enfant) entretenait une relation secrète avec un homme, ponctuée de rapports occasionnels. Tenant à éviter tout risque, d'autant plus qu'elle était fiancée à un autre, elle gardait des préservatifs dans son sac à main pour être sûre de ne pas en manquer. Malgré tout, elle a eu un rapport non protégé avec cet homme un jour où elle lui a rendu visite dans son bureau. Elle explique que, dans l'urgence du désir, ce dernier n'a pas eu le temps de mettre un préservatif. Prise de peur car elle n'était pas sûre du statut sérologique de son partenaire, elle a rompu avec lui et a ensuite eu beaucoup de mal à trouver une solution à cette prise de risque (cet incident et sa répercussion sur la prévention dans son couple avec son fiancé sont évoqués dans le chapitre sur les relations inscrites dans la durée[221]). Marion (20 ans, de niveau d'instruction secondaire, célibataire sans enfant), a vécu une mésaventure d'un autre ordre : ayant des relations plus ou moins transactionnelles avec plusieurs partenaires, elle explique que certains de ses partenaires, pour contourner l'obligation (établie par elle) d'utiliser le préservatif, les perçaient en cachette au cours de l'acte sexuel.

Ces expériences, qui relèvent dans certains cas du sabotage de la prévention par le partenaire, amènent ces jeunes femmes à redoubler de vigilance à l'avenir, mais elles ne disposent d'aucun moyen pour résoudre la prise de risque.

[221] Voir les pages 206 à 207.

6.2.3. Quand l'affectif ou l'immaturité s'ajoute aux pressions sur les jeunes filles

Il faut aussi mentionner des circonstances dans lesquelles des jeunes filles vivent des prises de risques répétées sans vraiment subir de pressions de la part de leur partenaire. Dans ces épisodes, l'absence de protection semble plutôt liée au lien affectif avec leur partenaire ou à une certaine immaturité. Ainsi, Milena a du mal à expliquer clairement pourquoi elle a connu plusieurs aventures avec une utilisation irrégulière du préservatif, selon le bon vouloir de ses partenaires. Elle avait alors entre 19 et 21 ans. Elle ne prenait aucune initiative sur ce plan. Elle ne connaissait pas leur statut sérologique mais ne s'en inquiétait pas beaucoup, ce malgré une information correcte sur les risques. Elle n'était pas non plus prête à avoir un enfant. Elle-même n'arrive pas à expliquer cette attitude avec le recul :

> ***« M. : Vous avez dit tout de suite que c'est mieux de se protéger, alors que vous m'aviez dit aussi qu'avec vos copains, il y a des fois où vous vous protégez et des fois où vous ne vous protégez pas. Qu'est ce qui explique cela ?***
> ***Milena** : hum, hum ! En tout cas, je ne sais pas, mais c'est mieux. Je ne sais pas pourquoi, mais c'est bien que chacun fasse ce qui se doit. (…) vous voyez, l'être humain est comme ça. Tu peux conseiller quelqu'un d'autre à faire ce qui est bien, et toi-même, tu te lèves, tu vas faire ce qui est mauvais, donc (…) peut-être que c'est parce que je les aime, soit (…) je ne sais pas ce que j'ai dans la tête, c'est pour ça que je fais. Sinon, en tout cas, moi-même je sais que c'est risqué, mais je le fais. Je ne sais pas pourquoi (sourire gêné) ».* (Milena, 23 ans, aucune instruction, petites activités informelles, célibataire, un enfant).

Quant à Aïda (étudiante de 20 ans), elle a aussi pris des risques sans autre justification que les sentiments qu'elle éprouvait pour ses partenaires. Elle dit avoir connu, en deux ans, au moins cinq partenaires sexuels dont deux réguliers, eu recours à un avortement et souffert d'une IST. Toutefois, elle explique que son copain et elle continuent d'avoir des rapports sexuels non protégés, cela sans connaître leurs statuts sérologiques respectifs et malgré des peurs de grossesse.

> *« Récemment, en fait, quand je sortais avec Arsène {son dernier copain}, j'ai eu deux fois même ce problème-là {peurs de grossesse}. La première fois, c'était jusqu'à 4 jours de retard, j'ai eu peur, je me disais : « ça, c'est une grossesse encore !». Bien que, dans ma tête, il ne fallait même pas que ça arrive encore. *** je n'ai pas tout fait pour éviter ça aussi, comme je le disais tantôt, presque tout le temps, c'était des rapports non protégés qu'on avait. La deuxième, c'était avec lui encore, ça c'était un retard de trois jours. A part ça, une semaine et autre là, ça c'était pour la grossesse-là. Je n'ai jamais eu de gros retards comme ça. Comme ce n'est pas trop régulier. C'est 28 jours mais souvent, ça fait 29 jours ou bien 30 jours.*
> ***A.M: Tu m'as dit que tu as été confrontée deux fois de suite à des retards de règles, et comment tu as réagi quand c'est arrivé ?***
> ***Aïda** : Oh! La peur ! J'ai repensé à tout ce que j'avais vécu avant, la grossesse, l'avortement et tout, je repensais à ça. Et puis je repensais à ce que lui, il m'a dit : « je ne suis pas prêt à être papa maintenant et toi non plus, tu n'es pas prête à être maman maintenant ». Chaque fois,*

> *après un rapport, il me dit : «est-ce que tu sais que tu me fais flipper ? », (…). Que chaque fois, on a des rapports sexuels comme ça sans capote et puis ça ne me dit rien ? Je dis que : « ce n'est pas que ça ne me dit rien, mais tu veux que je dise quoi ? Bon, ça vient, je ne peux pas (…) quand je regarde, je dis, non ! Il n'y a pas de danger ! ». C'est comme ça que ça {une grossesse} m'est arrivé une fois mais je dis toujours, il n'y a pas de danger (…)».* (Aïda, 20 ans, étudiante, célibataire, sans enfant).

Elle est pourtant très bien informée et milite même dans une association qui s'intéresse aux questions de prévention. Elle a un discours lucide sur ses recours en matière de prévention :

> *« Je sais que la capote ne (…) protège pas à 100% contre les grossesses et même le sida. Puisque souvent, c'est mal utilisé, ce n'est pas tout le monde qui sait utiliser ça. Il y a des gens qui mettent mal, et puis, entre-temps, ça lâche. Et puis, avec l'histoire des pommades et autres {certaines personnes utilisent des pommades comme lubrifiant} or (…) ça ne se fait pas. Bon, je trouve que (…) pour quelqu'un comme moi, qui n'est pas décidée à utiliser la pilule, je pense que c'est le seul recours quoi, la capote, sachant bien que ce n'est pas à 100% sûr ! »* (Aïda, 20 ans, étudiante, célibataire, sans enfant).

Finalement, ce comportement (néanmoins marginal dans l'échantillon) semble provenir de facteurs inhérents à des traits de personnalité de l'individu lui-même et non d'une quelconque influence de son partenaire ou de son environnement.

6.3. Quand les jeunes parviennent à une prévention correcte dans les relations sans visée matrimoniale

A l'inverse des cas décrits précédemment, certains épisodes sexuels relatés montrent que le couple a bénéficié d'une double protection correcte. Deux principaux atouts semblent faire la différence entre ces personnes et les autres : d'une part, une éducation à la sexualité et à la prévention qui a permis à l'individu (ou au couple) de disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour se protéger efficacement du double risque dès le premier rapport sexuel ; de l'autre, une résolution efficace des difficultés de préventions rencontrées auparavant.

6.3.1. Une conscience élevée des risques

Abstraction faite des autres paramètres de la relation, la conscience du risque constitue le premier pas vers l'éventuelle mise en œuvre d'une méthode de prévention par l'individu. Elle suppose d'abord que ce dernier ait reçu et assimilé les informations sur les risques, et ensuite, qu'il se sente concerné par ceux-ci. L'éducation sexuelle et la sensibilisation en matière de prévention interviennent à ce niveau.

Quel que soit leur niveau d'instruction, les jeunes hommes et femmes qui relatent des épisodes sexuels exempts de risques évoquent l'intervention de leur réseau social dans

l'acquisition de ces connaissances. C'est par le biais d'un(e) ami(e) ou d'un membre plus âgé de leur fratrie (ou d'un adulte de leur famille, mais quasiment jamais par leurs parents) qu'ils ont été informés sur les risques ou mis en garde quand ils s'y sont exposés. Ainsi, Patrice (22 ans, menuisier de niveau d'instruction secondaire, célibataire) parlait de façon très ouverte de sexualité et de prévention dans son cercle d'amis. Ses copains et lui ont partagé leurs connaissances sur la double protection et se sont mutuellement convaincus de la nécessité d'utiliser le préservatif. Patrice demeure quand même inquiet malgré son utilisation du préservatif car il sait que cette méthode n'est pas efficace à 100%. Il estime même que la pilule serait plus fiable pour la contraception. Il a très peur de provoquer une grossesse chez sa copine alors qu'il n'est pas encore en mesure d'assumer ses responsabilités.

> ***« P : (…) vous n'avez pas confiance au préservatif ?***
> ***Patrice****: Pas totalement, pas totalement ! Parce que j'ai une fois demandé à une infirmière (…). Je lui ai posé la question comme ça, j'ai dit: «*Madame, est-ce que (…) la capote est à 100% efficace? *». Elle m'a dit que, bon, que la capote est 100% efficace et 100% non efficace. Que parce que ça dépend de la manière {dont} tu t'es préservé, voilà. Si tu t'es mal préservé seulement, ça c'est comme si tu ne {t'étais pas} protégé seulement. Donc, je n'ai pas confiance totalement. Parce que j'ai vu des amis dans ces genres de cas {grossesses non prévues}, et puis l'affaire est partie à l'Action Sociale*[222] *(…) C'est pour cela à chaque fois, je la {lui} dis seulement {à sa copine}:* « il ne faut pas que tu vas jouer ton jeu et puis (…) *» Parce que ça va mal partir quoi, si elle joue son jeu et puis elle tombe enceinte,(…) on va tous souffrir quoi, voilà ! ».* (Patrice, 22 ans, niveau d'instruction secondaire, menuisier, célibataire).

Tant qu'elles éprouvent ce besoin de double protection, cette posture entraîne, chez des personnes comme Roxanne, un comportement ne négligeant aucun volet de la prévention. Ainsi, cette dernière (21 ans, de niveau d'instruction secondaire) exprime les mêmes réticences envers l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales par les jeunes filles : elle trouve que cela les amène à négliger la prévention du sida et des autres IST.

> *«Je ne pense pas que ce soit bien d'utiliser la piqûre {l'injectable}, le Norplan® ou la pilule. C'est {ce qui est bien} de te protéger avec la capote et d'éviter que la capote se déchire lors des rapports sexuels, ça vaut mieux. Si tu dis que tu avales la pilule ou que tu mets le Norplan ou que tu fais les injections et tu ne te protèges pas, y a la maladie du sida. (…) de nos jours, (…) les hommes d'aujourd'hui et les filles d'aujourd'hui, ils ne sont pas du tout fidèles. Quelqu'un peut te suivre et suivre une autre fille en même temps sans que tu ne saches. Il peut se trouver que l'autre fille sorte avec un gars qui a une autre copine ailleurs. Ce qui fait que ça devient une chaîne. Si tu sors avec une fille, que tu veux en faire ta femme et tu ne te protèges pas, tu peux attraper la maladie du sida sans savoir. Il y a aussi les IST, quelqu'un peut avoir une IST et tu te dis : « Non, j'ai fait la piqûre, ou bien j'avale les pilules, si je fais les rapports sexuels sans me protéger, je ne vais pas tomber enceinte ». Ce n'est pas la grossesse le problème, tu peux accoucher et t'occuper de ton enfant parce que c'est un don de Dieu, y a des gens qui cherchent des enfants en vain. La grossesse n'est pas un problème, ce sont les maladies, les*

[222] Les services du ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale interviennent fréquemment dans les litiges liés aux grossesses non prévues.

IST et la maladie du sida. C'est pourquoi je pense qu'il vaut mieux utiliser la capote que les pilules et les injections» (Roxane, 21 ans, de niveau d'instruction secondaire, travaille comme vendeuse).

6.3.2. *Une recherche intransigeante de double protection*

En aval de la conscience du risque, des jeunes hommes et femmes ressentant un besoin de double protection et y parvenant ont fait montre d'une attitude proactive en la matière. Leur rigueur s'explique en partie par le fait que ces personnes avaient une posture sans ambigüité au sujet des autres facteurs pouvant intervenir à ce niveau (ou, du moins, parvenaient à mettre la prévention au premier plan). Elle est également liée au fait que les intéressés étaient d'autant plus sensibilisés aux risques qu'ils avaient déjà expérimenté des échecs de prévention.

Dans bien des cas en effet, en particulier en ce qui concerne le sida, une prise de conscience aigüe du risque, par le biais d'une infidélité avérée ou d'une maladie « *suspecte* » du partenaire, conduit l'individu à se poser plus de questions et à modifier son comportement. Par instinct de survie, la nécessité de se protéger supplante alors toutes les autres considérations. Le jeune homme ou la jeune femme use de toutes ses ressources en matière de négociation pour imposer la prévention choisie à sa/son partenaire. Dans les faits, quand, par exemple, ce choix réside dans l'usage systématique du préservatif, cela se traduit par une attitude plus ferme à ce propos face à un/une partenaire réticent(e).

C'est le cas de Nicole, 20 ans, élève du secondaire. Après une attitude intransigeante envers la prévention au début de sa relation avec son copain (nous y reviendrons), elle a, par la suite, eu la même attitude que les autres jeunes filles qui, dans le but de préserver leur relation avec un époux potentiel, ont cédé à la pression pour avoir des rapports sexuels[223]. La renonciation à l'utilisation systématique du préservatif a constitué la suite logique de cette attitude. Nicole a radicalement changé d'attitude quand elle s'est sentie en danger à la suite d'une IST :

*« A ce moment-là, moi j'ai commencé à le menacer, je dis «*ah, comme c'est comme ça là, on ne va plus faire sans préservatif *» (…) parce qu'il ne faut pas qu'on va se contaminer. Parce qu'une fois je me rappelle, j'ai fait sans préservatif avec lui, je n'avais pas de pertes blanches avant, je me suis dit***c'est maintenant même, j'ai commencé à croire (…)* {à l'infidélité de son copain}*, parce que je me suis dit que la fille avec qui il a fait l'amour-là, je me suis dit qu'il l'a fait sans préservatif avec elle, et elle a accepté. Maintenant, la fille-là a des pertes blanches et puis comme il a fait sans préservatif avec la fille-là et puis il est revenu faire sans préservatif avec moi, donc il m'a contaminée. Ça a fait que j'avais commencé à avoir des pertes blanches, donc moi je me suis dit que c'est fini comme ça. Même quand je pars chez lui et puis il veut faire, même avec préservatif, je ne veux plus (…). »* (Nicole, 20 ans, élève du secondaire, célibataire).

[223] Ce comportement est décrit plus en détails dans le chapitre sur le vécu sexuel des jeunes.

Quand elle a eu des symptômes d'IST, elle s'est confiée à sa sœur aînée qui l'a aidée à accéder à des soins. Elle a alors subi les remontrances de cette dernière, appuyée par la prestataire de santé qui les a reçues. Tout ceci a concouru en fin de compte à sa décision de rompre avec son copain.

Cette fermeté à propos de la double protection est partagée par des jeunes hommes de l'échantillon. Pascal (22 ans, élève du secondaire) a rompu avec sa copine quand il s'est rendu compte qu'elle entretenait une relation amoureuse avec un autre homme. Des rumeurs selon lesquelles ce dernier était infecté par le VIH ont suscité en lui la crainte de la contamination. Il a aussitôt mis un terme au risque en se séparant de sa copine. D'autres jeunes hommes expliquent qu'ils utilisent systématiquement le préservatif tant qu'ils ne sont pas sûrs du statut sérologique de leur partenaire. Il en a été ainsi pour Marcellin avec l'une de ses copines (il avait alors 19 ans et était élève au secondaire).

> *« (…) avec elle, on l'utilisait tout temps {le préservatif}. Parce que je lui ai demandé de faire le test et elle n'a pas fait le test. Et je lui ai dit que «* Tant que tu n'as pas fait le test, pas de rapport sans préservatif *». Moi (…) comme je suis donneur de sang, je faisais régulièrement le test. »* (Marcellin, 25 ans, chercheur d'emploi de niveau d'instruction supérieur, célibataire).

De même, des jeunes hommes expriment la crainte d'être « *piégés* » par leur copine au moyen d'une grossesse, dans le but de se faire épouser. De ce fait même quand leur partenaire déclare utiliser une méthode de contraception, ces hommes préfèrent garder le contrôle de la prévention. Pour ce faire, l'unique moyen à leur disposition est le préservatif, qui a l'avantage de leur procurer également une double protection. Ainsi, Patrice et ses amis se sont réciproquement mis en garde contre le possible sabotage de leur prévention par les filles. Alors qu'il cite environ une vingtaine de partenaires sexuelles (la plupart occasionnelles, et certaines alors qu'il sortait déjà avec sa copine), il dit avoir eu un seul rapport sexuel non protégé[224].

> *« C'est une seule fois que j'ai déjà fait des rapports avec une fille sans me préserver, sinon, à chaque fois, je me préserve (...). Je ne regarde pas ta forme, non, ta beauté, non, rien, c'est moi-même je me protège moi-même (…) et puis je ne laisse jamais qu'elle me préserve (…). Des fois, elles me disent que non, que non, de laisser {de les laisser lui mettre le préservatif}, je dis : «* non, je n'ai pas entièrement confiance en ce que toi tu me (…) *», voilà !»* (Patrice, 22 ans, niveau d'instruction secondaire, menuisier, célibataire).

6.3.3. Des connaissances correctes des méthodes et stratégies de prévention

Outre la conscience du risque, les personnes ayant réussi à se protéger efficacement avaient aussi et surtout une connaissance précise des méthodes et stratégies à mettre en œuvre pour se protéger des deux risques à la fois. Cette conscience du double risque et la distinction avec la prévention du sida ou la contraception sont exprimées de façon très

[224] Cet épisode n'est pas suffisamment documenté pour que l'on en comprenne les raisons.

précise par Marion. Cette jeune fille de 20 ans (de niveau d'instruction secondaire, célibataire sans enfant), a eu plusieurs partenaires sexuels. A la suite d'une grossesse non prévue, elle a été abandonnée par l'auteur de sa grossesse et rejetée par son père, ce qui l'a conduite à avorter. Après cette déception, elle a eu de nombreuses aventures occasionnelles, dont certaines en se prostituant clandestinement. Depuis sa mésaventure, elle a utilisé systématiquement le préservatif qu'elle a réussi à imposer à tous ses partenaires sexuels. Elle a même décidé, sur le conseil du médecin qui a réalisé l'avortement, de renforcer sa contraception en utilisant la pilule en plus. Elle a eu peur d'avoir été infectée par le VIH, mais n'ose toujours pas se faire dépister pour en avoir le cœur net. Forte de son expérience, elle s'insurge contre la légèreté de ses amies qui, dès qu'elles ont accès à une méthode contraceptive, relâchent la prévention du sida. Elle rappelle que la grossesse constitue le danger le plus immédiat (et le plus craint) pour les filles. De ce fait, avoir une contraception stable et non liée à l'acte (ou encore l'utilisation de la pilule du lendemain) leur procure une quiétude qui leur fait oublier la prévention du sida :

> *« Moi, je me dis qu'une fois que tu commences à prendre les pilules-là, quand on va te proposer (de) faire l'amour sans se protéger, tu vas oublier la maladie, tu vas te mettre en tête que «* non, de toutes les façons je ne vais pas tomber enceinte !*». Est-ce que vous me comprenez ? (...) donc, la protection-là, c'est toujours mieux. Utiliser le condom-là, c'est toujours mieux, là maintenant tu peux essayer de prendre les pilules {en plus du condom} en cas de cas {pour parer à toute éventualité}, on n'en sait jamais ! (…) Tu vas te mettre en tête, (…) ce qui est sûr, il y a la pilule du lendemain, même si je fais les rapports sans me protéger, après je peux prendre ça. Vous voyez ? (…) Je peux prendre ça, ça peut {ne} pas être une grossesse, alors que toi tu oublies la maladie. J'ai cherché à causer avec mes amies, le sida-là, elles ne voient même pas ça, c'est la grossesse là ! Pilule du lendemain là, euh, je sais qu'il y a d'autres, ils vont payer ça même, à chaque fois, elles vont faire les rapports sans se protéger et la prendre en même temps. ».* (Marion, 20 ans, niveau d'instruction secondaire, célibataire).

6.3.4. La double protection comme résultat du processus d'apprentissage en matière de prévention

Tout comme leur activité sexuelle décrite au chapitre 4, le mécanisme de gestion des risques chez les jeunes hommes et femmes interviewés semble suivre un cheminement type : les premiers rapports sexuels, survenant à l'adolescence dans un désir de découverte de la sexualité, sont sans protection, ou alors insuffisamment protégés contre la grossesse et le sida. En général, ces difficultés surviennent par ignorance des risques, à cause du très faible pouvoir de négociation de l'individu face à un ou une partenaire plus âgé(e) et/ou plus expérimenté(e), ou alors à cause d'un accès insuffisant aux méthodes de prévention. La prise de conscience du risque survient *a posteriori*, grâce aux connaissances acquises entre-temps. Dès lors, s'initie une protection qui devient plus rigoureuse au fur et à mesure que l'individu acquiert de l'expérience.

Selon Malick, qui a eu son premier rapport sexuel sans protection à 16 ans avec sa copine de 15 ans, c'est par l'intermédiaire des sensibilisations entendues à la radio qu'il a pris conscience des risques par la suite :

> *« Donc, c'est arrivé comme cela. On n'a pas utilisé le préservatif* {lors de son premier rapport sexuel avec sa copine}.
> ***M.: mais est ce que après le rapport vous avez eu peur d'une grossesse?***
> ***Malick :*** *D'une grossesse, bon je n'y ai pas pensé mais c'est plus tard que j'ai vu que ça pouvait arriver, c'est plus tard. Après avec la conscientisation qu'on fait à travers les radios et autres là oui oui, j'ai su que ha! Ça c'est risqué dèh!(…) ».* (Malik, 22 ans, étudiant du supérieur, célibataire sans enfant).

Plus âgé lors de son premier rapport sexuel (19 ans), Marcellin n'a cependant pas pensé à la protection à ce moment-là. Il a été mis en garde par son cousin à qui il s'est confié ensuite :

> *« Je crois que c'est à 19 ans. (…) Elle devrait avoir peut être 15 ans (…). J'étais élève en terminale et elle était élève en classe de quatrième (…). Nous sommes allés chez mon cousin et on est restés. Elle, ce n'était pas son premier rapport sexuel mais moi, c'était mon premier rapport. (…). Et ce que j'ai regretté, c'est de l'avoir fait sans préservatif et ça, je m'en suis voulu. En fait, sur-le-champ comme ça, je n'ai pas mesuré la portée de l'acte que je venais de commettre. Mais en fait, c'est après, puisque j'en avais parlé à mon cousin parce que quand il est revenu, il m'avait demandé : « c'est comment ? » {Comment ça c'est passé} et je lui ai répondu que c'était correct {il a pu coucher avec la fille}. Et là il m'a demandé si j'ai utilisé le préservatif et moi je lui ai répondu que non. Il m'a répondu que j'étais mort, c'est la phrase qu'il m'a sortie ! Que non seulement, tu peux enceinter la fille, mais deuxièmement, tu peux attraper le sida. Et là, j'étais vraiment découragé, donc j'ai mis du temps à vouloir faire un second rapport. Ce qui m'a conduit à faire le test pour me rassurer vraiment que je n'étais pas contaminé ».* (Marcellin, 25 ans, niveau d'instruction supérieur, stagiaire en recherche d'emploi, célibataire sans enfant).

Moumouni (mécanicien au chômage, 40 ans) a connu cette progression pour ce qui est de sa protection contre le sida. Il explique avoir pris des risques pendant ses plus jeunes années lorsqu'il allait travailler de chantier en chantier. Il avait alors des relations occasionnelles sans protection (avec des travailleuses du sexe notamment). Il a ensuite opéré un changement radical de comportement quand il a réalisé la gravité des risques qu'il encourait : le déclic est venu du décès de plusieurs de ses camarades du fait du sida[225].

> ***«*** *Quand on avait commencé à sensibiliser les gens, puisqu'on était à Gaoua {ville secondaire du sud-ouest du Burkina}, tu sais, à Gaoua, c'était un site dangereux dans les années 90. Pourtant moi j'étais là-bas en 89-90. Comme on était bien payés, bon, on était très bien payés, c'était un projet canadien. Il y avait l'armée à Gaoua en ce moment. Tu sais, les militaires aussi, c'est des hommes qui aiment les femmes. Quand on est arrivés {et} que les filles de Gaoua ont senti qu'on nous payait bien, ils {elles} ont laissé tomber les militaires et puis elles sont venues chez nos gars*

[225] Cela s'est passé dans les années 1990, période où les antirétroviraux étaient encore peu vulgarisés dans le pays et demeuraient très peu accessibles aux patients séropositifs.

*quoi ! Donc, bon, (…) on était là-bas, on tapait {avoir des rapports sexuels} seulement sans se préserver. On tapait comme ça, il n'y avait pas de préservatif. Mais quand on a quitté Gaoua en 93, avant qu'on ne quitte là-bas, on a perdu au moins plus de dix personnes par rapport à la maladie là {le sida}. C'est là-bas maintenant {que} nous, on a commencé à comprendre que la chose est là, et on a commencé maintenant à se protéger maintenant contre les maladies dans la sexualité. Réellement, c'est après 93 et choses-là que moi *** après, quand j'ai vu qu'on a eu à demander après Untel, et on dit : « ah ! Qu'il est mort, bon il est mort. ». « Bon, il est mort de quoi ? » On dit qu'il est mort de comme ça, comme ça {de telle et telle choses}. Bon, on a commencé à comprendre. (…) donc, c'est maintenant que ça commencé à se préserver fort-fort {sérieusement} maintenant. Avant de trouver une femme, avant d'arrêter quoi. (**…)** depuis que je t'ai dit qu'on a pris conscience de la chose-là, tout le reste des rapports qu'on a fait, c'est avec des préservatifs (…)»* (Moumouni, 40 ans, mécanicien de niveau d'instruction secondaire, en union, un enfant).

A la suite de ces expériences, et surtout, de la peur rétrospective qu'ils ont ressentie quand ils ont été mieux informés des risques, ces jeunes hommes ont été plus rigoureux en matière de prévention. Sensibilisés au double risque, ils ont eu recours au préservatif dans les épisodes suivants, en plus du test de dépistage passé par Marcellin.

6.3.5. Des capacités de négociation de la prévention

On observe une attitude intransigeante en la matière chez des jeunes filles qui, du fait du sens des relations de couple inégalitaires dans la plupart des cas, paraissent pourtant comme les plus vulnérables. C'est le cas de Nicole (20 ans, élève du secondaire, célibataire). Dans les premiers moments de sa relation avec son copain, elle s'est montrée intraitable face aux réticences de ce dernier à utiliser le préservatif :

« Premièrement-là, il a refusé. Moi j'ai dit : « Non, (...) tu sais, là où on est- là {dans notre situation}, on est très jeunes, moi je ne travaille pas d'abord *». En ce moment aussi, lui il ne travaillait pas. Moi j'ai dit : « hum ! Il ne faut pas qu'on va faire sans préservatif, d'ailleurs même, moi je ne te connais pas, on se connaît comme ça, mais on ne se connaît pas au fond. Tu ne me connais pas bien, moi je ne te connais pas ». Que non, ce jour-là, on a fait (la) bagarre, que moi je veux dire***que si c'est comme ça, de laisser. Que moi je veux dire que lui, il est malade. J'ai dit : «* Non, je ne veux pas dire que tu es malade, mais c'est mieux qu'on se préserve, en attendant de se connaître mieux quoi ! Toi, tu peux dire que***tu ne sais pas avec qui et qui***et puis, de toutes les façons, ce n'est pas sûr que je suis la première fille. Ce n'est pas sûr aussi que toi, tu es le premier gars. Peut-être que celui avec qui j'ai fait l'amour-là premièrement, celui qui m'a deviergée là, peut-être que lui-même, il a le sida, toi tu ne peux pas savoir. Peut-être que lui-même il était malade, même si ce n'est pas le sida. Donc, si nous on fait sans préservatif là, je peux te contaminer *». Il dit non, que en tout cas, lui il sait que lui, il n'est pas malade. (...) Ce jour-là, on a pris une heure de temps à parler de ça, après il a accepté. »* (Nicole, 20 ans, élève du secondaire, célibataire).

6.4. Discussion : difficultés d'utilisation des méthodes et entraves socioculturelles à la prévention dans les relations sans visée matrimoniale

Pour la plupart, les analyses effectuées dans ce chapitre relèvent des tendances habituellement évoquées dans le comportement préventif des adolescents et jeunes au Burkina Faso et ailleurs en Afrique subsaharienne. Il s'agit notamment des conditions d'entrée en vie sexuelle et des difficultés rencontrées dans l'utilisation du préservatif et des autres méthodes contraceptives liées à l'acte. Outre ces facteurs, l'analyse permet d'expliciter l'influence qu'exercent, à l'arrière-plan, les normes et représentations sociales de ces jeunes (et de leur entourage) au sujet de la sexualité prénuptiale, de la masculinité et de la féminité. Examinons les rôles joués par les principaux facteurs d'intelligibilité identifiés.

6.4.1. L'ignorance en début de vie sexuelle

La vulnérabilité des adolescents face aux risques encourus lors de leur initiation sexuelle est largement démontrée, tant au Burkina Faso que partout ailleurs en Afrique subsaharienne. Les résultats obtenus sont cohérents et complémentaires avec ceux d'études antérieures sur la question, dont certaines réalisées à partir des mêmes données (Bankole et *al.* 2007 ; Biddlecom et *al.* 2007 ; Guiella et Woog 2006).

L'ignorance des risques liés à l'activité sexuelle au moment de leur entrée en sexualité ressort de façon récurrente dans le discours des jeunes hommes et femmes interviewés à Ouagadougou. Les analyses quantitatives auprès d'adolescents au plan national et en milieu urbain confirment les niveaux particulièrement bas de connaissances dans les premières années de l'adolescence. Les effets néfastes de cette situation ressortent du vécu des jeunes qui, tels Malik, ont eu leurs premiers rapports sexuels sans aucune protection. Cette ignorance est à mettre en relation avec l'environnement socioculturel des adolescents et les insuffisances de l'offre de services de prévention dans leur milieu de vie.

☞ Le rôle du « *refus* » d'éducation sexuelle aux adolescents burkinabè

Le tabou qui entoure la sexualité dans les familles burkinabè et les normes sociales restrictives en matière de sexualité prénuptiale (Badini 1994) contribuent à l'impréparation des adolescents au moment où ils ont leurs premiers rapports sexuels. En effet, loin d'avoir bénéficié d'informations ou d'éducation sexuelle de la part de leurs parents, des enquêtés relatent plutôt (comme Martine) des menaces et des injonctions à éviter l'activité sexuelle. Comme les recherches antérieures l'expliquent, du fait de leur propre socialisation, les parents, qui ne parviennent pas à briser le tabou sur la sexualité avec leurs enfants, tentent ainsi de les soustraire à ce champ avant leur mise en union (Brady et *al*. 2007 ; Ouédraogo et *al*. 2006).

Face à ce vide, les adolescents, qui vivent autant des transformations biologiques que la montée de leurs désirs sexuels en parvenant à la puberté, sont alors amenés à s'adresser à ceux de leur réseau social qui vivent les mêmes préoccupations qu'eux et auprès desquels le tabou peut être aisément levé : leurs pairs. Cet état de fait est documenté autant au Burkina Faso que dans d'autres pays (Guiella 2004 ; Rwenge 2004). Ils captent aussi des informations issues des messages de sensibilisations à travers divers canaux, dont principalement les média. Effectivement, en dehors des média, les sources de connaissances sur les méthodes de prévention citées par les adolescents burkinabè dans les enquêtes sont surtout les pairs et l'école secondaire (INSD et ICF Int. 2012 ; Ouédraogo et *al.* 2006). Cependant, ces informations peu ciblées et peu adaptées à leurs besoins spécifiques (à savoir notamment la connaissance de leur corps, du processus de reproduction, les risques encourus dès les premiers rapports sexuels, etc.), ne sont pas en mesure de les préparer de façon adéquate à se protéger lors de leurs premiers rapports sexuels (Bankole et *al.* 2007b).

La résolution de cette difficulté résiderait dans la délivrance, dès la préadolescence, d'une éducation sexuelle adaptée aux besoins de ce public. Elle devrait mettre à leur disposition des connaissances précises sur l'utilisation des méthodes de prévention du sida et des grossesses (notamment du préservatif et des autres méthodes contraceptives liées à l'acte, y compris la contraception d'urgence). Cette éducation devrait provenir autant des familles (Miangotar 2011) que des autres lieux d'encadrement et d'éducation des jeunes.

- ☞ **Le rôle des insuffisances des programmes et services de prévention pour les adolescents**

Le tabou et la stigmatisation de la sexualité des adolescents dans la société se reflètent aussi dans les entraves à leur accès à des services de prévention de qualité. La revue de littérature à ce sujet montre le lien entre l'accueil stigmatisant dans les services animés par des prestataires adultes et les propres mentalités de ces derniers au sujet de l'activité sexuelle prénuptiale des jeunes (Bationo 2012)[226].

Ce fait, de même que les difficultés contraceptives évoquées avec les méthodes liées à l'acte, dénote de sérieuses lacunes dans les connaissances des adolescents en matière de prévention. Un exemple en est le niveau important de connaissances erronées parmi les adolescentes burkinabè ayant atteint le niveau d'instruction secondaire sur le calcul de la période féconde du cycle menstruel (Guiella et Woog 2006). Pareillement, les difficultés d'utilisation du préservatif chez les adolescents ressortent de l'ENA : 5% des adolescents ayant utilisé un préservatif lors des trois mois précédant l'enquête ont déclaré avoir eu au moins une rupture ou un déchaussement de préservatif. Par ailleurs, 16% de ces garçons ont, au moins une fois pendant cette période, utilisé le préservatif de manière incorrecte, notamment en le portant seulement après le début du rapport sexuel (Guiella et Woog 2006).

[226] Voir les pages 50 à 51.

Cela est confirmé par les résultats selon lesquels les garçons qui ne se sentent pas aptes à utiliser correctement le préservatif ont été beaucoup moins nombreux à l'utiliser lors de leur dernier rapport sexuel que ceux qui en étaient sûrs.

6.4.2. Abus sexuels et absence de résolution de l'exposition au risque.

Les abus sexuels dont des adolescentes et des jeunes filles du corpus ont été victimes sont préoccupants à plusieurs égards. Leur occurrence en fait une circonstance non négligeable d'exposition non résolue aux risques sexuels. Au-delà du traumatisme subi, ces viols exposent les victimes au double risque, dans la mesure où aucune d'entre elles n'a pu formellement dénoncer cette agression et partant, bénéficier d'une prise en charge adéquate (contraception d'urgence et prophylaxie des IST/Sida, soutien psychologique,…). Trois d'entre elles (à savoir Magalie, Janta et Jarah) ont d'ailleurs été enceintes suite à ces viols.

Les facteurs de vulnérabilité des adolescentes qui apparaissent ici sont, outre leur exposition aux agressions physiques (nous y reviendrons), le tabou autour de ces évènements quand ils surviennent (dans l'un des cas, la mère de la fille, à qui elle s'est confiée, a préféré minimiser l'incident par peur du scandale), et l'absence de recours pour les victimes. Encore relativement peu documentée au Burkina Faso, cette violence sexuelle nécessite l'organisation d'une réponse adaptée qui procure une voie de recours aux victimes. Cela leur permettrait, non seulement, d'être soutenues sur le plan psychologique, mais aussi et surtout, de bénéficier de mesures de résolution des risques (à savoir la contraception d'urgence et la prophylaxie d'urgence du VIH).

6.4.3. Le rôle des facteurs socioculturels : inégalités de genre, représentations sociales de la sexualité prénuptiale, de la féminité et de la masculinité

L'analyse du vécu des jeunes « *couples* » étudiés dans ce chapitre a montré que les normes en vigueur dans leur environnement socioculturel ont un impact certain sur leur exposition aux grossesses non prévues et au sida. Au nombre des facteurs identifiés figurent les rapports inégalitaires en leur sein et les représentations que les jeunes et leur entourage ont de leur sexualité, de la féminité et de la masculinité à leur étape de vie.

- ☞ **Inégalités de genre et difficultés de prévention dans les relations sans visée matrimoniale**

L'effet des relations de couple inégalitaires sur la prévention du sida et des grossesses non prévues est perceptible au sein des relations sans visée matrimoniales étudiées. Principalement, ces inégalités ont entraîné, chez certaines adolescentes et jeunes filles, une incapacité à décider du moment où elles auraient des rapports sexuels, que ce soit avec des partenaires occasionnels ou dans le cadre de relations stables. Les abus sexuels évoqués dans cette thèse en constituent une forme extrême. Le récit d'Adrien (évoqué dans le

chapitre sur le parcours relationnel et sexuel des jeunes, il relate les circonstances et les motivations de l'abus sexuel qu'il a commis sur sa copine)[227] indique assez que la source de ces violences repose en partie sur les attitudes et représentations de certains jeunes hommes sur la sexualité et sur leurs partenaires.

☞ Représentations sociales de la sexualité prénuptiale et entraves à la prévention dans les relations sans visée matrimoniale

Les études évoquées dans la revue de littérature ont montré à quel point les représentations en matière de sexualité et de relations de couple chez les jeunes et leur quête d'identité et de statut social influencent leurs comportements sexuels et leurs attitudes envers la prévention (Gavin et *al.* 2006 ; Mazzocchetti 2007 ; Pradhan et Ram 2009 ; Sorrel et Raffaeli 2005 ; Tersbol 2006 ; Wight et *al*. 2006). Cet impact ressort aussi des données, qui confirment l'ampleur du double standard sexuel présent dans leur environnement.

Cette représentation de la féminité et de la masculinité est très perceptible à travers le discours des jeunes ouagalais. Elle semble être en grande partie à la source de leur posture par rapport à leurs relations amoureuses et sexuelles avant le mariage. Dès lors, on comprend aisément l'intérêt d'étudier leurs motivations pour s'engager dans des relations sans visée matrimoniale (motifs qui sont souvent contradictoires entre les deux partenaires, les jeunes hommes désirant afficher leurs conquêtes et ayant la liberté de le faire, et de l'autre côté les jeunes filles plutôt pressées par leur entourage de régulariser toute relation naissante avec un « *bon* » époux potentiel et donc contraintes de rester discrètes sur leurs relations occasionnelles). Ces éléments agissent d'abord sur les circonstances dans lesquels se déroulent les rapports sexuels, et ensuite sur les velléités de prévention, la capacité de négociation de chacun des partenaires et enfin, les difficultés qui en découlent.

Par exemple, outre le fait qu'il favorise des attitudes typiques exposant les jeunes, et en particulier les jeunes hommes au sida (multipartenariat dans des circonstances où ils ne sont pas en mesure de se protéger efficacement), le double standard sexuel induit également, chez les jeunes hommes célibataires, une attitude quelque peu problématique envers la contraception. Cette attitude est alimentée par leur déresponsabilisation fréquente face aux grossesses prénuptiales dont ils sont les auteurs (l'expérience vécue par Ambroise[228] en constitue un exemple), fait qui trouve aussi sa source dans la réponse apportée par la société à cette situation.

[227] Voir la page 129.
[228] Voir les pages 182 à 183.

Conclusion

Ce chapitre a porté sur les modalités de l'exposition des jeunes hommes et femmes de Ouagadougou engagés dans des relations sans visée matrimoniale au sida et/ou aux grossesses non prévues.

Les analyses confirment la vulnérabilité des adolescents face aux risques liés à la sexualité, en particulier lors de leurs premiers rapports sexuels. Cette vulnérabilité tient essentiellement à leur ignorance en matière de sexualité, de reproduction et de prévention et au fait que, en raison de la condamnation de leur sexualité par leur environnement social (du moins en ce qui concerne les filles), leur entrée en vie sexuelle demeure dissimulée et non préparée. Cet état de fait et les difficultés de prévention qui en découlent pour ces filles et garçons sont en partie imputables à des insuffisances des programmes de prévention mis en œuvre dans le pays. Ces insuffisances des programmes sont aussi, en partie, en lien plus ou moins direct avec la stigmatisation de l'activité sexuelle prénuptiale des jeunes dans la société urbaine burkinabè.

Cette étude met aussi en évidence la force de l'influence qu'exercent les représentations sociales de la féminité et de la masculinité dans le cadre de vie de ces jeunes sur leur prévention des risques sexuels. Cet impact passe notamment par des attitudes envers la sexualité, la prévention du sida et la contraception qui peuvent constituer des entraves importantes à l'obtention d'une prévention efficace. Ces attitudes interviennent surtout dans la propension des jeunes hommes et femmes à gérer leur prévention de manière active et dans leur posture face à leur partenaire. L'impact des inégalités de genre est perçu ici à travers les difficultés particulières rencontrées par les jeunes filles dans la mise en œuvre et le contrôle de la méthode de prévention choisie. Ces analyses sont confirmées par l'étude des situations dans lesquelles ces jeunes parviennent à une prévention correcte.

Enfin, forme extrême de ces inégalités, les abus sexuels sont aussi à prendre en compte pour comprendre l'exposition des jeunes filles au sida et aux grossesses non désirées, notamment dans un environnement où elles ont peu accès à une prise en charge adéquate pour limiter les risques de grossesse non prévue et de contamination par le sida.

Chapitre 7 : La prévention des risques sexuels chez les jeunes couples inscrits dans la durée à Ouagadougou

Introduction

A la suite des adolescents et des jeunes adultes ayant des relations plus ou moins occasionnelles, ce chapitre s'intéresse aux couples engagés dans des relations stables. Il s'agit aussi bien de couples en union que de couples dont la relation se stabilise et au sein desquels des perspectives d'union se dessinent et se précisent. Leur vécu sexuel analysé dans le chapitre 4 laisse augurer de la complexité des besoins de prévention à cette étape de vie. En lien avec leurs aspirations et leurs situations matrimoniales, certains de ces jeunes hommes et femmes sont passés de relations sexuelles spontanées et peu fréquentes à l'adolescence, à des rapports sexuels plus réguliers avec un(e) partenaire stable. Les modalités de leur activité sexuelle et leurs postures à l'égard de la prévention du sida et de la contraception induisent des besoins particuliers en matière de prévention.

Comme dans le chapitre précédent, les mécanismes de gestion de la contraception et de la prévention du sida au sein de ces couples sont étudiés à partir des biographies sexuelles et préventives des jeunes hommes et femmes interrogés à Ouagadougou dans le cadre de l'enquête ECAF (2005-2007). Les deux premières sections du chapitre portent respectivement sur leurs difficultés en matière de contraception et de prévention du sida. La troisième partie porte sur l'analyse des circonstances dans lesquelles ils parviennent à une protection correcte. Enfin, la dernière section consiste en une discussion des mécanismes de prévention des risques et du rôle des différents facteurs identifiés.

7.1. La contraception chez les jeunes couples inscrits dans la durée

Le constat de faible recours des jeunes burkinabè aux méthodes contraceptives hormonales à leur entrée en sexualité est aussi valable pour ceux qui entretiennent des relations stables. De ce fait, et certainement aussi pour d'autres raisons liées à leur environnement social et à l'offre de services en la matière[229], les jeunes hommes et femmes ont, comme à l'adolescence, largement recours aux méthodes contraceptives liées à l'acte. La méthode la plus couramment utilisée par ces enquêtés est celle du calendrier combiné avec une utilisation du préservatif lors des périodes fécondes, ou de l'abstinence périodique à part entière. L'utilisation systématique du préservatif est moins souvent citée dans ce type de relation qu'à l'entrée en vie sexuelle et lors de relations occasionnelles. Les cas de recours

[229] Le faible recours aux méthodes hormonales par les jeunes femmes célibataires (dans le contexte burkinabè et africain en général) est aussi attribué à l'accueil réprobateur qui leur est réservé dans les centres de planning familial et au fait que leur activité sexuelle demeure stigmatisée (Bationo 2012). Nous y reviendrons dans la discussion.

aux méthodes hormonales sont surtout observés chez de jeunes femmes en union, après la naissance de leur premier enfant ou après avoir atteint le nombre d'enfants désiré.

Les difficultés contraceptives vécues par ces couples sont principalement de deux ordres : d'une part, elles s'expliquent par des connaissances insuffisantes sur l'utilisation de la méthode choisie. Dans d'autres circonstances, elles relèvent plutôt d'une absence de rigueur dans la contraception, parfois en lien avec un désir d'enfant ambivalent.

7.1.1. Difficultés techniques dans l'utilisation de la contraception

Qu'il s'agisse de retarder la naissance du premier enfant ou d'espacer les suivantes, les jeunes couples inscrits dans la durée évoquent des difficultés contraceptives analogues à celles observées à l'entrée en vie sexuelle. Ici encore, les causes en sont des connaissances insuffisantes ou erronées sur l'utilisation du préservatif et sur le calcul de la période féconde du cycle menstruel.

A leur niveau cependant, on relève, en plus, des difficultés dans l'utilisation des méthodes hormonales. Rappelons toutefois que toutes les difficultés contraceptives n'exposent pas forcément la femme à une grossesse : elles peuvent notamment être résolues par un changement adéquat de méthode ou par le recours à une contraception d'urgence. Celles dont nous traitons ici sont de nature à entraîner un échec contraceptif. Plusieurs sources potentielles d'échecs contraceptifs ressortent des épisodes analysés : les compréhensions erronées de l'usage des méthodes, le choix d'une méthode inadaptée à la situation de la femme et les changements de méthodes à répétition, qui favorisent l'existence de périodes où la femme n'est plus protégée contre une grossesse.

L'utilisation de la pilule par l'épouse de Pissila constitue un exemple de mauvaise compréhension de l'usage de la pilule. Agé de 40 ans et de niveau d'instruction primaire, ce dernier travaille comme ouvrier. Son épouse a 24 ans. Ayant déjà un enfant, ce couple a décidé d'avoir recours à une contraception hormonale pour espacer ses naissances. L'épouse de Pissila s'est donc rendue dans une formation sanitaire pour s'en procurer. On ne sait pas grand-chose de l'interaction entre cette dernière et les prestataires de santé. Toujours est-il qu'elle a commencé à prendre la pilule suite à cette consultation. Cependant, la description que Pissila fait de son observance dénote une utilisation inappropriée de cette méthode.

> ***« P. : Votre femme, est-ce qu'elle prend les pilules régulièrement ?***
> *Pissila : Bon, ce que les infirmiers conseillent-là, ce n'est pas quelque chose qu'on prend à chaque fois, c'est quand vous allez avoir les rapports sexuels que la femme doit prendre ça.*
> ***P. : Je n'ai pas bien compris ?***
> *Pissila : Par exemple, les infirmiers disent que lorsque la femme veut avoir des rapports sexuels avec son mari, c'est à ce moment qu'elle doit prendre le produit. Sinon, ce n'est pas conseillé*

de prendre ça tous les jours sans les rapports sexuels. Donc, c'est ce qu'on nous dit que nous suivons et c'est bien.

P. : Vous pouvez me dire le nom du produit ?

Pissila : Non, je n'ai pas cherché à savoir ça.

P.: Mais ce sont des comprimés ?

Pissila : oui, ce sont des comprimés, on avale.» (Pissila, 40 ans, niveau d'instruction primaire, ouvrier).

L'épouse de Pissila a manifestement mal compris la posologie de la pilule, ce qui dénote des insuffisances dans la qualité du counseling reçu dans la formation sanitaire. Le couple, convaincu de l'efficacité de sa contraception, risque un échec contraceptif.

Les difficultés d'observance de la pilule rencontrées dans le corpus tiennent aussi parfois à un choix de méthode inadapté à la situation de la femme. Il en a été ainsi pour Madeleine. Cette jeune femme de 26 ans en formation d'infirmière, fiancée, a opté pour la pilule afin d'éviter une naissance avant la fin de ses études et son entrée en union[230]. Son fiancé et elle avaient des rapports sexuels relativement peu fréquents parce que résidant dans des villes différentes (il travaillait dans une autre ville). Selon les explications de Madeleine, en plus de ses réserves envers la pilule (elle trouve sa prise contraignante et pense qu'elle provoque une prise de poids chez elle), cette situation a joué sur son observance : elle avait tendance à interrompre la prise de sa pilule dans les périodes où ils étaient séparés. Cela a eu pour conséquence une grossesse, qui était vraiment non désirée puisqu'elle a avorté, en accord avec son fiancé.

On relève aussi des cas où les couples ont dû faire face à des difficultés successives avec plusieurs méthodes avant de trouver celle qui leur convenait. Le parcours contraceptif de Mafarma et de son époux en conjugue plusieurs. Pendant cinq ans (de 19 à 24 ans), cette dernière (qui a fait l'école coranique et possède un petit commerce informel) a vécu plusieurs difficultés contraceptives avec son époux (il a 10 ans de plus qu'elle, est mécanicien). Elle a d'abord pris la pilule après la naissance de son deuxième enfant, mais il s'agissait d'une pilule certainement contrefaite, car achetée dans la rue. Elle a arrêté la prise de ce produit après quelques jours, suite à des douleurs au bas-ventre. Elle a ensuite décidé, de commun accord avec son mari, de combiner le calendrier et le préservatif. Seulement, ce dernier utilisait ce dernier moyen contraceptif en double parce qu'il avait entendu dire que cela évitait les déchirures.

*«Il m'a dit (...) qu'on a dit que si tu portes un seul préservatif, ça peut se déchirer. Donc lui, il met deux-deux {il en met deux à la fois}. J'ai dit non, il ne faut pas seulement qu'il mette trois. Même s'il met deux ou bien c'est un, il faut mettre et puis les saletés {le sperme} vont rester là-bas et on va sortir jeter » (*Mafarma, 24 ans, école coranique, fait du petit commerce, mariée, 3 enfants).

[230] L'histoire de Madeleine a déjà été évoquée précédemment (page 183).

Mafarma a continué ainsi pendant quelques mois après la naissance de son troisième enfant. Dans son dernier épisode, elle a fini par choisir l'injectable, ce qui lui a enfin procuré une contraception efficace.

> *«Ils m'ont dit que (...), que le produit que je veux prendre-là, que c'est ce qu'on met à l'intérieur-là {stérilet}, ou bien c'est ce qu'on avale-là, ou bien c'est ce qu'on pique-là ? J'ai dit que je suis venue pour la piqûre-là. J'ai dit : « (…) si je venais d'accoucher et {que} l'enfant était toujours bébé et {que} je viens mettre les cinq ans {le Norplan®, dont la durée d'action est de 5 ans}, le temps que ça finisse, en ce moment mon enfant est grand. Mais comme l'enfant est déjà comme ça-là, trois ans, quatre ans là {il a entre 3 et 4 ans}, si je mets les cinq ans, l'enfant va atteindre cinq ans, même si mon mari ne parle pas, il peut y avoir des histoires. Donc, c'est pour ça que je mets les trois mois-là. Premièrement, elle a attrapé mon bras droit, et elle a dit que (…) ma tension monte beaucoup. Et la femme a dit que si la tension monte, que ce n'est pas bien pour la piqûre. Et elle a changé de bras. Elle a dit que la gauche, ça va, qu'on peut faire. Que de me lever, partir payer {le produit} amener. J'ai demandé le prix et on m'a dit le prix. Que ce n'est pas cher, 500 F {0.76 centimes}. Que si je paie le produit à 500 F, que je dois payer des gants, j'ai acheté ça à 300 F, que je dois payer un ticket, j'ai acheté le ticket à 150 F, que je dois payer un carnet, le carnet même est là, (….), que je dois payer (…) quelque chose qu'on utilise pour mettre dans le vagin et regarder là {spéculum}, ça c'est 750 F (1,14 Euros), et ça se trouve là-bas, j'ai payé ça. Ils m'ont dit de me coucher ils vont me consulter. Je me suis couchée et ils ont tout fait. Quand je me suis levée, ils m'ont dit de monter sur le poids {la balance} dehors, je suis montée sur le poids dehors. Ils ont dit de repartir prendre ma tension voir, j'ai pris ça. Ils m'ont dit de revenir m'asseoir, je me suis assise. Là où ils ont pris la tension-là, le bras gauche, c'est là-bas qu'ils ont fait la piqûre-là. Ils m'ont dit maintenant de revenir souvent prendre ma tension pour voir, pour que ça ne monte pas. Mais c'est trois mois-trois mois {tous les trois mois}, il ne faut pas laisser le jour dépasser » (*Mafarma, 24 ans, école coranique, fait du petit commerce, mariée, 3 enfants).

La description que Mafarma fait de sa consultation au centre de santé montre une bonne interaction avec les prestataires et une compréhension correcte de la méthode[231]. En effet, elle décrit bien la procédure de délivrance de l'injectable et montre, par ailleurs, une bonne connaissance de la périodicité de l'injection. Néanmoins, une difficulté potentielle ici concerne le coût financier de l'injectable. Si Mafarma a pu s'en acquitter, il n'est pas évident pour des femmes ayant de faibles revenus d'y faire face. On note en outre qu'il ne s'agit pas d'une tarification forfaitaire, ce qui aurait aidé les patientes à connaître le montant précis à l'avance et à s'y préparer. Cette difficulté a été vécue au sujet d'autres méthodes par des femmes aux revenus très modestes (Maï par exemple).

[231] Si Mafarma a reçu les informations et les services nécessaires sur la méthode de son choix (l'injectable), des inquiétudes peuvent être néanmoins émises sur la qualité de cette interaction : elle ne semble pas avoir reçu un counselling détaillé sur chacune de ces méthodes, ni sur les effets secondaires probables de l'injectable.

7.1.2. Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires et difficultés contraceptives

Pour certains des enquêtés à cette étape de vie, la difficulté qui les a exposés à une grossesse non prévue se situe plutôt au niveau de l'évaluation du risque, en d'autres termes dans la logique contraceptive de l'individu ou du couple. On remarque en effet, chez ces personnes, une ambigüité du désir d'enfant au moment de l'épisode sexuel concerné. Alors que, dans certains cas, on dénote une ambivalence dans ce désir, dans d'autres, on relève plutôt des désirs affirmés, mais opposés chez les deux partenaires (l'un désirant une grossesse et l'autre non). Ces circonstances sont à la source de mécanismes particuliers d'exposition aux grossesses.

☞ **Les désirs d'enfants ambivalents**

Les désirs d'enfant ambivalents observés chez les jeunes hommes et femmes célibataires concernent surtout des personnes ayant des projets d'union immédiats avec leur partenaire. Alors que le couple exprime une demande contraceptive et met effectivement en œuvre l'une ou l'autre méthode, on observe que ce désir d'enfant émerge chez l'un des partenaires (ou chez les deux), mais n'est pas assumé et encore moins pris en compte de façon consciente. En conséquence, l'individu ou le couple se cantonne à une méthode peu fiable dont la mise en œuvre est de moins en moins rigoureuse.

Paul (étudiant de 20 ans) et sa copine du même âge ont vécu cette situation. Cette dernière a été son unique partenaire sexuelle ; ils ont eu ensemble leur premier rapport sexuel. Ils ont assez rapidement décidé de faire leur vie ensemble et avaient une relation harmonieuse et, selon ce qui ressort du discours de Paul, relativement égalitaire. Cependant, du fait que tous deux dépendent encore de leurs familles sur le plan économique, ils étaient conscients qu'ils ne pourraient pas se marier dans l'immédiat. Ayant été sensibilisés à la question du sida, ils avaient déjà fait leur test de dépistage avant de se rencontrer et se savaient séronégatifs. Se faisant entièrement confiance pour ce qui est de la fidélité, ils utilisaient le préservatif uniquement pour la contraception. La faille dans ce dispositif est qu'ils l'utilisaient de façon irrégulière. Paul explique ce comportement par le fait que, tout en ayant décidé d'avoir une contraception, ils étaient en même temps prêts à assumer une éventuelle grossesse :

> *«(…) on mélangeait quoi, c'est-à-dire bon, aujourd'hui, on peut utiliser ça, par contre, peut-être une prochaine fois, on peut ne pas l'utiliser (…). On est partis du fait que (…) ce qui est sûr, s'il y a un problème {une grossesse}, on assume la responsabilité (..). Donc, si elle est engagée, je me suis engagé, je ne craignais rien quoi ! C'est surtout ça. Bon, côté maladie, (…) je fais le test régulièrement (…). Moi j'étais au courant de tout ça {les risques de grossesse}, mais, quand même, on prenait ces risques (…) »*. (Paul, 20 ans, étudiant de niveau supérieur, célibataire).

Ils ont donc pris plusieurs fois le risque d'avoir une grossesse en connaissance de cause (il a enlevé le préservatif au cours d'un premier rapport sexuel, ils « *oubliaient* » parfois de l'utiliser). Cela a effectivement conduit à une grossesse qu'ils ont assumée.

Chez ces personnes donc, au regard de leur relation et de leurs projets d'avenir, leur préoccupation en matière de prévention était surtout d'écarter le risque d'IST, d'où leur choix de méthode. Quant au peu de rigueur dans l'utilisation de leur méthode contraceptive, il s'explique par leur désir d'enfant non exprimé : ils désiraient se mettre en couple et fonder une famille, tout en n'y étant pas encore prêts selon les standards en vigueur dans leur environnement (fin des études et indépendance économique). En définitive, Paul déclare qu'ils ont été heureux de cette grossesse qui a amené leurs familles à accélérer leur mise en couple. Effectivement, dans bien des cas similaires analysés, ces « *prises de risque* » en connaissance de cause conduisent à une grossesse que l'on peut qualifier de « *pas vraiment non prévue* »[232], toujours acceptée par les deux partenaires. A la différence d'autres épisodes où les personnes concernées ont choisi d'interrompre la grossesse (tels Madeleine et son fiancé évoqués plus haut), ces grossesses ont généralement été suivies par une mise en union. L'entrée en union constituait donc bien, à la fois, l'objectif et la justification finale de cette ambivalence.

Des situations analogues ont été observées au sein de couples en union. Des cas analysés, il ressort que les jeunes mariés qui, au regard de leurs ambitions, désirent retarder la naissance de leur premier enfant mais se retrouvent pressés par leur entourage d'avoir un enfant, finiront par laisser se produire une grossesse. Il s'agit surtout de couples qui désiraient attendre la célébration de leur union civile et (ou) religieuse pour procréer. Le besoin de contraception était donc bien présent chez eux. Citons, à titre d'exemple, Jaina (31 ans, femme au foyer et élève du secondaire, en union, sans enfant) et son époux (38 ans, de niveau d'instruction secondaire, métier non précisé), avaient célébré leur mariage religieux mais décidé d'attendre le mariage civil pour avoir un enfant. Dans d'autres cas, ce choix s'explique par les projets de formation des époux : Jismaela (élève du secondaire de 20 ans) et son époux (31 ans) avaient choisi d'attendre la fin de ses études pour avoir un enfant[233]. Chez ces deux couples, la décision d'éviter une grossesse n'a pas vraiment été suivie d'une recherche active de contraception. Les récits des jeunes femmes montrent que cette attitude était due à la faiblesse de leur résolution d'éviter une grossesse. Ainsi, Jismaela et son époux ont tenté de retarder une grossesse en ayant recours à l'abstinence périodique, mais elle explique que la méthode était peu adaptée en raison de son cycle menstruel irrégulier. En outre, il leur arrivait de ne pas se soucier de ses périodes fécondes. L'ambivalence de leur désir d'enfant se confirme quand, suite à cette pratique contraceptive,

[232] L'expression « *grossesse pas vraiment non prévue* » désigne une grossesse que les deux partenaires tentent d'éviter de façon active mais que l'un ou l'autre (ou les deux ici) désirent en réalité, parfois sans en être vraiment conscients.

[233] Ils tenaient manifestement à ce qu'elle réussisse ses études car son mari prenait ses frais de scolarité en charge et avait recruté une domestique afin de la décharger des tâches ménagères pour qu'elle puisse se consacrer à ses études. Tous deux vierges à leur union, ils se sont mariés par amour et résidaient ensemble dans sa belle-famille.

Jismaela a une première grossesse qui n'aboutit pas. Après sa fausse-couche, ils ont repris la même contraception, qui a abouti à un second « *échec* » contraceptif. Elle explique qu'elle était consciente qu'elle risquait d'être enceinte à nouveau mais qu'ils n'étaient pas vraiment contre ce fait en réalité. Son époux a voulu avoir un rapport alors qu'elle était en période féconde et elle a accepté la « *prise* » de risque.

- ☞ **Les désirs d'enfants contradictoires dans le couple : une voie certaine vers l'échec contraceptif.**

Une situation proche des désirs d'enfant ambivalents, et également source de difficultés contraceptives, est celle où les deux partenaires ont des opinions contradictoires sur cette question : l'un désire un enfant dans l'immédiat tandis que l'autre n'y est pas prêt. Ces désirs d'enfant contradictoires se comprennent aisément quand on considère les motivations parfois divergentes des jeunes pour nouer des relations amoureuses[234]. Du fait du recul de l'âge d'accession à l'autonomie financière, et donc de celui au mariage, des désirs d'enfant émergent du discours de jeunes hommes célibataires : des jeunes hommes disposant de faibles capitaux socioéconomiques et se sachant donc peu compétitifs comme futurs époux face à d'autres prétendants de leur copine, mettent tout en œuvre pour mettre enceinte la jeune fille qui ferait un bon parti pour eux. La grossesse constitue alors le moyen de renforcer leur lien avec ces jeunes filles qui, ils le savent, leur « *échapperaient* » peut-être autrement. Ils savent que, dans ce contexte social, la survenue d'une grossesse obligerait cette dernière et sa famille à hâter leur union. Les données montrent aussi le désir de certains jeunes hommes d'avoir un enfant avant de s'engager plus avant dans le processus d'union, cela dans le but de s'assurer de la fertilité de leur partenaire.

Ces désirs opposés, voire « *conflictuels* », transforment la stratégie contraceptive du couple en un marché de dupes. En effet, le partenaire désirant une grossesse use de son pouvoir de persuasion ou de ruse pour acculer l'autre à une contraception de moins en moins fiable et à des prises de risques ponctuelles. Le résultat est alors surtout déterminé par la configuration des relations de pouvoir dans le couple et les ressources de chacun (en termes de connaissances et d'accès à la prévention).

Dans de telles situations, les jeunes filles se retrouvent au centre d'injonctions contradictoires entre la pression familiale au mariage, leurs besoins affectifs et sexuels, la pression de leurs partenaires pour avoir des rapports sexuels et la réticence de ces derniers à participer activement à la prévention. Des difficultés contraceptives particulières en résultent. Mami a vécu cette situation. A 22 ans, cette jeune fille de niveau d'instruction primaire, qui a un commerce informel, est fiancée à un militaire de 24 ans. Ce dernier désire avoir un enfant sans attendre le mariage tandis qu'elle préfère se marier d'abord pour ne pas subir le déshonneur d'une grossesse prénuptiale. Ayant une relation exclusive et connaissant leurs statuts sérologiques, ils utilisaient le préservatif uniquement lors des

[234] Voir le chapitre 4 sur le vécu relationnel et sexuel des jeunes.

périodes fécondes de Mami. Ils avaient du mal à utiliser correctement cette méthode de contraception, non seulement à cause de leur désaccord à propos du désir d'enfant, mais aussi parce que le fiancé de Mami était réticent à l'utiliser. En fin de compte, cette dernière a été enceinte à l'issue d'un rapport non protégé en période féconde. Elle explique avoir accepté ce rapport non protégé en connaissance de cause sous la pression exercée par son fiancé ; il l'avait convaincue du fait qu'une grossesse ne serait pas dramatique à ce stade de leur relation. Elle s'est sentie abusée par la suite, mais s'est résolue à accepter la grossesse. D'autres jeunes filles font état de « *sabotage* » de la contraception par leur partenaire, qui aurait volontairement percé le préservatif utilisé.

A l'inverse, c'est parfois le membre féminin du couple qui œuvre pour imposer une grossesse à son partenaire. Cette attitude est surtout observée de la part de jeunes filles disposant de peu de capitaux socioéducatifs et subissant une forte pression sociale au mariage. L'entrée en union constitue clairement pour elles un moyen de promotion sociale. Pour cette raison, face à un partenaire qui semble hésiter à s'engager, elles sont tentées d'avoir recours à une grossesse pour l'y pousser. Cette tendance est d'ailleurs évoquée par plusieurs jeunes hommes enquêtés[235] : elle est à la source de leur souci de garder le contrôle de la contraception dans leur couple pour éviter de se retrouver « *piégés* » par leur partenaire (nous y reviendrons).

S'il est difficile de savoir ce qui en résulte du côté de l'exposition au sida dans ces couples (ils ne connaissent pas nécessairement leur statut sérologique), le résultat visible de ces « *sabotages* » de la contraception est presque inévitablement la survenue d'une grossesse que l'on pourrait qualifier de « *grossesse par ruse* ».

7.2. Une « *adaptation* » au risque du sida chez les jeunes couples inscrits dans la durée

On observe une attitude spécifique envers la prévention du sida chez des couples inscrits dans la durée. Il semble y avoir, chez ces derniers, une sous-évaluation du risque dans la relation concernée et un arbitrage difficile des tensions pouvant survenir entre le besoin de protection de l'individu et ses aspirations en matière de consolidation de son union et de procréation. Remarquons que cette attitude plus ou moins consciente d'évitement du risque est déjà perceptible dans les mécanismes d'exposition au sida étudiés chez les jeunes engagés dans des relations sans visée matrimoniale ; cette attitude est spécifique aux jeunes filles qui, comme Nicole[236], même si elles n'envisagent pas de se marier dans un futur proche, sont poussées vers cet objectif par leur entourage. Dès lors qu'elles ont intégré cet enjeu de la relation, il arrive qu'il prenne le dessus sur leur instinct de protection.

[235] Voir le cas de Patrice à la page 188.
[236] Voir la page 187.

Avant d'en arriver à l'analyse des épisodes concernés, examinons ceux où les difficultés de prévention sont essentiellement techniques.

7.2.1. Les difficultés techniques de prévention du sida : déchirures de préservatif et difficulté à mettre en œuvre une relation exclusive entre partenaires séronégatifs

Que la prévention du sida soit mise en œuvre au moyen de l'usage systématique du préservatif ou de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs, l'obstacle à son efficacité dans les épisodes concernés a simplement consisté en des difficultés techniques. La première, déjà évoquée dans le chapitre précédent, réside dans les déchirures de préservatif.

La deuxième difficulté se situe au niveau du maintien d'une relation exclusive entre partenaires séronégatifs. Les couples dont il est question ont abandonné l'usage du préservatif après un test de dépistage du sida chez les deux partenaires. Leur prévention est donc liée à leur fidélité mutuelle, ou, à la rigueur, à une protection correcte lors des relations en dehors du couple. Ce qui n'est pas respecté dans les faits : le risque est réintroduit dans la relation par le biais d'un échec de prévention (déchirure ou non usage ponctuel du préservatif) lors d'une relation d'un des partenaires avec une tierce personne. L'histoire de Paouni montre assez bien le mécanisme qui conduit à cette difficulté et la complexité de sa résolution. Etudiant de 26 ans, il a une copine « *titulaire* »[237] (une étudiante de 23 ans) mais aussi des relations occasionnelles avec d'autres filles à l'insu de cette dernière. Conscient de la nécessité de la double protection, il a d'ailleurs entamé sa relation sexuelle avec sa copine en utilisant le préservatif :

> ***« P. : A ce premier rapport, qu'est-ce que vous avez utilisé comme contraception ?***
> ***Paouni** : Le condom, le préservatif.*
> ***P. : Que pensez-vous de l'utilisation du préservatif ?***
> ***Paouni** : Moi, je trouve que c'est une bonne chose, d'autant plus que souvent, les filles maîtrisent mal leur cycle menstruel, voyez-vous ? Donc, vous pouvez avoir des grossesses indésirées (…). Un étudiant qui se permet de faire un enfant sans moyen de soutien {moyens financiers}, c'est un peu difficile. Donc euh (…), il y a cet élément-là, ce premier élément-là qui doit te tiquer {t'interpeller} et il y a les maladies également, il y a les maladies ! L'habit ne fait pas le moine. Il ne faut pas voir une fille, qu'elle soit jolie ou propre, pour imaginer qu'elle à l'abri des MST. Bon, donc il y a les maladies sexuellement transmissibles et surtout le sida, (…). Je crois que tout jeune conscient doit penser à cette chose-là. Et même si souvent on pense que l'utilisation du préservatif ne protège pas à 100% contre cette maladie-là, je pense que quand même, il vaut mieux l'utiliser que de ne pas utiliser. Donc c'était le premier jour, bon, je n'ai pas pris de risque en fait. Elle n'a pas demandé mon avis (...) mais bon, je l'ai utilisé. Je crois que elle aussi, de son côté, (…) elle va se dire que ça doit me passer dans la tête quoi ! {qu'il va prendre l'initiative d'utiliser le préservatif}.»* (Paouni, 26 ans, étudiant, célibataire).

[237] Les relations amoureuses de Paouni et sa vision des relations de couple sont décrites dans le chapitre sur le vécu sexuel des jeunes (pages 125 à 126). Son portrait et sa trajectoire sont également présentés à l'annexe 3.2 (à partir de la page 290)

Ils ont ensuite relâché cette utilisation du préservatif après avoir vérifié leurs statuts sérologiques.

> ***P. : Avec elle, est-ce que l'utilisation du préservatif est régulière ?***
> ***Paouni** : « Non. Avec ma titulaire, bon, au début oui, au début oui, mais dans ces derniers temps, on n'utilise presque pas hein !*
> ***P. : Qu'est-ce qui explique cela ?***
> ***Paouni** : (…) on est allés faire le test du sida et puis tout était négatif. Ensemble, on a fait, on a récupéré le ticket ensemble à l'université. Au campus, on l'a fait ensemble par deux fois. On en a fait une première fois, on a dit que six mois plus tard, il fallait encore le refaire, on l'a refait (…). En fait, peut être que c'est ça qui a augmenté un peu la confiance, c'est une question de confiance. Bon, c'est bien vrai que ce n'est pas prudent mais c'est une question de confiance qui fait que (…) souvent on ne l'utilise pas. (…) le test-là, en tout cas, nous a donné un certain courage (…).Pour nous, on courait moins de danger en faisant des rapports quoi ! Donc ce qu'il fallait éviter, c'est les grossesses indésirées.»* (Paouni, 26 ans, étudiant, célibataire).

Comme méthode contraceptive, ils combinaient alors le calendrier et le préservatif (ils connaissaient tous les deux bien le cycle menstruel de sa copine et avaient des rapports non protégés (ou utilisaient le retrait) seulement en dehors de sa période féconde). Le récit que Paouni en fait donne à penser que cette contraception ne comporte pas de faille.

En ce qui concerne le couple que Paouni forme avec sa copine « *titulaire* » donc, leur prévention aurait été correcte tant contre le sida que contre une grossesse non prévue. Cependant, il a connu des ruptures de préservatif à plusieurs reprises avec ses partenaires occasionnelles. Ces difficultés, et surtout, leur non-résolution, ont réintroduit le risque dans leur relation. Si Paouni a eu recours à la contraception d'urgence après une déchirure de préservatif avec une fille qui était dans sa période féconde, le risque demeure en ce qui concerne le sida. Craignant de perdre sa copine, il n'a pas été en mesure de l'informer de ces incidents (il explique qu'ils avaient déjà vécu une crise quand sa copine s'est rendu compte qu'il avait d'autres relations). Ne désirant pas renoncer non plus à ses relations occasionnelles, Paouni a tenté d'éviter de nouvelles prises de risque en se montrant plus rigoureux dans l'usage du préservatif avec ses partenaires occasionnelles[238].

On se rappelle également de la difficulté vécue par Madeleine (26 ans, infirmière de niveau d'instruction secondaire, fiancée, sans enfant) et décrite dans le chapitre précédent[239] : le rapport non protégé avec un partenaire occasionnel, dans l'urgence du désir. Sa crainte d'avoir été contaminée avait été accentuée par un accident d'exposition au sang[240] qu'elle avait vécu à la même période dans le centre de santé où elle travaillait. Elle a profité de l'accident pour parler de sa crainte d'être infectée à son fiancé sans devoir avouer sa relation

[238] Il pense en effet que ses ruptures de préservatif arrivent quand il a trop bu. Il essaie donc, depuis ces incidents, de rester sobre quand il sort avec une autre fille que sa copine.
[239] Voir la page 183.
[240] Elle s'est piquée en faisant une transfusion sanguine à un enfant. On n'a pas plus de détails sur le statut sérologique de l'enfant ni sur la gestion de cet incident.

avec un autre homme. Elle déclare avoir vécu ensuite, pendant deux ans, une grande incertitude sur sa sérologie, tout en craignant de faire son test de dépistage, et sans protection non plus car son fiancé n'en a pas voulu. C'est finalement à la suite du test de dépistage de ce dernier, dont le résultat s'est avéré négatif, qu'elle a eu le courage de faire le sien et qu'ils ont été pleinement rassurés.

Dans ces deux cas, les enquêtés sont conscients de la faille dans leur prévention. Dans ces circonstances, la résolution du risque dans le couple stable de l'individu aurait consisté en la reprise des rapports protégés jusqu'à ce qu'ils aient pu s'assurer de leur séronégativité (au moyen d'un nouveau test de dépistage et d'un test de confirmation). Ce qui semble impossible dans les deux cas relatés : du fait que la difficulté soit survenue dans une relation secrète, ni Paouni, ni Madeleine (même si elle a trouvé une parade pour alerter son fiancé) n'ont été en mesure de s'en ouvrir à leur partenaire et donc, de résoudre le problème. Dans ce type d'exposition au risque, on observe une fenêtre de risque pour le partenaire dans l'intervalle entre la prise de risque et la confirmation du statut sérologique de l'individu.

7.2.2. L'absence de prévention : l'inertie face au risque du sida dans les relations stables

Comme dans le champ de la contraception, une difficulté courante de prévention du sida rencontrée par ces couples se situe au niveau de l'évaluation du risque dans la relation concernée. Dans le corpus d'entretiens, cette attitude apparaît aussi bien dans les comportements de couples déjà en union, que dans ceux de couples envisageant le mariage. Alors qu'ils utilisent la contraception avec rigueur quand ils désirent clairement éviter une grossesse[241], ces couples ne semblent pas prendre pour autant en compte la prévention du sida dans leur dispositif préventif.

☞ A la suite de la sexualité concédée, les risques « acceptés » par des jeunes filles pour garder un conjoint potentiel

Ainsi, chez des jeunes couples qui avaient, au début de leur relation, une protection systématique à l'aide du préservatif, on assiste à l'abandon de cette méthode[242] sans qu'une stratégie de prévention alternative ne soit mise en place. Les deux partenaires semblent adopter de façon tacite, sur la base de la confiance, la stratégie de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs, sans pour autant avoir vérifié leurs statuts sérologiques par un test de dépistage du sida. Ce comportement s'explique, soit par les réticences de l'un ou l'autre des partenaires à l'égard du test de dépistage du sida (réticences nées de la crainte du résultat et de ses conséquences, et donc en partie de la conscience des risques antérieurs),

[241] Cette distinction est faite en référence aux situations rencontrées plus haut, où les deux partenaires ont des désirs d'enfant contradictoires, ou dans lesquelles l'un ou les deux ont un désir d'enfant ambivalent.
[242] Cette tendance des couples stables à abandonner progressivement l'usage systématique du préservatif a déjà été rapportée. On relève notamment à propos des adolescents ayant fait l'objet des analyses quantitatives présentées plus haut, que l'usage du préservatif est moins fréquent dans les relations qui durent depuis au moins deux ans que dans les relations plus récentes (Guiella et Woog 2006).

soit simplement, par le fait que le lien affectif et la confiance qui se sont installés entre les partenaires entament leur objectivité envers le risque.

Si la faiblesse des ressources individuelles (notamment le faible niveau d'instruction et l'accès limité aux sources d'information habituelles sur le sida) contribuent certainement à favoriser une sous-évaluation du risque chez une partie de ces enquêtés, il ne s'agit cependant pas de caractéristiques communes à l'ensemble de la catégorie[243]. Il semble plutôt y avoir un certain déni du risque à la source de cette attitude : ces personnes sont conscientes de l'existence de la maladie mais n'en tiennent pas compte dans la relation étudiée alors qu'un examen objectif de leur situation montre qu'elles y ont été exposées ou qu'elles s'y exposent[244]. Cette occultation du risque semble fortement en lien avec le fait d'être en union ou d'avoir des projets en la matière. En effet, certains des enquêtés masculins dans cette situation rapportent s'être rigoureusement protégés du sida lors des rapports sexuels survenus avec des personnes autres que leurs épouses, avant leur mise en union, ou lors de relations extraconjugales. Comme Paouni cité plus haut, ils utilisent alors le préservatif de façon systématique dans le but de se protéger du sida. Ces hommes opposent donc l'absence de protection avec la partenaire stable ou l'épouse à la protection rigoureuse dans les relations occasionnelles.

Un indice de cette «*politique de l'autruche*» est le fait que ces enquêtés refusent d'affronter une réalité qu'ils soupçonnent peut-être dramatique. Ainsi, des personnes qui, en façade, ne s'inquiètent pas du risque de transmission de maladies dans leur couple (ou du moins, n'expriment pas ouvertement leur souci de prévention), ont paradoxalement peur de se faire dépister. Cela arrive quand ils sont conscients des risques pris dans le passé, et donc de la possibilité qu'ils aient été infectés. Voyons l'exemple de Pissila, chauffeur de 40 ans, de niveau d'instruction primaire, marié à une femme au foyer de 24 ans et père de deux enfants. Son discours montre qu'il est conscient des risques et prône même l'utilisation du préservatif, mais avec des partenaires occasionnels :

> *« Si tu portes les préservatifs, ça te protège contre les maladies. Vous savez bien que le sida contamine vite les gens. Aujourd'hui, si tu aimes coucher avec les femmes sans te protéger, tu vas l'avoir. Ce que je peux donner comme conseil à ceux qui font leur jeunesse {qui ont des relations occasionnelles}, c'est de ne jamais s'unir à une femme sans se protéger, parce que la maladie n'est pas visible. Tu peux voir quelqu'un qui est en forme et on dit qu'il n'a rien. Si tu ne te protèges pas, tu peux être surpris de l'avoir {le Sida}. (…)»* (Pissila, 40 ans, de niveau d'instruction primaire, chauffeur, marié, 2 enfants).

[243] On y retrouve en effet également des couples disposant de capitaux socio-éducatifs relativement élevés (dont un niveau d'instruction secondaire au moins) et faisant montre d'une connaissance correcte du sida et de ses modes de prévention.

[244] Notons néanmoins que, dans certains cas, cette sous-estimation relève d'une réelle ignorance des risques, du moins au début de la relation. Cela concerne particulièrement les jeunes femmes issues d'un milieu peu instruit et traditionnel et qui se sont mariées très jeunes. Elles vivaient auparavant en milieu rural ou dans un environnement où elles n'avaient pas accès à l'information précise.

Malgré cette conscience élevée du risque, son attitude a été tout autre quand il s'est agi de la prévention du sida avec sa femme depuis leur mariage (il avait alors 35 ans) :

> ***« P : Le jour de votre premier rapport*** {survenu le jour de leur mariage religieux musulman}***, est-ce qu'une protection a été utilisée ?***
> ***Pissila :*** *Bon, ***j'ai considéré seulement que c'est ma femme. Ce qui adviendrait, c'est Dieu qui me protégerait. Si c'était la fornication que je faisais avec elle, je savais que la connaissance* {leur connaissance mutuelle} *ne suffisait pas pour que je couche avec elle sans me protéger, mais comme c'est ma propre femme, ça a fait que je n'ai pas cherché à me protéger »* (Pissila, 40 ans, de niveau d'instruction primaire, chauffeur, marié, 2 enfants).

Outre le fatalisme qui transparait des propos de Pissila, sa conviction d'être protégé du fait de la légitimité de leur sexualité est renforcée par ce qu'il a perçu de la bonne moralité de son épouse (elle a été choisie par ses parents au village et il est sûr de sa bonne moralité).

> «*Elle est franche avec moi, elle ne vagabonde pas sexuellement, donc ça ne me pose pas de problème. Si c'était une femme qui errait au hasard, là, j'aurais pu m'inquiéter qu'elle ne soit pas à moi seul. En ce moment elle aurait pu avoir le sida et ça allait nous détruire tous. Mais comme je constate que c'est une personne sérieuse là, je suis content. »* (Pissila, 40 ans, de niveau d'instruction primaire, chauffeur, marié, 2 enfants).

S'il pense être à l'abri du risque de contracter le sida par l'intermédiaire de son épouse, il est moins certain de son statut sérologique à lui, et donc, du risque de contamination que sa femme encourt avec lui. Il semble en effet être conscient du fait qu'il a pu être infecté lors de ses relations antérieures. Il explique sa crainte du résultat d'un éventuel test de dépistage, d'où son refus de saisir les opportunités qui se présentaient pour le faire :

> «O*n faisait le test à l'université ici. A ce moment ça ne coûtait même pas cher, ça ne dépassait pas 500 FCFA*[245]*, mais je ne l'ai pas fait (…). Tel que je me connais, si je fais le test et je me rends compte que j'ai le sida ! Si je devais vivre trois mois encore, je ne pourrai plus***. Parce que j'ai un gros cœur* {il est nerveux}, *et j'ai honte* {il a le sens de l'honneur}*. Je prie Dieu de me protéger seulement. »* (Pissila, 40 ans, de niveau d'instruction primaire, chauffeur, marié, 2 enfants).

Cet état d'esprit entre crainte et déni du risque explique la poursuite de la relation sans qu'aucun des deux partenaires ne pose explicitement la question de la prévention du sida, même dans les cas où une certaine ouverture d'esprit règne dans le couple en matière de sexualité et de contraception. Du moins du point de vue du mari, étant donné qu'on ne sait pas ce qu'il en est pour son épouse dans ce cas précis[246]. La difficulté demeure non résolue tant que le couple n'a pas affronté la question du test de dépistage.

[245] 0,76 Euros.
[246] Notons que dans certains entretiens, la question n'a pas été posée de façon explicite à l'individu sur l'opinion du (de la) partenaire face à la prévention du sida dans leur couple. Par contre, on dispose d'informations plus détaillées sur les réactions du (de la) partenaire en cas de discussion sur ce sujet dans le couple.

Remarquons que l'inertie face au risque du sida n'est pas toujours synonyme d'occultation du risque par les individus. En effet, vu la configuration du marché matrimonial à Ouagadougou (Attané 2002) comme presque partout ailleurs, les hommes sont généralement plus âgés, et donc plus expérimentés que leurs épouses sur le plan sexuel. Par conséquent, ils se retrouvent la plupart du temps dans une situation de couple telle que le risque est minimisé pour eux. Cette situation favorise de fait de leur part, une stratégie, consciente ou non, d'évitement du risque comme on l'a vu chez Pissila. En effet, ils se sentent moins concernés parce qu'ils se pensent (théoriquement du moins) moins à risque que leurs compagnes (plus jeunes et, dans bien des cas, beaucoup moins expérimentées sur le plan sexuel) que leur partenaire soit potentiellement séropositive.

7.2.3. Désir d'enfant et exposition au sida

Dans le contexte ouagalais, la prévention du sida semble d'autant plus facilement reléguée à l'arrière-plan que l'individu désire un enfant. Dans 35 épisodes de l'échantillon (13 relatés par des hommes et 22 par des femmes), les couples n'envisagent aucune prévention parce qu'ils désirent un enfant tout en ne se préoccupant pas de la question du sida. Ce sont, pour la plupart, des personnes socialisées dans un environnement rural et ayant un mode de vie de couple plutôt traditionnel (notamment en matière de normes sur la sexualité, le mariage, les relations de couple et la procréation). Les femmes concernées ont contracté une union arrangée par leur famille comme la coutume le recommande, vers l'âge de 17 ans[247], avec un partenaire beaucoup plus âgé qu'elles et parfois polygame. Par ailleurs, du fait de leurs faibles ressources socioéducatives (et aussi à cause du contrôle familial exercé sur elles avant le mariage), elles se sont mariées en ayant peu de connaissances sur la sexualité et la prévention[248]. Ces unions sont parfois très inégalitaires, comme chez Jawa (31 ans, deux enfants, mariée depuis 14 ans avec un homme d'au moins 20 ans plus âgé, mariage forcé[249]).

L'histoire de Michel constitue un exemple de cette situation. Vigile de 27 ans, de niveau d'instruction secondaire, ce dernier est en union avec une femme au foyer de 22 ans, mariage arrangé à sa demande par les deux familles au village. Il souffre moralement du fait de ne pas avoir d'enfant à son âge. Cette situation constitue une humiliation pour cet homme pauvre, socialisé dans un environnement rural et dont les jeunes frères restés au village sont depuis longtemps pères de famille. Alors que ses premiers rapports sexuels n'ont pas été protégés par ignorance, il adopte ensuite une protection rigoureuse lors de ses relations

[247] La tradition moaga recommande en effet que les jeunes filles soient mariées à 17 ou 19 ans (Ouédraogo 1997).
[248] Il s'agit notamment de Jelika (26 ans, 4 enfants, mariée depuis 9 ans avec un homme de 32 ans, tous deux maraîchers sans instruction, mariage arrangé par les familles avec son accord), Jaratou (27 ans, deux enfants, en union polygamique depuis 10 ans avec un homme d'au moins 25 ans de plus qu'elle, situation très modeste), Jalimatou (25 ans, deux enfants, mariée depuis 7 ans à un homme de 26 ans, niveau primaire, commerçante), et Janta (19 ans, de niveau d'instruction primaire, qui vit depuis deux ans avec un homme de 28 ans avec lequel elle a dû se mettre en union suite à une grossesse prénuptiale).
[249] Jawa a grandi dans un environnement traditionnel où les mariages arrangés sont la règle. Son mariage s'est fait sous la contrainte. Elle ne voulait pas de cet homme mais a dû finalement se résoudre à accepter l'union parce que sa mère risquait sinon d'être tenue pour responsable et répudiée par son père.

occasionnelles (dès qu'il est mieux informé sur le risque du sida et la prévention). Il ne procède toutefois pas à un test de dépistage malgré les opportunités qui se présentent à lui pour le faire. Avec deux épouses successives, Michel ne se protège pas du sida parce qu'il désire un enfant. Il explique cette attitude lors de son dernier mariage (sa compagne actuelle porte une grossesse) :

> *« Moi je me suis dit : «* si, en tout cas, toi tu es venue pour moi et moi je suis là pour toi, on va ensemble demander à notre Dieu de nous donner un enfant *». Donc pendant notre rapport, on ne va pas se protéger pour chercher l'enfant. Et Dieu nous a entendu et ça a été comme ça ».* (Michel, 27 ans, niveau d'instruction secondaire, vigile, marié, son épouse attend leur premier enfant).

Michel décrit bien le poids de la pression sociale vers le mariage et la procréation. L'urgence de sa quête semble fortement influencée par une recherche identitaire, à la fois une recherche de statut et de légitimité sociale (son sentiment d'échec est renforcé par sa pauvreté):

> *«Depuis qu'elle est venue {sa compagne actuelle}, je n'ai pas utilisé de préservatif. Puisque je veux un enfant. Moi, à mon âge aujourd'hui, j'ai 27 ans, je disais que si je gagnais un enfant et que même je mourais à l'âge de 30 ans ou bien 40 ans comme ça, à cause de l'enfant qui va rester, les gens ne vont pas m'oublier parce que j'ai laissé quelque chose. Mais si à l'âge de 40 ans, je suis là et je n'ai pas un enfant, si je meurs, personne ne va penser à moi (…)». (Michel, 27 ans, niveau d'instruction secondaire, vigile, marié, son épouse attend leur premier enfant).*

Il est indéniable que dans une telle situation, la question de l'interaction entre la prévention du sida et le désir d'enfant se pose avec acuité. Ainsi, Michel a eu des rapports non protégés au début de sa vie sexuelle, puis a observé pendant un certain temps un usage systématique du préservatif avec toutes ses partenaires. Par la suite, désirant un enfant, il a renoncé au préservatif, mais n'a pas adopté de stratégie préventive de remplacement. Ayant (du moins pour lui) eu des prises de risques antérieures et ne connaissant pas leur statut sérologique, son épouse et lui sont exposés à la contamination.

On peut conclure de cette analyse que le désir d'enfant, et donc l'abandon de la contraception, mêlé au déni du risque dans le mariage, amène des individus qui étaient auparavant soucieux de la double protection au moyen du préservatif, à abandonner toute prévention du sida.

7.2.4. Entre fatalisme et résignation face au sida chez des femmes en union inégalitaire

Certaines femmes de l'échantillon, qui ont pris conscience du risque de contamination par le sida dans leur relation, en sont venues à exprimer leur besoin de protection, mais sans parvenir à le combler pour autant. Cette situation est spécifique aux femmes en union très

inégalitaire qui, en cours de vie commune, en arrivent à une grande crainte d'être contaminées par le sida du fait du multipartenariat (polygamie ou relation extraconjugale avérée) de leur conjoint dont, par ailleurs, elles ne connaissent pas le statut sérologique. Jénébou, Jafisatou et Jaratou, toutes trois mères de famille, ont peu ou pas d'instruction et dépendent financièrement de leur époux, même si elles contribuent tant bien que mal aux besoins de leurs ménages par de modestes activités économiques. Les deux dernières sont en union polygamique. Il faut souligner que deux d'entre elles vivent des relations particulièrement inégalitaires et ponctuées de violences physiques. Elles n'ont pas voix au chapitre en ce qui concerne les décisions dans leur ménage, y compris pour ce qui est de la prévention. Conscientes du risque de contracter le sida ou une autre IST dans leur vie conjugale, elles se sont heurtées au refus catégorique de leurs époux de se faire dépister ou de prendre en compte la prévention du VIH de quelque manière que ce soit[250]. Jafisatou est consciente de la nécessité de mettre en œuvre une prévention contre le sida avec son époux : elle est partisane du test de dépistage et du port du préservatif dans le couple pour éviter tout risque.

> ***«*** *De notre temps, nous ne connaissions pas ça* {le sida} *mais, de nos jours, on s'est rendu compte qu'il faut qu'on fasse le test parce que la vie est devenue dure. Si (…) tu fais le test, tu vas savoir si tu as la maladie ou non. Si tu arrives à savoir que tu n'as pas la maladie, tu seras contente et tu vas bien te protéger. (…) Personne ne va te dire de te protéger, c'est toi-même qui vas te protéger. Même quand tu vas aller refaire une deuxième fois, tu vas dire au docteur : «* Laissez- moi faire le test, je me suis bien protégée cette fois-ci »*. Mais si tu ne fais pas le test, ton cœur bat, même si tu as des rapports sexuels avec la capote, ton cœur continue de battre, car tu as peur que l'homme ne déchire la capote et tu vas attraper la maladie. Mais si tu fais le test, tu vas lui dire que s'il ne veut pas le préservatif, tu vas refuser. Comme tu as fait et tu sais que tu n'as rien, tu deviens contente, tu n'acceptes plus de faire {avoir des rapports sexuels} au hasard. (…) J'ai fait une fois* {le test de dépistage}*. J'ai eu de la chance, je n'avais rien et j'étais tellement contente que je l'ai montré à mon mari. Mais on dit que tu peux faire le test, mais si l'homme refuse de porter la capote, il va te contaminer. Mais si tu le fais et que tu n'as rien, tu viens le flatter pour qu'il porte la capote et après tu le flattes de venir vous allez faire le test. S'il accepte et il n'a rien, tu seras contente. Même si c'est ton mari, tu ne peux pas lui faire confiance. Parce que si tu lui fais confiance (…) maintenant les hommes rentrent partout. Donc c'est difficile. Si toi tu fais le test et tu n'as rien, il faut que tu le flattes. S'il refuse le test, tu lui dis que comme c'est comme ça si ce n'est pas la capote, tu refuses {les rapports sexuels}. S'il voit que c'est comme ça, il va accepter de faire le test. S'il le fait et il n'a rien, il est content, toi même tu es contente. Mais s'il refuse, il faut exiger la capote.*
>
> … ***J. : Votre mari a déjà fait le test ?***
>
> ***Jafisatou :*** *Les hommes sont difficiles***. S'il décide d'aller faire de lui-même, ça va. Une fois, j'ai causé avec lui sur le sida et c'est devenu la bagarre, il ne m'écoute même pas. J'ai essayé*

[250] Néanmoins, Jaratou semble avoir gagné du terrain dans son épisode sexuel le plus récent. Cette femme de 27 ans, mère de deux enfants mariée à un polygame beaucoup plus âgé qu'elle, est plus écoutée par son mari après une séparation due aux violences physiques suivie d'une réconciliation. Ce dernier commence à adhérer à l'idée de la contraception à cause de leurs difficultés économiques. Profitant de cet état d'esprit, Jaratou a demandé à son époux que tout le ménage se fasse dépister et a rencontré une réaction moins hostile qu'auparavant, même s'il n'a pas encore pris de décision.

> *encore une deuxième fois et il a dit qu'il va le faire (…)». (Jafisatou, 32 ans, de niveau d'instruction primaire, fait du petit commerce, en union polygamique, 4 enfants).*

Une certaine résignation transparaît des récits de ces femmes. Cette attitude tient au fait que, vu leurs faibles ressources personnelles et du fait de leur environnement social et familial, elles sont économiquement et socialement dépendantes de leur époux. Leur principal souci est donc la recherche ou le maintien de l'harmonie dans le foyer. Face à ces enjeux, le sida représente une menace moins importante (ou du moins, moins immédiate) que la détérioration de leur statut social. D'où leur résignation face à ce qui leur semble être le moindre mal (l'exposition au sida).

La quête de protection est plus urgente dans certains cas. Le vécu de Malicka (23 ans, niveau d'instruction secondaire, fait du petit commerce, mariée, un enfant) dépeint le désespoir des femmes vivant cette situation. Son époux a été son unique partenaire depuis son mariage. Elle se sait séronégative mais ignore le statut sérologique de ce dernier. Elle se sent en insécurité et craint d'être exposée au sida car elle sait qu'il a des relations extraconjugales. Ils ont de nombreux conflits et il cache de moins en moins ses aventures amoureuses au fur et à mesure que leur entente se dégrade. Vu sa position très inégalitaire face à lui, elle n'a, pour l'heure, aucune solution à ce problème. Elle s'indigne que la société et même la famille de la femme tolèrent le comportement de son époux en pareille situation, ce qui expose la femme, non seulement à la domination de ce dernier, mais également au risque d'une contamination « *légitimée* » par la société. Elle réagit à cette souffrance et à cette peur par la grève du sexe, les bouderies et l'indifférence quand son époux fait des excès (quand il la bat ou sort ouvertement avec des filles), ce qui évidemment ne la protège pas d'une éventuelle contamination. Elle en est bien consciente :

> *« C'est l'homme qui peut sortir, trouver une femme dehors, coucher avec elle et revenir. (…) Sinon, si toi tu gagnes un mari, qu'est-ce que tu vas aller faire dehors {avec un autre homme}? Mais c'est lui qui va venir te donner la maladie {le sida}. Comment on va faire ? D'ici à ce qu'on le sache, c'est trop tard. Donc, quand on fait le test et on se rend compte que la femme a la maladie, il se lève le premier pour dire que c'est la femme qui l'a contaminé. (…) Quand les hommes gagnent les femmes dehors, ils ne cherchent pas à se protéger (…). Par finir, c'est la maladie {le sida} que tu prends pour aller contaminer ta femme ! »* (Malicka, 23 ans, niveau d'instruction secondaire, fait du petit commerce, mariée, un enfant).

Décidée à ne pas avoir d'autre enfant dans cette situation, elle est parvenue, au prix de disputes, à éviter les rapports sexuels avec son mari lors de ses périodes fécondes. Cela lui procure une contraception correcte puisqu'elle connaît bien son cycle menstruel. Seul son besoin de prévention du sida demeure non résolu.

La résolution du risque chez ces femmes supposerait, soit la vérification du statut sérologique du couple et l'instauration d'une relation réellement exclusive (ou avec une protection correcte de leur époux en dehors du couple), soit l'usage systématique du

préservatif lors de leurs relations sexuelles. Pour l'heure, cela reste pratiquement irréalisable dans leur situation de couple.

7.3. Quand la prévention est correcte chez les jeunes en relation stable

En dehors des situations à risque chez les enquêtés en relation stable, on en rencontre d'autres où la prévention est mise en œuvre avec efficacité[251]. Il est important d'examiner ces cas afin de comprendre les facteurs et circonstances ayant fait la différence avec ceux en jeu dans les épisodes analysés plus haut. Bien entendu, comme mentionné en introduction, les besoins préventifs des jeunes à cette étape de vie divergent en fonction de leurs ambitions matrimoniales et de leurs projets de vie. La double protection concerne les périodes où les individus sont dans une logique contraceptive.

Les épisodes exempts de risque chez les enquêtés en relation stable laissent transparaître des facteurs essentiels de cette protection correcte : il s'agit notamment de la conscience des risques, des connaissances opérationnelles correctes, de la capacité de négociation, du consensus dans le couple, de l'implication de l'homme dans la prévention et du processus d'apprentissage. Dans ce type de relations, en plus des facteurs cités précédemment, un certain nombre d'atouts spécifiques ont été enregistrés au sein des couples étant parvenus à une protection efficace dans cette catégorie : le consensus dans le couple sur la prévention et l'implication active de l'homme dans sa mise en œuvre.

7.3.1. L'atout des choix consensuels dans le couple en matière de prévention

La communication ouverte dans le couple à propos des deux risques et la prise de décision consensuelle ont contribué de manière significative à l'obtention d'une prévention efficace chez de nombreux enquêtés. Dans les épisodes concernés, deux principaux choix préventifs ont été opérés par les individus. La quasi-totalité d'entre eux a eu recours à une méthode contraceptive dans le cadre d'une relation exclusive entre partenaires séronégatifs. Dans les cas d'utilisation systématique du préservatif, il va de soi que cette méthode nécessite la participation active de l'homme[252]. Il est donc logique que les situations d'inégalité, tout comme, à l'extrême, les abus sexuels, apparaissent peu dans cette catégorie.

Ces couples ont discuté ouvertement de la prévention du sida. Chez ceux qui avaient auparavant une autre méthode de prévention (notamment l'usage systématique du préservatif), le passage à cette stratégie a eu lieu lors de la formalisation de leur relation[253].

[251] Pour cette analyse des cas de double protection correcte, les épisodes comportant un désir d'enfant chez l'individu enquêté (qu'il soit clair ou ambivalent) et ceux où la femme est enceinte ont été retirés de l'échantillon.
[252] Nous n'avons pas rencontré de cas d'utilisation du préservatif féminin dans les récits de nos enquêtés, unique méthode de double protection liée à l'acte qui aurait pu être contrôlée par la femme.
[253] Dans certains cas, l'abandon de l'usage du préservatif a fait suite à l'émergence d'un désir d'enfant. Seulement, à la différence des couples chez lesquels le désir d'enfant a favorisé un abandon total de la prévention active du sida, ceux-ci ont veillé à mettre en œuvre une stratégie de prévention alternative. L'abandon

Aucune information ne laisse supposer une exposition au sida en dehors du couple de la part de l'un ou l'autre partenaire. En effet, peu d'individus dans cette catégorie rapportent des relations concurrentes de leur partenaire[254]. Certains enquêtés font part de relations sexuelles qu'ils ont eues en dehors du couple à cette période, mais toutes avec une utilisation systématique et correcte du préservatif[255]. Par ailleurs, les seuls enquêtés de la catégorie qui en étaient à leur initiation sexuelle dans ces épisodes (Jaina, Jismaela et Paul, tous de niveau d'instruction secondaire au moins, âgés respectivement de 28, 19 et 20 ans), ont entamé leur vie sexuelle dans une relation déjà stable ou dans le cadre d'une union avec un partenaire avec lequel ils avaient auparavant résolu la question du VIH (par un test de dépistage).

Ici encore, si les individus ayant vécu ces situations se distinguent pour la plupart par leur niveau d'instruction relativement élevé, l'on se rend compte ici que l'instruction ne constitue pas pour autant une condition *sine qua non* pour cette attitude envers la prévention du sida dans un couple stable. En effet, cette préoccupation pour la prévention active du sida est parfois le fait de personnes peu instruites telles que Mafarma et son époux. Jeune femme de 24 ans, Mafarma a uniquement fait l'école coranique et contribue aux charges de son foyer grâce à son petit commerce. Elle a trois enfants avec son époux, un mécanicien de 29 ans. Très sensible à la problématique du sida depuis sa tendre jeunesse, elle est celle qui a pris l'initiative dans son couple. Elle a fait le test de dépistage du sida pour la première fois à 19 ans alors qu'elle était encore vierge, parce qu'elle avait entendu parler des voies de transmission du sida (y compris par le sang et les objets souillés) lors de séances de sensibilisation. Ensuite, une fois en union, lors des consultations prénatales pendant sa deuxième grossesse, elle a profité de l'offre du programme de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le centre de santé où elle allait en consultations prénatales[256] pour refaire son test. Elle en a par la suite parlé à son mari qui était réticent, mais qu'elle a pu convaincre de faire son test. Depuis, ils comptent sur leur fidélité mutuelle et se concentrent sur la contraception pour espacer leurs naissances.

> ***« M. : Vous avez déjà fait le test du sida?***
> ***Mafarma** : Oui, deux fois. La première fois, j'ai emmené deux de mes sœurs et on l'a fait. (…). On l'a fait gratuitement. Quand j'étais enceinte, là où j'ai accouché, si tu tombes enceinte et tu viens là-bas, on te fait {le test}. C'est moi-même qui leur ai dit que, comme je suis enceinte, est-ce que je ne peux pas avoir ça ? Ils ont dit que ça tombe bien, qu'on est en train de parler de ça. (…) Quand je suis repartie, il {le prestataire} me dit que je n'ai pas la maladie, mais*

du préservatif est survenu seulement après la mise en œuvre de la stratégie de la relation exclusive, après s'être assuré de la séronégativité du couple.

[254] Il faut souligner que la question n'est pas toujours posée de façon explicite aux personnes faisant état de l'utilisation de cette stratégie de prévention. On note cependant que les réserves et les éventuelles inquiétudes quant à l'exclusivité de la relation, quand elles existent, sont la plupart du temps émises spontanément par les enquêtés (exemple de Madjara).

[255] Rappelons que les relations concurrentes ne constituent un facteur d'exposition au sida que dans la mesure où elles comportent une absence ou une difficulté de prévention. Ces relations ne remettent donc pas ici en cause la pertinence de cette stratégie de prévention.

[256] Dans le cadre de ce programme qui est progressivement étendu à toutes les formations sanitaires du pays depuis quelques années, le test de dépistage et une prise en charge en cas de séropositivité sont proposés à toute femme enceinte qui se présente en visite prénatale (Burkina Faso 2006 ; CNLS-IST 2010).

> *{que} si je pouvais faire venir mon mari, ce serait bien. Il {son mari} a dit que comme moi je n'ai pas la maladie, lui aussi ne l'a pas. Je suis repartie dire aux infirmiers et ils m'ont dit de lui dire de venir. Quand je suis revenue dire à mon mari, il a dit qu'il n'y a pas de problème, qu'il va partir. Un jour, il vient me dire qu'il a fait. Je suis repartie demander au docteur et il a dit qu'il est venu effectivement. (…) je dis qu'il n'y a pas de honte dans ça, parce que si tu as ça et tu te soignes, ça vaut mieux que de rester avec ça et ça va te ronger (…) » (*Mafarma, 24 ans, école coranique, fait du petit commerce, mariée, trois enfants).

De même, le maintien de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs repose sur la confiance qui proviendrait de la certitude de la fidélité du (de la) partenaire, ou à la rigueur, d'une protection efficace de ce(tte) dernier(ère) avec ses autres partenaires. Maïna (26 ans, commerçante de niveau d'instruction secondaire), est dans une relation stable avec un enseignant du secondaire de 33 ans. Elle a choisi cette stratégie de prévention après un certain temps de relations sexuelles protégées. Le test de dépistage a été l'étape préalable afin de s'assurer de leur séronégativité :

> « *On a arrêté d'utiliser le préservatif quand on est parti ensemble faire notre test de dépistage. Et ça*** c'est peut-être, près d'une année après qu'on se soit connu hein ! C''est moi-même qui lui ai fait cette proposition-là. J'ai dit : « il faut qu'on fasse le test. Au début, il avait peur, je ne sais pas pourquoi. Mais il avait peur. Mais j'ai insisté. Je suis partie seule faire mon test à Koudougou {ville secondaire du Burkina} (…) dans un centre qu'on appelle {Nom du centre de dépistage}. Le lendemain, je suis partie prendre mon résultat et j'ai trouvé que c'était négatif. Et quand je suis partie lui dire, il n'en revenait pas. Bon ! Puisqu'on avait (…) on a toujours eu des relations protégées. Je lui ai dit : « il faut aller faire pour toi aussi. Tu verras que tu n'as rien. Ça ne fait rien de faire ça ». Et il est parti. C'était pendant les vacances. (…) il est parti faire pour lui aussi, il a trouvé que c'était négatif et on était rassurés. C'est depuis ce temps on a commencé {les rapports non protégés} (…). »* (Maina, 26 ans, niveau d'instruction secondaire, commerçante).

Les personnes concernées sont tout-à-fait conscientes que l'efficacité de leur stratégie repose sur l'exclusivité de la relation. D'ailleurs, certaines femmes utilisant cette stratégie demeurent inquiètes en raison du multipartenariat fréquent chez les hommes de leur entourage. Ainsi, Maïna hésite à faire entièrement confiance à son fiancé sur ce plan, ce qui l'amène à refaire régulièrement leurs tests de dépistage.

> *«(…) mais maintenant la peur, c'était à quel niveau ? Moi j'avais peur maintenant qu'il ne drague une autre fille. Là, je prêtais beaucoup attention parce que si c'est (…) hum, ne serait-ce que lui et moi, il n'y avait pas de problème. Mais, faire la cour à une autre fille, je n'allais pas tolérer ça, parce que j'ai peur de***, j'ai peur. Je me fais confiance, je lui faisais confiance en ce moment, mais je n'ai pas confiance en une autre personne. Donc ça fait que j'ai toujours été contre ça. Et jusqu'aujourd'hui c'est resté (…) jusqu'aujourd'hui, on n'arrête pas de faire nos tests. Par exemple, quand je suis tombée enceinte, j'ai fait mon test à peu près deux fois. Lui aussi il a fait (…). »* (Maina, 26 ans, niveau d'instruction secondaire, commerçante).

Il faut souligner que, au vu de l'importance du multipartenariat relaté par les enquêtés, la crainte exprimée par Maïna et Martine n'est pas infondée. En témoignent les cas de réintroduction du risque étudiés plus haut (cas de Paouni et Madeleine).

Le point commun à ces couples (même ceux qui, comme celui de Mafarma, vivent sur un mode traditionnel et plutôt inégalitaire en théorie) réside dans la bonne communication et la recherche de consensus en ce qui concerne la prévention. De façon générale, on retrouve ici des femmes très indépendantes et proactives en matière de prévention. Quoi qu'il en soit des autres domaines de leur vie conjugale, dans tous les épisodes, elles ont leur mot à dire dans les choix préventifs du couple. Cet aspect de la relation de couple apparaît comme essentiel pour la prévention du sida dans les couples stables de l'échantillon.

7.3.2. L'impact de l'implication active de l'homme dans la prévention

Quelle que soit la méthode de double prévention choisie, ces récits montrent à quel point l'implication active du partenaire dominant dans la prévention (en l'occurrence l'homme dans la plupart des cas) est cruciale. Un des avantages de cette implication des hommes est que ces derniers, du fait de leur âge, de leur plus grande expérience sexuelle et surtout de leurs ressources socioéconomiques plus importantes, sont plus en mesure que leurs partenaires de rechercher activement la prévention.

Citons l'exemple de Marcellin (25 ans, diplômé du supérieur en recherche d'emploi) : avec sa copine (21 ans, étudiante du supérieur) qu'il compte épouser dès qu'il aura un emploi stable, ils font régulièrement leur test et comptent sur l'exclusivité de leur relation pour se protéger du sida. Il a, certes, des relations sexuelles avec d'autres filles à l'insu de sa copine, mais il utilise rigoureusement le préservatif avec ces dernières. La contraception est primordiale pour sa copine et lui tant qu'ils ne sont pas mariés, ou qu'il n'a pas au moins un emploi stable. Ils optent pour la pilule, avec en plus l'usage du retrait ou du préservatif lors des périodes fécondes de la fille (ils ont ajouté la pilule à leur dispositif à la suite d'une peur de grossesse). Ce cumul ne laisse aucune place au risque. A la différence de nombreux enquêtés masculins, Marcellin s'implique activement aux côtés de sa copine dans la recherche de contraception hormonale. Sa copine n'osant pas se présenter dans un centre de planning familial de peur de révéler ainsi son activité sexuelle, Marcellin va lui-même acheter la pilule en pharmacie.

> *« C'est moi qui ai amené, c'est moi qui ai payé les pilules. Et je la ravitaille régulièrement (…), je vais en pharmacie, je vais souvent en pharmacie et je demande des conseils parce qu'au niveau des CSPS* {Centre de Santé et de Promotion Sociale}*, c'est un peu compliqué. Quand on part pour chercher des pilules, les agents de santé vont vous dire (…) qu'il faut que la fille même se déplace là-bas, or, si des jeunes filles comme elles traînent dans les centres sanitaires, c'est un peu mal vu. Donc c'est juste par peur des yeux {dans le souci de protéger sa réputation} qu'elle n'y va pas. Donc, moi, je vais directement en pharmacie, ça coûte plus cher mais je vais payer là-bas, comme {puisque} je ne peux pas obtenir ça dans les centres de*

> *santé. Au début, le pharmacien m'a dit d'amener la personne concernée parce qu'il faut faire les prises de tension et aussi d'autres prises. Bon, moi j'ai dit que tout ça, c'est trop long, et que c'était pour éviter tout ça que je suis venu en pharmacie pour payer mes pilules (...). Donc, par finir, il m'a montré une pilule, ça doit être {nom de la marque} si je me rappelle bien, c'est ça ! C'est cette pilule que j'ai payée ».* (Marcellin, 25 ans, niveau supérieur, en recherche d'emploi).

Ils parviennent ainsi à contourner ce qui constitue une barrière infranchissable pour d'autres couples. Marcellin souligne cette insuffisance des programmes : *« Moi, je trouve que c'est trop protocolaire, (...) pour les jeunes gens comme nous, il faut leur permettre de venir prendre les moyens contraceptifs pour leurs copines qui paraissent beaucoup plus timides ».*

Un deuxième avantage de l'implication des hommes dans la prévention du couple est que, dans les relations inégalitaires (dominées par eux la plupart du temps), leur décision d'utiliser une méthode de double protection est généralement suivie d'effet et d'une utilisation efficace de la méthode choisie. On a vu tantôt comment certains hommes, dont Patrice, préféraient même contrôler la prévention en utilisant le préservatif. En outre, comme cela a été vécu par Marthe notamment (coiffeuse de niveau d'instruction primaire, elle a eu son premier rapport sexuel à 16 ans avec son copain), des jeunes filles en début de vie sexuelle et complètement ignorantes des risques, ont été protégées par l'utilisation d'un préservatif par un partenaire plus averti. L'attitude de certains des hommes cités plus haut (Marcellin par exemple) correspond à celle du partenaire de Marthe. Dans la pratique, cette attitude masculine procure aussi une protection efficace à leur partenaire qui n'en aurait peut-être pas les ressources par elle-même.

Par ailleurs, dans les couples en union les plus inégalitaires de cette catégorie, les prises de conscience (et décisions) de leur époux en matière de prévention ont permis à des femmes qui étaient auparavant exposées au double risque, de parvenir à une double protection correcte.

7.4. Discussion : Entraves socioculturelles, insuffisances des programmes et difficultés de prévention chez les jeunes couples inscrits dans la durée

Les analyses effectuées dans ce chapitre mettent en évidence deux types de facteurs d'intelligibilité à l'arrière-plan des mécanismes de gestion des risques sexuels chez les jeunes couples inscrits dans la durée à Ouagadougou : d'une part, des facteurs sociaux constitués par la pression sociale au mariage, le double standard sexuel et les inégalités de genre et d'autre part, des facteurs institutionnels résidant principalement dans l'inadéquation entre l'offre préventive et leurs besoins en la matière.

7.4.1. Les entraves socioculturelles à la prévention chez les jeunes couples inscrits dans la durée

☞ Rôle des facteurs socioculturels dans l'exposition des jeunes en relation stable au sida

De façon entremêlée, la pression au mariage et le double standard sexuel présent dans l'environnement social des jeunes ouagalais influencent fortement leur attitude envers la prévention du sida.

- ***La pression sociale au mariage et le déni du risque du sida***

Les données ont montré à quel point le besoin, pour les enquêtés, de parvenir à (ou de consolider) une union favorise l'occultation du risque du sida dans les relations stables. En effet, le besoin de consolider la relation étant primordial, et du fait de l'installation de la confiance et du développement du lien affectif entre les partenaires, l'individu préfère penser que le risque est absent tant qu'il n'apparaît pas de façon très évidente (comme le statut séropositif avéré du partenaire ou son multipartenariat avec des partenaires estimés « *à risque* »). C'est ce compromis qui a été qualifié d'« *adaptation au risque du sida* » par Peto et ses collègues (1992) dans le cadre de leur étude de la réponse d'hommes et de femmes vivant en Belgique au risque du sida dans leurs relations amoureuses. Selon ces chercheurs, cette terminologie se justifie par le fait que « (…) *l'apparition du sida a conduit de nombreuses personnes à répondre à cette situation nouvelle en modifiant ou en adaptant leurs comportements sans pour autant exclure totalement le risque de leur vie* » (Peto et *al.* 1992, p 11).

Dans ces situations, les critères de prévention sont relégués à l'arrière-plan par la jeune fille au profit de son objectif premier qui est de se marier. Pour ces jeunes filles, l'exposition à une grossesse « *non prévue* » est « *rationnelle* » du point de vue de leurs priorités du moment. On note ici une analogie avec la thèse de Van Campenhoudt qui oppose à la stricte rationalité dans le comportement préventif, une « *rationalité relationnelle* » (Van Campenhoudt 1999).

Dans le corpus d'entretiens, cette attitude apparaît aussi bien dans les comportements de couples déjà en union, que dans ceux de couples plus jeunes, qui entrent dans une phase où la relation se stabilise[257] et où des perspectives d'union se dessinent. Ainsi, chez des jeunes couples qui avaient, au début de leur relation, une protection systématique à l'aide du préservatif, on assiste à l'abandon de cette prévention[258] sans qu'une stratégie de prévention

[257] Voir le chapitre précédent.
[258] Cette tendance des couples stables à abandonner progressivement l'usage systématique du préservatif a déjà été rapportée. On relève notamment à propos des adolescents ayant fait l'objet des analyses quantitatives

alternative ne soit mise en place. Les deux partenaires semblent adopter de façon tacite, sur la base de la confiance, la stratégie de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs, sans pour autant avoir vérifié leurs statuts sérologiques par un test de dépistage du sida.

- ***Le double standard sexuel et la difficulté de mettre en œuvre la stratégie de prévention du sida adaptée dans les jeunes couples inscrits dans la durée***

En plus de l'importance du mariage chez les jeunes ouagalais, la passivité observée chez certains d'entre eux envers la prévention du sida tient au double standard sexuel en vigueur dans la société ouagalaise. Cette représentation de la féminité et de la masculinité, également très présente chez les plus jeunes[259], est très perceptible à travers le discours des jeunes. Leurs récits montrent que leurs ambitions à cette étape de leur vie sont parfois fondamentalement différentes, voire contradictoires : d'un côté, les jeunes hommes ne sont pas pressés de se marier tant qu'ils n'en ont pas les moyens financiers et désirent avoir plusieurs partenaires (et ayant la liberté et les moyens de le faire, notamment dans les classes sociales aisées), tout en ayant parfois une relation stable avec leur future épouse ; de l'autre, les jeunes filles sont pressées par leur entourage de régulariser toute relation naissante avec un « *bon* » époux potentiel.

Dans le cadre des unions, ces représentations sont doublées des normes relatives aux rôles respectifs des époux, normes d'autant plus restrictives pour l'épouse qu'elle vit dans un environnement traditionnellement inégalitaire. Même si les rapports de genre entre époux connaissent une certaine redéfinition dans les catégories sociales favorisées, cette représentation demeure (Attané 2002, 2009 ; Mazzocchetti 2007). De ce fait, comme l'exprime Malicka dans son récit, dans son milieu, dès lors qu'un homme assume ses responsabilités financières envers son ménage, il serait difficile pour son épouse, de lui reprocher ses relations extraconjugales. Les normes traditionnelles, qui, si elles induisaient un fort contrôle social sur l'individu en général et sur la femme en particulier, faisaient aussi une large part au respect des valeurs morales de la part des deux sexes (Badini 1994), semblent profondément modifiées. Ces attitudes sont confirmées dans notre échantillon. Une des explications en est la baisse du contrôle social sur les individus du fait du mode de vie urbain. Cette tendance, ainsi que l'accroissement des inégalités sociales, a contribué au développement de ces relations, notamment dans les catégories sociales aisées comme cela est apparu dans l'examen du vécu sexuel des jeunes au chapitre 4.

Dans ce contexte, les mêmes craintes évoquées par des jeunes femmes en union de notre échantillon quant au risque induit par les relations extraconjugales de leur époux ressortent de l'étude de Mazzocchetti (2007).

---

présentées plus haut, que l'usage du préservatif est moins fréquent dans les relations qui durent depuis au moins deux ans que dans les relations plus récentes (Guiella et Woog 2006).

[259] Voir le chapitre 4 sur le vécu sexuel et relationnel des jeunes.

> *« (…) les femmes mariées, en plus des questions de ressources et de subsistance, m'ont énoncé certaines craintes au niveau de leur santé et de celle de leurs enfants en lien avec les infidélités réelles ou supposées de leur mari (...). Un mari responsable est censé se protéger, mais la peur qu'il ne le fasse pas taraude la plupart de ces jeunes femmes scolarisées et conscientes du danger que représente une sexualité peu régulée. »* (Mazzocchetti 2007, p190).

En somme, pour ces hommes comme pour la majorité des autres hommes et des femmes en union, la question du sida s'avère délicate à aborder dans ces relations maritales. En effet, le maintien de la relation exclusive dans le couple touche au contrôle de l'activité sexuelle et de la fidélité des deux partenaires. A part les unions polygamiques où le multipartenariat de l'homme est légitimé socialement, les relations extramaritales demeurent une transgression difficile à afficher (en dehors du cercle de personnes partageant le même mode de vie) dans la société ouagalaise. De ce fait, il est difficile aux hommes et femmes en union de reconnaître ces relations et d'en tenir compte dans le mécanisme de prévention avec leur conjoint (e). Elles constituent pourtant un facteur potentiel de multiplication du risque : évoquées par plusieurs enquêtés en union (Pierre et Malicka notamment), elles peuvent être à la source d'une introduction du risque du sida dans le couple en union.

- ☞ **Rôle des facteurs socioculturels dans les difficultés contraceptives chez les jeunes couples inscrits dans la durée**

  - ***La pression sociale au mariage et les désirs d'enfants ambivalents et contradictoires***

Les désirs d'enfant ambivalents et contradictoires constituent des paramètres à considérer pour comprendre l'exposition des jeunes couples ouagalais inscrits dans la durée aux grossesses non prévues. Ces ambivalences et contradictions naissent de l'arbitrage plus ou moins conscient que ces derniers (notamment les jeunes filles), sont contraints d'effectuer entre diverses tensions. Issues de leurs ambitions sociales et personnelles, de la pression de leurs besoins sexuels et de ceux de leur partenaire et de la pression familiale sur les jeunes filles pour qu'elles se marient, ces tensions les conduisent dans bien des cas à l'« *échec* » contraceptif. Cela est compréhensible dans le contexte culturel et social de Ouagadougou, et plus largement du Burkina Faso : tout comme dans la plupart des sociétés africaines, l'atteinte d'un statut social reconnu pour les hommes, mais encore plus pour les femmes, y passe par l'union, et surtout l'union féconde (Attané 2002, 2009 ; Roth 2010 ; Tichit 2009). Dans ces circonstances, le choix des méthodes contraceptives (plus ou moins fiables) sera, plus ou moins consciemment, lié à cette indécision (Bachelot 2002 : Bajos et *al.* 2002). Cela étant, et dans un contexte d'inégalités de genre et de faible maîtrise des moyens de contraception, il en résulte des grossesses qu'il est difficile de considérer comme indésirées dans l'absolu.

Si cette attitude a surtout été observée chez des personnes célibataires, les résultats indiquent qu'elle est également à prendre en compte chez les jeunes couples en union. De

fait, les changements dans le mode de vie des jeunes couples urbains incluent de nouvelles attitudes envers la procréation. Alors qu'elle constituait la suite logique et recherchée du mariage dans la société traditionnelle burkinabè (Badini 1994), des jeunes couples font maintenant le choix de déroger à cette norme. Les enquêtés concernés justifient cette option par l'envie de terminer des études avant d'avoir un enfant ou encore par l'attente de la formalisation (et donc, de la pleine légitimation) du mariage. Ainsi, chez Maina, Jaina, Jismaela et leurs époux, l'ambivalence observée dans le désir d'enfant s'explique par les tensions auxquelles cette décision les soumet (ambitions personnelles confrontées aux aspirations à la maternité et à la paternité) n'a pas été sans conséquences. Si Maina et son époux sont restés fermes dans leur recherche de contraception jusqu'à ce qu'ils décident d'avoir un enfant, les deux autres couples ont eu du mal à trouver un équilibre dans leur posture. D'où une attitude similaire à celle observée chez les couples non encore en union.

- ☞ **Les inégalités de genre et l'exposition des jeunes femmes en relation inscrite dans la durée aux risques sexuels**

En filigrane du double standard sexuel, l'influence du pouvoir de décision de l'individu dans la prévention des risques sexuels a été amplement documentée (Bajos 2006 ; Desclaux et *al.* 2011 ; Hoffman et *al.* 2006 ; Juarez et Martin 2006 ; Luke 2005 ; Poulin 2007). Selon nos analyses, dans les jeunes couples stables étudiés, l'inégalité s'exerce par le biais du pouvoir de décision de l'homme et de sa plus grande liberté sexuelle, face à une jeune femme dont l'avenir est conditionné par le choix que son partenaire fera en termes de légitimation de leur union.

Les récits des jeunes femmes décrivent à quel point ce pouvoir de décision du partenaire sur le devenir de leur relation constitue un atout pour ce dernier dans la négociation de l'activité sexuelle et des rapports non protégés. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes filles issues de milieux défavorisés et conservateurs en matière d'union et de sexualité. Les analyses ont montré comment cet atout est utilisé par certains jeunes hommes pour acculer leur partenaire à une grossesse « *par ruse* » et ainsi la contraindre (ou contraindre sa famille) à l'union, ou simplement pour satisfaire ses ambitions en matière de procréation[260]. Si ce comportement est aussi rapporté de la part de jeunes filles (toujours dans le but de parvenir au mariage), le résultat en est plus aléatoire car la reconnaissance de la paternité de l'enfant par son partenaire n'est pas certaine. De fait, le désintérêt pour la contraception constaté chez certains jeunes hommes dans notre corpus s'explique aisément dans la mesure où ils ne sont pas directement victimes des grossesses prénuptiales, y compris en termes de sanction sociale. Les jeunes femmes en sont d'autant plus vulnérables que, dans le contexte ouagalais, les lois les protégeant des abus du genre restent bien souvent théoriques.

[260] Les enjeux de la sexualité et du mariage pour les jeunes à cette étape sont expliqués dans le chapitre sur leur vécu sexuel.

Il faut toutefois relever la rigueur dont certains jeunes hommes font preuve en matière de prévention. Ce constat apporte une nuance aux idées selon lesquelles les jeunes hommes seraient toujours insouciants envers la prévention. Les données ont montré que certains jeunes hommes, comme Marcellin, ont été le moteur de l'efficacité de la contraception dans leur couple. Du fait de leur posture dominante dans leur couple, leur implication active a presque toujours constitué un gage de réussite de cette prévention.

Dans le contexte particulier des couples burkinabè en union, les inégalités importantes entre les conjoints (Attané 2002 ; Locoh et *al.* 2007 ; Mazzocchetti 2007) exacerbent les difficultés préventives des jeunes femmes. Ainsi, en qui concerne le sida, les analyses ont montré que l'exposition subie au risque a essentiellement été vécue dans notre échantillon par des femmes en union inégalitaire. Elle provient du multipartenariat de leur partenaire, conjugué à l'incertitude quant à son statut sérologique. Il y a, pour des femmes dans cette situation (et leur conjoint), un risque récurrent de contamination par le sida. Cela d'autant plus que leurs partenaires (presque toujours plus âgés et disposant d'une plus grande liberté pour avoir des relations sexuelles avant le mariage et ensuite des relations sexuelles extraconjugales), sont plus susceptibles qu'elles d'avoir connu des prises de risques antérieures. Etant dans l'impossibilité de négocier et encore moins d'imposer une prévention à leur partenaire, elles n'ont pas d'autre alternative que de subir le risque. Cette vulnérabilité particulière des jeunes femmes au sida du fait de facteurs socioculturels ressort également d'études antérieures (Chiresche et Chiresche 2011 ; Langen 2005).

Enfin, l'examen des situations où les couples ont résolu la question de la prévention du sida confirme l'atout que constitue une relation égalitaire (ou du moins consensuelle en ce qui concerne la prévention) pour leur réussite. Les données montrent aussi que, si l'instruction constitue certainement un atout pour l'information sur les risques, elle influence en plus la relation de couple et la propension des partenaires à instaurer une relation égalitaire dans les faits. Cela a évidemment des répercussions sur la gestion des risques auxquels l'un ou l'autre des partenaires est sensible. Dans une telle relation de couple, l'expression d'un besoin par l'un des partenaires suscite un écho attentif de l'autre et une résolution (ou du moins, une tentative de résolution) concrète du problème posé. Rappelons en effet que les hommes et femmes ayant eu une (double) protection correcte figurent parmi les individus les plus instruits de l'échantillon. Cela explique pourquoi on trouve surtout des couples égalitaires dans cette catégorie : il est en effet admis que les femmes instruites sont plus en mesure que les autres d'avoir une relation égalitaire avec leurs partenaires (Mudaly 2011 ; Pradhan et Ram 2009 ; Ssewamala et *al.* 2010). C'est donc bien, au-delà du niveau d'instruction, la relation égalitaire dans le couple qui importe dans la prévention du sida au sein de ces couples stables. Dans certains cas, le couple, comme celui de Madjara et de son époux, peut vivre dans un environnement où la norme est l'inégalité entre époux, et partager tout de même des valeurs communes qui leur permettront d'avoir une relation exempte de coercition (et même plutôt égalitaire) sur le plan de la sexualité et des décisions en matière de prévention (Rossier et Sawadogo 2010 : Sawadogo et Rossier 2011).

Il faut souligner que, dans les relations où seule l'épouse semble chercher à se protéger du risque, les comportements de leurs conjoints trouvent aussi une explication dans leur environnement socioculturel. Ainsi, chez les époux qui semblent avoir une attitude irresponsable envers la prévention du sida, on peut présumer que l'explication réside, outre l'insuffisance de connaissances sur la prévention, dans leur difficulté à remettre en question leur style de vie. Les relations sexuelles non protégées et le multipartenariat en font partie. Comme il en est pour les jeunes célibataires, il est probable que la perte de ces avantages leur semble plus immédiate et plus préjudiciable que le risque de contracter le sida. Quant au risque de grossesse non prévue, s'ils ne peuvent pas se déresponsabiliser d'une grossesse non désirée de leur épouse (comme cela a été documenté chez les jeunes hommes célibataires), ils sont moins directement touchés par leurs conséquences du fait de leur rôle dans l'union. En tant que pourvoyeurs de ressources du foyer et du fait de leur faible implication dans la prise en charge de la grossesse et des enfants (en grande partie du fait de pesanteurs socioculturelles), ils ne vivent que de façon indirecte les conséquences de grossesses rapprochées sur la santé de leur épouse. Les autres conséquences des grossesses, à savoir celles sur l'activité économique de la femme, ne les touchent pas directement non plus. Des récits faits par les hommes et femmes en union enquêtés, le principal facteur qui introduit un désir de limitation des naissances chez les hommes semble être les difficultés économiques, qui renvoient à leur posture de pourvoyeurs de ressources du ménage. La crainte de ne pas pouvoir assumer financièrement la charge d'un enfant supplémentaire est ainsi la principale raison à la source de la décision de limiter les naissances et d'une implication active de cet homme dans la contraception.

7.4.2. Inadéquation entre offre et demande de prévention

L'examen des difficultés de prévention rencontrées par nos enquêtés confirme la relative incapacité des services de prévention à répondre à leurs besoins de façon adéquate. En effet, en plus des difficultés généralement rencontrées par les jeunes en matière de prévention des risques sexuels, la situation matrimoniale de ce public et ses implications socioculturelles en font une population avec des besoins préventifs particuliers. Ces insuffisances tiennent essentiellement à l'inadéquation entre les services de prévention du sida et de contraception et leurs besoins spécifiques.

- ☞ **Insuffisances des services de prévention du sida pour les jeunes couples inscrits dans la durée**

En dehors des facteurs socioculturels sous-jacents évoqués plus haut, les attitudes observées chez ces hommes et femmes envers la prévention du sida avec leur conjoint(e) sont aussi le signe d'une insuffisance des programmes à cerner leurs besoins spécifiques et à leur apporter des solutions.

En premier lieu, leur évaluation des risques sexuels pose problème. On a pourtant vu, chez les individus les mieux informés en la matière, que cette bonne conscience des risques et des failles possibles dans la prévention a constitué un atout pour prendre la pleine mesure des risques et résoudre les tensions liées aux facteurs socioculturels.

Les difficultés vécues par ces couples dans la mise en oeuvre de la relation exclusive entre partenaires séronégatifs montrent assez les lacunes à ce niveau. En effet, on perçoit comme un vide dans le dispositif devant permettre à ces derniers d'évaluer correctement les risques liés à leur activité sexuelle. Les messages de prévention du sida diffusés à l'endroit des jeunes burkinabè (qui se résument, pour la plupart, au modèle ABC : abstinence, fidélité ou préservatif) sont particulièrement à questionner à ce sujet. Leur limitation à la promotion de la fidélité dans le couple ou au test de dépistage, sans faire le lien entre les différentes stratégies de prévention et les modalités de leur efficacité, pose problème chez de jeunes adultes s'acheminant vers le mariage. Au sein des couples rencontrant des difficultés pour avoir une relation exclusive entre partenaires séronégatifs, une des sources du problème provient du fait qu'ils n'ont pas vraiment été éduqués sur le passage en toute sécurité entre l'usage systématique du préservatif et cette stratégie. Ils ne semblent disposer ni de repères, ni de références précises pour affronter cette transition entre deux situations de couple, pourtant caractéristique de leurs besoins préventifs à cette période de leur vie.

La principale faiblesse des messages de prévention du sida en ce qui concerne ce public réside donc dans le fait que nombre de ces jeunes ne sont pas éduqués sur la manière dont les différentes stratégies enseignées (abstinence, fidélité, préservatif) pourraient se succéder ou s'articuler dans leur dispositif de prévention au fil des changements survenant dans leur vie sexuelle. En clair, les modalités selon lesquelles ils peuvent passer de l'abstinence à l'usage du préservatif et surtout, abandonner son usage dans le cadre d'une relation exclusive (tests de dépistage, prise en compte du temps de séroconversion, etc.) sont très peu enseignées.

Quand ils sont conscients des risques, on note chez eux un certain désarroi renforcé par les obstacles socioculturels cités plus haut. De ce fait, une prise en compte plus aisée de la prévention du sida dans ces couples nécessite la conception et la diffusion de messages prenant en compte leurs choix préventifs (la relation exclusive entre partenaires séronégatifs) et les entraves à la mise en œuvre correcte de ce choix (multipartenariat, difficultés d'usage du préservatif, crainte du test de dépistage, non prise en compte du désir d'enfant[261], entraves socioculturelles).

[261] En effet, le désir d'enfant, ainsi que le contexte qui contribue à le renforcer, a constitué le déclencheur des comportements chez des personnes étant dans la situation vécue par Michel en l'occurrence. Cette interaction entre la contraception au moyen du préservatif (ou son abandon) et la prévention du sida a récemment été soulignée par Speizer et White (2008). A partir de l'EDS 2003 du Mozambique, ces auteurs ont analysé le rôle des désirs d'enfants chez les jeunes sur le non-usage du préservatif dans le cadre de relations non maritales. Après contrôle par d'autres variables, il s'est avéré que les jeunes femmes ayant un désir d'enfant étaient significativement moins enclines que celles qui n'en désiraient pas, à avoir des rapports sexuels protégés avec

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH constitue une autre entrave à la mise en œuvre efficace de la stratégie préventive adéquate par les jeunes couples. En effet, des études ont relevé les effets néfastes du contenu des messages de sensibilisation sur le sida diffusés au Burkina Faso comme dans d'autres pays : Dans une recherche visant à comprendre les raisons de la stigmatisation attachée au sida dans la société burkinabè, Gausset et ses collègues (2012) ont démontré que cette stigmatisation ne dérivait pas seulement de la crainte de la contamination, de l'ignorance ou des connaissances erronées des populations. Elle était aussi involontairement entretenue par le contenu des messages diffusés et l'image projetée par ces messages, à savoir le fait que la séropositivité était synonyme d'une mauvaise moralité sexuelle de l'individu (Desclaux 1997 ; Gausset et *al.* 2012). Par conséquent, ces chercheurs insistent sur la nécessité, concomitamment à la mise en place de dispositifs de traitement efficaces, d'informer davantage les populations sur la disponibilité de ces traitements et les recours possibles en cas de séropositivité. La crainte du test de dépistage exprimée par un grand nombre de nos enquêtés provient de cette perception de la maladie, d'où le refuge de certains, comme Pissila, dans un certain fatalisme.

- ☞ **Insuffisances des services de planning familial pour les jeunes couples inscrits dans la durée**

  - ***L'accès difficile des jeunes couples stables non mariés aux services de planning familial***

Une contraception efficace nécessite, en premier lieu, un accès sans entraves aux services de planning familial. Cela est particulièrement vrai à propos des méthodes hormonales dont les centres de PF sont le lieu d'approvisionnement privilégié. A ce niveau, tant nos données que diverses études montrent la persistance des facteurs limitant l'accès des jeunes filles célibataires à ces services en leur état actuel[262]. Pour revenir à nos données, les explications de Marcellin sur les raisons pour lesquelles il a dû s'approvisionner en pilules pour sa copine[263] confirment encore cet état de fait. Cette entrave, dont la persistance a été encore relevée récemment par Bationo (2012) demeure un frein à l'accès de cette population aux méthodes hormonales.

leurs partenaires en dehors du mariage. Ces auteurs interpellent donc sur l'influence du désir d'enfant sur l'exposition aux IST et au sida chez les jeunes, notamment dans les sociétés où les jeunes filles sont soumises à une forte pression sociale les conduisant au mariage et à la procréation (Speizer et White 2008). L'incompatibilité entre le désir d'enfant et la prévention du VIH à l'aide du préservatif a aussi été relevée au Ghana chez des jeunes adultes en union (Teye 2005).

[262] Voir les chapitres 1 et 2.

[263] Voir les pages 217 à 218.

- ***La faible qualité du counseling sur l'utilisation des méthodes contraceptives***

Alors qu'on s'attendrait à ce que leurs connaissances soient meilleures qu'à l'adolescence, force est de constater qu'il subsiste des lacunes importantes dans ce domaine chez les jeunes adultes ouagalais. Ces difficultés sont relevées tant dans l'utilisation de méthodes liées à l'acte (préservatif et abstinence périodique) que dans celle des méthodes hormonales. Cela dénote une insuffisance qualitative dans les services de promotion des méthodes de prévention, qu'il s'agisse du préservatif ou des autres méthodes de contraception. On sait pourtant à quel point des connaissances précises ont été décisives chez certains des jeunes interrogés (Patrice, Marcellin, Maïna, etc.) pour une évaluation correcte des risques liés à une relation sexuelle, le choix d'une méthode de prévention adéquate et la résolution d'éventuelles difficultés.

A titre d'exemple, tant Maï que l'épouse de Pissila, qui se sont pourtant procuré la pilule dans des formations sanitaires (et donc après une séance de counseling), ont compris qu'elles devaient prendre la pilule de façon ponctuelle, seulement avant les rapports sexuels[264]. Cette mauvaise compréhension pose le problème de la qualité de l'interaction avec les prestataires de services. Par ailleurs, dans le récit de l'interaction de Mafarma avec les prestataires de PF quand elle est allée se procurer une contraception hormonale (injectable), on peut identifier quelques points faibles malgré la satisfaction qu'elle a retirée du service. En effet, de sa description et de celles faites par d'autres clientes de services de PF et par des chercheurs ayant réalisé des observations de services de PF dans le pays, il ressort que les consultations sont parfois menées dans de telles conditions que la cliente ne bénéficie pas toujours d'un service adéquat. Cela pose, outre le non-respect des droits reproductifs de l'individu (choix éclairé de la méthode utilisée, information complète sur ses effets secondaires, etc.) (Burkina Faso 2005 ; Greer 2009), la question de la délivrance d'un service adapté à sa situation et à ses besoins spécifiques. Ce service ne peut être obtenu qu'à l'issue d'un counseling précis, qui prend en compte le vécu sexuel, l'histoire reproductive et contraceptive de la femme et les éventuelles difficultés contraceptives liées à son milieu de vie.

Les situations de désirs d'enfant contradictoires examinées (où le jeune homme ou la jeune femme est en butte à un « *sabotage* » de sa contraception) constituent des exemples de circonstances dans lesquelles le besoin de disposer d'une méthode dont il ou elle sera en mesure de contrôler l'utilisation est crucial.

Les lacunes couramment documentées dans le counseling contraceptif au Burkina Faso et ailleurs en Afrique subsaharienne peuvent provenir de plusieurs facteurs, eux-mêmes liés à la formation et aux conditions de travail des prestataires : problème de transcription de

[264] Voir les pages 198 à 199.

l'information dans la langue de la cliente, plateau technique insuffisant, temps insuffisant du counseling, etc. Des techniques d'observation des séances de counseling pourraient permettre d'identifier plus précisément la source de ces malentendus.

- ***Les difficultés d'accès des plus démunis aux services et produits de contraception***

Les analyses montrent que les jeunes hommes et femmes en union de Ouagadougou n'échappent pas à la réalité décrite par Ezeh et ses collègues (2010) à propos des barrières à l'accès des populations urbaines pauvres d'Afrique subsaharienne. Ces auteurs soulignent l'inégalité dans l'accès aux services entre les couches socioéconomiques favorisées de ces populations et celles les plus pauvres.

Le coût des produits contraceptifs hormonaux constitue une difficulté supplémentaire vécue par nos enquêtés. Malgré les efforts annoncés dans ce sens par les programmes en la matière (Ministère de la santé 2007), ces coûts demeurent trop élevés pour les femmes urbaines les plus démunies. L'exemple de Maï, qui n'a pas été en mesure de renouveler son utilisation de l'injectable, est parlant. La description que Mafarma fait de sa visite dans un centre de santé pour se procurer une contraception montre aussi comment ces coûts peuvent constituer une entrave à l'accès de ces femmes à la contraception hormonale.

☞ **Le cloisonnement des services de planning familial et de prévention du sida : des portes d'entrée insuffisamment exploitées**

Les difficultés préventives étudiées dans ce chapitre plaident une fois de plus pour l'intégration des services de prévention à l'endroit des jeunes. On relève effectivement que, chez ces derniers, des connaissances correctes en matière de prévention du sida ne sont pas synonymes de bonne connaissance des méthodes contraceptives et vice-versa. Cette réalité est imputable à la verticalité et à la séparation des programmes de prévention dans la plupart des structures de santé auxquelles ils ont accès. L'offre de services intégrés de santé reproductive pour jeunes est encore loin de répondre à la demande (Guiella 2004 ; Population Council 2003a, 2003b).

Chez ces couples, la principale porte d'entrée des services de santé reproductive est fournie par les maternités de la femme et la recherche de contraception. Les récits des femmes en union interrogées confirment leur recours quasi-universel aux structures de santé pour ces services. Cette recherche de soins est à exploiter par les prestataires de services pour fournir des services adaptés à leurs besoins. Par exemple, les services de PTME ont constitué une porte d'entrée pour la prévention du sida pour des femmes de l'échantillon et des épouses d'hommes interrogées. Le développement des services de PTME-Plus (qui visent, en plus des services de PTME proprement dits, le dépistage et la prise en charge des enfants et des conjoints infectés des femmes) dans le pays constitue certainement un atout

dans ce sens. L'exemple de Mafarma montre comment la sensibilisation menée par les agents de santé peut aider la femme à convaincre un époux réticent à gérer aussi la prévention du sida. L'avantage certain qu'offre le développement de tels services dans les pays touchés par le VIH en termes de satisfaction des besoins de prévention du sida et de contraception des couples a déjà été démontré par ailleurs (Desgrées du Loû et *al.* 2009 ; Langen 2005).

Conclusion

Les analyses présentées dans ce chapitre ont permis de décrire le mécanisme d'exposition aux risques sexuels des jeunes ouagalais engagés dans des relations à visées matrimoniales à partir des biographies des personnes enquêtées. Si l'on rencontre, ici encore, des facteurs déjà à l'œuvre à leur entrée en vie sexuelle (tels que leur faible maîtrise de l'utilisation des moyens de prévention), on décèle surtout l'influence de facteurs socioculturels inhérents à leur étape de vie. En cela, elles confirment les résultats d'études réalisées dans d'autres pays africains et européens. Ces résultats réaffirment les rôles centraux du contexte social (Bajos 2006 ; Bajos et *al.* 2008) et de l'offre de services de prévention (Desgrées du Loû et *al.* 2009 ; Gausset et *al.* 2012 ; Nitiéma et *al.* 2003) dans le mécanisme de gestion de ces risques chez des jeunes urbains subsahariens.

Parmi eux, les jeunes hommes et femmes engagés dans un processus d'union vivent en effet une période et des situations relativement nouvelles dans leur environnement social : celle de jeunes adultes non encore prêts pour le mariage, mais engagés dans des relations de couple stable. Cela induit une activité sexuelle plus ou moins légitimée selon les situations. De ce vécu et de l'environnement social en présence, naissent des attentes en termes d'affirmation de soi (hommes), d'union (femmes) et de procréation (hommes et femmes). De ce fait, cette frange de la population jeune constitue un public particulièrement pertinent à étudier dans le contexte burkinabè : leur sexualité et leurs comportements préventifs sont fortement influencées chez eux par les normes sociales régissant les relations homme-femme et par leurs représentations de la sexualité, de la féminité et de la masculinité. Face aux tensions entre la nécessité de respecter ces normes pour gagner (ou garder) un statut social et la satisfaction de leurs propres besoins affectifs et sexuels, ces jeunes hommes et femmes recherchent un équilibre. Cette quête se heurte à des entraves bien spécifiques à leur situation, aussi bien liées au poids de ces contraintes socioculturelles qu'à l'inadéquation entre leurs besoins et les services de prévention qui leur sont offerts.

En effet, les résultats montrent aussi la persistance, même en milieu urbain, d'insuffisances importantes dans l'offre de services de prévention aux jeunes en relation stable ; les jeunes adultes, qui ne constituent pas un public privilégié dans la sensibilisation et la promotion de l'utilisation des méthodes de prévention du sida, semblent quelque peu «*oubliés* » par les programmes de prévention à l'heure actuelle. L'examen de leur situation montre pourtant

qu'ils ont des besoins spécifiques auxquels on ne peut apporter une réponse pertinente qu'en tenant compte de leur situation particulière.

Ces analyses mettent ainsi en exergue des poches de vulnérabilité au sida très peu documentées au Burkina Faso : la vie en union et les unions très inégalitaires. Deux faits principaux apparaissent : 1) la prédominance des objectifs en termes d'enjeux sociaux du mariage et de la procréation, sur ceux, plus lointains, liés à la protection de sa santé chez le jeune ouagalais, et 2) le rôle des relations de pouvoir inégalitaires dans leurs couples sur l'exposition « *subie* » des jeunes hommes et femmes au sida. La prévention du sida chez les couples en union touche donc en partie à l'institution du mariage et à ses fondements dans la société burkinabè. Ces constats vont dans le sens de résultats obtenus dans d'autres contextes, tels que la Belgique (Peto et *al*. 1992), et d'autres pays d'Afrique subsaharienne (Bajos 2006 ; Vidal 2000) : les normes sociales en matière de sexualité et les attentes des partenaires vis-à-vis de la relation de couple concernée constituent des facteurs déterminants de l'évaluation et de la prise en compte du risque du sida dans les jeunes couples.

Les conséquences de cet enchaînement de facteurs sont parfois dramatiques, tant du côté de la prévention du sida que de celle des grossesses chez ces jeunes femmes. Ainsi, les avortements relatés par des jeunes femmes enquêtées comme issue courante de ces échecs contraceptifs interpellent en raison des risques de la pratique dans le contexte burkinabè (Guiella 2004 ; Guillaume 2005 ; Rossier 2005 ; Segdh et *al.* 2011).

Enfin, l'examen des situations où les jeunes couples stables parviennent à une double protection correcte confirme l'importance de la conscience du risque, des connaissances précises et correctes en matière d'utilisation des méthodes de prévention et du consensus dans le couple à ce sujet.

SYNTHESE ET CONCLUSION GENERALE

Besoins préventifs des jeunes urbains burkinabè de l'initiation sexuelle à la vie en union

Introduction

Ce chapitre fait la synthèse de l'étude réalisée sur le vécu sexuel et l'exposition des jeunes urbains burkinabè au sida et aux grossesses non prévues. Après un bref rappel des objectifs et de la méthodologie de la thèse dans la première partie, les principaux résultats obtenus sont présentés dans la deuxième section. Une troisième section est axée sur les apports et innovations de ce travail. Enfin, la quatrième section aborde les perspectives de recherche qui en découlent.

8.1. Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'étude

8.1.1. Objectifs

Le principal objectif de cette thèse était de comprendre dans quelle mesure les jeunes hommes et femmes urbains du Burkina Faso sont exposés aux grossesses non prévues et/ou au sida au cours de leur vie sexuelle et d'approfondir la compréhension de leur comportement préventif. De façon spécifique, il était question de :

- Mesurer les niveaux actuels d'exposition des adolescents urbains du Burkina Faso au sida et aux grossesses non prévues,
- Dans une perspective biographique, déterminer les besoins spécifiques des jeunes hommes et femmes de Ouagadougou en matière de prévention des risques liés à la sexualité, de leur initiation sexuelle à leur vie en union,
- Comprendre l'influence et le mécanisme d'action des différents facteurs identifiés sur la façon dont les jeunes évaluent les risques de grossesse et y font face en milieu urbain burkinabè,
- Comprendre l'influence et le mécanisme d'action des différents facteurs identifiés sur la façon dont les jeunes évaluent les risques de sida et y font face en milieu urbain burkinabè,
- Comprendre comment la prévention du sida et la contraception interagissent dans le vécu sexuel des jeunes urbains burkinabè.

8.1.2. Données et analyse

L'étude a utilisé une méthodologie mixte mêlant des analyses quantitatives et qualitatives. Les analyses quantitatives, réalisées avec les données issues de l'Enquête Nationale sur les Adolescents (ENA) effectuée en 2004, ont permis de quantifier, chez les adolescents de 12 à 19 ans, leur exposition au sida et aux grossesses non prévues et aussi, d'identifier les facteurs favorisant cette exposition aux risques. Cela a été effectué à l'aide d'analyses bivariées avec la statistique du Khi^2 et d'analyses explicatives multivariées au moyen de régressions logistiques, avec comme variables dépendantes l'exposition au sida et celle à une grossesse non prévue.

Les analyses qualitatives ont eu recours à 76 entretiens semi-directifs approfondis réalisés entre 2005 et 2007 auprès de jeunes hommes et femmes âgés de 18 à 40 ans à Ouagadougou dans le cadre du projet Emergency Contraception in AFrica (ECAF). Des outils d'aide à l'analyse, constitués de trajectoires et portraits, ont été mis à profit pour la construction de tableaux synthétiques du vécu sexuel et préventif des individus. Au total, 371 épisodes sexuels ont été documentés et exploités. Des classifications de ces épisodes ont ensuite été réalisées. Elles ont permis de les regrouper, d'une part en fonction du type de relation de couple concerné, et d'autre part, selon le risque encouru par l'intéressé. Les analyses explicatives ont été ensuite effectuées de façon rétrospective sur l'ensemble du vécu sexuel des enquêtés. Les techniques utilisées pour ces analyses ont consisté en des comparaisons, en l'utilisation de cas témoins et en la construction d'une typologie.

Le choix de cette méthodologie mixte a été guidé par deux soucis. D'une part, il était important d'explorer en profondeur le mécanisme de gestion des risques liés à la sexualité par les jeunes. D'autre part, l'atteinte des objectifs de la thèse nécessitait la mise en lumière des spécificités de chaque risque de façon transversale, et celles de chaque période de vie de ces jeunes de façon longitudinale.

8.1.3. Limites de l'étude

La plupart des insuffisances de l'étude sont inhérentes au fait que les données utilisées n'étaient pas toujours les plus adéquates pour répondre précisément à tous nos questionnements.

En premier lieu, la diversité de l'échantillon qualitatif peut soulever quelques questions. En effet, la méthode d'échantillonnage utilisée, à savoir l'échantillonnage par quota au moyen de la méthode boule de neige, a pu conduire à l'inclusion de personnes aux expériences similaires. De ce fait, une partie de la réalité sociale qui nous intéresse, à savoir notamment des types de relations de couple ou des mécanismes de gestion des risques sexuels, échappe certainement à l'analyse.

Une autre limite potentielle de cette thèse tient à la vraisemblance des informations recueillies. Dans les entretiens qualitatifs, un des risques, au vu de la sensibilité des sujets abordés, était de récolter des réponses de complaisance auprès des enquêtés. En dépit des précautions méthodologiques prises lors de la réalisation des entretiens, certains récits ont pu être édulcorés ou normés par les enquêtés. Cette attitude est d'autant plus probable que les souvenirs des enquêtés les plus âgés sur les évènements les plus lointains de leur vie sexuelle et préventive ont pu être altérés. Ainsi, les analyses reflètent une vision parfois très tranchée des représentations sociales, qui peuvent favoriser la surinterprétation de facteurs tels que le double standard sexuel et des relations de pouvoir dans les couples. Fort heureusement, des analyses de cas marginaux dans l'échantillon (tels que les relations

occasionnelles vécues par des jeunes filles, la réticence de certaines jeunes femmes à utiliser le préservatif, la domination des rapports de pouvoir dans le couple par certaines d'entre elles, etc.), rappelle la diversité des vécus existants. Des analyses futures de ces postures « *déviantes* » par rapport à celles communément documentées devraient apporter un éclairage supplémentaire sur leur importance dans la société ouagalaise et dans les sociétés urbaines ouest-africaines en général.

Par ailleurs, la mesure de l'exposition des enquêtés aux grossesses non prévues et au sida s'est heurtée aux écueils inhérents à la façon dont les informations ont été recueillies dans l'ENA (comme dans la plupart des enquêtes quantitatives sur la santé reproductive). L'opérationnalisation de certains concepts clés de l'étude (tels que ceux d'exposition au sida et au double risque) n'a pu être qu'approximative. Par exemple, pour ce qui est de l'exposition au sida, ne disposant pas de suffisamment d'information sur le statut sérologique des individus, leur exposition antérieure au sida et celle de leur partenaire, il a été difficile de mesurer cette exposition en tenant compte de tous les moyens de prévention existants. Cela a probablement entraîné une légère surestimation des niveaux d'exposition des enquêtés au sida.

Egalement, dans les analyses qualitatives, la question du double risque (qui constituait un élément central de la problématique de départ de la thèse) n'a pas pu être analysée de façon aussi approfondie que nous le souhaitions. Les analyses ont principalement porté sur le risque avéré vécu par les individus (déduit à partir de l'analyse des circonstances de survenance des relations sexuelles et de la prévention mise en œuvre ou non à chaque épisode sexuel), sans toujours pouvoir le mettre en relation avec le risque ressenti par les individus. Néanmoins, les informations sur l'évaluation des risques par ces derniers ont été suffisantes pour déceler les situations favorisant la sous-évaluation ou l'occultation du risque, qu'il s'agisse du sida ou des grossesses non prévues. Les résultats obtenus sur les jeunes engagés dans des relations inscrites dans la durée en fournissent des exemples.

De même, en dépit de sa pertinence dans le contexte burkinabè, l'analyse de l'exposition aux autres IST que le sida n'a pas pu être réalisée par manque d'informations dans les deux bases de données sur les attitudes et comportements des individus à cet égard.

Enfin, si le recours à des analyses mixtes constitue un des atouts de cette recherche, il faut aussi souligner que l'articulation des deux volets quantitatif et qualitatif n'a pas toujours été évidente. En effet, en raison de la faiblesse des effectifs d'adolescents enquêtés à Ouagadougou par l'ENA, il n'a pas été possible de réaliser les analyses quantitatives dans la même strate de population que celles menées à l'aide des données qualitatives. De ce fait, la complémentarité de ces deux types d'analyses n'a pas pu être exploitée de façon optimale. Néanmoins, l'exploitation des résultats quantitatifs concernant les adolescents urbains autorise une validation réciproque des deux volets de l'étude.

8.2. Exposition des jeunes aux grossesses non prévues et/ou au sida et facteurs associés

Alors que les analyses quantitatives ont permis de mesurer l'exposition des adolescents burkinabè aux risques sur une base représentative des différents milieux de résidence et de mesurer les influences relatives des facteurs associés, l'exploitation des données qualitatives a conduit à une fine compréhension des mécanismes d'exposition des jeunes urbains, et en particulier des ouagalais, à ces risques.

8.2.1. Des niveaux élevés d'exposition aux risques et des déterminants spécifiques selon le genre et le statut matrimonial chez les adolescents

Chez les adolescents burkinabè, la vie en union concerne surtout les filles vivant en milieu rural (14,5% des adolescentes burkinabè étaient en union en 2004, à savoir 16,9% en milieu rural, 6,9% à Ouagadougou et 8,4% dans les villes secondaires). L'activité sexuelle des adolescents célibataires, qui concerne 21% des garçons et 14,5% des filles de 12 à 19 ans au niveau national, varie en fonction de plusieurs caractéristiques dont l'âge et le milieu de résidence.

La mesure de l'exposition de ces différents sous-groupes au sida et aux grossesses non prévues montre des niveaux relativement élevés : L'exposition au sida (dont la mesure n'a pas pu être suffisamment affinée pour prendre en compte les moyens de prévention différents du préservatif) concerne globalement 53,4% des garçons et 74% des filles. Quant aux grossesses non prévues, ce sont 49,2% des garçons et 57,8% des filles qui n'ont utilisé aucune contraception lors de leur dernier rapport sexuel alors qu'ils ne désiraient pas d'enfant à cette période de leur vie. Dans les deux cas, les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir utilisé un préservatif ou eu recours à un autre moyen contraceptif lors de leur dernier rapport sexuel. De même, les résultats montrent une association positive entre la résidence des adolescents en milieu urbain (et plus encore à Ouagadougou) et leur recours à la prévention.

La recherche des déterminants de l'exposition des adolescents au sida et aux grossesses non prévues a été faite de façon spécifique pour les filles et garçons célibataires et les adolescentes en union. La distinction entre les adolescents urbains et les ruraux a été prise en compte autant que possible. Le tableau 8.1 présente les facteurs du cadre théorique s'étant avérés associés à la prévention de ces risques pour ces différentes populations.

Tableau n°8.1. Facteurs prédictifs de l'exposition des filles et garçons urbains sexuellement actifs de 12 à 19 ans au sida et aux grossesses non prévues en fonction de leur statut matrimonial

		Exposition au sida		Exposition à une grossesse non prévue	
		Garçons et filles célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans	**Femmes en union de 14 à 19 ans**	**Garçons et filles célibataires sexuellement actifs de 12 à 19 ans**	**Femmes en union de 14 à 19 ans**
Facteurs identifiés et influences sur l'exposition aux risques	**Niveau national**	Milieu de résidence :Ouaga/autres villes - Niveau d'instruction : Prim/Secondaire - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif -- Accès au préservatif -	Perception du risque de sida dans la relation - - Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif - -	Milieu de résidence :Ouaga/autres villes - Niveau d'instruction : Secondaire - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif – Communication sur la contraception dans le couple - - Accès à la contraception moderne - -	Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif - - Communication sur la contraception dans le couple - -
	Milieu urbain	Milieu de résidence :Ouaga - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif -- Accès au préservatif-		Milieu de résidence :Ouaga - - Sentiment de légitimité de l'utilisation du préservatif - - Perception de sa capacité à utiliser correctement le /négocier l'utilisation du préservatif - - Communication sur la contraception dans le couple - -	

- Effet réducteur
- - Effet réducteur important

De façon générale, les résultats confirment l'importance de l'accès aux moyens de prévention, d'une éducation sexuelle et préventive précise et de qualité (de nature à permettre une utilisation correcte et adaptée aux besoins des méthodes) et des capacités de négociation en matière de prévention dans le mécanisme de prévention de ces risques chez les adolescents.

Les analyses spécifiques aux adolescents urbains mettent davantage en exergue l'influence des ressources individuelles, des connaissances précises d'utilisation des méthodes et des facteurs relationnels sur la prévention. Ce fait est du à la baisse, dans ce milieu, des entraves liées à l'indisponibilité des services.

Enfin, le caractère particulier de la prévention du sida et de la contraception dans les couples en union apparaît à travers ces résultats : parmi les variables prises en compte dans le cadre théorique de l'étude, la perception du risque face au conjoint (pour ce qui est du sida), le pouvoir de négociation en matière de prévention et l'existence d'une communication dans le couple sur ces sujets s'avèrent essentiels pour la mise en œuvre d'une prévention chez les adolescentes burkinabè en union.

8.2.2. Catégories d'exposition des jeunes ouagalais aux risques sexuels et facteurs d'intelligibilité

Plusieurs critères ont été utilisés pour classer les épisodes sexuels et préventifs vécus par les jeunes hommes et femmes interviewés à Ouagadougou en fonction des risques encourus : leur évaluation des risques (de grossesse non prévue et/ou de contamination par le sida), la mise en œuvre (correcte ou non) d'une méthode de prévention et le résultat en termes d'exposition à ces risques. Le tableau 8.2 résume les situations observées.

Tableau n°8.2. Situations d'exposition ou non aux r isques sexuels vécues par les jeunes hommes et femmes à Ouagadougou et facteurs d'intelligibilité

Situations de gestion des risques liés à la sexualité			Situations de prévention du sida			
			Ignorance ou sous-évaluation du risque	Conscience du risque		
			Aucune prévention	Aucune prévention	Prévention avec difficultés	Prévention correcte
Situations de prévention des grossesses non prévues	Non désir d'enfant, y compris désirs ambivalents et contradictoires	Aucune contraception	*- Viols - Initiation sexuelle à l'adolescence - Ignorance - Déni du risque de sida dans l'union - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires*	*- Viols - Jeunes hommes dominés par la recherche d'affirmation de soi. - Absence de protection ponctuelle (alcool, urgence du désir, absence de préservatif, etc.) - Jeunes filles dominées par l'affectif - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires*	*- Situations très inégalitaires - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires - Difficultés techniques avec méthodes liées à l'acte*	*- Couples relativement égalitaires - Prévention consensuelle -Désirs d'enfants ambivalents*
		Contraception avec difficultés	*- Déni du risque de sida dans l'union - Relâchement de la prévention dans les couples en construction d'union - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires*	*- Unions inégalitaires - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires - Difficultés techniques de contraception*	*- Absence de consensus dans le couple - Situations très inégalitaires - Désirs d'enfants ambivalents ou contradictoires - Difficultés techniques avec méthodes liées à l'acte*	*- Couples relativement égalitaires - Prévention consensuelle -Désirs d'enfants ambivalents - Difficultés techniques avec les méthodes contraceptives*
		Contraception correcte	*- Déni du risque de sida dans l'union*	*- Abstinence post-partum chez des femmes en union très inégalitaire - Faible pouvoir de négociation pour la prévention du sida - Relâchement de la prévention du sida chez les couples en construction d'union*	*-Difficultés avec la stratégie de la relation exclusive après test de dépistage - Relâchement de la prévention du sida chez les couples en construction d'union*	*- Expérience sexuelle et préventive - Bonnes connaissances opérationnelles - Réseau social - Usage du pouvoir de décision pour imposer le préservatif*
	Désir d'enfant clair	Aucune contraception	*- Déni du risque de sida dans l'union - Occultation du risque de sida à cause du désir d'enfant - Interaction des deux préventions*	*- Unions inégalitaires -Faible pouvoir de négociation pour la prévention du sida*	*- Unions inégalitaires - Faible pouvoir de négociation pour la prévention du sida*	*- Couples relativement égalitaires - Prévention consensuelle - Relation exclusive après test de dépistage du sida*

Source : ECAF (2005-2007)
En orange : Situations à double risque de sida et de grossesses non prévues
En jaune : Situations à risque de grossesse non prévue uniquement
En rouge : Situation à risque de sida uniquement
En vert clair : Situations où il y a une double protection correcte
En vert foncé : Situations de désir d'enfant où la prévention du sida est correcte.

Les 16 cases du tableau représentent le croisement des principaux cas d'exposition (ou non) au sida et/ou aux grossesses non prévues chez les enquêtés. Dans ces cases sont mentionnés les circonstances et paramètres favorisant l'occurrence des différents risques. Les couleurs représentent le résultat en termes d'exposition ou non aux risques de contamination par le sida (rouge), de grossesse non prévue (jaune) ou de double risque (orange).

8.2.3. Des entraves socioculturelles et institutionnelles à la prévention des risques chez les jeunes urbains burkinabè

L'usage combiné d'analyses quantitatives et qualitatives a constitué un atout certain pour comprendre les facteurs et mécanismes de l'exposition de ces jeunes aux risques sexuels. Les mécanismes mis en évidence à travers les analyses qualitatives confirment et précisent les résultats des analyses de régression sur les données quantitatives relatives aux adolescents urbains. Les résultats des analyses montrent non seulement l'importance particulière des facteurs socioculturels dans ces mécanismes., mais aussi des facteurs d'exposition aux risques différents selon le genre. Ainsi, alors que les facteurs de connaissance et d'accès aux méthodes de prévention interviennent chez tous les individus dans le sens de la réduction des risques, ceux liés à la relation de couple et à la négociation de la prévention agissent plus nettement chez les filles que chez les garçons. L'hypothèse principale selon laquelle *l'exposition au sida et aux grossesses non prévues chez les jeunes hommes et femmes urbains burkinabè résulte d'un arbitrage entre les risques perçus et le besoin de parvenir à un objectif social matérialisé par le mariage (femmes) et l'affirmation de soi (hommes)*, a été largement confirmée.

Ainsi, au-delà de l'évaluation des risques et des choix préventifs, la mise en œuvre correcte de la prévention se heurte chez eux à des difficultés liées aux normes et la réalité sociale. En effet, autant dans leur exposition au sida que dans celle aux grossesses non prévues, les obstacles inhérents à l'environnement socioculturel des relations sexuelles, et plus largement à la configuration des relations de couple, jouent un rôle essentiel. Outre ce résultat, les analyses ont aussi confirmé l'importance de l'offre de services de prévention sur, non seulement l'évaluation correcte des risques liés à leurs relations sexuelles par les jeunes, mais aussi sur l'acquisition par ces derniers des capacités à mettre en œuvre leurs choix préventifs.

Au nombre des faits sociaux et institutionnels qui interagissent sur leur sexualité et leur prévention figurent :

- *Les insuffisances de l'offre en matière de prévention :* au-delà des insuffisances largement documentées par ailleurs (Bankole et Malarcher 2010 ; Desclaux et *al.* 2011 ; Desclaux et Alfiery 2009 ; Ezeh 2010 ; Gausset et *al.* 2012 ; Population Council 2002b, 2003a), les programmes de prévention disponibles à l'heure actuelle au Burkina Faso

semblent considérer les jeunes comme une population homogène, postulat largement infirmé ici. Les analyses réalisées montrent l'étendue des disparités, non seulement entre les besoins préventifs des jeunes, mais aussi entre les difficultés de prévention survenant au long de leur vie sexuelle. Cela montre à quel point ces programmes sont parfois en déphasage avec leurs besoins de prévention aux différentes étapes de leur vie sexuelle.

☞ ***Les normes et standards de la société en matière de sexualité :*** Le double standard sexuel, les normes relatives à la féminité et à la masculinité et le tabou sur la sexualité des plus jeunes adolescents contribuent fortement aux attitudes et comportements sexuels et préventifs et aux entraves à la prévention chez les jeunes. Ce constat corrobore la première hypothèse spécifique de l'étude, selon laquelle *l'évaluation des risques liés à la sexualité par les jeunes urbains burkinabè sexuellement actifs est fonction, non seulement de leurs connaissances générales et de leur attitude face au risque, mais également des postures induites par, pour les femmes, la recherche de la consolidation de leur statut social à travers le mariage, et pour les hommes, la quête de l'affirmation de leur identité masculine aux yeux de la société par l'affichage de leur activité sexuelle.*

☞ ***Les inégalités de genre*** *: a*utant une relation égalitaire et un consensus à propos de la prévention dans le couple augmentent considérablement les chances pour ces jeunes de se protéger efficacement des risques, autant les jeunes femmes, et en particulier celles engagées dans des relations à visée matrimoniale, paient le prix de leur faible capacité de négociation en la matière. D'où la confirmation de la troisième hypothèse spécifique de l'étude : *la capacité des jeunes urbains burkinabè à appliquer efficacement leurs choix préventifs dépend, non seulement de leurs connaissances opérationnelles et de leur accès à la prévention, mais aussi de leurs capacités de négociation face à leur partenaire.*

☞ ***L'importance du mariage dans la société burkinabè*** *:* la centralité de l'institution du mariage dans la vie des jeunes hommes et femmes au Burkina Faso influence nettement leurs attitudes et comportements en matière de prévention, de même que leurs capacités à mettre en œuvre leurs choix préventifs.

☞ ***Les normes culturelles sur les rôles respectifs des conjoints et leurs postures en matière de sexualité*** *:* la difficulté des couples à visée matrimoniale à observer la stratégie la plus adaptée à leur situation (à savoir la relation exclusive entre partenaires séronégatifs) tient à plusieurs faits : leur faible recours au test de dépistage du VIH, un multipartenariat courant et un usage irrégulier ou difficile du préservatif dans les relations extraconjugales. A l'arrière-plan de ces faits, les normes culturelles régissant le mariage dans la société ouagalaise sont essentielles pour comprendre par quel mécanisme ils sont exposés aux risques sexuels. Les comportements d'exposition à ces risques en connaissance de cause traduisent la primauté accordée par les individus à la conformité aux règles sociales, même au détriment de leur santé. Ce point, ainsi que le précédent, confirment la deuxième hypothèse spécifique de la thèse selon laquelle l'*attitude des jeunes*

urbains burkinabè envers la prévention des grossesses non prévues et/ou du sida est influencée par leurs objectifs relationnels et sociaux.

En somme, les résultats de l'étude confirment, pour le Burkina Faso, l'influence de facteurs déjà identifiés dans des études antérieures réalisées dans le contexte africain (Beninguisse 2007 ; Delaunay et Guillaume 2007 ; DiClemente et Crosby 2009 ; Reddy 2011) et burkinabè (Bankole et *al.* 2007 ; Brady et *al.* 2007 ; Khan et *al.* 2006 ; Obermeyer et *al.* 2009 ; Ouédraogo et Sondo 2009 ; Population Council 2002a, 2002b, 2003a, 2003b ; Winskell et *al.* 2011). Ils montrent une fois de plus la pertinence des théories selon lesquelles le social et le culturel sont indispensables pour comprendre la sexualité et la prévention chez l'individu (Bajos 2006 ; Peto et *al.* 1992).

8.3. Principaux apports de la thèse

Outre la confirmation de résultats observés auparavant chez les jeunes urbains burkinabè et africains quant à l'effet des facteurs associés à leur comportement préventif, cette thèse met surtout en lumière des aspects jusque-là peu documentés de leur vécu sexuel et préventif et éclaire les mécanismes par lesquels ils interviennent. Ces contributions à l'amélioration des connaissances sur ces sujets tiennent à trois aspects essentiels de l'étude :

- L'articulation des facteurs identifiés à travers la mise en évidence des mécanismes d'exposition des jeunes aux risques sexuels,
- La lecture biographique du vécu sexuel et préventif des jeunes,
- Et les leçons apprises des analyses qualitatives.

8.3.1. La mise en évidence des mécanismes d'exposition des jeunes aux risques sexuels

Rappelons que dans l'approche théorique de ce travail, il a été suggéré que l'exposition à un risque lié à la sexualité est, chez l'individu, le résultat d'un processus en trois étapes : l'évaluation du risque, l'attitude envers à la prévention (ou le choix préventif) et la capacité à appliquer les choix préventifs (figure 8.1.).

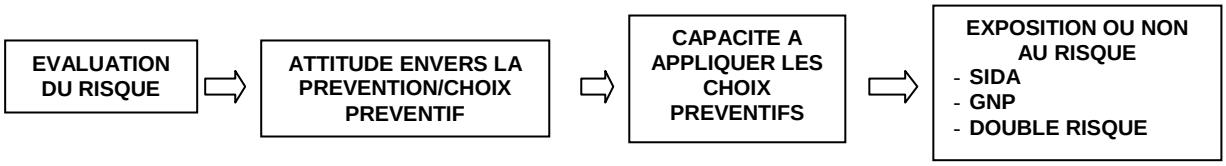


Figure n°8.1. Processus de l'exposition des individus aux risques sexuels

Afin de documenter ce processus chez les jeunes burkinabè à la lumière des résultats de l'étude, les circonstances d'exposition aux différents risques ont été ordonnées selon les étapes de ce processus.

☞ **L'exposition au sida : de la difficulté des couples stables à mettre en œuvre l'unique stratégie de prévention qui leur convient**

Chez nos enquêtés, les cas d'exposition spécifique au sida (figure 8.2) sont survenus en majorité au sein de couples stables et/ou en union.

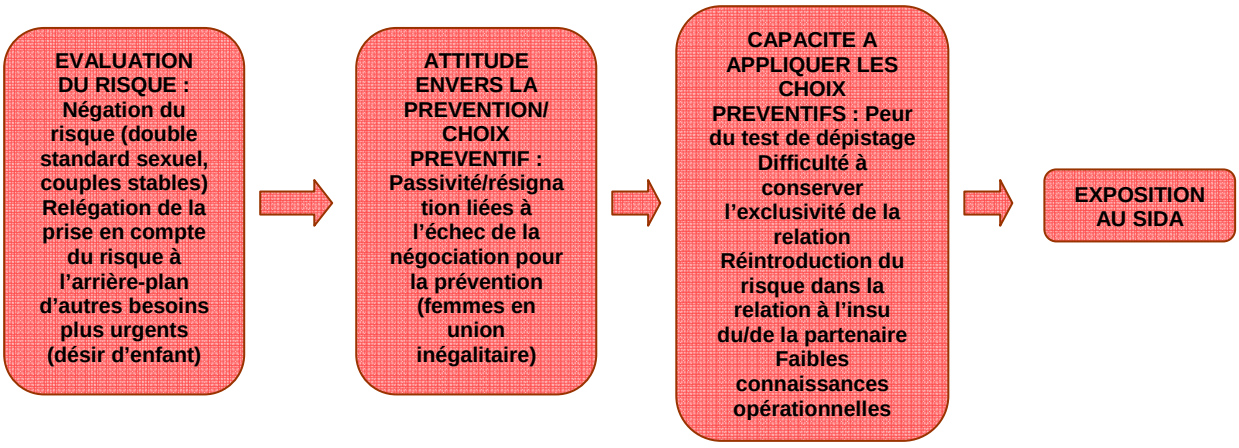


Figure n°8.2. Processus d'exposition spécifique des jeunes urbains burkinabè au sida

De prime abord, ce qui se joue dans le vécu de ces personnes est la négation ou la sous-évaluation du risque d'être contaminé par le sida dans leur couple. Comme facteurs sous-jacents transparaissent des attitudes liées aux normes et représentations sociales (double standard sexuel, importance du mariage et de la procréation, rôles respectifs des époux, etc.). De ce fait, on observe, sinon un tabou, du moins un échec dans les tentatives par le partenaire le plus vulnérable (la femme en l'occurrence) de négocier la prévention. Chez ces femmes, il en découle une certaine passivité, ou même une certaine résignation face au risque de contamination par le VIH.

☞ **L'exposition spécifique aux grossesses non prévues : l'ambivalence du désir d'enfant et la pression du marché matrimonial au centre de la question**

Le mécanisme d'exposition aux grossesses non prévues uniquement est décrit dans la figure 8.3 ci-dessous.

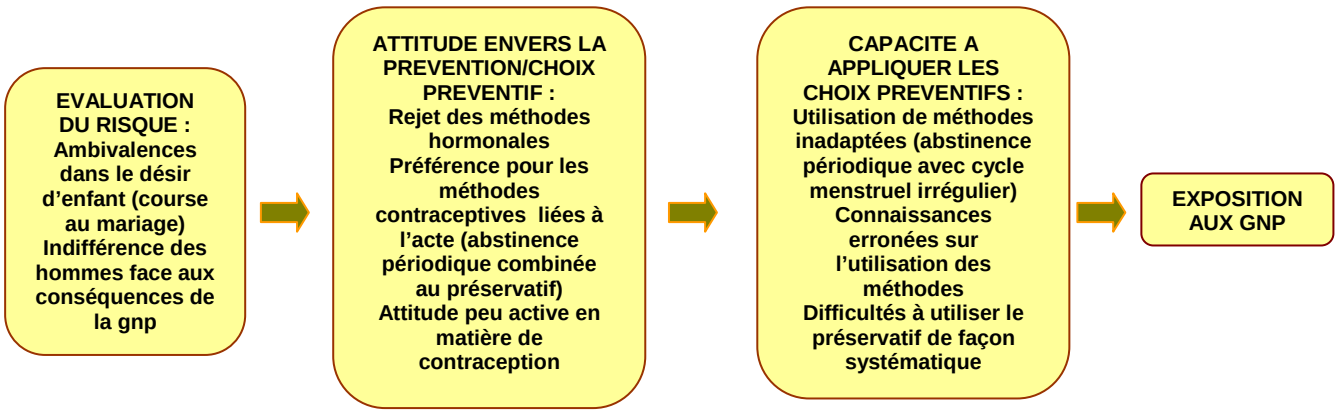


Figure n°8.3. Processus d'exposition spécifique des jeunes urbains burkinabè aux grossesses non prévues

Les jeunes, notamment les jeunes filles, sont amenés à effectuer un arbitrage afin de trouver un équilibre entre les tensions issues de leurs ambitions sociales et personnelles, leurs besoins sexuels et de ceux de leur partenaire et la pression familiale pour qu'elles se marient dès la fin de l'adolescence. Cela est à la source de nombreuses grossesses « *pas vraiment non prévues* » relevées dans le vécu des enquêtés, surtout dans un contexte d'inégalités de genre et de faible maîtrise des moyens de contraception.

☞ **L'exposition au double risque : absence d'éducation sexuelle à l'entrée en sexualité, faible pouvoir de négociation et double standard sexuel**

La figure 8.4 montre comment se décline le processus d'exposition au double risque chez les enquêtés.

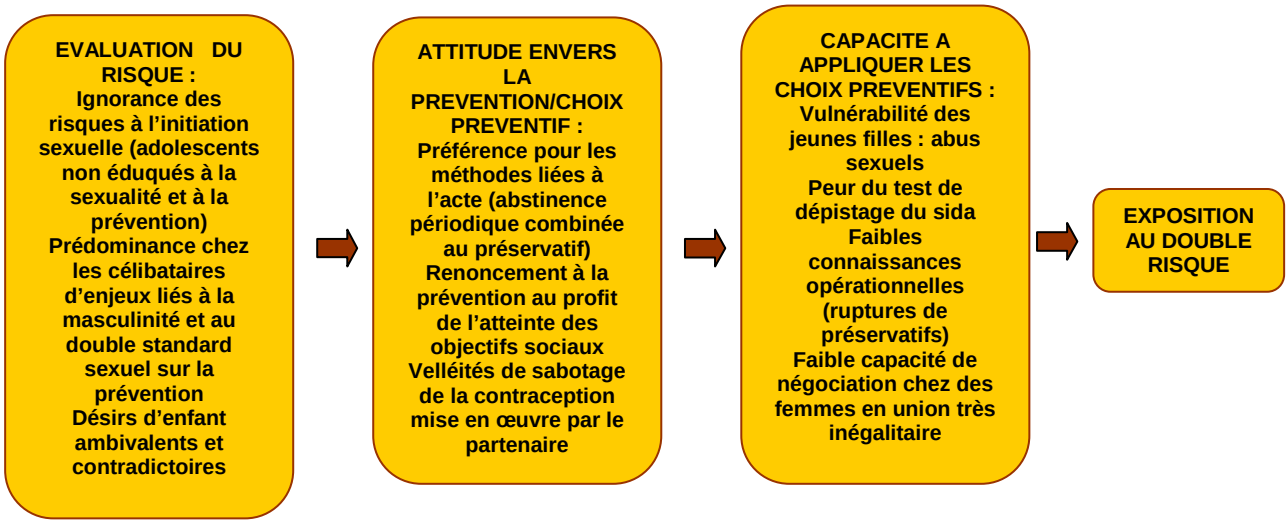


Figure n°8.4. Processus d'exposition des jeunes urb ains burkinabè au double risque

L'exposition au double risque est, dans la majorité des cas observés, le résultat de la combinaison des facteurs évoqués plus haut à propos de l'exposition au sida et aux grossesses non prévues. On note en plus, à la première étape du processus, une grande part de méconnaissance ou de sous-évaluation des risques, spécialement lors de l'initiation sexuelle. Un fait marquant est l'occurrence des abus sexuels sur des jeunes filles et leurs conséquences en termes d'exposition au double risque.

☞ **La double protection : le résultat de bonnes connaissances théoriques et opérationnelles et du dépassement des injonctions contradictoires.**

A l'inverse des mécanismes décrits ci-dessus, des jeunes hommes et femmes parviennent (consciemment ou non) à se prémunir des risques liés à la sexualité (figure 8.5).

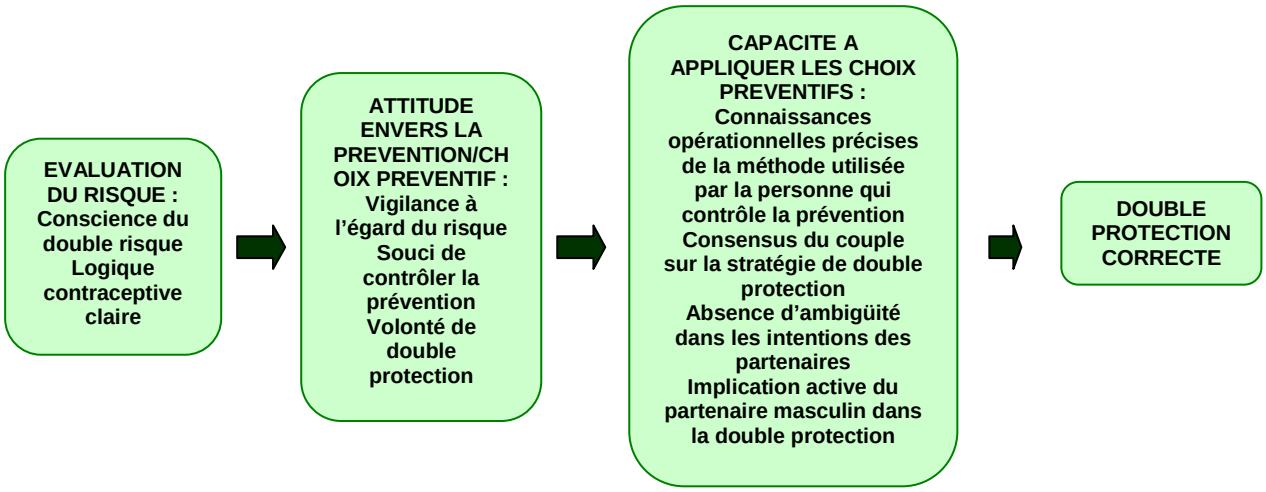


Figure n°8.5. Processus conduisant à la double protection chez les jeunes urbains burkinabè

A l'étape de l'évaluation du risque, la bonne connaissance des risques liés à la sexualité, des connaissances opérationnelles des moyens de prévention et une logique contraceptive claire constituent des facteurs favorisant l'atteinte de la double protection par les jeunes hommes et femmes. Il en découle une attitude proactive et de réelles velléités de double protection, voire la vigilance et le désir de l'un des partenaires de contrôler la prévention dans le couple, ainsi qu'un choix de méthode de prévention adapté au vécu et aux ressources du couple.

En cas de difficultés de prévention, les jeunes hommes et femmes concernés parviennent à les résoudre efficacement, notamment par l'usage de la contraception d'urgence. On note aussi que les individus concernés n'ont pas d'intérêts ambigus par rapport aux risques et qu'il y a un réel consensus entre les partenaires, d'une part sur la nécessité d'une double protection, et d'autre part sur le choix d'une méthode. Le cas échéant, le partenaire masculin s'implique activement dans la double protection.

La figure 8.6 présente une synthèse des éléments essentiels de ces mécanismes.

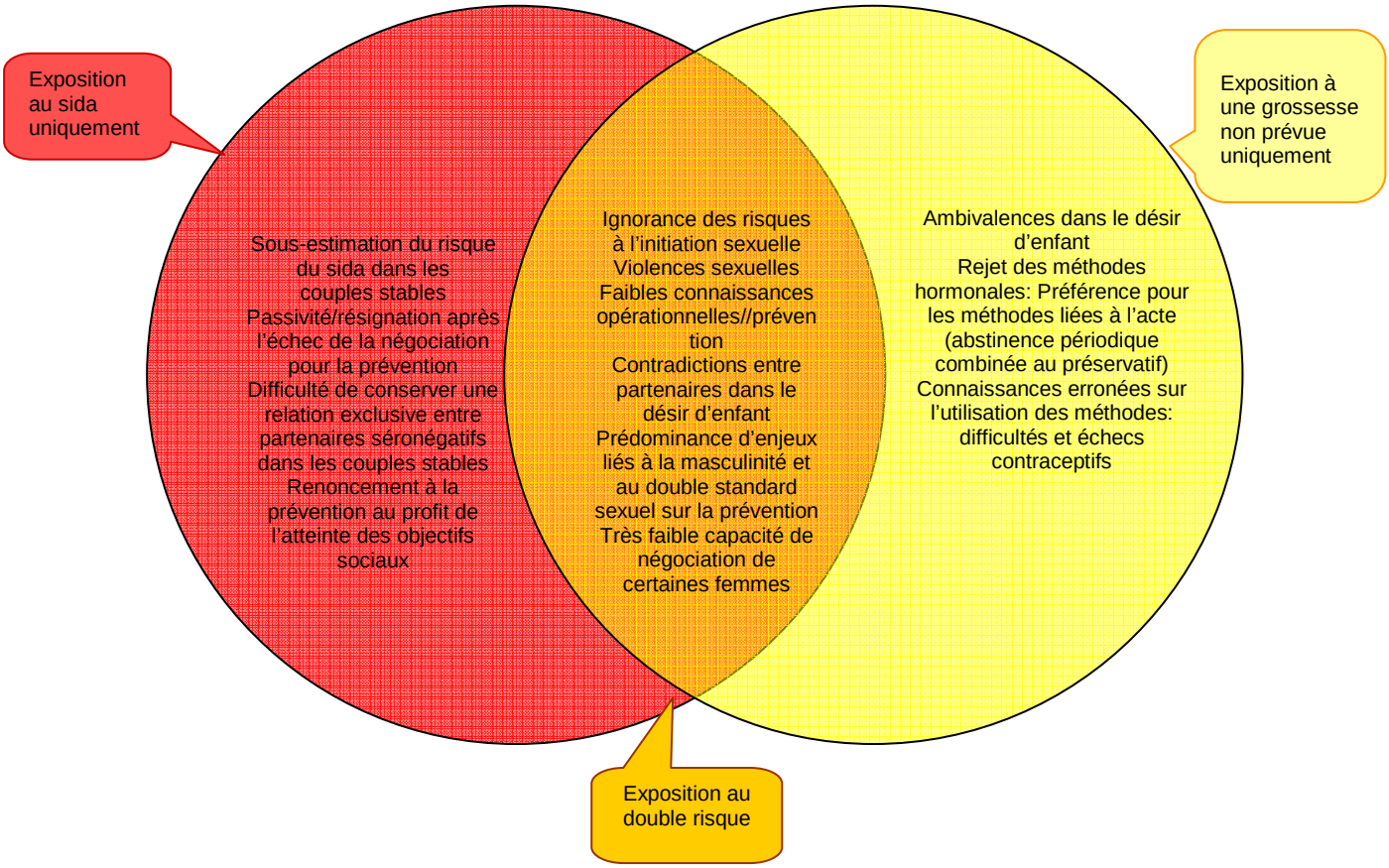


Figure n°8.6. Diagramme des facteurs et circonstanc es favorisant l'exposition aux risques liés à la sexualité chez les jeunes urbains burkinabè

8.3.2. Lecture biographique de la vie sexuelle et préventive des jeunes

La lecture biographique du vécu sexuel et préventif des jeunes hommes et femmes de Ouagadougou à l'aide des données qualitatives a constitué une innovation majeure de l'étude. Premièrement, elle a contribué à faire émerger la diversité des relations de couple vécues par les adolescents et jeunes dans un contexte urbain subsaharien. Sur un autre plan, elle a permis de décrire les changements dans leurs motivations en fonction de l'évolution des situations relationnelles vécues. Grâce à la richesse des informations recueillies sur l'environnement social des jeunes, il a été possible de mettre ces motivations en perspective avec, non seulement leurs ambitions personnelles, mais aussi avec les injonctions reçues par ces derniers de la part de leur environnement social à propos de leur sexualité, leur vie reproductive et leur vie en union. Toujours en lien avec les facteurs d'intelligibilité identifiés, les résultats ont contribué à améliorer la compréhension des besoins préventifs dans les types de relations documentés, et surtout, à chaque étape de vie (à savoir notamment l'initiation sexuelle, la stabilisation de la relation de couple, la vie en union, etc.). Enfin, des éléments relativement peu documentés dans ce contexte, tels que le

processus d’apprentissage en matière de prévention, ont été mis en lumière chez les jeunes burkinabè.

Tout ceci confirme la dernière hypothèse spécifique de cette étude : *les jeunes urbains burkinabè, en fonction des relations vécues et des circonstances de leurs relations sexuelles, sont confrontés, de leur initiation sexuelle à leur vie en union, à une pluralité de situations induisant des dynamiques spécifiques, et donc, à des besoins préventifs particuliers.*

Le tableau 8.3 fait le lien entre les différents types de relations documentés, les comportements préventifs observés en leur sein et les facteurs d’intelligibilité prépondérants.

Tableau n°8.3. Situations relationnelles vécues par les jeunes hommes et femmes ouagalais, comportements préventifs et risques encourus

TYPES DE RELATIONS ET MOTIVATIONS DES PARTENAIRES			BESOINS PREVENTIFS	COMPORTEMENTS COURANTS	CIRCONSTANCES PARTICULIERES INFLUENÇANT LA PREVENTION	
N°	Motivations féminines	Motivations masculines			Affectant les femmes	Affectant les hommes
1	**L'initiation sexuelle par curiosité ou pour faire comme les autres**		Double protection	Absence de prévention	Ignorance	
2		**L'initiation sexuelle pour ne pas perdre la face**	Double protection	- Absence de prévention - Difficultés techniques	Ignorance	
3		**La relation occasionnelle juste pour le sexe**	Double protection	- Absence de prévention - Difficultés techniques	Double standard sexuel	
					-	Déresponsabilisation de la contraception
4	**La relation occasionnelle juste pour l'argent**		Double protection	Difficultés ponctuelles : absence de préservatif, abus d'alcool	Double standard sexuel	
						Représentations de la masculinité et du risque
5	**Le rapport sexuel forcé**		- Contraception d'urgence - Prophylaxie d'urgence des IST/Sida	Absence de prévention	-	Représentations de la masculinité et du risque.
6		**La relation stable par amour ou pour le sexe**	- Prévention du sida - Contraception en cas de logique contraceptive	- Abandon progressif de la prévention du sida -Difficultés contraceptives	- Désirs d'enfant contradictoires - Désirs d'enfant ambivalents	
					Faible pouvoir de négociation	- Représentations de la masculinité et du risque - Déresponsabilisation de la contraception
7	**La relation stable pour se marier plus tard**		- Prévention du sida adaptée aux couples stables - Contraception	- Abandon progressif de la prévention du sida -Difficultés contraceptives	- Pression sociale au mariage - Double standard sexuel - Désirs d'enfant contradictoires - Désirs d'enfant ambivalents	
8	**L'union arrangée par les parents**		- Prévention du sida adaptée aux couples stables - Contraception dans les périodes d'espacement des naissances	- Absence de prévention du sida -Difficultés contraceptives	- Double standard sexuel - Postures des époux - Désirs d'enfant ambivalents	
					Extrêmes inégalités de genre	-
9	**L'union par libre choix, par amour**		- Prévention du sida adaptée aux couples stables - Contraception dans les périodes d'espacement des naissances	- Absence de prévention du sida - Réintroduction du risque du sida dans le couple -Difficultés contraceptives	- Pression sociale au mariage - Double standard sexuel - Désirs d'enfant ambivalents	
10	**L'union par libre choix, pour « *être mariée* »**		- Prévention du sida adaptée aux couples stables - Contraception dans les périodes d'espacement des naissances	- Absence de prévention du sida - Réintroduction du risque du sida dans le couple -Difficultés contraceptives	- Pression sociale au mariage - Double standard sexuel - Désirs d'enfant ambivalents	
					Inégalités de genre	-

Source : ECAF (2005-2007)

Certains types de relations, qui correspondent *grosso modo* à des périodes-clés de la vie des individus, comportent des paramètres qui induisent des vulnérabilités particulières aux risques chez les jeunes ouagalais. Par exemple, l'initiation sexuelle et l'entrée en union apparaissent comme des moments où l'exposition au double risque est particulièrement importante. Par ailleurs, il apparaît que le processus d'union se présente comme une période particulièrement propice aux difficultés contraceptives.

Comme la présentation des types de relations le mentionne au chapitre 4, le parcours sexuel des jeunes ouagalais est loin d'être uniforme. Hormis quelques vécus strictement conformes aux normes traditionnelles concernant le mariage (jeunes filles entrées en union encore vierges à la fin de leur adolescence), la majorité de ces parcours constituent une combinaison ou une succession de plusieurs de ces types. Ce sont donc autant de configurations de besoins préventifs et de comportements sexuels et préventifs qui jalonnent leur vie sexuelle.

En définitive, l'exploitation des biographies sexuelles et préventives a grandement contribué à l'affinement des analyses des comportements préventifs des jeunes urbains burkinabè à une période donnée de leur vie, tout en explicitant l'influence de leur parcours antérieur. Les portraits commentés de Martial et Mami présentés à l'annexe 8.2 en sont une illustration.

8.3.3. Leçons apprises des analyses qualitatives

La richesse des résultats fournis par l'approche méthodologique mixte a déjà été évoquée. En particulier, les analyses qualitatives ont contribué à une meilleure perception des besoins non satisfaits en matière de prévention chez les jeunes et dans la compréhension de l'articulation entre la contraception et la prévention du sida.

☞ **Une mise en évidence de facteurs insuffisamment pris en compte dans les enquêtes quantitatives**

- ***Les difficultés d'utilisation des moyens de prévention***

L'examen des pratiques préventives des jeunes ouagalais a montré l'intérêt de prendre en compte les difficultés d'utilisation des méthodes de prévention dans les études sur le sujet. Aussi bien dans l'utilisation du préservatif que dans celles des autres méthodes contraceptives liées à l'acte et de la contraception hormonale, les données laissent présager de l'étendue des situations qui sont considérées à tort comme des relations protégées par les études quantitatives. Il conviendrait donc, dans ces enquêtes, d'investiguer davantage sur les conditions d'utilisation des méthodes de prévention et les difficultés d'utilisation rencontrées par les jeunes. Il faut souligner que, à la différence des enquêtes antérieures, L'ENA a progressé dans ce domaine en recueillant les éventuelles difficultés d'utilisation du préservatif rencontrées par les adolescents enquêtés durant leurs derniers rapports sexuels

(durant les trois derniers mois) avant l'enquête. Cela constitue une voie à explorer davantage, auprès des adolescentes également, et à propos de toutes les méthodes utilisées par les enquêtés.

- ***La connaissance opérationnelle des moyens de prévention***

L'intégration du concept de connaissance opérationnelle déjà évoqué par des chercheurs, à savoir notamment Bankole et ses collègues (2007) à propos de la connaissance de l'utilisation du préservatif, est essentielle si l'on veut mesurer de façon plus exacte la capacité des jeunes à se protéger efficacement. Cette intégration est d'autant plus essentielle dans un environnement où les programmes de prévention souffrent d'insuffisances quantitatives et qualitatives. Comme cela a été souligné par certains chercheurs (Delaunay et Guillaume 2007), dans la plupart des enquêtes quantitatives, cette connaissance est mesurée uniquement par le fait, pour l'individu, d'avoir entendu parler de la méthode. Sur ce plan encore, les données de l'ENA ont permis d'affiner quelque peu les analyses : le recueil d'informations précises sur les connaissances des adolescents concernant le risque de grossesse et l'utilisation du préservatif a permis de démontrer l'importance de ces informations et leur pertinence relative par rapport à celles recueillies habituellement.

Ces résultats confirment également la troisième hypothèse spécifique de l'étude, selon laquelle *la capacité des jeunes urbains burkinabè à appliquer efficacement leurs choix préventifs dépend, non seulement de leurs connaissances opérationnelles et de leur accès à la prévention, mais aussi de leurs capacités de négociation face à leur partenaire.*

- ***Les lacunes dans le counselling des prestataires de planning familial sur l'utilisation de la contraception hormonale***

Les analyses qualitatives ont exploré les difficultés rencontrées par certaines enquêtées dans l'utilisation de la contraception hormonale (telles que les mauvaises compréhensions de la prise de la pilule) et leurs interactions avec les prestataires de services de planning familial. Les lacunes relevées apportent des informations sinon nouvelles, au moins particulièrement détaillées sur les lacunes qualitatives des services offerts à Ouagadougou. Ces insuffisances, généralement étudiées dans le cadre de recherches opérationnelles (Population Council 2003a), ont été jusque-là relativement peu documentées : en effet, à la différence des entraves à la fréquentation des services par les jeunes femmes célibataires en raison de la stigmatisation de leur activité sexuelle (Bationo 2012), ces expériences renseignent sur les difficultés rencontrées à un autre niveau par les utilisatrices privilégiées de ces services à l'heure actuelle, à savoir les femmes en union.

- ***La négociation de la prévention dans les couples***

La négociation de la prévention dans les couples enquêtés est un autre élément sur lequel les analyses qualitatives ont permis de cerner des nuances dans le contenu de ce concept. Les récits des enquêtés ont contribué à montrer que les facteurs communément utilisés pour mesurer le pouvoir de négociation des partenaires en matière de prévention ne parviennent pas à cerner le phénomène de façon satisfaisante. On a pu voir que des femmes dont les relations de couple apparaissaient comme inégalitaires, parvenaient à utiliser les ressources dont elles disposaient (réseau social, relations avec des prestataires de santé, etc.) pour réussir à mettre leurs choix préventifs en œuvre face à un partenaire réticent. Sans nier l'importance des inégalités de genre dans le contexte ouagalais, ces résultats aident à aller au-delà d'une vision misérabiliste des femmes dans ce contexte.

- ***La présence de désirs d'enfant ambivalents et contradictoires chez les jeunes hommes et femmes de Ouagadougou***

Les analyses qualitatives réalisées ont aussi montré l'existence de désirs d'enfants ambivalents et contradictoires chez les jeunes ouagalais. Surtout documenté jusqu'à présent dans d'autres contextes (Bajos et *al.* 2002), ce phénomène a pu être mis en lien avec les tensions qui favorisaient son émergence dans un environnement urbain subsaharien, aussi bien chez des couples en union que chez des jeunes hommes et femmes célibataires.

☞ **Une perception plus juste des besoins non satisfaits en matière de prévention chez les jeunes**

La finesse qu'ont apporté les données qualitatives aux analyses effectuées fournit, à propos des différents facteurs évoqués, des leçons devant permettre une meilleure prise en compte de ces réalités dans des enquêtes quantitatives futures. En particulier, ces résultats contribuent à la remise en question de la mesure du concept de besoins non satisfaits en matière de contraception telle que réalisée dans les EDS. A titre d'exemple, la définition des besoins non satisfaits en matière de contraception chez les femmes en union fournie par la dernière EDS-MICS réalisée au Burkina Faso[265] (INSD et ICF Int. 2012), qui ne prend en compte ni les difficultés d'utilisation de la contraception, ni les désirs d'enfant ambivalents, sous-estime manifestement ces besoins.

☞ **Articulation entre les deux risques**

Au-delà des risques unilatéraux, l'analyse conjointe de l'exposition aux deux risques sexuels était importante afin de comprendre comment ces deux axes préventifs s'articulent dans le vécu sexuel des jeunes et surtout, quelles sont les entraves spécifiques à une double

[265] Cette mesure des besoins non satisfaits est présentée dans le chapitre 1 (page 34).

protection correcte. En dépit des limites évoquées plus haut, il a été possible d'appréhender dans quelle mesure ce double risque est pris en compte de façon explicite par les jeunes hommes et femmes. Les données montrent qu'il est parfois absent de leurs préoccupations, même dans les circonstances où le besoin en la matière est manifeste. En fin de compte, le lien entre les deux préventions diffère selon les situations : il en existe où le désir d'enfant d'un couple auparavant attentif à la double protection l'amène à abandonner la prévention du sida. A l'opposé, la focalisation d'un couple sur la prévention du sida au moyen du préservatif entraîne une exposition au double risque en cas de difficulté non résolue.

8.4. Perspectives de recherche

La lecture biographique des besoins préventifs des jeunes burkinabè ouvre de nouvelles perspectives de recherche. Il conviendrait de tirer parti des résultats obtenus grâce aux analyses qualitatives pour, non seulement, améliorer la saisie des variables clés dans le champ de la santé sexuelle et reproductive lors des enquêtes standardisées, mais aussi, œuvrer à une définition plus complète de ces besoins dans nos recherches futures.

Par ailleurs, cette approche biographique gagnerait à être davantage développée dans les enquêtes quantitatives sur ces sujets. De telles données permettraient une analyse autant longitudinale que transversale de la vie sexuelle, et donc l'étude plus directe du cheminement des individus en la matière. Les étapes-clés dans la prise de risque qui sont perceptibles à partir des données qualitatives pourraient être confirmées par de telles analyses. Les observatoires de population constituent certainement une opportunité à exploiter pour ce faire. Au regard des besoins, il est primordial de développer dans ces systèmes des volets concernant la santé sexuelle et reproductive, qui ouvriront la voie à des études biographiques poussées dans ce domaine concernant les individus et les couples.

Enfin, les résultats enregistrés sur l'inadéquation entre l'offre de services et les besoins préventifs des jeunes confirment la nécessité d'affiner davantage les programmes de prévention dans le pays. Cela ne peut être réalisé qu'en tenant compte, non seulement, du vécu sexuel des jeunes aux différentes étapes, mais aussi des difficultés spécifiques qu'ils rencontrent. Des investigations impliquant des recherches opérationnelles sont nécessaires, notamment dans le but d'identifier des points d'entrée, des stratégies et des messages spécifiques qui pourraient permettre d'y remédier.

Références bibliographiques

Aaro, L. E., Flisher, A. J., Kaaya, S., Onya, H., Fuglesang, M., Klepp, K. I., & al. (2006). Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: development of a theory- and evidence-based intervention programme. *Scand J Public Health, 34*(2), 150-158.

Adeyemi, A. B., Ijadunola, K. T., Orji, E. O., Kuti, O., & Alabi, M. M. (2005). The unmet need for contraception among Nigerian women in the first year post-partum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 10*(4), 229-234.

Adjamagbo, A., Antoine, P., Beguy, D., & Dial, F. B. (2006). Comment les femmes concilient-elles mariage et travail à Dakar et Lomé? In DIAL. (Ed.), *Document de travail.* (Vol. 2006-04). Paris: DIAL.

Adjamagbo, A., & Calvès, A.-E. (2012). L'émancipation féminine sous contrainte. *Autrepart, 2012/2*(61), 3-21.

Achilli, L. & Hejoaka, F. (2005). Les associations dans la réponse à l'épidémie de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso. *Face à Face. Regards croisés sur la santé*, 7.

Agha, S., & Van Rossem, R. (2004). Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health, 34*(5), 441-452. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.07.016.

Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizationnal behavior and human decision process*, 50, 179-211.

Albarracin, D., Johnson, T., B., Fishbein, et al. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use : A meta-analysis. *Psychological bulletin (127)*.

Amnesty International. (2009). *Donner la vie, risquer la mort. La mortalité maternelle au Burkina Faso*. Londres : Amnesty International.

Andro, A., Hertrich, V., & Robertson, G. D. (2002). Demand for Contraception in Sahelian Countries: Are Men's and Women's Expectations Converging? Burkina Faso and Mali, Compared to Ghana. *Population (English Edition), 57*(6), 929-957.

Antoine, P. (Ed.). (2007). *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle.* Ceped. Les éditions du Ceped, Monts.

ANSD et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011.* Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

Attané, A. (2002). Identités plurielles des hommes moosé (Burkina Faso): entre autonomie et précarité. *Nouvelles Questions Féministes, 21*(3), 14-27.

Attané, A. (2007). Choix matrimoniaux: le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso. In P. Antoine (Ed.), *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle.* Ceped. Les éditions du Ceped, Monts.

Attané, A. (2009). Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso. *Autrepart* (49), 155-172.

Babalola S. (1999). Spousal communication and safe motherwood practices : Evidences from the tanzanian 1996 DHS data. 3ième Conférence africaine de la population (UEPA). Durban, Afrique du Sud, 6-10 décembre 1999, pp 37-50.

Bachelot, A. (2002). Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. In N. Bajos, M. Ferrand & L'équipe GINE (Eds.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (pp. 79-114). Paris: Inserm.

Badini, A. (1994). *Naître et grandir chez les moose traditionnels*. SEPIA-ABBD. Paris, Ouagadougou : Découvertes du Burkina.

Bajos, N. (2006). Sexualité et prise de risque face au VIH/SIDA. In A. Desgrees du Lou & B. FERRY (Eds.), *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud* (pp. 19-26). Paris: GIS INED-IRD-Paris 1-Paris 5-ParisX.

Bajos, N., Ferrand, M., & Andro, A. (2008). *La sexualité à l'épreuve de l'égalité. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris: La Découverte.

Bajos, N., Ferrand, M., & Equipe GINE (Eds.). (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Questions en santé publique. Paris : Inserm.

Bankole, A., Ahmed, F. H., Neema, S., Ouedraogo, C., & Sidon, K. (2007a). Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in sub-saharan africa. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 11*(3), 197-220.

Bankole, A., Biddlecom, A., Guiella, G., Singh, S., & Zulu, E. (2007b). Sexual Behavior, Knowledge and Information Sources of Very Young Adolescents in Four Sub-Saharan African Countries. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 11(3), 28-43.

Bankole, A., & Malarcher, S. (2010). Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services. *Studies in Family Planning*, 41(2), 117-124. doi: 10.2307/25681351.

Bardin, L. (1996). *L'analyse du contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bationo, B. F. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social. *Agora débats/Jeunesses, 2*(61), 21-33.

Bearinger, L. H., & Resnick, M. D. (2003). Dual method use in adolescents: a review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. *Journal of Adolescent Health, 32*(5), 340-349. doi: 10.1016/S1054-139X(03)00018-1.

Beat Songue, P. (1998). Influence du milieu social sur la sexualité et les comportements reproducteurs des adolescents au Sud Cameroun. In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. Avec une attention particulière sur le Cameroun.* (pp. 177-192). Ottawa: Ediconseil Inc.

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1972). Motivations as predictors of health behavior. *Health Services Reports, 87*(9), 852-862.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Don, P. H., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior, 18*(4), 348-366.

Bédard, E. (2005). *Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso.* PhD, Université Laval, Québec.

Beguy, D., Kabiru, C. W., Nderu, E. N., & Ngware, M. W. (2009). Inconsistencies in Self-Reporting of Sexual Activity Among Young People in Nairobi, Kenya. *Journal of Adolescent Health, 45*(6), 595-601. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.014.

Beninguissé, G. (2007). Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne. In B. Ferry (Ed.), *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain* (pp. 289 -327). Clamecy : Karthala.

Biddlecom, A. E., Munthali, A., Singh, S., & Woog, V. (2007). Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 11*(3), 99-110.

Biddlecom, A. E. A., Awusabo-Asare, K., & Bankole, A. (2009). Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four african countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 72-81.

Blanc, A. K. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: An examination of the evidence. *Studies in Family Planning, 32*(3), 189-213.

Bledsoe, C. H., & Cohen, B. (Eds.). (1993). *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington DC.: National Academy Press.

Blum, R. W. (2007). Youth in Sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 230-238. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.04.005.

Bocquier, P. (1996). *L'analyse des enquêtes biographiques à l'aide du logiciel Stata*. Paris: CEPED.

Bozon, M. (1993). L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes. *Population (French Edition), 48*(5), 1317-1352.

Bozon, M. (1999). *L'apport des méthodes qualitatives en démographie.* In *Démographie : analyse et synthèse. Causes et conséquences des évolutions démographiques, Actes du séminaire de Rome.* Rome.

Bozon, M., & Hertrich, V. (2004). Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique: Une comparaison avec l'Amérique latine. In Guillaume. A. & Khlat (Eds.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*. Paris.

Bozon, M., & Leridon, H. (1993). Les constructions sociales de la sexualité. *Population (French Edition), 48*(5), 1173-1195.

Brady, M. (2003). Preventing sexually transmitted infections and unintended pregnancy, and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. *Reproductive Health Matters, 11*(22), 134-141.

Brady, M., Saloucou, L., & Chong, E. (2007). *Girls' adolescence in Burkina Faso. A pivot point for social change*. Ouagadougou : Population Council.

Brook, D. W., Morojele, N. K., Zhang, C., & Brook, J. S. (2006). South African adolescents: pathways to risky sexual behavior. *AIDS Educ Prev, 18*(3), 259-272.

Burkina Faso. (1991). *Politique de population du Burkina Faso*. Ouagadougou :CONAPO.

Burkina Faso. (2000a). *Politique de population du Burkina Faso. Révision n1.* Ouagadougou : Conseil National de la Population.

Burkina Faso. (2000b). *Réseaux de sociabilité des jeunes et les canaux privilégiés de communication de la jeunesse au Burkina Faso. Rapport final*. Ouagadougou: Conseil National de la Population.

Burkina Faso. (2003a). *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*. Ouagadougou : Ministère de l'économie et du développement.

Burkina Faso. (2003b). *Le secteur informel dans l'agglomération de Ouagadougou. Performances, insertion, perspectives. Enquête 1-2-3. Premiers résultats de la phase 2. Décembre 2000-novembre 2001*. Ouagadougou : Burkina Faso.

Burkina Faso. (2005). Loi n°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant Santé de la reproduction au Burkina Faso.

Burkina Faso. (2006). *Programme national de prévention de la transmission mère enfant du VIH 2006-2010*. Ouagadougou: Direction de la santé de la famille, Ministère de la santé.

Burkina Faso. (2009a). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Monographie de la Commune Urbaine de Ouagadougou*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009b). RGPH 2006. *Analyse des résultats définitifs. Thème 2: Etat et structure de la population.* Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009c). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 3: Etat matrimonial et nuptialité*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009d). RGPH 2006. *Analyse des résultats définitifs. Thème 4: Education: Instruction-Alphabétisation-Scolarisation*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009e). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 5: Caractéristiques économiques de la population*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009f). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 6: Natalité-Fécondité*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009g). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 7: Mortalité.* Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009h). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 8: Migrations*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009i). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 9: La croissance urbaine au Burkina Faso*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009j). RGPH 2006. *Analyse des résultats définitifs. Thème 12: Situation socioéconomique des femmes.* Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009k). *RGPH 2006. Analyse des résultats définitifs. Thème 15: Mesure et cartographie de la pauvreté*. Ouagadougou : Institut national de la Statistique et de la Démographie.

Burkina Faso. (2009i). *Code des personnes et de la famille*. Ouagadougou : Ministère de la promotion des droits humains.

Burkina Faso. (2010). *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015. Version provisoire*. Ouagadougou : Burkina Faso.

Caldwell, J. C., & Caldwell, P. (1987). The cultural context of high fertility in sub-saharan Africa. *Population and Development Review*, 13(3), 409-437.

Caldwell, J. C., Caldwell, P., & Quiggin, P. (1989). The Social Context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15(2), 185-234.

Caldwell, J. C., Caldwell, P., & Orubuloye, I. O. (1992). The Family and Sexual Networking in Sub-Saharan Africa: Historical Regional Differences and Present-Day Implications. *Population Studies,* 46(3), 385-410.

Calves, A.-E. (1999). Premarital sexuality and fertility in Cameroun: relevance of the social dizorganisation and rational adaptation models. In *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie.* (pp. 397-418). Louvain La Neuve: Academia-Bruylant/L'Harmattan.

Calvès, A.-E. (2007). Trop pauvre pour se marier? Crise de l'emploi urbain et entrée en première union des hommes au Burkina Faso. *Population (French Edition), 62*(2), 339-359.

Calvès, A.-E., Bozon, M., Diagne, A., & Kuépié, M. (2006). Le passage à l'âge adulte: repenser la définition et l'analyse des "premières fois". In P. Antoine & E. Lelièvre (Eds.), *Etats flous et trajectoires complexes. Observation, modélisation, interprétation* (pp. 137-156). Paris: Editions de l'INED.

Campbell, C., Foulis, C. A., Maimane, S., & Sibiya, Z. (2005). The impact of social environments on the effectiveness of youth HIV prevention: a South African case study. *AIDS Care, 17*(4), 471-478.

Carle, J., & Bonnet, D. (2009). Identité et question des origines dans l'abandon d'enfants au Burkina Faso. *Anthropologie et sociétés*, 33(1), 141-155.

CCP et WHO/RHR. (2007). *Family planning. A global handbook for providers*. Baltimore and Geneva : Info project.

CERPOD. (1996). *Les jeunes en danger. Santé de la reproduction des adolescents au Sahel. Résultats d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest*. Bamako : Centre d'études et de recherches sur la population et le développement.

Cherlin, A., & Riley, N. E. (1986). *Adolescent fertility: an emerging issue in Sub-Saharan Africa*. Washington DC : The World bank.

Chireshe, E., & Chireshe, R. (2011). Monogamous marriage in Zimbabwe: An insurance against HIV and AIDS? *Agenda*, 25(1), 93-101. doi: 10.1080/10130950.2011.575588

CNLS-IST. (2005). *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS) 2006-2010*. Ouagadougou : Conseil National de lutte contre le sida et les IST.

CNLS-IST. (2009a). *Bilan des activités de prévention*. Communication présentée à la 9ième session ordinaire du CNLS/IST, Ouagadougou .

CNLS-IST. (2009b). *Plan national de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et jeunes*. Communication présentée à la 9ième session ordinaire du CNLS/IST, Ouagadougou .

CNLS-IST. (2010). *Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (CSLS) 2011-2015. Version provisoire.* Ouagadougou : Conseil National de lutte contre le sida et les IST.

Congo, Z. (2007). *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*. Monts: CEPED.

Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Salazar, L. F., Rose, E., Levine, D., et al. (2005). Condom failure among adolescents: implications for STD prevention. *Journal of Adolescent Health, 36*(6), 534-536. doi: DOI: 10.1016/j.jadohealth.2004.05.007.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Correlates of using dual methods for sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among high-risk african-american female teens. *Journal of Adolescent Health, 28*(5), 410-414. doi: Doi: 10.1016/s1054-139x(00)00210-x.

Crosby, R. A., & Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 556-559. doi: DOI: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.031.

Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington, K., et al. (2006). Predictors of Inconsistent Contraceptive Use among Adolescent Girls: Findings from a Prospective Study. *Journal of Adolescent Health, 39*(1), 43-49. doi: DOI: 10.1016/j.jadohealth.2005.10.011.

De Loenzien, M. (2006). Fondement des approches qualitatives dans les études de population. In M. De Loenrien & S.-D. Yana (Eds.), *Les approches qualitatives dans les études de population. Théorie et pratique* (pp. 11-45): Edition des archives contemporaines.

Dehne, K. L. (2003). Knowledge of, attitudes towards and practices relating to child-spacing methods in Northerh Burkina Faso. *Journal of health population and nutrition, 21*(1), 55-66.

Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Adolescence: a dynamic concept. *Reproductive Health Matters, 9*(17), 11-15.

Delaunay, V., & Guillaume, A. (2007). Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique Subsaharienne. In A. A., P. Msellati & V. P. (Eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud*. Louvain La Neuve: Academia-Bruylant.

Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine, 50*(11), 1557-1570. Doi: 10.1016/s0277-9536(99)00465-7.

Desclaux, A. (1997). Ten years of social science research on AIDS in Burkina Faso. Prevention factors. *Santé, 7*(2), 127-134.

Desclaux, A., & Alfieri, C. (2009). Counseling and choosing between infant-feeding options: Overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon). *Social Science & Medicine*, 69(6), 821-829. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.06.007

Desclaux, A., Msellatti, P., & Sow, K. (2011). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud. Genre et accès universel à la prise en charge.* Collection sciences sociales et sida. Condé-sur-Noireau :ANRS.

Desgrées du Loû, A. (1998). Sante de la reproduction et sida en Afrique subsaharienne. Enjeux et defis. *Population (French Edition), 53*(4), 701-730.

Desgrées du Loû, A. (2005). Le couple face au VIH/Sida en Afrique Sub-saharienne: Information du partenaire, sexualité et procréation. *Population (French edition), 60*(3), 221-242.

DiClemente, R. J., & Crosby, R. A. (2009). Preventing HIV Among Adolescents in Sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health, 44*(2), 101-102. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.12.001.

Diop, N. J. (1995). *La fécondité des adolescentes au Sénégal*. Rapport de synthèse (Vol. 11), UEPA.

Djire, M., Gueye, M., & Konate, M. K. (1997). *La sexualité des adolescents au Sahel.* Chroniques du Ceped (Vol. 25). Ceped.

Doumbia, B. (1989). *Fécondité et quelques caractéristiques socioéconomiques au Burkina Faso.* Mémoire de DED, Yaoundé : IFORD.

Egrot, M., & Taverne, B. (2003). La transmission sexuelle des maladies chez les Mossi. Rencontre des catégories nosologiques populaires et biomédicales dans le champ de la santé publique (Burkina Faso). In D. Bonnet & Y. Jaffré (Eds.), *Les maladies de passage: Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest* (pp. 221-277). Paris: Editions Karthala.

Evina, A. (1998). *Vie féconde des adolescentes en milieu urbain Camerounais.* Les cahiers de l'IFORD. Yaoundé: IFORD.

Ezeh, A. C., Kodzi, I., & Emina, J. (2010). Reaching the Urban Poor with Family Planning Services. *Studies in Family Planning*, 41(2), 109-116. doi: 10.2307/25681350

Fekadu, Z., & Kraft, P. (2001). Predicting intended contraception in a sample of ethiopian female adolescents: The validity of the theory of planned behavior. *Psychology & Health*, 16(2), 207-222. doi: 10.1080/08870440108405500.

Francis, D., & Rimensberger, N. (2008). 'My man says as long as we are faithful we will be fine': gendered discourses of out-of-school youth in a context of HIV and AIDS. *Agenda*, 22(75), 92-104. doi: 10.1080/10130950.2008.9674913

Flisher, A. J., & Chalton, D. O. (2001). Adolescent contraceptive non-use and covariation among risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 28*(3), 235-241. doi: 10.1016/S1054-139X(00)00157-9.

Fox, W. (1999). *Statistiques sociales*. De Boeck Supérieur.

Gausset, Q., Mogensen, H. O., Yameogo, W. M. E., Berthé, A., & Konaté, B. (2012). The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. *Social Science & Medicine, 74*(7), 1037-1044. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.044

Gautier, A. (2007). L'information sur les méthodes contraceptives. In A. Adjamagbo, P. Msellati & P. Vimard (Eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud.* Louvain La Neuve: Academia-Bruylant.

Gavin, L., Galavotti, C., Dube, H., McNaghten, A. D., Murwirwa, M., Khan, R., et al. (2006). Factors Associated with HIV Infection in Adolescent Females in Zimbabwe. *Journal of Adolescent Health, 39*(4). doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.002.

Gnoumou Thiombiano, B. (2008). Instabilité des unions au Burkina Faso: Rôle des facteurs culturels. *Actes du Colloque Démographie et cultures* (pp. 789-804). AIDELF-Université de Montreal.

Gómez, A. M., Speizer, I. S., & Beauvais, H. (2009). Sexual violence and reproductive health among youth in port-au-prince, Haiti. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 508-510. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.09.012.

Gorgen, R., Maier, B., & Diesfeld, H. J. (1993). Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning, 24*(5), 283-294.

Gorgen, R., Yansane, M. L., Marx, M., & Millimounou, D. (1998). Sexual behavior and attitudes among unmarried urban youths in Guinea. *International Family Planning Perspectives, 24*(2), 65-71.

Greer, G. (2009). To have or not to have: The critical importance of reproductive rights to the paradox of population policies in the 21st century. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 148-150. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.03.028.

GSS, GHS and ICF Macro. (2009). *Ghana Demographic and Health Survey 2008*. Accra, Ghana: GSS, GHS and ICF Macro.

GTZ-PROSAD. (2010). Annuaire statistique 2008-2009. In GTZ- Burkina Faso. Programme santé sexuelle- droits humains (PROSAD) (Ed.), (pp. 123). Ouagadougou.

Guiella, G. (2004). *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux.* Occasionnal report (Vol. 12). Washington: The Allan Guttmacher Intitute.

Guiella, G., & Madise, N. J. (2007). HIV/AIDS and sexual-risk behaviors among adolescents: factors influencing the use of condoms in Burkina Faso. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 11*(3), 182-196.

Guiella, G., & Woog, V. (2006). *Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso: Résultats de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso 2004.* Occasional report (Vol. 21). New York: The Allan Guttmacher Institute.

Guillaume, A. (2000). *L'avortement en Afrique: mode de contrôle des naissances et problème de santé publique.* La chronique du Ceped (Vol. 37). Paris: Ceped.

Guillaume, A. (2004). *L'avortement en Afrique: une revue de littérature des années 90 à nos jours*. Paris : Ceped.

Guillaume, A. (2005). *L'avortement provoqué en Afrique: un problème mal connu, lourd de conséquences.* Série santé de la reproduction, fécondité et développement. Document de recherche (n°7). Paris: Université de Provence.IRD.

Guillaume, A., & Khlat (Eds.). (2004). *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*. Les collections du Ceped. Paris : Ceped.

Gyepi-Garbrah, B. (1985). *Adolescent fertility in Subsaharan Africa: an overview*. Boston.

Hammel, E. (1990). A theory of culture for demography. *Population and Development Review, 16*(3), 455-486.

Haram, L. (2005). "Eyes have no curtains": the moral economy of secrecy in managing love affairs among adolescents in northern Tanzania in the time of AIDS. *Africa Today, 51*(4), 57-73.

Hertrich, V., & Locoh, T. (1999). *Rapports de genre, formation et dissolution des unions dans les pays en développement.* Gender in population studies. Liège : IUSSP.

Hien, P. C., & Compaoré, M. (Eds.). (2004). *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours.* Ouagadougou: CNRST.

Hoffman, S., O'Sullivan, L. F., Harrison, A., Dolezal, C., & Monroe-Wise, A. (2006). HIV risk behaviors and the context of sexual coercion in young adults' sexual interactions: results from a diary study in rural South Africa. *Sex Transm Dis, 33*(1), 52-58.

INSAE et Macro International Inc. (2007). *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III)- Bénin 2006.* Calverton, Maryland, USA : INSAE et Macro International Inc.

INSD. (2010). *Femmes et hommes au Burkina Faso*. INSD- Ministère de la promotion de la femme-ASDI. Ouagadougou : INSD.

INSD & ICF International. (2012). *Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. {Demographic and health survey and Multiple indicators survey. Burkina Faso 2010 }.* Calverton, Maryland: INSD et ICF. International.

INSD et Macro. (2004). *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ORC Macro.

INSD et Macro International Inc. (2000). *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1998/1999*. Calverton, Maryland, USA: INSD et Macro International Inc.

Juárez, F., LeGrand, T., Lloyd, C. B., & Singh, S. (2008). Introduction to the Special Issue on Adolescent Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning, 39*(4), 239-244. doi: 10.2307/20454473.

Juarez, F., & Martin, T. C. (2006). Partnership Dynamics and Sexual Health Risks among Male Adolescents in the Favelas of Recife, Brazil. *International Family Planning Perspectives, 32*(2), 62-70.

Kabiru, C. W., & Ezeh, A. (2007). Factors Associated with Sexual Abstinence among Adolescents in Four Sub-Saharan African Countries. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 11*(3), 111-132. doi: 10.2307/25549735.

Kalambayi Banza, B. (2006). *Sexualité des jeunes et comportements à risque à Kinshasa (RD Congo).* Thèse de Doctorat en démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain la neuve.

Karim, Q. A., & Stein, Z. A. (2000). Women and HIV/AIDS: A global perspective: epidemiology, risk factors and challenges. In B. G. Marlene & C. H. Maureen (Eds.). *Women and Health.* (pp. 420-427). San Diego: Academic Press.

Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif* (Vol. 127): Nathan université.

Khan, M., Brown, L., Nagot, N., Salouka, S., & Weir, S. S. (2006). HIV-related sexual behavior in urban, rural and border areas of Burkina Faso. *AIDS Behav, 10*(5), 607-617.

Kirby, D. B., Laris, B. A., & Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV education programs: their Impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-217. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.

Kobiane, J.-F. (1999). Ethnies, genre et scolarisation au Burkina Faso. In V. Hertrich & T. Locoh (Eds.), *Rapports de genre, formation et dissolution des unions dans les pays en développement* (pp. 221-239). Gender in population studies. Liège :IUSSP.

Kobiane, J.-F. (2006). *Ménages et scolarisation des enfants au Burkina Faso. A la recherche des déterminants de la demande scolaire.* Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.

Kobiane, J.-F., & Yaro, Y. (1996). *La santé reproductive des adolescents dans le Sahel. Rapport d'analyse sur les données quantitatives. Le cas du Burkina Faso*. Ouagadougou : Cerpod.

Kuate-Defo, B. (1998). Tendances et déterminants des variations régionales du début de l'act!ivité sexuelle prémaritale à l'adolescence. In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. Avec une attention particulière sur le Cameroun.* (pp. 133-152). Ottawa: Ediconseil Inc.

Lagarde, E., Congo, Z., Meda, N., Baya, B., Yaro, S., Sangli, G., et al. (2004). Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso. *Int J STD AIDS, 15*(6), 395-402. doi: 10.1258/095646204774195254.

Langen, T. T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV AIDS in Botswana and South Africa. *African Health Sciences, 5*(3), 188-197.

Lenoir, C. D., Adler, N. E., Borzekowski, D. L. G., Tschann, J. M., & Ellen, J. M. (2006). What you don't know can hurt you: Perceptions of sex-partner concurrency and partner-reported behavior. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 179-185. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.012.

Leroy, V. (2006). La contraception face au Sida dans les pays du Sud: enjeux médicaux, sociaux et comportementaux. In A. Desgrees du Lou & B. Ferry (Eds.), *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Paris: GIS INED-IRD- Paris 1-Paris 5-Paris X,.

Lessart-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques.* Bruxelles: De Boeck Université.

Locoh, T., Nguessan, K., & Makinwa-Adebusoye, P. (2007). *Genre et sociétes en Afrique. Implications pour le développement*. Paris: INED.

Luke, N. (2005). Confronting the 'sugar daddy' stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya. *Int Fam Plan Perspect, 31*(1), 6-14.

Margolis, S. P. (1997). Politique démographique, recherche et plan d'action du Caire: de nouvelles directions pour le Sahel? *Perspectives Internationales sur le Planning Familial, n°spécial 1997* , 21-24.

Martin, S. L., & Curtis, S. (2004). Gender-based violence and HIV/AIDS: recognising links and acting on evidence. *The Lancet, 363*(9419), 1410-1411. doi: Doi: 10.1016/s0140-6736(04)16133-3

Maticka-Tyndale, E., Gallant, M., Brouillard-Coyle, C., Holland, D., Metcalfe, K., Wildish, J., et al. (2005). The sexual scripts of Kenyan young people and HIV prevention. *Cult Health Sex, 7*(1), 27-41.

Mazzocchetti, J. (2007). *Aspects de la jeunesse universitaire de Ouagadougou au Burkina Faso. Lorsque dire c'est faire: une ethnologie des imaginaires.* Thèse de doctorat en sciences sociales: Anthropologie, Université Catholique de Louvain, Louvain La Neuve.

Mc Ginn, T., Bamba, A., & Balma, M. (1989a). Male knowledge, use and attitudes regarding family planning in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives,* 15(3), 84-87+95.

Mc Ginn, T., Sebgo, P., Fenn, T., & Bamba, A. (1989b). Family Planning in Burkina faso: results of a survey. *Studies in Family Planning*, 20(6), 325-331.

Meda, N. (1998). The HIV epidemic in Burkina Faso: current status and level of AIDS knowledge in the population, 1994-1995. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46(1), 14-23.

Meekers, D. (1993). *Sexual initiation and premarital childbearing in Sub-Saharan Africa*. DHS Working papers. Columbia : Macro International Inc.

Meekers, D., & Calvès, A.-E. (1999). Gender Differentials in Adolescent Sexual Activity and Reproductive Health Risks in Cameroon. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive,* 3(2), 51-67.

Mehta, S. (2006). The AIDS pandemic: A catalyst for women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 94(3), 317-324. doi: DOI: 10.1016/j.ijgo.2006.04.020.

Merson, M. H., O'Malley, J., Serwadda, D., & Apisuk, C. (2008). The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet, 372*(9637), 475-488. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60884-3.

Miangotar, Y. (2010). *Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso.* Thèse de doctorat en Démographie. Université de Montréal, Département de Démographie, Montréal.

Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck

Millogo, B., & Traoré, K. (1995). *Revue documentaire des recherches menées sur les connaissances, attitudes et pratiques de PF et IST/SIDA au Burkina Faso depuis 1985: Synthèse des documents de politiques et stratégies de prise en charge des jeunes*. Ouagadougou : Ministère de la santé, FNUAP.

Ministère de la santé. (2007). *Plan national de développement sanitaire. Tranche 2006-2010*. Ouagadougou : Ministère de la santé.

Ministère de la santé. (2011). *Annuaire statistique 2010*. Ouagadougou : Burkina Faso.

Moatti, J.-P., Beltzer, N., & Dab, W. (1993). Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: Une conception trop étroite de la rationalité. *Population (French Edition), 48*(5), 1505-1534.

Monasch, R. e. M., M. . (2006). *Young people: the centre of the HIV epidemic. World health organisation tech rep ser, 938*, 15-41.

Mudaly, R. (2011). Dangerous alliance: Constructing marriage on the fault-line of gender. *Agenda, 25*(1), 75-83. doi: 10.1080/10130950.2011.575601.

Nanema, M., Compaoré, N., Compaoré, P., Compaoré, R., Soubeiga, A., & Sawadogo, N. (2007). *Rapport de terrain ECAF Burkina 16 sep 2005-31 janvier 2007.* Ouagadougou : ISSP, Projet ECAF.

Ngom, P. (1997). Men's unmet need for family planning: Implications for African fertility transitions. *Studies in Family Planning, 28*(3), 192-202.

Nitiéma, A., Ridde, V., & Girard, J. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International political science review, 24*(2), 237-256.

Obermeyer, C. M., Sankara, A., Bastien, V., & Parsons, M. (2009). Gender and HIV testing in Burkina Faso: An exploratory study. *Social Science & Medicine, 69*(6), 877-884. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.003.

OMS. (2008). Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale. Génève : OMS.

ONU (1979). *Convention sur l'éliminitation de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.* ONU.

ONU (1989). *Convention relative aux droits de l'enfan*t. ONU.

ONU (2000). *Déclaration du Millénaire*. ONU.

ONU (2011). *Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*. ONU.

ONUSIDA (2012). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida.* ONUSIDA.

Orubuloye,I. O., Oguntimakin, F., Sadia, T. (2005). Women's role in reproductive health decisionmaking and vulnerability to SDT and HIV/AIDS in Ekiti, Nigeria, *Health Transition Review,* sup, 7, 329-336.

Otoide, V. O., Oronsaye, F., & Okonofua, F. E. (2001). Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: Evidence from focus-group discussions. *International Family Planning Perspectives, 27*(2), 77-81.

Ouango, J. G. (1994). *Final report. Strenghtening and improving promotion of condom use by young people in urban and rural areas. Burkina Faso*. Ouagadougou : CNLS.

Ouattara, F., Bationo, B. F., & Gruénais, M.-E. (2009). Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart, 2009/4*(52), 81-94.

Ouattara, M., Sen, P., & Thomson, M. (1998). Forced Marriage, Forced Sex: The Perils of Childhood for Girls. *Gender and Development, 6*(3), 27-33.

Ouédraogo, C. (1997). *Enquête qualitative de base sur les opinions en matière de reproduction. Rapport scientifique.* In Laboratoire de santé communautaire. Direction de la santé de la famille. Ministère de la santé. UERD.

Ouédraogo, C., & Sondo, G. (2009). *Mieux comprendre les comportements des jeunes en matière de sexualité et face aux IST : le rôle des données qualitatives. .* Communication présentée à la Chaire Quételet 2004. Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la reconnaissance à l'action. Centre de recherche en démographie et sociétés. UCL, Louvain la neuve.

Ouédraogo, C., Woog, V., & Sondo, G. (2006). *Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso*. Occasional report (Vol. 20). New York: The Allan Guttmacher Institute.

Ouédraogo, Y. (1996). *Identification des besoins spécifiques des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle*. Ouagadougou : ABBEF- Population Council- GTZ.

Palen, L.-A., Smith, E. A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Wegner, L., & Vergnani, T. (2008). Inconsistent Reports of Sexual Intercourse Among South African High School Students. *Journal of Adolescent Health, 42*(3), 221-227. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.024.

Paxman, J. M., & Zuckerman, R. J. (1987). *Laws and policies affecting adolescent health.* Genève : OMS.

Perumal, D. N. (2011). The ties that bind: Marriage – a risky business or safe place? *Agenda*, 25(1), 9-14. doi: 10.1080/10130950.2011.575575.

Peto, D., Remy, J., Van Campenhoudt, L., & Hubert, M. (1992). *Sida. L'amour face à la peur*. Paris: L'harmattan.

Pilon, M., & Wayack, M. (2003). La démocratisation de l'enseignement au Burkina Faso: Que peut-on en dire aujourd'hui? *Cahiers d'Études Africaines, 43*(169/170), 63-86.

PNUD. (2001). Burkina Faso. Rapport sur le développement humain 2001. La lutte contre le VIH-SIDA. In PNUD (Ed.), (pp. 231).

PNUD. (2013). *Rapport sur le développement humain 2012. L'essor du Sud : Le progrès humain dans un monde diversifié.* New York : PNUD.

Population Council. (2002a). *Etude diagnostique du vécu des filles et garçons et de leurs besoins en opportunités économiques et en santé de la reproduction dans les provinces du Bazèga et du Gourma, volet qualitatif*. Ouagadougou : Population Council.

Population Council. (2002b). *Revue des politiques et des programmes sur la santé reproductive des adolescents au Burkina Faso*. Ouagadougou : Population Council.

Population Council. (2003a). *Analyse situationnelle des services sociaux et de santé de la reproduction dans la zone d'intervention du projet UNF*. Ouagadougou.

Population Council. (2003b). *Etude diagnostique du vécu des filles et garçons et de leurs besoins en opportunités économiques et en santé de la reproduction dans les villes de Kombissiri et Fada N'Gourma*. Ouagadougou.

Poulin, M. (2007). Sex, money, and premarital partnerships in southern Malawi. *Social Science & Medicine, 65*(11), 2383-2393. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.030.

Pradhan, M. R., & Ram, U. (2009). Perceived gender role that shape youth sexual behaviour: Evidence from rural Orissa, India. *Journal of Adolescence, 3*(4), 543-551. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.10.014.

Quivy R.& Van Campenhoudt L., (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales (3e édition)*, Paris : Dunod.

Ranjit, N., Bankole, A., Darroch, J. E., & Singh, S. (2001). Contraceptive failure in the first two years of use: Differences across socioeconomic subgroups. *Family Planning Perspectives, 33*(1), 19-27.

Reddy, S. (2011). Young women's understandings of (future) marriage: Links to sexual risk and HIV prevention. *Agenda, 25*(1), 38-42. doi: 10.1080/10130950.2011.575581.

Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: a panel study, *Journal of Applied Social Psychology,* 26(9), 749-772. doi: 10.1111/j.1559-1816.1996.tb01128.x

RIAFEG. (2008). *Etude de base du programme conjoint "violences à l'égard des femmes au Burkina Faso"*. Ouagadougou : RIAFEG. Groupe de travail sur les violences faites aux femmes.

Rizzi, E. (*à paraître*). La régression logistique. In G. Masuy-Stroobant et R. Costa (Eds). *Analyser les données en sciences sociales.*

Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2010). HIV, poverty and women. [doi: DOI: 10.1016/j.inhe.2009.12.003]. *International Health,* 2(1), 9-16.

Rossier, C. (2005). *Avortement clandestin à Ouagadougou et conséquences sur la santé des femmes. Une étude basée sur la méthode des confidente*s. Les travaux de l'UERD (Vol. 15). Ouagadougou : UERD.

Rossier, C. (2007). Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters, 15*(30), 230-238.

Rossier, C., & Sawadogo, N. (2010). *Gender relations and unintended pregnancies in Ouagadougou (Burkina Faso): Are men a problem or a solution?* Communication présentée à la 18th ICOWHI (International congress on women's health), Philadelphie (USA).

Rossier, C., Sawadogo, N., Soubeiga, A., & ECAF group. (2013). Premarital Sexuality, Gender relations and Unplanned Pregnancies in Ouagadougou. *Population-F*, 68(1), 89-114, doi: 10.3917/pope.1301.0089.

Rossier C. and I. Ortiz, (2011). *Unmet needs for contraception in formal and informal neighborhoods of Ouagadougou*, paper presented at the conference of the Union for African Population Studies, 5-9 December, Ouagadougou.

Roth, C. (2010). Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*, *2010/1*(53), 95-110.

Roye, C. F. (1998). Condom use by hispanic and african-american adolescent girls who use hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health, 23*(4), 205-211. doi: 10.1016/s1054-139x(97)00264-4.

Rwenge, M. J.-R. (2003). Statut de la Femme et Utilisation des Condoms au Cameroun. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 7*(2), 74-88.

Rwenge, M. J.-R. (2004). Genre et sexualité des Jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 8*(2), 145-163.

Samuelsen, H. (2006). Love, lifestyles and the risk of AIDS: the moral worlds of young people in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Cult Health Sex, 8*(3), 211-224.

Sawadogo, R. C. (1993). *Fécondité et nuptialité au Burkina Faso de 1960 à 1985: Données et interrogations*. Communication présentée au Séminaire sur les jeunes, les valeurs et les croyances sur le mariage et la famille, Abidjan.

Sawadogo, N. & Rossier, C. (2011). *From sexual initiation to marriage: what do Ouagadougou's young people need for adequate dual prevention?* Communication présentée à la Conférence internationale sur le planning familial, Dakar, 29 novembre au 2 décembre 2011.

Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A., & Mikulich, M. (2011). Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies. *Studies in Family Planning*, 42(3), 147-154.

Shaw, D. (2006). Women's right to health and the Millennium Development Goals: Promoting partnerships to improve access. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 94*(3), 207-215. doi: DOI: 10.1016/j.ijgo.2006.04.029.

Silberschmidt, M., & Rasch, V. (2001). Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents. *Social Science & Medicine, 52*(12), 1815-1826. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00299-9.

Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S., & Cain, D. (2005). Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav, 9*(1), 53-61.

Sorrell, J. B., & Raffaelli, M. (2005). An exploratory study of constructions of masculinity, sexuality and HIV AIDS in Namibia, Southern Africa. *Culture, Health and Sexuality, 7*(6), 585-598.

Speizer, I. S., & White, J. (2008). The Unintended Consequences of Intended Pregnancies: Adolescents, Condom Use, and HIV Transmission in Mozambique. *Journal of Adolescent Health, 42*(2, Supplement 1), 13-14. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.11.040.

Ssewamala, F. M., Ismayilova, L., McKay, M., Sperber, E., Bannon Jr, W., & Alicea, S. (2010). Gender and the effects of an economic empowerment program on attitudes toward sexual risk-taking among AIDS-orphaned adolescent youth in Uganda. *Journal of Adolescent Health, 46*(4), 372-378. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.010.

Swora, M. G. (2003). Using cultural consensus analysis to study sexual risk perception: a report on a pilot study. *Culture, Health & Sexuality, 5*(4), 339-352.

Tabutin, D., & Schoumaker, B. (2004). La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique. *Population, 59*(3-4), 521-622.

Tantchou, J., & Wilson, E. (2000). *Politiques et programmes de santé reproductive après le Caire: une étude de cinq pays de l'Afrique francophone*. USAID.

Taverne, B. 1999. Valeurs morales et messages de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso. In Becker C., Dozon J-P. et al (eds). *Vivre et penser le sida en Afrique* (509-524), Paris : CODESRIA/Karthala/IRD.

Tersbol, B. (2006). "I just ended up here, no job and no health..." - men's outlook on life in the context of economic hardship and HIV AIDS in Namibia. *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV / AIDS, 3*(1), 403-416.

Teye, J. K. (2005). Condom use as a means of HIV AIDS prevention and fertility control among the Krobos of Ghana. *Norwegian Journal of Geography, 59*(2), 65-73.

Tichit, C. (2009). Le spectre de la stérilité en Afrique centrale, de la question épidémiologique au risque social. In C. Gourbin, G. Masuy-Stroobant, L. Moreau, B. Schoumaker, D. Tabutin & G. Wunsch (Eds.), *Santé de la reproduction du Nord au Sud. De la connaissance à l'action* (pp. 257-275). Louvain La Neuve: UCL. Presses Universitaires de Louvain.

Trussel, J., Van de Walle, E., & Van de Walle, F. (1989). Norms and behaviour in burkinabe fertility. *Population studies, 13*(3), 429-454.

Trussell, J., Vaughan, B., & Stanford, J. (1999). Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspectives, 31*(5), 246-+.

Turchik, J. A., & Gidycz, C. A. (2012). Prediction of Sexual Risk Behaviors in College Students Using the Theory of Planned Behavior: A Prospective Analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(1), 1-27. doi: 10.1521/jscp.2012.31.1.1

UNFPA. (2012). *Etat de la population mondiale 2012. Oui au choix, non au hasard. Planification familiale, droits de la personne et développement.* UNFPA.

UNICEF. (2011). *La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence. L'âge de tous les possibles.* New York : UNICEF.

USAID & Population Council. (2006). *Analyse de l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso. L'environnement institutionnel, politique et programmatique de la lutte contre la pratique de l'excision*. Ouagadougou: USAID.

Van Campenhoudt, L. (1999). Commentary : the relational rationality of risk and uncertainty reducing processes explaining HIV risk-related sexual behavior. *Culture, health and sexuality, 1*(2), 181-191.

Van de Walle, F., & Ouaidou, N. (1985). Status and Fertility Among Urban Women in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives, 11*(2), 60-64.

Vidal, L. (2000). *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris: PUF.

Vimard, P., Adjamagbo, A., & Msellati, P. (2007). Changements contemporains de fécondité et de santé de la reproduction dans les pays du Sud. In A. Adjamagbo, P. Msellati & P. Vimard (Eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud*. Louvain La Neuve: Academia Bruylant.

Wight, D., Plummer, M. L., Mshana, G., Wamoyi, J., & Shigongo, Z. S. (2006). Contradictory sexual norms and expectations for young people in rural Northern Tanzania. *Social Science and Medicine, 62*, 987-997.

Winskell, K., Hill, E., & Obyerodhyambo, O. (2011). Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1257-1265. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.007.

Wolff, B., Blanc, A. K., & Gage, A. J. (2000). Who decides? Women's status and negotiation of sex in Uganda. *Culture, Health & Sexuality, 2*(3), 303-322.

Wood, P. L. (2012). Teenage Sexuality in Different Cultures. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(4), 228-232. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2011.05.003.

ANNEXES

Annexe 0 : Abréviations et acronymes utilisés dans le texte

ABBEF : Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial
CADA : Coordination des Activités de Dépistage au sein des Associations
CASVIH : Conseil des Association de lutte contre le VIH
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CDV : Conseil Dépistage Volontaire
CHNYO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CHR : Centre Hospitalier Régional
CICDoc : Centre d'Information, de Conseil et de DOCumentation sur le sida et la tuberculose
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CM : Centre Médical
CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CNLPE : Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CNLS-IST : Comité National de Lutte contre le Sida et les IST
CPF : Code des Personnes et de la Famille
CSLS : Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
CVC : Compétences de Vie Courante
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EMP : Education en Matière de Population
ENA : Enquête Nationale sur les Adolescents
FAARF : Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes
FASRA : Forum Africain sur la Santé Reproductive des Adolescents
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population (actuellement UNFPA)
GIZ : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Coopération allemande)
IEC : Information Education Communication
IPC : Initiative Communautaire Privée de lutte Contre le Sida
MGF : Mutilation Génitales Féminines
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH
PADS : Plan National de développement Sanitaire
PAMAC : Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire
PDDEB : Plan de Développement Decennal de l'Education de Base
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
PNP : Politique Nationale de Population
PPLS : Projet Population et Lutte contre le Sida
PSN : Politique Sanitaire Nationale
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RAJS : Réseau africain des Jeunes contre le Sida

RGPH : Recensement Général de la Population et de l’Habitation

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SPU : Scolarisation Primaire Universelle

SR : Santé de la Reproduction

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l’Education, la Science et la Culture

Annexe 1 : Aperçu des études explicatives sur la prévention des risques liés à la sexualité chez les jeunes

	Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
1	**Maticka-Tyndale 2002**	Explorer les constructions sociales autour de la transmission et de la prévention parmi les jeunes adultes hétérosexuels au Canada.	25 interviews approfondies menées auprès de jeunes étudiants de 17 à 22 ans.	Analyse qualitative.	La règle prédominante parmi les jeunes pour éviter de contracter le VIH semble être de sélectionner des partenaires sains. La mise en œuvre de cette règle diffère selon le genre et l'expérience sexuelle. La variation des règles et des rôles selon le genre reflète la persistance d'un double standard en matière de sexualité, qui résulte en des capacités différentes des hommes et femmes pour se prémunir contre le sida.	Le genre constitue un critère discriminant dans la construction sociale de la prévention du sida chez les jeunes, ainsi que dans la mise en œuvre des stratégies de prévention.	Montre la persistance du double standard sexuel dans une société occidentale. On voit comment est construite l'évaluation du risque chez ces jeunes et ce qui en résulte en termes de stratégies préventives.
2	**Bozon 1993**	Démontrer l'influence des circonstances du premier rapport sexuel sur le comportement sexuel futur.	Enquête ACSF 1992 en France, comportement sexuel.	Analyse descriptive	Lien établi entre les circonstances du premier rapport sexuel et les comportements sexuels à l'âge adulte. Les attitudes envers la sexualité se cristallisent lors du premier rapport sexuel et influencent la sexualité adulte.	L'analyse des circonstances du premier rapport sexuel peuvent aider à comprendre les comportements sexuels et conjugaux à l'âge adulte. Il ne se limite pas aux aspects pratiques des relations sexuelles mais prend en compte le cognitif, les sentiments, la relation de couple et son évolution, ce qui permet d'analyser plus en profondeur la place de la sexualité dans la vie des individus.	Montre que les recherches sur la sexualité doivent prendre en compte l'environnement de la vie sexuelle et les circonstances de l'initiation sexuelle. Cela implique aussi des recherches qualitatives.
3	**Ngom 1997**	Introduire le concept de besoins non satisfaits en planning familial chez les hommes.	Données EDS du Ghana 1988, 1993 et du Kenya 1989, 1993.	Analyse quantitative descriptive et comparative	Les hommes mariés ont presque autant de besoins non satisfaits en contraception que les femmes. Néanmoins, les distorsions dans les besoins exprimés des hommes et femmes dans les couples montre la nécessité de renforcer les programmes pour une meilleure communication dans les couples.	Prise en compte des besoins des hommes ; l'analyse des besoins non satisfaits non pas des femmes seules, mais des couples pourrait permettre d'aller plus vite vers une transition de la fécondité.	Introduit le concept de besoins non satisfaits chez les hommes mariés ; extension possible aux jeunes hommes, mariés ou non.

	Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
4	**Desgrées du Loû 1998**	Faire le point des enjeux et défis actuels en matière de santé de la reproduction du sida en Afrique subsaharienne.	Littérature	Revue de littérature.	Début d'intérêt pour la prise de risque dans les couples stables, et même mariés. Les approches d'analyse du risque ont évolué. Elles ne concernent plus seulement les groupes à risque, mais également l'analyse de la prise de risque à tous les niveaux. Nécessité d'un plus à la connaissance, car on constate partout le gap entre connaissances et pratiques.	Nécessité d'une approche intégrée des programmes de prévention du VIH et de PF. Nécessité également de dépasser l'analyse des groupes à risque pour s'intéresser aux couples stables et à l'approfondissement de la compréhension de la prise de risque.	Démontre l'intérêt de l'analyse de la double protection et de l'intégration des programmes de prévention.
5	**Swora 2003**	Etude pilote qui utilise l'analyse consensuelle pour examiner le contenu et la répartition des connaissances sur les risques liés à la sexualité chez des étudiants aux USA.	Enquête auprès d'étudiants américains des deux sexes.	Analyse consensuelle	Les jeunes interrogés partagent une vision commune et un modèle des risques liés au sexe, avec des différences selon le genre. Tandis que les garçons imputent à l'intensité du désir sexuel les risques qu'ils prennent, les femmes, elles, les attribuent plus à l'abus d'alcool. On note que les filles ont une meilleure connaissance et compétence en matière d'identification des comportements à risque que les hommes.	L'assertion selon laquelle la culture autant que les connaissances déterminent le comportement sexuel est à nuancer car si la culture forme les connaissances, les perceptions, elle n'est pas le facteur le plus important qui guide les comportements.	Les facteurs culturels, oui, mais pas au centre de l'action.
6	**Karim et *al*. 2003**	Rechercher les facteurs de risque chez les jeunes célibataires au Ghana.	Enquête quantitative sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents au Ghana	Analyses quantitatives explicatives, divers types de régressions.	les facteurs contextuels (instruction, comportement des pairs, réseaux) ont plus d'influence sur l'initiation sexuelle et le nombre de partenaires sexuels des adolescents que sur l'utilisation de condoms. Cette dernière variable est plus influencée par les caractéristiques personnelles (perception des rôles de genre, estime de soi, communication avec le partenaire sur la prévention).	Les facteurs contextuels agissent plus sur le comportement sexuel tandis que les caractéristiques individuelles jouent plus sur la prévention. Nécessité d'études plus poussées pour une meilleure compréhension.	Intérêt de prendre en compte le genre et les caractéristiques personnelles dans l'analyse de la prise de risque, en plus des facteurs contextuels.

	Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
7	**Sorrel et Raffaeli 2005**	Explorer les constructions sociales et représentations de la masculinité, de la sexualité et du sida en Namibie.	Données qualitatives, entretiens non directifs et focus groupes.	Analyse du contenu.	Les résultats indiquent des liens directs et indirects entre les notions de masculinité et le VIH et soulignent la nécessité pour les actions de prévention de montrer qu'il existe d'autres voies plus saines d'affirmer sa masculinité telle que culturellement définie. Six thèmes centraux : la conception de la masculinité, les relations de pouvoir entre hommes et femmes, la tension entre l'éducation reçue et la transmission du VIH, l'alcool et la masculinité, les femmes comme acteurs, la masculinité et les explications du sida.	Les représentations sur la masculinité et la sexualité ont un impact sur les comportements sexuels et la propagation du sida.	Les représentations sociales autour de la sexualité et des rapports de genre influencent le comportement sexuel et l'attitude à l'égard du risque.
8	**Simbayi et *al.* 2005**	Déterminer les facteurs de risque de sida chez les jeunes à Cape Town, Afrique du Sud.	Enquête quantitative.	Analyse quantitative descriptive et explicative.	On note des comportements à risque chez les jeunes hommes et femmes, même en connaissance de cause.	Les croyances et mythes autour de la transmission du VIH et du préservatif contribuent à la persistance de comportements à risque chez les jeunes.	Facteurs de risque chez les jeunes.
9	**Langen 2005**	Analyser l''impact des rapports de genre sur la capacité des femmes à négocier la protection contre le sida au Botswana et en Afrique du sud.	Enquête quantitative chez les femmes de 18 à 49 ans du Kwazulu en Afrique du sud et du Botswana.	Analyse quantitative descriptive et explicative, régression logistique.	Les femmes plus jeunes que leur partenaire d'au moins 10 ans, les femmes victimes de violences et celles économiquement dépendantes de leurs partenaires sont moins enclines à proposer l'utilisation du préservatif. L'inégalité de genre influence aussi la tendance des hommes à refuser d'utiliser le préservatif Les hommes qui ont de multiples partenaires sont ceux qui ont le plus tendance à refuser le port du préservatif.	Les rapports de genre ont un effet important sur la capacité de la femme à instaurer le port du préservatif, surtout quand elle est moins âgée que son partenaire, économiquement dépendante, mariée.	Exemple d'indicateurs du rapport de pouvoir dans le couple en matière de prévention. Importance de ce facteur dans la capacité des femmes à se protéger.
10	**Campbell et *al.* 2005**	Cerner l'impact de l'environnement social sur la promotion de la	Enquête qualitative, interviews et focus groupes.	Analyse qualitative.	Trois dimensions interactives du contexte social vont à l'encontre de l'adoption d'un comportement préventif par les jeunes : les	Les perceptions et attitudes stigmatisantes et négatives de la société à l'endroit des jeunes vont en défaveur de l'adoption	Influence du contexte culturel sur les opportunités de prévention pour les

	Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
		prévention chez les jeunes péri urbains en Afrique du Sud.			croyances, y compris la stigmatisation, la condamnation de la sexualité des jeunes, spécialement celle des filles et les images négatives des jeunes. Cela est aggravé par la pauvreté, le chômage et la criminalité en sus de la marginalisation des jeunes.	d'un comportement sexuel sain par ces derniers.	jeunes.
11	**Luke 2005**	Vérifier l'effet du phénomène des « *sugar daddies* » sur l'utilisation du préservatif au Kenya.	Enquête quantitative auprès d'hommes de 21 à 45 ans au Kenya.	Analyse quantitative descriptive et explicative, régressions logistiques.	On note parmi les hommes interrogés environ 5% qui ont entretiennent des relations du genre « sugar daddies » (soutien financier important de la partenaire et/où écart d'âge d'au moins 10 ans. Ce type de relation est effectivement corrélé avec un usage moindre du préservatif.	Les relations asymétriques du type « *sugar daddies* » (âge et moyens financiers) réduisent la capacité de la femme à instaurer l'usage du préservatif.	Confirmation du rôle du rapport de pouvoir dans le couple sur la prévention.
12	**Hoffman et *al.* 2006**	Approfondir la connaissance des dynamiques spécifiques de genre qui contribuent au risque d'infection par le VIH en milieu rural sud-africain.	Enquête auprès d'une cinquantaine d'élèves des deux sexes, utilisant des journaux personnels.	Analyse des journaux des individus, documentant toutes leurs relations sexuelles pendant trois semaines.	L'utilisation insuffisante du préservatif est associée aux relations dans lesquelles il y a eu des rapports sexuels forcés, ces dernières étant favorisées à leur tour par la consommation d'alcool dans la période de survenue des rapports sexuels.	Les relations sexuelles qui se déroulent dans des contextes d'inégalités de genre et de rapports sexuels forcés favorisent le risque de contracter le VIH.	Tenir compte des relations de genre et de la coercition sexuelle dans les facteurs de risque des rapports sexuels.
13	**Juarez et Martin 2006**	Explorer le lien entre les dynamiques des relations amoureuses des jeunes garçons en milieu urbain brésilien et leur vulnérabilité aux risques.	Enquête biographique auprès de garçons de 13 à 19 ans dans les cités urbaines de Recife au Brésil, avec remplissage d'un calendrier de comportements sexuels	Régressions logistiques sur les associations entre l'expérience passée et récente en matière de relations et l'utilisation des contraceptifs.	les risques sanitaires liés à la sexualité sont souvent surestimés en considérant comme exposés au risque tous les adolescents sexuellement actifs, ou quand on suppose que l'exposition au risque est permanente après le premier rapport sexuel. En effet, il s'avère que les adolescents ont en réalité peu de partenaires, dont beaucoup sans échange sexuel à proprement parler, des relations sexuelles sporadiques et des relations de	La prise de risque par les adolescents est moins la cause des niveaux élevés de VIH que les problèmes de genre, de prise en charge sanitaire et de pauvreté. Les décisions de protection lors des rapports sexuels sont influencées par le contexte relationnel, et l'émotivité joue pour beaucoup dans le fait que les adolescents utilisent peu le préservatif dans les relations les plus stables,	Nuances dans la mesure des comportements à risque et impact de l'émotionnel dans l'évaluation du risque.

	Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
			rétrospectif sur deux ans.		courte durée dans l'ensemble. Cela, comparé à l'exposition potentielle au risque que l'on déduit du comportement au premier rapport sexuel, fait que l'exposition réelle au risque, basée sur la vraie durée des relations sexuelles, est en réalité plus basse, mais pas négligeable pour autant.	sans pour autant avoir une perception objective du risque encouru. Le comportement sexuel doit être analysé dans la durée ainsi qu'en tenant compte du contexte relationnel pour une juste mesure des risques encourus. En outre, l'émotivité dans les relations stables affecte le jugement des adolescents en ce qui concerne les niveaux de risques.	
14	**Brook et *al*. 2006**	Test d'un modèle identifiant les pistes conduisant aux comportements sexuels à risque chez les adolescents sud Africains.	Enquête quantitative auprès d'adolescents de 12 à 17 ans à Durban, Afrique du sud.	« structural equation modeling ».	La piste majeure identifiée indique que la pauvreté de la famille est associée à un dialogue difficile entre parents et enfants, lequel est lié à la vulnérabilité personnelle et aux comportements sexuels. Cela est également associé à la fréquentation de pairs aux comportements déviants, ce qui, à son tour est lié au comportement sexuel à risque.	La pauvreté, le dialogue avec les parents, la personnalité et les vulnérabilités personnelles, l'influence des pairs figurent parmi les facteurs d'exposition des adolescents au risque.	Influence autant de l'environnement socioculturel que des ressources personnelles de l'individu sur la prise de risque.
15	**Simbayi et *al* .2006**	Etudier les risques de VIH chez les hommes ayant déjà usé de violences sexuelles sur des femmes en Afrique du Sud.	Enquête quantitative auprès d'hommes de Cape Town en Afrique du Sud.	Analyse quantitative descriptive et explicative.	Phénomène important en Afrique du Sud, puisque 23% des hommes interrogés reconnaissent avoir déjà agressé sexuellement une femme. Ils sont parmi les plus jeunes, ceux qui ont eu le plus de partenaires, plus d'épisodes d'ulcères génitaux et plus enclins à avoir payé pour avoir des rapports sexuels. Ils sont également plus susceptibles de prêter foi aux mythes entourant le viol.	Les hommes se livrant au viol constituent un vecteur important de transmission des IST sida. Ce comportement pourrait avoir sa source dans les croyances. Ils constituent donc une population à risque devant être ciblée par les programmes.	Les violences sexuelles constituent un vecteur à prendre en compte dans les comportements à risque.

Références		Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Orientation théorique	Commentaire
16	**Beninguisse 2007**	Point sur la sexualité prémaritale et la santé reproductive des adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne.	Littérature	Revue de littérature	Nécessité d'études poussées sur la double protection, méthode idéale, perceptions des jeunes en la matière.	Au vu de la difficulté à bien étudier le phénomène avec les données EDS qui sont transversales, les enquêtes biographiques sont indispensables pour bien étudier la gestion des risques chez les jeunes.	Importance de l'étude de la double protection en utilisant des méthodes appropriées.
17	**Vimard et *al.* 2007**	Point sur les changements contemporains de fécondité et de santé reproductive dans les pays du sud.	Littérature	Revue de littérature	L'offre massive de services de SR et l'amélioration du niveau de connaissances ne suffisent pas à impulser des changements de comportements sanitaire et reproducteur.	Nécessité d'intégration des programmes de PF et de VIH. Intérêt des recherches qui identifient les déterminants et cherchent à comprendre les mécanismes qui conditionnent l'adoption et la diffusion des comportements ayant un lien avec la reproduction et la santé.	Eléments justificatifs de l'intégration des services de prévention en direction des jeunes. Intérêt des recherches explicatives approfondies en matière de sexualité et de prévention.

Annexe 2.1. : Aperçu des études sur la prévention des IST/Sida et/ou des grossesses non prévues chez les jeunes au Burkina Faso

Références		Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
1	**Mc Ginn et *al.* 1989a**	Relever les comportements, attitudes et pratiques des femmes de Ouagadougou envers la planification familiale. Objectif : Mesurer dans le cadre d'une enquête de base, les indicateurs de départ d'un projet de recherche opérationnelle sur la PF à Ouagadougou.	Enquête par questionnaire auprès de 1007 femmes de 15 à 49 ans à Ouagadougou. Enquête de base d'une recherche opérationnelle visant à développer l'offre de services de PF à Ouagadougou.	Analyses bivariées. Tableaux croisés.	- Conformément aux orientations du premier programme de PF qui étaient de sensibiliser dans un premier temps les populations sur la PF, les enquêtés avaient une bonne connaissance générale de la planification familiale mais peu d'informations détaillées sur les méthodes. - 64% des personnes enquêtées ont entendu parler d'au moins une méthode contraceptive moderne. - Seulement 4,9% des personnes enquêtées utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. - 41% des femmes pratiquent l'abstinence post-partum et les méthodes traditionnelles sont largement pratiquées. - Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives modernes varient fortement selon divers facteurs dont l'instruction. - Les enquêtés se disent pour la plupart prêts à utiliser une méthode contraceptive moderne.	Intensifier les actions de sensibilisation et disponibiliser les services de PF pour la population.	Il s'agit d'une des premières études CAP réalisées au Burkina Faso sur la PF, quatre ans après la mise en œuvre du premier programme de PF.
2	**Mc Ginn et *al.* 1989b**	Relever les comportements, attitudes et pratiques des hommes de Ouagadougou envers la planification familiale.	Enquête par questionnaire auprès de 603 hommes de Ouagadougou. 4 groupes de discussion dirigée menés auprès d'hommes à Ouagadougou.	Analyses bivariées des données quantitatives. Analyse de contenu des données qualitatives.	- 75% des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive moderne, mais cette connaissance est superficielle. - 90% d'entre eux connaissent au moins une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle. - Près de 19% des hommes ont déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, y compris le préservatif. - L'usage du préservatif semble associé aux rapports sexuels occasionnels avec des prostituées et dans le but de se protéger des MST.	- Vue l'attitude positive de la plupart des hommes à l'égard de la PF, les programmes devraient éviter de considérer que les hommes sont hostiles à la PF. - des informations pertinentes sur la PF devraient être	-Une des premières études s'étant intéressées aux opinions des hommes sur la PF au BF. Montre l'intérêt de prendre leur point de vue en compte dans la conception des programmes et de ne pas les considérer d'emblée

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
	Objectif : Mesurer dans le cadre d'une enquête de base, les indicateurs de départ d'un projet de recherche opérationnelle sur la PF à Ouagadougou.			- 64% des non utilisateurs se disent prêts à utiliser une méthode contraceptive moderne dans le futur. - les résistances à l'utilisation de la contraception moderne chez les hommes viennent de leurs convictions religieuses, de leur peur des effets secondaires de ces méthodes, ou du fait qu'ils pensent qu'elles rendront leurs épouses infidèles et qu'ils perdront le contrôle sur elles.	délivrées aux hommes. - des recherches qualitatives doivent être menées pour mieux comprendre les besoins des hommes en matière de PF. - les services de PF doivent être vulgarisés.	comme des obstacles.
3 Gorgen et *al.* 1993	Décrire la situation des élèves enceintes dans une ville du Burkina Faso sur le plan de leur situation personnelle, de leur environnement social et de la situation de leurs enfants.	Groupes de discussion dirigée avec différents groupes sociaux. Entretiens individuels approfondis avec les jeunes filles, des parents, des enseignants, des prestataires de services de SR.	Analyse du contenu.	Quatre principaux facteurs semblent conduire ces jeunes filles à une grossesse : l'insuffisance d'informations sur la contraception, les sentiments ambivalents à propos de la grossesse et de la contraception, les messages contradictoires sur la maternité chez les jeunes femmes et la faible estime de soi des jeunes filles, d'où un faible pouvoir de négociation face à leurs partenaires. - Les programmes de planning familial ont du mal à répondre aux besoins des jeunes élèves. - Les jeunes filles scolarisées sont exposées aux messages contradictoires sur la virginité avant le mariage, le besoin de s'identifier aux pairs et la nécessité de prouver leur fertilité à leur âge où leurs consœurs sont mariées et mères. - Les prestataires, les parents et les enseignants ont tendance à penser que fournir des informations et des services de PF aux jeunes filles les encourage à avoir une vie sexuelle.	- Les programmes de PF devraient adopter des stratégies pour répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes filles. - Le pouvoir de négociation de ces jeunes filles doit être renforcé. - Les jeunes filles doivent disposer de méthodes contraceptives qui ne nécessitent pas la collaboration du partenaire. -Des recherches sont nécessaires sur le rôle du partenaire masculin afin de	Cette étude apporte une bonne compréhension des facteurs d'exposition des jeunes filles urbaines et scolarisées aux grossesses non désirées, et sur le rôle de l'environnement. On remarquera le lien entre attentes de la société envers les jeunes filles, désir ambivalent d'enfant et grossesses plus ou moins indésirées.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
					dépasser la vision simpliste du « *sugar daddy* » et mieux comprendre les mécanismes en jeu.	
4 Millogo et Traoré 1995	Revue documentaire des programmes et des recherches menées sur les connaissances, attitudes et pratiques de PF et MST/SIDA au BF depuis 1985. Objectif : faire le point des programmes et des recherches menées sur les connaissances, attitudes et pratiques de PF et MST/SIDA au BF depuis l'introduction officielle de la planification familiale dans le pays.	Ressources documentaires	Revue documentaire	- Une trentaine d'études ont été réalisées sur le sida au Burkina Faso entre 1985 et 1995. Elles se concentrent sur les villes. Un effort est néanmoins fourni pour atteindre les populations périphériques. 11 provinces ont ainsi été touchées. - Ces études, majoritairement menées dans le cadre ou en prélude à des programmes d'intervention, s'intéressent majoritairement aux comportements, attitudes et pratiques des populations en matière de sida. - Une dizaine d'études ont été menées dans le cadre de l'implantation de programmes de PF. - Elles ont permis de relever une adhésion générale à la PF, des connaissances superficielles des méthodes modernes, une réticence chez certains groupes tels que les hommes, les personnes âgées et les ruraux. - La source des réticences va pour les hommes vers la crainte de perdre le contrôle sur leurs épouses et, pour une bonne part, la crainte des effets des méthodes contraceptives moderne sur la fertilité.	- Mener des études qualitatives plus poussées, des études de prévalence du sida en vue de mieux cerner le phénomène. - Atteindre les populations rurales. - Améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de service tant en matière de PF que de prévention du sida, de disponibilisation de préservatifs. - Utiliser des stratégies d'intervention participative, notamment auprès des jeunes.	Revue assez complète des études menées dans les dix ans après la notification des premiers cas de sida au Burkina Faso et après l'introduction officielle de la PF. Elles ont été initiées pour la plupart à des fins de programme. Il s'agit en majorité d'études CAP ou d'études visant à comprendre les attitudes des populations envers les programmes.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
5 Cerpod 1996	Mieux connaître et comprendre l'importance de la sexualité chez les adolescents dans cinq pays du CILSS (Burkina Faso, Mali, Niger, Gambie et Sénégal), comprendre l'évolution et les différences de comportement sexuel, les connaissances et attitudes sur la PF et le sida, les différences dans l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes mariées et non mariées. Objectif : Contribuer à l'élaboration de stratégies appropriées pour l'amélioration de la SR des adolescents dans ces pays.	Données quantitatives et qualitatives. Enquête par questionnaire, entretiens individuels et focus groups.	Analyses bivariées (tableaux croisés). Analyse du contenu.	- L'étude démontre l'urgence des problèmes de santé reproductive des adolescents. - L'âge au premier mariage des adolescents est encore très précoce en milieu rural. - Les connaissances en matière de prévention sont partielles et superficielles chez les adolescents, encore plus chez les filles que chez les garçons. - Les filles scolarisées ont plus de chance que celles non scolarisées d'échapper au mariage précoce. - Il y a un manque de communication entre parents et adolescents sur la sexualité. - Les adolescents urbains sont de plus en plus sexuellement actifs. - Il y a des obstacles à la fréquentation des services de SR par les adolescents (l'attitude des prestataires qui condamnent l'activité sexuelle chez les adolescents, la honte, le coût des prestations).	- Disponibiliser des services pour les jeunes. - Les impliquer dans la mise en œuvre des programmes de SR. - Eduquer aussi bien les adolescents que les parents et mettre l'accent sur l'ensemble des relations hommes femmes et non pas seulement sur la sexualité. - Approfondir les recherches sur la SR des adolescents, particulièrement ceux de Dakar. - Mener des études pour mieux comprendre le point de vue des hommes mariés sur la PF. - Elaborer des indicateurs plus performants pour mesurer les connaissances en matière de prévention.	Montre l'importance des besoins non satisfaits chez les jeunes au Burkina Faso.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
6 Andro et *al.* 2002	Comparaison des demandes des hommes et femmes en termes de contraception au Burkina Faso et au mali, avec un regard comparatif sur le Ghana. Objectif : Déterminer par une analyse des besoins des couples, la demande contraceptive du couple et son ilien avec la pratique contraceptive.	Données EDS du Burkina Faso (1995-96), du Ghana (1993) et du Mali (1993).	-	- L'information collectée auprès des femmes seules donne une idée biaisée de la demande contraceptive des couples. Cela est inapproprié au vu du rôle que jouent les hommes dans la pratique contraceptive de ces couples. - Les pratiques contraceptives des couples semblent plus en accord avec la demande exprimée par les hommes ou par le couple qu'avec celle de la femme uniquement. - Les jeunes couples semblent avoir des vues plus convergentes en matière de reproduction et de contraception que les plus âgés.	Analyser désormais la demande contraceptive à partir des données sur les couples.	Met l'accent sur l'importance d'analyser conjointement les besoins contraceptifs des hommes et des femmes.
7 Guiella 2004	Rapport de synthèse sur les études, recherches et programmes en matière de SR des jeunes au Burkina Faso. Identification des lacunes en matière d'information qui peuvent orienter la recherche et les programmes futurs.	Ressources documentaires	Recherche documentaire	- De nombreuses actions ont été entreprises au Burkina Faso dans le domaine de la santé reproductive des jeunes mais beaucoup reste à faire. - Il demeure d'énormes besoins non satisfaits chez les jeunes. - L'accès à l'information, au dépistage du sida et aux services de SR reste très limité chez les jeunes. - Les jeunes ont du mal à fréquenter les services existants. - Les jeunes non scolarisés sont très peu atteints par les programmes de SR. - Les actions en matière de SR au Burkina Faso sont peu coordonnées.	- Coordonner davantage les actions en matière de SR dans le pays, dans le cadre de programmes cohérents. - Développer la recherche sur la conscience du risque par les adolescents et les raisons qui les poussent à s'engager dans des comportements à risque.	Montre la nécessité d'investiguer plus en profondeur sur la gestion des risques chez les jeunes.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
					- Dépasser le cadre des études CAP pour aller vers des études approfondies pour mieux connaître le processus de prises de risques en vue d'adapter les stratégies d'intervention.	
8 Bédard 2005	Améliorer la compréhension du rôle des rapports de genre et de la sexualité dans les comportements sexuels à risque de sida chez les clients et autres partenaires des travailleuses du sexe de Ouagadougou	Entretiens qualitatifs auprès de 30 hommes clients ou partenaires des TS. Enquête par questionnaire auprès de 249 clients de TS.	Analyses du contenu. Régressions logistiques. Analyses discriminantes.	- Présence d'une vulnérabilité féminine et masculine au VIH propre au milieu de la prostitution et ancrée dans les normes sociales et de genre. - Existence d'un lien entre les normes sociales et sexuelles et l'intention d'utiliser le préservatif chez ces hommes.	Développer les recherches vivant à comprendre les liens entre genre sexualité et prévention non seulement en milieu prostitutionnel mais auprès de la jeunesse en général.	Etude mixte poussée qui établit clairement la dynamique des rapports sexuels et de la prévention du sida dans ce milieu.

Références		Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
9	**Khan et *al.* 2006**	Examiner les différences en matière de prévention du sida dans le comportement sexuel des populations en milieu urbain, rural et dans les zones frontalières au Burkina Faso. Objectif : Apporter des informations utiles pour orienter les programmes de façon appropriée dans les différents milieux de résidence. Application de la méthode PLACE afin de déterminer les sites prioritaires pour les programmes de prévention du sida dans deux districts sanitaires du pays (Banfora et Tenkodogo).	Collecte des données en trois séries d'interviews. En définitive, enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif d'individus fréquentant les lieux les plus cités comme étant des lieux favorisant les rencontres sexuelles.	Analyses bivariées, tableaux croisés. Analyse multivariée	- Les personnes vivant en milieu urbain et dans les zones frontalières ont eu plus de nouveaux partenaires sexuels que ceux vivant dans les zones rurales pendant la période considérée. - Les femmes de la ville de Tenkodogo et de la ville frontalière du district sanitaire de Banfora apparaissent comme les plus soumises au multipartenariat. - Elles ont déclaré avoir eu en moyenne 8 nouveaux partenaires durant le mois ayant précédé l'enquête contre au plus un nouveau partenaire chez les autres enquêtés. - Les résultats montrent un important besoin de promotion du préservatif dans les zones urbaines et frontalières. - Une proportion non négligeable d'hommes et de femmes des zones rurales ont reporté de nouveaux et multiples partenariats sexuels, tandis que l'usage du préservatif y est moins fréquent que dans les autres zones.	La promotion du préservatif devrait être faite sur les sites de rencontres sexuelles.	Cette étude apporte une contribution à l'identification des populations et des lieux à risque.
10	**Guiella et Woog 2006**	Evaluer chez les adolescents les comportements qui les exposent aux IST/SIDA et aux grossesses non désirées,	Enquête nationale sur les adolescents 2004. Enquête représentative au plan national, des régions et des	Analyses bivariées. Tableaux croisés. Rapport descriptif	- De nombreux comportements à risque persistent chez les adolescents. - La fécondité demeure précoce : 17% des filles de 15 à 19 ans ont déjà eu un enfant. Importante cause de morbidité et de mortalité maternelle. - Les connaissances sur le cycle reproductif sont faibles chez les adolescents.	- Ajouter au paquet minimum de soins prénataux des stratégies visant à minimiser les conséquences	Vue d'ensemble sur l'état de la SR des adolescents au Burkina Faso en 2004. Première étude du genre, qui permet de toucher

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
	documenter les obstacles que rencontrent ces adolescents dans la recherche de services et d'information en matière de santé sexuelle et reproductive, fournir de nouvelles informations sur les connaissances et comportements des très jeunes adolescents. Objectif : Volet du projet protéger la prochaine génération : Comprendre les risques liés au VIH chez les jeunes (Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda).	milieux de résidence. Adolescents de 12 à 19 ans. Volet quantitatif (questionnaire ménage et adolescent) et volet qualitatif (discussions dirigées de groupe avec les adolescents et entretiens approfondis avec divers publics).		- L'utilisation du préservatif est loin d'être systématique chez les adolescents, y compris en cas de multipartenariat. - Les parents sont très peu impliqués dans l'éducation sexuelle de le leurs enfants. - L'excision touche 47% des filles de 12 à 14 ans et 63% des 15-19 ans. - L'étude est parvenue à la réalisation d'un cadre conceptuel de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.	des grossesses précoces. développer des stratégies de communication entre parents et enfants sur la sexualité. - Améliorer la connaissance et l'accès au test de dépistage du sida. - Développer des stratégies de revalorisation sociale de l'abstinence jusqu'au mariage. - Le milieu rural doit être davantage ciblé dans la lutte contre le sida. - La santé sexuelle et reproductive des adolescents mérite la plus grande attention au niveau politique.	du doigt les sources d'inquiétude. La gestion des risques liés à la sexualité en est une.
11 Bankole et *al.* 2007	Connaissance par les adolescents de la bonne utilisation du préservatif au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda. Régularité de	Enquêtes Nationales sur les Adolescents réalisées en 2004 dans les quatre pays	Analyses bivariées et multivariées (régressions logistiques)	- Au Burkina-Faso, au Ghana et en Ouganda, les adolescents qui ont vu une démonstration du préservatif ont 2 à 5 fois plus la possibilité d'avoir une bonne connaissance que ceux qui n'ont pas vu de démonstration. - L'âge, avoir jamais reçu des cours sur l'éducation sexuelle à l'école, avoir jamais fréquenté une école et l'exposition à la radio,	- Des efforts devraient être faits pour mettre en place davantage de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles, adaptés	Met le doigt sur l'insuffisance de connaissances opérationnelles chez les jeunes, ce qui est une entrave à une double protection correcte.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées-Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
	l'utilisation du préservatif chez les adolescents des quatre pays. Objectif : Contribuer à l'amélioration des programmes pour une meilleure double protection chez les adolescents. Unique méthode ponctuelle de double protection et adapté à l'activité sexuelle épisodique des adolescents, le préservatif ne doit pas seulement être utilisé, mais être utilisé correctement et régulièrement pour aider à une double protection correcte chez ces derniers.		.	constituent aussi des indices importants de la connaissance du bon mode d'emploi, surtout chez les hommes. - Seulement 38% des adolescents ayant eu au moins deux rapports sexuels lors des 3 mois précédant l'enquête au Burkina-Faso, 47% au Ghana, 20% au Malawi et 36% en Ouganda ont déclaré avoir constamment utilisé le préservatif pendant cette période. - La disparité d'âge entre les partenaires est un déterminant important de l'usage constant des préservatifs. Les jeunes hommes dont les partenaires étaient plus jeunes de 0-4 ans ont environ deux fois et demi plus utilisé constamment le préservatif que ceux dont les partenaires sont moins âgées de 5-9 ans. - D'autres indices importants de l'usage constant des préservatifs sont la résidence, l'instruction, les caractéristiques du logement et l'exposition aux médias, en particulier la radio et le journal. - Une proportion importante d'adolescents scolarisés dit ne pas disposer de programme d'éducation sexuelle à l'école. - Les garçons ont une meilleure connaissance que les filles de l'utilisation correcte du préservatif dans les 4 pays. - Les filles ont moins été exposées que les garçons aux messages sur l'utilisation du préservatif.	aux adolescents. - Il faudrait également atteindre les jeunes hors du système scolaire. Les mass média peuvent être un moyen efficace pour cela. - Les programmes qui encouragent les relations amoureuses entre pairs et qui développent le pouvoir de négociation chez les jeunes femmes seraient utiles pour améliorer la prévention chez les adolescents. - Il est nécessaire d'accroître la disponibilité des préservatifs chez les adolescents.	
12	**Biddlecom et *al.* 2007**	Utilisation des services de SR par les adolescents de 4 pays d'ASS et leurs préférences en la matière. Objectif : Fournir des informations sur	Données des Enquêtes Nationales sur les Adolescents (ENA) menées en 2004 au Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda. Données	Analyses bivariées.	- Les services de contraception et de prévention des IST et le test de dépistage sont encore sous-utilisés par les adolescents sexuellement actifs. - Une grande proportion des adolescents sexuellement actifs n'ont pas eu recours à la contraception ou n'ont pas recherché de traitement pour des IST parce qu'ils ne savaient pas où obtenir ces services, n'étaient pas bien informés sur les symptômes des IST ou à cause	- Faire un effort pour atteindre ceux en dehors du système scolaire qui sont les plus nombreux et les moins informés. - Augmenter les services ouverts aux jeunes et	Dépeint les entraves à la fréquentation des services de prévention des risques par les adolescents.

Références	Objet et objectif de l'étude	Données utilisées- Méthodologie de collecte	Méthode d'analyse	Conclusions	Recommandations	Commentaire
	l'utilisation des services de prévention par les adolescents et leurs préférences en la matière dans le but d'orienter les programmes.	représentatives au plan national recueillies après d'adolescents de 12 à 19 ans.		des obstacles à la fréquentation de ces services. - Des raisons socio-psychologiques (l'embarras et la peur) et le coût financier demeurent des obstacles à l'obtention des services. - Les préférences des adolescents vont vers des cliniques publiques avec un effort pour l'accueil, la confidentialité et le coût des services. - La principale barrière à la fréquentation des services de SR par les jeunes est la stigmatisation, et dans une moindre mesure, les prestataires et l'insuffisance d'informations sur les services.	améliorer l'accessibilité, surtout en travaillant sur la confidentialité et l'accueil. -Diffuser l'information sur les IST auprès des adolescents.	

Annexe 2.2 : Effectif des infrastructures et du personnel de santé au Burkina Faso en 2006 et normes de l'OMS

Infrastructures		Personnel			
Nature	**Nombre**	**Nature**	**Nombre**	**Normes OMS (Pop/agent)**	**Situation au BF (Pop/agent)**
CHR/CHU	12	Médecins	249	10 000	56 294
Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)	42	Chirurgiens Dentistes	50	*	*
Centre médical (CM)	26	Pharmaciens	51	20 000	274 848
CSPS/Dispensaire/Maternité	1 211	Sage femme d'Etat	456	5 000	30 740
Dispensaire seul	178	Infirmiers diplômés d'Etat (IDE)	1 695	3 000	8 270
Maternité seule	18	Infirmiers Brevetés	1 575	5 000	8 900
Total	1 487	Accoucheuses auxiliaires	1777	1 000	7 888
		Agent itinérant de santé (AIS)	1 278	1 000	10 968
		Total	7 131	-	-

***Source** : Annuaire statistique DEP/Santé, 2006 et Carte sanitaire du Burkina Faso, 2005 Cités par Burkina Faso (2009g, p27)*

** Donnée absente des normes OMS*

Annexe 3.1 : Guide d'entretien hommes et femmes ECAF

La contraception d'urgence : un moyen d'améliorer la santé reproductive en Afrique ? Guide Femme/Homme: septembre 2005

Présentation de l'étude

Je m'appelle [nom] et je travaille pour […]. Nous menons une enquête sur la santé reproductive et la famille dans quatre villes africaines au Sénégal, Burkina Faso, Maroc et Ghana.

Pour bien saisir ce que vous nous direz, nous aimerions enregistrer l'entretien. Cependant, je vous assure que toutes les informations recueillies seront mises en commun et que ce que vous direz restera anonyme. La cassette sera détruite après que nous en ayons tiré toutes les données y figurant.

Nous sommes très intéressés par votre opinion à vous, tout ce que vous direz nous intéresse beaucoup. ***J'aimerais ne pas parler beaucoup : j'aimerais que vous parliez librement, comme vous le désirez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.***

Aujourd'hui, de plus en plus souvent les partenaires se choisissent librement. Pensez vous que cela fasse des unions plus réussies ?

Rappel : les relations de genre (différences et relations de pouvoir entre hommes et femmes) doivent être appréhendées systématiquement tout au long de l'entretien.

Qu'en est-il de votre propre situation ? Orientez vers l'histoire personnelle de la personne interviewée, y compris son histoire sexuelle, en entrant dans le plus de détails possible.

1. La situation actuelle

L'actuelle/dernière relation :

Caractéristiques du partenaire (âge, éducation, emploi, ethnie).

Relations sexuelles : premier rapport sexuel avec partenaire actuel (souhaité ?, contraception, VIH), vie sexuelle (satisfait ?), que se passe-t-il si les partenaires ne sont **pas d'accord** à propos de la sexualité ? Existe-t-il de la violence domestique ?

Relations sexuelles avec d'autres depuis que la personne est avec ce partenaire ? Et le/la partenaire ? Prévention VIH ?

Contraception utilisée : toutes les méthodes de contraception utilisées jusqu'à présent avec ce partenaire (est-ce que les partenaires **étaient d'accord, qui a choisi** ?), expérience dans leur utilisation : régularité, **difficultés**, **effets secondaires** connus et perçus ?

Toutes les grossesses, grossesse non désirée ? **avortement** ? fausse couche ?

Nombre idéal d'enfants, qu'il/elle a et qu'il/elle veut (différence entre les partenaires sur le nombre et l'espacement ? Qui prend les décisions à ce sujet ?) Opinions sur **l'importance des enfants** et d'avoir des enfants. Opinions quant à la réduction ou l'espacement des naissances et aux possibilités qu'offre la contraception ?

L'accès actuel à la contraception auprès d'un prestataire médical ou traditionnel (facilité d'accès, relation avec le prestataire, autonomie de choix)

L'autonomie financière de la personne interrogée, conditions de vie et réseaux de soutien

Qui fait quoi, qui décide quoi et qui paye quoi (maison, cuisine, enfants, éducation).

2. premier rapport sexuel sans et avec pénétration

Age du/de la répondant(e) et du/de la partenaire.

Caractéristiques du premier partenaire

Type de relation (une nuit, durée de la relation, sentiments amoureux, depuis combien de temps se connaissaient-ils avant d'avoir un rapport sexuel)

Est-ce qu'une contraception a été utilisée ? Et un moyen de prévention du VIH/Sida ?

Qui a été à l'initiative du premier rapport sexuel ? Est-ce qu'il était souhaité par le répondant ? et par le partenaire ?

Raison de la rupture

3. Biographie contraceptive

Les méthodes de contraception déjà utilisées : opinions, connaissance et expériences d'utilisation. Est-ce que le prix est abordable? Difficultés d'utilisation de la contraception. Insister sur tous les **échecs** de contraception (grossesses non désirées, naissance hors mariage, **avortement**, retard de règles) : quelle méthode était utilisée juste avant et juste après l'échec, que s'est-il passé avec la contraception du moment, informations sur le partenaire.

Connaît-il quelqu'un qui a eu un avortement ?

Nombre de partenaires sexuels en incluant l'actuel. Déjà eu une IST, un test HIV ?

Parle de contraception et de prévention du VIH à leurs enfants ?

4. Opinions

Pensez-vous que la **vie est plus dure pour les femmes** ou pour les hommes ?

Opinion sur la **sexualité** (pré-maritale, extra-maritale, polygamie). Opinions sur les besoins et les attentes des hommes et des femmes en matière de sexualité (certains pensent que les hommes ont besoin d'avoir des rapports sexuels plus fréquemment, qu'est-ce que vous en pensez ?)

L'avortement : D'après vous pourquoi des personnes avortent ? Opinion sur l'accès à un avortement (sans danger) médicalisé ; opinion sur la légalisation de l'avortement.

Demandez si le répondant est au courant de la **violence conjugale**. Quelle est son opinion sur le sujet ? Est-ce qu'il y a des moments où il est normal pour un partenaire d'être violent à l'égard de l'autre ?

5. Contraception d'urgence (CU)

Est-ce que le répondant la connaît ? (progestative et œstroprogestative)

Est-ce que le/la répondant(e) l'utilise ou l'a déjà utilisée. S'il l'a déjà utilisée (progestative et œstroprogestative), alors dans quelles circonstances ?

Qu'est-ce que le répondant pense de la CU ? À quel genre de personne pourrait-elle être utile ? Est-ce qu'il connaît quelqu'un qui l'a déjà utilisée ?

Sait-il que l'on peut se la procurer sans prescription ? (sauf au Maroc)

Si nécessaire expliquer la CU au répondant

La contraception d'urgence est utilisée après un rapport sexuel non protégé (ce n'est pas comme les autres contraceptions que vous devez prendre avant le rapport). Elle est aussi connue sous la désignation de « pilule du lendemain ». Elle est prise après que vous ayez eu des relations sexuelles afin de prévenir une grossesse. Vous devez la prendre dans les 3 à 5 jours après le rapport sexuel. Vous pouvez vous la procurer sans prescription dans les cliniques de PF, mais aussi dans les pharmacies. Quelle est votre opinion sur cette pilule ?

6. Variables socio-démographiques

Âge, lieu de naissance

Nationalité, ethnie

Père & mère : emploi actuel, & leur travail quand le/la répondant(e) avait 15 ans, leur niveau scolaire

Polygamie, divorce ou séparation des parents

Elevé par qui ? Où (milieu rural, villes secondaires, la capitale) ? Depuis quand est-t-il dans la capitale ?

Religion des parents, religion du/de la répondant(e), importance de la religion pour le/la répondant(e)

Combien de frères et de sœurs, rang de naissance

Scolarité, raison de son interruption le cas échéant, regret ou satisfaction

Inégalités entre hommes et femmes, frères et sœurs d'après l'expérience du/de la répondant(e), en termes de scolarité, d'activité professionnelle des femmes etc.

Activité, profession, petits boulots

Auto estimation de sa situation financière : très bonne, OK, juste assez, difficile, ne s'en sort pas sans aide, (qui aide ?)

Caractéristiques du partenaire actuel (ou du dernier) si on ne l'a pas obtenu au début

Dernières questions

Revenez en arrière sur tous les points clés et cochez les cases afin d'être sûr que tout a été traité.

Demandez au/à la répondant(e) de comparer les relations entre les hommes et les femmes dans sa propre vie par rapport aux relations entre les hommes et femmes dans la vie de son père ou de sa mère, et celles envisagées pour les enfants.

Enfin, demandez au/à la répondant(e) s'il/elle veut ajouter quelque chose.

Prévoyez de revoir le répondant à nouveau afin de compléter l'entretien, ou si des clarifications sont nécessaires.

MERCI BEAUCOUP DE NOUS AVOIR ACCORDE UN PEU DE VOTRE TEMPS !

Annexe 3.2 : Exemple de trajectoire et de portrait : Paouni

Paouni, l'étudiant qui jongle entre sa titulaire, sa deuxième copine et les occasions.

Portrait

Paouni, 26 ans, est né à Ouahigouya (ville moyenne à environ 200 km au nord de Ouagadougou) au sein d'une famille monogame de sept enfants. Il en est le cinquième. Son père est commerçant et sa mère infirmière. Après son bac, il a rejoint ses frères aînés à Ouagadougou pour ses études universitaires. Ses frères aînés ont réussi, l'un est professeur d'université et l'autre douanier. Malgré des débuts difficiles, il fait de brillantes études. Après une année blanche à l'UO, il abandonne la filière Maths Physiques malgré l'obtention du DEUGII pour faire des études en sciences économiques. Il est actuellement en année de licence. Il réside actuellement chez son frère douanier qui l'habille, le nourrit et lui donne tout ce dont il a besoin. Il reçoit aussi de l'argent de son autre frère ainsi que de sa maman quand il en demande. Il donne aussi des cours à domicile à des lycéens. Ses dépenses mensuelles peuvent aller jusqu'à 50000 FCFA[266], uniquement pour le carburant et les loisirs. Comme il le dit, il n'a pas de soucis financiers ; son seul regret est d'être dépendant de sa famille. Il vit dans un environnement social et économique assez aisé qui fait qu'il n'a pas de soucis particuliers en dehors de ses études. Il dépense beaucoup pour ses sorties et avec les filles. Il est musulman de naissance, croyant mais pas très pratiquant.

Dès l'âge de 16 ans (plutôt 14 d'après nos calculs), il profite du « *gibier* » (fille qu'ils ont convaincue de coucher avec eux) de deux copains pour découvrir les rapports sexuels. Ils ont eu tous les trois des rapports sexuels avec la même fille le même jour sans protection. Préoccupés par l'envie de découvrir l'autre sexe, ils ignoraient tous les risques qu'ils couraient. Après cette occasion en classe de cinquième, c'est à partir de la classe de première (au moins quatre ans après) qu'il a eu une vie sexuelle régulière. Hormis lors de son premier rapport, il a toujours utilisé le préservatif jusqu'à sa copine titulaire. Même quand ses partenaires disaient être sous contraception, il ne s'en occupait pas et insistait pour se protéger, à la fois contre les grossesses et les maladies. Il a quand même connu des difficultés parce qu'il a eu plusieurs ruptures de préservatif, avec plusieurs filles. Il vit actuellement entre deux copines régulières et des relations occasionnelles. Paouni a rencontré sa « *titulaire* » au campus il y a trois ans. Ils fréquentent ensemble la première année de sciences économiques, travaillent ensemble en deuxième année et la relation évolue peu à peu en amour. Il l'aime beaucoup parce qu'ils ont le même goût pour l'ambiance, les sorties le soir, …. Elle est très libre avec lui sur le plan sexuel et il adore cela. Il dit n'avoir jamais rencontré quelqu'un comme elle. Tous deux n'ont pas de complexe dans l'expression de leur sexualité. Ils s'entendent bien sur ce plan et ne s'en cachent pas (ils se caressent en public, il met sa main dans le pantalon de la fille en public, etc. ce qui serait jugé par la majorité des filles comme outrancier). Ils utilisent systématiquement le préservatif au premier rapport sexuel. Elle le laisse s'en occuper, c'est lui qui s'en procure dans les boutiques ou en pharmacie. Il change de marque quand il a un incident avec un préservatif. Ils se protègent à la fois contre les maladies et les grossesses. Leur relation sexuelle semble guidée par sa copine de 23 ans. Ils forment un couple, elle est connue de sa famille. On ne sait pas grand-chose sur la famille de la fille, elle vit en cité universitaire. Pendant cette relation il en a eu beaucoup d'autres, des relations d'un soir et une copine de quartier avec laquelle il couche plus régulièrement à l'insu de sa titulaire. Il utilise aussi le préservatif avec cette dernière. Il y a quelques mois, ils ont connu une rupture de préservatif

[266] Environ 76 euros.

avec sa deuxième copine alors qu'elle disait être en période d'ovulation. Pris de panique, il a approché un de ses amis qui avait déjà utilisé la pilule du lendemain ; ce dernier l'a accompagné dans un centre de services pour jeunes (centres mis en place par le Ministère de la santé et l'ABBEF). On lui a délivré la CU (le Postinor® certainement) à 1000FCFA (1,52 euros, prix subventionné). La prestataire a exigé que la fille vienne elle-même la prendre parce que les garçons ont tendance à être inconscients et à revenir pour les mêmes problèmes selon elle. Il a alors usé d'une astuce, faisant venir la copine de son ami, à qui on a donné le produit. Il l'a alors récupéré pour sa copine. Lors du counselling, la prestataire a également insisté sur le fait que la CU ne devait pas servir de contraception ordinaire et que sa prise répétée pouvait avoir des répercussions sur la fécondité de la femme. Sa copine l'a prise, il n'y a pas eu de conséquence à part une perturbation de son cycle. Plusieurs fois « *complice* » d'avortement de ses amis et de sa cousine, il était prêt à y recourir si une grossesse survenait. Depuis cet incident, il est plus attentif au port du préservatif et évite de boire avant d'avoir des rapports car cela favoriserait ces difficultés selon lui. Avec sa copine titulaire, ils ont fait leur test de dépistage à deux reprises (à son instigation à elle) lors des campagnes en milieu universitaire. Depuis lors, rassurés sur leur statut, ils utilisent de moins en moins le préservatif. Une fois écartée la peur du Sida, reste la contraception. Ils utilisent donc le préservatif en période féconde et en dehors de cela il pratique parfois le retrait ou carrément des rapports non protégés, mais seulement avec elle. Ils n'ont jamais eu de problème hormis les ruptures du préservatif sans conséquence. Il arrive à pratiquer le retrait sans difficulté. Il avoue qu'il utilise le préservatif seulement par nécessité car il ne l'apprécie pas. Il dit avoir moins de plaisir avec le préservatif et mettre plus de temps à jouir quand il l'utilise. De plus, il a des réserves envers le préservatif qu'il estime n'être pas sûr à 100%. Il a une très bonne communication avec sa copine titulaire autour de la sexualité et de la contraception. Ils ont des jeux sexuels et discutent de leur plaisir, l'un ou l'autre négocie les rapports sexuels. Il connaît bien son cycle et calcule avec elle. Il pense également qu'on ne peut pas être tout à fait sûr avec le cycle.

Il n'a jamais fait avorter une fille mais a déjà été mêlé à des avortements (la copine de son ami et sa cousine). Il connaît plusieurs circuits, cite des prix. Il pense que ce n'est pas une bonne chose mais que cela est parfois nécessaire pour les jeunes en situation difficile ou pour ne pas avoir de naissances trop rapprochées. Il pense qu'on devrait le médicaliser et le légaliser. Il trouve que la sexualité avant le mariage est inévitable, à cause du recul de l'âge au mariage. Paouni voudrait avoir, quand il serait prêt et pas avant, deux ou trois enfants, à deux ans d'intervalle parce qu'il sait qu'il se mariera tard à cause des études. Sa copine en veut 2 mais il saura la convaincre. On perçoit qu'il désire avoir un avenir avec elle, même s'il n'est pas prêt pour autant à renoncer à sa vie frivole, ce qui est source de conflits. Ils ont connu plusieurs ruptures de courte durée, soit à cause de l'intransigeance de sa copine, soit à cause du fait qu'il flirte avec des filles en sa présence. Paouni a l'habitude de faire la cour à d'autres filles au vu et au su de sa copine, ce qu'elle ne tolère pas. Il se dit conscient que son infidélité est répréhensible, mais se donne comme excuse la faiblesse de la chair. Il dit être ainsi volage pour « *s'amuser* »et aussi pour avoir toujours une solution de rechange car « *on ne sait jamais* », il suit un peu la mode chez certains garçons qui veut qu'on ait plusieurs copines au cas où une vous lâche. Il cache mal une certaine fierté de réussir à jongler ainsi entre plusieurs filles à leur insu, il ne s'en cache pas auprès de ses copains qui disent de lui qu' « *il tire sur tout ce qui bouge* ». Il explique cela par la « *faiblesse* » des hommes devant les tentations, même s'il est conscient qu'il n'accepterait jamais que sa copine fasse la même chose. Il le dit bien « *parce que l'homme il est ingrat… ce qui lui appartient il ne veut pas que quelqu'un touche mais lui il peut se permettre, il se dit qu'il est l'homme, lui il peut se permettre, …bon il peut se permettre de faire des jeux de jambes*… » . Avide de sexe dans une certaine mesure, il utilise la flatterie et l'argent pour

avoir des rapports avec les filles, va parfois dans des chambres de passe ou chez des amis quand il ne peut pas les amener à la maison. Ce qu’il faut noter, c’est que Paouni aime avoir une grande emprise sur ses partenaires. Il arrive à interdire à ses partenaires occasionnelles de venir chez lui lorsque sa copine titulaire est là, ou à rompre la relation momentanément. Il est le prototype de l’homme qui arrive à instrumentaliser les rapports hommes/femmes sans le moindre regret.

Il tolère la polygamie mais réprouve les désordres qu’elle créée dans les familles. Il est contre les violences conjugales, même s’il a déjà échangé des gifles avec sa copine sous le coup de l’énervement.

Trajectoire de Paouni

Périodes, dates, âge	Origine familiale et trajectoire résidentielle	Trajectoire scolaire et professionnelle	Trajectoire affective et sexuelle	Trajectoire contraceptive et préventive	Difficultés et échecs contraceptifs	Trajectoire de vie reproductive	Evènements marquants hors du couple
Né en 1980	Né à Ouahigouya, de père commerçant, de mère infirmière (couple monogame). Cinquième de sept enfants.						
1985-1991	Réside auprès des parents à Ouahigouya	Ecole primaire					
1992-1999	Réside avec les parents jusqu'au Bac.	Secondaire	Premier rapport sexuel en cinquième (dans le calcul à 16 ans il devait être en 3ème) avec une fille occasionnelle. (moaga, non instruite). Ils étaient 3 garçons à avoir des rapports avec la même fille le même jour, sans préservatif. D'autres rapports sexuels à partir la classe de 1ère.	Premier rapport sans préservatif, les autres avec de nombreuses filles, toujours protégés.	Il a des déchirures de préservatif, sans conséquences connues.		
1999-2000	Il réside chez son frère aîné, Professeur à l'U.O à Ouagadougou	Université en Maths physique. (année invalidée).	Toujours des rapports sexuels occasionnels.	Préservatif toujours	Il a des déchirures de préservatif, sans conséquence.		Il n'est pas dans le besoin, n'a pas de gros soucis à part ses études. Il s'amuse beaucoup, sort beaucoup.
2002-2003		Abandon de la filière MP pour SEG (science économique et de gestion) mais	Rencontre avec sa copine titulaire				

Périodes, dates, âge	Origine familiale et trajectoire résidentielle	Trajectoire scolaire et professionnelle	Trajectoire affective et sexuelle	Trajectoire contraceptive et préventive	Difficultés et échecs contraceptifs	Trajectoire de vie reproductive	Evènements marquants hors du couple
		obtient le DEUG II en MP					
2003-2004		2ème année en SEG	Rapprochement avec la fille. Dès la deuxième rencontre, embrassades, caresses. Trois mois après, premier rapport sexuel (un midi après avoir bu du vin, amusement, excitation, pénétration)	Préservatif.			
2004, 24 ans	Il réside chez un autre frère dans le quartier cissin (douanier, il s'occupe entièrement de lui)	Licence en SEG	Rapports avec la titulaire	Préservatif. Très souvent sans préservatif avec coït interrompu en période non fertile			
2006		Licence ?	Actuellement, il a des rapports avec une fille de 22 ans dans son quartier et aussi avec sa copine titulaire	Préservatif	Déchirure du préservatif avec la deuxième copine, prise de la pilule du lendemain à 1000 F (1.52 Euro) dans un centre d'écoute pour jeune. Beaucoup d'autres déchirures de préservatifs même avec la titulaire mais sans dangers.		Il continue la « *belle vie* », a connu plusieurs crises avec sa copine à cause du caractère de celle-ci et aussi de son attitude avec les filles.

Annexe 3.3 Concepts de l'étude et items des tableaux synthétiques du vécu sexuel et préventif des enquêtés

Rubriques (concepts)	***Sous-rubriques (~= dimensions)***	**Items du tableau (~= indicateurs)**
Identification	***Nom de l'épisode sexuel et préventif concerné***	Nom de l'épisode sexuel et préventif concerné
Environnement socioculturel	***Normes sur la sexualité et la reproduction, relations de genre***	Normes et valeurs en matière de genre et de prévention dans l'environnement familial
	Atouts et contraintes de l'environnement social et familial en matière de prévention	Atouts et contraintes de l'environnement social et familial en matière de prévention
	Intervention du réseau social sur la connaissance des risques/la prévention	Intervention du réseau social sur les connaissances en matière de risques et de prévention du sida
		Intervention du réseau social sur les connaissances en matière de double risque et double protection
		Intervention du réseau social sur les connaissances en matière de risques de grossesse et de contraception
Cadre institutionnel	***Offre de services en matière de prévention***	Interactions avec les prestataires de services de SR
Capitaux personnels	***Ressources individuelles***	Sexe
		Age
		Instruction
		Compétences personnelles (lifeskills), traits de personnalité
		Autonomie financière
	Normes et valeurs personnelles	Vision des relations homme/femme
		Pratique religieuse
		Opinion sur les inégalités et les violences dans le couple
		Importance de la procréation
		Opinion sur l'avortement provoqué
		Importance du mariage
		Représentation de la sexualité hors union
		Représentation de la fécondité hors union
	Accès aux informations sur la prévention	Accès à des informations sur la prévention par l'école, les média ou la sensibilisation

Rubriques (concepts)	***Sous-rubriques (~= dimensions)***	**Items du tableau (~= indicateurs)**
Expérience sexuelle et préventive	***Expérience sexuelle***	Expérience sexuelle antérieure
	Expérience préventive	*
Statut social de la relation et attentes	***Reconnaissance sociale de la relation***	Période de vie sexuelle et affective, stade de la relation
	Reconnaissance sociale de la relation	Lien matrimonial avec le partenaire, reconnaissance sociale
	Motivations des partenaires	Attentes d'ego et du partenaire par rapport à la relation
Connaissances théoriques et attitudes face au risque	***Connaissances théoriques***	Connaissances générales sur les IST/Sida
		Connaissances générales sur la contraception
	Attitude face au risque	Motivation du test ou de l'absence de test de dépistage
Evaluation du risque dans la relation concernée	***Evaluation du risque de contracter le sida***	Perception du risque de contracter le sida
	Evaluation du risque de grossesse	Désir d'enfant du couple
		Acceptabilité d'une grossesse pour ego
	Perception du double risque	Perception du double risque
Attitude envers la prévention// choix préventif	***Attitude envers la prévention***	Test de dépistage
		Attitude envers la contraception
		Attitude envers dp
		Interaction entre les deux préventions
		Arbitrage de l'interaction entre les deux préventions
	Légitimité d'utilisation des moyens de prévention	Opinion sur les effets secondaires des méthodes médicales
Capacité de négociation en matière de prévention	***Relation de pouvoir dans le couple***	Rapport de pouvoir dans le couple
		Ecart d'âge avec le partenaire
		Différence d'instruction avec le partenaire
		Flux matériel avec le partenaire
	Interaction sexuelle	Interaction sexuelle
	Négociation de la prévention dans la relation concernée	Négociation dans le couple sur la contraception
		Négociation dans le couple sur la prévention du sida
		Négociation dans le couple sur la double protection
Accessibilité de la prévention	***Accès aux sources d'approvisionnement***	Interaction avec les services de prévention
	Accès aux méthodes de prévention via le ré seau social	Accès aux méthodes de prévention du sida (préservatifs, test) via le réseau social

Rubriques (concepts)	***Sous-rubriques (~= dimensions)***	**Items du tableau (~= indicateurs)**
		Accès aux méthodes contraceptives via le réseau social
		Accès aux méthodes de double protection via le réseau social
Connaissances opérationnelles en matière de prévention	***Connaissance des méthodes et de leur utilisation correcte***	Connaissances opérationnelles sur la prévention du sida
		Connaissances opérationnelles sur la contraception
		Connaissances opérationnelles sur la double protection
Capacité à appliquer les choix préventifs	***Utilisation correcte des méthodes et résolution des difficultés***	Prévention du sida utilisée
		Difficulté dans la prévention du sida
		Contraception utilisée
		Difficulté contraceptive
		Double protection utilisée
Prise de risque d'IST/Sida	***Exposition au sida***	Prise de risque réelle de contracter le sida
Prise de risque de grossesse	***Exposition à une grossesse non prévue***	Prise de risque réelle de grossesse
Prise de double risque	***Exposition au double risque***	Prise de double risque réelle

* L'expérience préventive est visible sur les épisodes, donc les lignes précédentes de chaque tableau synthétique.

Annexe 3.4 : Tableaux synthétiques d’épisodes sexuels et préventifs.

Voir le fichier Excel joint (tableaux d’épisodes sexuels et préventifs)

Annexe 3.5 : Questionnaire individuel adolescents de l'Enquête nationale sur les Adolescents 2004 au Burkina Faso

MINISTERE DE L'ECONOMIE
ET DU DEVELOPPEMENT
DIRECTION GENERALE DE L'INSTITUT
NATIONAL DE LA STATISTATIQUE
ET DE LA DEMOGRAPHIE

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

PROTÉGER LA PROCHAINE GÉNÉRATION
ENQUÊTE NATIONALE DES ADOLESCENTS
QUESTIONNAIRE ADOLESCENT

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE ☐☐☐
NUMÉRO DU MÉNAGE	MÉNAGE ☐☐☐
PROVINCE	PROVINCE ☐☐
COMMUNE	VIL./COM. ☐☐☐
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL ☐
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL ..... (Ouagadougou =1, Autre-Ville =2, Rural =3)	RÉSIDENCE ☐
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ(E) _____	☐☐

VISITES D'ENQUÊTEURS

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR ☐☐
				MOIS ☐☐
				ANNÉE 2 0 0 4
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	NOM ☐☐
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT ☐
PROCHAINE : DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES ☐
HEURE	_____	_____		

* CODES RÉSULTAT:

1	REMPLI	4	PARENTS/TUTEURS REFUSÉ	7	INCAPACITÉ
2	PAS A LA MAISON	5	ADOLESCENT REFUSÉ	8	AUTRE _____
3	DIFFÉRÉ	6	REMPLI PARTIELLEMENT		(PRÉCISER)

LANGUE

LANGUE DU QUESTIONNAIRE	1
LANGUE DE L' INTERVIEW***	☐
RECOURS A UN(E) INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2)	☐

***CODES LANGUES : Français=1, Moré=2, Dioula=3, Foulfouldé/Peul =4, Sénoufo =5, Autre=6.

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____ ☐☐	DATE _____ ☐☐	☐☐	☐☐

ENQUÊTE: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS/TUTEURS DE MINEURS (ÂGE 12-17 ANS)

CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la connaissance de la sexualité et sur l'utilisation des services de santé par les jeunes, les comportements sexuels qui leur font courir des risques de grossesse et les moyens par lesquels les jeunes se protègent contre ces risques. Ces informations sont destinées à aider le Gouvernement et d'autres organisations à fournir aux jeunes de meilleurs services de santé.

Nous aimerions demander à (NOM) de participer à l'enquête. Sa participation est totalement volontaire. Si (NOM) décide de participer, (elle/il) pourra refuser de répondre à une question particulière et pourra s'arrêter à tout moment si elle/il ne souhaite pas continuer.

L'entretien durera environ 45 minutes. Toutes les informations collectées à partir de cette étude resteront strictement confidentielles - nous ne communiquerons à personne les renseignements que (NOM) nous fournira durant cet entretien. Aucune information qui pourrait vous identifier ou identifier votre ménage ne sera jamais divulguée.

Si vous acceptez que (NOM) participe à cette étude, veuillez signer ou apposer vos initiales ici pour montrer que vous comprenez l'information ci-dessus et que votre consentement est volontaire.

Si vous souhaitez, je peux signer pour vous ci-dessous si vous ne vous sentez pas à l'aise de signer. Cependant, il est important que vous comprenez l'information ci-dessus et que votre consentement est volontaire.

Parent/Tuteur: _____ Date: _____

SI LA PERSONNE ACCEPTE DE PARTICIPER MAIS NE SOUHAITE PAS SIGNER/APPOSER SES INITIALES OU NE SAIT PAS LIRE OU SIGNER/APPOSER SES INITIALES:

Je soussigné [l'enquêteur] signerai ici pour indiquer que l'information ci-dessus vous a été lue, que vous acceptez que (NOM) participe à l'étude et que votre consentement est volontaire.

Signature de l'enquêteur: _____ Date: _____

LE PARENT/TUTEUR ACCEPTE QUE LE MINEUR SOIT INTERROGÉ 1 ↓ CONTACTER MINEUR ELIGIBLE POUR OBTENIR SON CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE

LE PARENT/TUTEUR N'ACCEPTE PAS . . . 2 QUE LE MINEUR SOIT INTERROGÉ ↓ FIN

ENQUÊTE: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES ADOLESCENTS

CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la connaissance de la sexualité et sur l'utilisation des services de santé par les jeunes, les comportements sexuels qui leur font courir des risques de grossesse et les moyens par lesquels les jeunes se protègent contre ces risques. Ces informations sont destinées à aider le Gouvernement et d'autres organisations à fournir aux jeunes de meilleurs services de santé.

Nous aimerions vous demander de participer à cette enquête. La participation à cette enquête est entièrement volontaire. Si vous décidez de participer, vous pouvez vous arrêter à tout moment, si vous ne souhaitez plus poursuivre. Vous pourrez également refuser de répondre à une ou des questions particulières.

L'entretien prendra environ 45 minutes. Toutes les informations collectées à partir de cette étude resteront strictement confidentielles --nous ne communiquerons à personne les renseignements que vous nous fournirez durant l'entretien. Aucune information qui pourrait vous identifier ou identifier votre ménage ne sera jamais divulguée.

Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez signer ou apposer vos initiales ici pour montrer que vous comprenez l'information ci-dessus et que votre consentement est volontaire.

Si vous souhaitez, je peux signer pour vous ci-dessous si vous ne vous sentez pas à l'aise de signer. Cependant, il est important que vous comprenez l'information ci-dessus et que votre consentement est volontaire.

Enquêté: _____ Date: _____

SI LA PERSONNE ACCEPTE DE PARTICIPER MAIS NE SOUHAITE PAS SIGNER/APPOSER SES INITIALES OU NE SAIT PAS LIRE OU SIGNER/APPOSER SES INITIALES:

Je soussigné, [l'enquêteur] signerai ici pour indiquer que l'information ci-dessus vous a été lue, que vous acceptez de participer à l'étude et que votre consentement est volontaire.

Signature de l'enquêteur: _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE D'ÊTRE INTERROGÉ(E) ... 1 → COMMENCER L'ENTRETIEN

L'ENQUÊTÉ(E) N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE INTERROGÉ(E) ... 2 → FIN

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE DE DÉBUT DE L'ENTRETIEN.	HEURE ..... ☐☐ MINUTES ..... ☐☐	
102	ENCERCLER LE CODE POUR LE SEXE DE L'ENQUÊTÉ(E)	HOMME ..... 1 FEMME 2	
103	En quel mois et en quelle année êtes-vous né(e) ?	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS MOIS ..... 98 ANNÉE ..... ☐☐☐☐ NE SAIT PAS ANNÉE 9998	
104	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... ☐☐	
105	VÉRIFIER 104 A 12-19 ANS ☐ 11 ANS OU MOINS ☐ OU 20 ANS OU PLUS		→ TERM-INÉ
106	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous et votre famille. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une ville, une petite ville, ou en milieu rural?	VILLE ..... 1 PETITE VILLE ..... 2 MILIEU RURAL 3	
107	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU DE RÉSIDENCE ACTUELLE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, ENREGISTREZ '00' ANNÉES.	ANNÉES ..... ☐☐ TOUJOURS ..... 95 VISITEUR 96	
108	Avez-vous déjà fréquenté l'école? SI NON, INSISTER : vous n'avez vraiment jamais été à l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	125
109	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé d'aller à l'école?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98	
110	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle ou supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR 4	
111	Quelle est la dernière classe que vous avez achevé à ce niveau?	CLASSE ..... ☐☐	
112	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI ..... 1 → NON 2	114
113	Durant l'année scolaire actuelle, avez-vous fréquenté l'école à un moment quelconque?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	115
114	Durant l'année scolaire actuelle, quel niveau d'études et quelle classe (fréquentez-vous/avez-vous fréquenté)?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 CLASSE ..... ☐☐	
115	Durant l'année scolaire passée avez-vous fréquenté l'école à un moment quelconque?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →	117

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
116	Durant l'année scolaire passée, quel niveau d'études et quelle classe avez-vous fréquenté?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 CLASSE . . . . . ☐☐	
117	(S'agit-il/S'agissait-il) d'une école pour garçons et filles ou uniquement pour garçons ou uniquement pour filles?	GARCONS ET FILLES . . . . . 1 UNIQUEMENT FILLES . . . . . 2 UNIQUEMENT GARCONS 3	
118	(S'agit-il/S'agissait-il) d'une école publique laïque, d'une école privée laïque ou d'une école privée confessionnelle?	ÉCOLE PUBLIQUE LAÏQUE . . . . . 1 ÉCOLE PRIVÉE LAÏQUE . . . . . 2 ÉCOLE CONFESSIONNELLE (CATHOLIQUE PROTESTANT, MUSULMAN) 3	
119	(Êtes-vous/Etiez-vous) à l'externat ou à l'internat à cette école?	EXTERNAT (ÉLÈVE DE JOUR) . . . . . 1 INTERNAT (INTERNE) 2	
120	VÉRIFIER 110 NIVEAU SUPÉRIEUR ATTEINT (CODE '4' ENCERCLÉ) ☐ ↓ NIVEAU SUPÉRIEUR PAS ATTEINT ☐ ↓		
121	Quand vous avez fréquenté l'école secondaire dernièrement, les enseignants surveillaient-ils souvent les élèves pour s'assurer qu'ils ne faisaient rien de mal ou qu'ils n'enfreignaient pas les règles de l'établissement? Etait-ce presque toujours, parfois ou presque jamais?	Les enseignants surveillaient-ils souvent les élèves pour s'assurer qu'ils ne faisaient rien de mal ou qu'ils n'enfreignaient pas les règles de l'établissement? Etait-ce presque toujours, parfois ou presque jamais? PRESQUE TOUJOURS . . . . . 1 PARFOIS . . . . . 2 PRESQUE JAMAIS . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
122	VÉRIFIER 112 NE FRÉQUENTE PAS L'ÉCOLE ACTUELLEMENT (CODE '2' ENCERCLÉ) ☐ ↓ FRÉQUENTE L'ÉCOLE ACTUELLEMENT (CODE '1' ENCERCLÉ) ☐ →		126
123	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	NE POUVAIT PAYER LES FRAIS SCOLAIRES 01 MANQUE DE FOURNITURES SCOLAIRES . . . 02 ACHEVÉ/TERMINÉ . . . . . 03 ENCEINTE . . . . . 04 S'EST MARIÉE . . . . . 05 MALADIE . . . . . 06 TRAVAILLE A DOMICILE . . . . . 07 PAS INTERESSÉ . . . . . 08 PAS UN BON ÉLÈVE . . . . . 09 A TROUVÉ DU TRAVAIL . . . . . 10 GARDE BETAIL FAMILIAL . . . . . 11 AUTRE _____ . . . 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
124	Quel âge aviez-vous quand vous avez cessé de fréquenter l'école?	ÂGE . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	
125	Pensez-vous fréquenter l'école à un moment quelconque dans l'avenir?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	127
126	Quel est le plus haut niveau d'études que vous pensez achever?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR 4	
127	Avez-vous déjà reçu une formation professionnelle? SINON INSISTER : vous n'avez vraiment jamais reçu une formation professionnelle(apprentissage y compris)	OUI . . . . . 1 NON 2	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
128	VÉRIFIER 112 FRÉQUENTE L'ÉCOLE ACTUELLEMENT (CODE '1' ENCERCLÉ) ↓ — NE FRÉQUENTE PAS L'ÉCOLE ACTUELLEMENT (CODE '2' ENCERCLÉ OU PAS POSÉE) ↓		
129	Maintenant, j'aimerais vous posez des questions sur vos occupations. Que faites vous quand vous n'êtes pas à l'ecole? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ Maintenant, j'aimerai vous posez des questions sur vos occupations. Que faites vous dans la journée? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ETUDIER/DEVOIRS . . . . . A TRAVAILLE À DOMICILE . . . . . B AIDER AFFAIRE FAMILLE/FERME . . . . . C TRAVAIL POUR ARGENT . . . . . D JOUER/PARLER AVEC AMIS . . . . . E INOCCUPÉ . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
130	VÉRIFIER 129 TRAVAILLE (CODE 'C' OU 'D' ENCERCLÉ) ↓ — NE TRAVAILLE PAS (CODE 'C' OU 'D' PAS ENCERCLÉ) →		133
131	Travaillez-vous généralement à domicile ou à l'extérieur?	À DOMICILE . . . . . 1 À L'EXTÉRIEUR 2	
132	Êtes-vous payé en espèces ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas du tout payé ?	UNIQUEMENT EN ESPÈCES . . . . . 1 ESPÈCES ET NATURE . . . . . 2 → 134 UNIQUEMENT EN NATURE . . . . . 3 NON RÉMUNÉRÉ 4	
133	Durant ces 12 derniers mois, avez-vous fait quelque chose qui vous a rapporté de l'argent?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 135	
134	Qui décide essentiellement comment sera utilisé l'argent que vous gagnez?	ENQUÊTÉ . . . . . 1 CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE ENSEMBLE . . . 3 PARENTS/TUTEURS . . . . . 4 FRÈRE/SŒUR . . . . . 5 QUELQU'UN D'AUTRE 6	
135	Écoutez-vous la radio presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS . . . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 3 PAS DU TOUT 4	
136	Regardez-vous la télévision presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS . . . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 3 PAS DU TOUT 4	
137	VÉRIFIER 108 A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE ↓ — N'A JAMAIS FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE →		140
138	Lisez-vous un journal ou une revue presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS . . . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 3 PAS DU TOUT 4	
139	Avez-vous déjà utilisé l'Internet?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE CONNAIT PAS INTERNET 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
140	À quel groupe ethnique ou tribu appartenez-vous?	MOSSI . . . . . 01 PEUL . . . . . 02 DIOULA/BOBO . . . . . 03 BISSA . . . . . 04 GOUROUNSI . . . . . 05 GOURMANTCHE . . . . . 06 LOBI/DAGARA . . . . . 07 TOUAREG/BELLA . . . . . 08 AUTRE BURKINABÉ_____ 96 (PRÉCISER) PAS BURKINABÉ 97	
141	Quelle est votre religion?	MUSULMAN . . . . . 01 CATHOLIQUE . . . . . 02 PROTESTANT . . . . . 03 AUTRE CHRÉTIEN . . . . . 04 ANIMISTE . . . . . 05 PAS DE RELIGION . . . . . 06 AUTRE_____ 96 (PRÉCISER)	→ 201
142	Quelle est l'importance de la religion dans votre vie? Très importante, assez importante ou pas importante?	TRÈS IMPORTANTE . . . . . 1 ASSEZ IMPORTANTE . . . . . 2 PAS IMPORTANTE 3	
143	Assistez-vous souvent à des services religieux? Plus d'une fois par semaine, une fois par semaine, au moins une fois par mois, moins d'une fois par mois, ou pas du tout?	PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 1 UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS . . . . . 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS . . . . . 4 PAS DU TOUT 5	

SECTION 2. FAMILLE ET GROUPES SOCIAUX

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	J'aimerais à présent vous poser quelques questions sur votre famille. Vivez-vous avec votre mère biologique dans le ménage? SI OUI: Quel est son nom? ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LA MÈRE BIOLOGIQUE.	OUI . . . . . 1 NOM _____ ☐☐ NON 2	→ 211
202	Où habite votre mère biologique ou n'est-elle plus en vie?	MÊME VILLAGE/PETITE VILLE/VILLE..... 1 MÊME RÉGION/PROVINCE 2 MÊME PAYS . . . . . 3 PAYS DIFFÉRENT . . . . . 4 N'EST PLUS EN VIE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	→ 204
203	Voyez-vous souvent votre mère biologique? Plus d'une fois par semaine, une fois par semaine, au moins une fois par mois, au moins une fois par an ou pas du tout?	PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 1 UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS . . . . . 3 AU MOINS UNE FOIS PAR AN . . . . . 4 PAS DU TOUT 5	→ 205
204	Quel âge aviez-vous quand votre mère biologique est décédée?	ÂGE . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	
205	Votre mère biologique a-t-elle fréquenté l'école?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 207
206	Quel est le plus haut niveau d'études qu'elle a atteint?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 NE SAIT PAS 8	
207	VERIFIER 202 MÈRE DÉCÉDÉE OU NE SAIT PAS (CODE '5' OU 8' ENCERCLÉ) ☐ ↓ MÈRE VIVANTE ☐ (CODE '1', '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ)		→ 211
208	Y a-t-il quelqu'un d'autre qui est comme une mère pour vous? SI OUI: Vit-elle dans le ménage? ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LA PERSONNE QUI EST COMME UNE MÈRE.	OUI, DANS LE MÉNAGE . . . . . 1 NOM _____ ☐☐ OUI, PAS DANS LE MÉNAGE . . . . . 2 NON 3	→ 211 → 211
209	Est-ce que la personne qui est comme une mère pour vous a fréquenté l'école?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 211
210	Quel est le plus haut niveau d'études qu'elle a atteint?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 NE SAIT PAS 8	
211	Vivez-vous avec votre père biologique dans le ménage? SI OUI: Quel est son nom? ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LE PÈRE BIOLOGIQUE.	OUI . . . . . 1 NOM _____ ☐☐ NON 2	→ 221

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
212	Ou vit votre père biologique ou n'est-il plus en vie?	MÊME VILLAGE/PETITE VILLE/VILLE..... 1 MÊME RÉGION/PROVINCE..... 2 MÊME PAYS . . . . . 3 PAYS DIFFÉRENT . . . . . 4 N'EST PLUS EN VIE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	→ 214
213	Voyez-vous souvent votre père biologique? Plus d'une fois par semaine, une fois par semaine, au moins une fois par mois, au moins une fois par an ou pas du tout?	PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 1 UNE FOIS PAR SEMAINE . . . . . 2 AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS . . . . . 3 AU MOINS UNE FOIS PAR AN . . . . . 4 PAS DU TOUT 5	→ 215
214	Quel âge aviez-vous quand votre père biologique est décédé?	ÂGE . . . . . [ ][ ] MERE ENCEINTE "DE MOI"/GROSSESSE EN COURS..... 95 NE SAIT PAS 98	
215	Votre père biologique a-t-il fréquenté l'école?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 217
216	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 NE SAIT PAS 8	
217	VERIFIER 212 PÈRE DÉCÉDÉ OU NE SAIT PAS (CODE '5' OU 8' ENCERCLÉ) ↓ PÈRE VIVANT (CODE '1', '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ) →		→ 221
218	Y a-t-il quelqu'un d'autre qui est comme un père pour vous? SI OUI: Vit-il dans le ménage? ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LA PERSONNE QUI EST COMME UN PÈRE.	OUI, DANS LE MÉNAGE . . . . . 1 NOM _____ [ ][ ] OUI, PAS DANS LE MÉNAGE . . . . . 2 NON 3	→ 221 → 221
219	Est-ce que la personne qui est comme un père pour vous a fréquenté l'école?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 221
220	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1er CYCLE . . . . . 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 NE SAIT PAS 8	
221	Êtes-vous membre d'un groupe social (association, groupement) ou d'un club?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 301
222	Quels sont les groupes sociaux ou clubs auxquels vous appartenez? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSOCIATION SUR BASE RELIGIEUSE (CV/AV, JEC, JAD, CHORALE, AEMB) . . . . . A CLUB DE SPORTS . . . . . B TROUPE THÉÂTRALE/DANSE/MUSIQUE C ASSOCIATIONS/CLUBS DE JEUNES CONTRE LE SIDA . . . . . D CROIX ROUGE . . . . . E GUIDES/SCOUTS . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
223	Occupez-vous une fonction ou une position de leadership dans n'importe lequel de ces groupes?	OUI . . . . . 1 NON 2	

SECTION 3. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
301	FEMME Quand les filles deviennent adultes, certains changements surviennent dans leurs corps, par exemple les règles apparaissent. A quel âge avez-vous eu vos premières règles, ou ne les avez-vous pas encore eu?	HOMME Quand les garçons deviennent adultes, certains changements surviennent dans leurs corps, par exemple, des poils pubiens, leur voix devient plus grave et parfois ils éjaculent dans leur sommeil. A quel âge avez-vous pour la première fois observé ces changements dans votre corps, ou ne les avez-vous pas encore observés?	ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] PAS ENCORE DE CHANGEMENTS/ PAS ENCORE DE RÈGLES . . . . . 96 NE CONNAÎT PAS AGE 98	→ 305
302	FEMME N'êtes-vous jamais tombée enceinte?	HOMME N'avez-vous jamais enceinté une personne?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 305
303	J'aimerais à présent vous parler de toutes les naissances que vous avez eues, y compris les enfants nés vivants mais décédés par la suite, même peu de temps après la naissance. Avez-vous donné naissance à des enfants?	J'aimerais à présent vous parler de tous les enfants que vous avez eus, y compris les enfants nés vivants mais décédés par la suite, même peu de temps après la naissance. Avez-vous eu des enfants?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 305
304	Au total, à combien d'enfants avez-vous donné naissance, y compris les enfants nés vivants mais décédés par la suite?	Au total, combien d'enfants avez-vous eu, y compris les enfants vivants mais décédés par la suite?	NOMBRE . . . . . [ ][ ]	
305	Combien de temps aimeriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant d'avoir un (autre) enfant? ENREGISTRER "00" MOIS SI IMMÉDIATEMENT.		MOIS À PARTIR DE MAINTENANT .....1 [ ][ ] ANNÉES À PARTIR DE MAINTENANT .....2 [ ][ ] ÂGE EN ANNÉES .....3 [ ][ ] CE QUE DIEU DÉCIDE . . . . . 991 ATTENDRE MARIAGE . . . . . 992 NE VEUT PAS UN (AUTRE) ENFANT . . 993 NE SAIT PAS 998	
306A	ENQUÊTÉE EST UNE FEMME →		ENQUÊTÉ EST UN HOMME →	321
306B	VÉRIFIER 304 AU MOINS 1 NAISSANCE → 307		AUCUNE NAISSANCE →	319

307 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1ère naissance que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 308. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

308 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	309 Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux?	310 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance?	311 (NOM) est-il/elle toujours en vie?	312 SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	313 SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous?	314 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)
01	SIMP 1 MULT 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 314	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	
02	SIMP 1 MULT 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 314	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 314	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 314	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 314	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2

315	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI . . . . . 1 NON 2

316 COMPARER 304 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:

NOMBRES SONT ÉGAUX ☐ ↓

NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐→ (INSISTER ET CORRIGER)

VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. ☐

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. ☐

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		ALLER À
317	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur cette dernière naissance. Au moment où vous êtes tombée enceinte de [NAISSANCE], souhaitiez-vous avoir un enfant à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT-LÀ . . . . . 1 PLUS TARD . . . . . 2 PAS DU TOUT . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
318	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals?	OUI . . . . . 1 NON 2	
319	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛRE 3	→ 321
320	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous (ne plus/ne pas avoir) d'enfant du tout?	À CE MOMENT-LÀ . . . . . 1 PLUS TARD . . . . . 2 PAS DU TOUT . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
321	Parfois les gens ne veulent pas avoir une grossesse et essaient de l'interrompre. Pouvez-vous me dire les moyens par lesquels vous avez entendu dire que l'on peut interrompre une grossesse? INSISTER: Y a-t-il d'autres moyens? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE CONNAIT PAS DE MOYENS..... A AVORTEMENT CHIRURGICAL..... B BREUVAGE À BASE DE PLANTES..... C OVULE À BASE DE PLANTES (À INTRODUIRE ..... D FORTES DOSES DE MÉDICAMENTS E AGENT CAUSTIQUE (BLEU PERMANGANATE) ..... F COCKTAIL (CAFÉ-MIEL-GUINNESS).... G AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
322	Je ne demanderai pas de citer de noms, mais avez-vous une ou des amie(s) proche(s) qui a/ont déjà essayé d'interrompre une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ..... 7 NE SAIT PAS..... 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		ALLER À
323	ENQUÊTÉE EST UNE FEMME ☐ ↓	ENQUÊTÉ EST UN HOMME ☐ →	323B
323A	VÉRIFIER 301 A EU SES RÈGLES (ÂGE ENREGISTRÉ OU CODE '98' ENCERCLÉ) ☐ →		324
		N'A JAMAIS EU SES RÈGLES (CODE '96' ENCERCLÉ) ☐ →	401
323B	VÉRIFIER 302 A MIS UNE PERSONNE ENCEINTE (CODE '1' ENCERCLÉ) ☐ ↓	N'A JAMAIS MIS UNE PERSONNE ENCEINTE (CODE '2' OU '8' ENCERCLÉ) ☐ →	401
324	FEMME ☐ ↓ Avez-vous déjà tenté d'interrompre une grossesse?	HOMME ☐ ↓ Est-ce que la personne que vous avez enceintée, a déjà essayé d'interrompre une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS . . . . . 8 → 401
325	ENQUÊTÉE EST UNE FEMME ☐ ↓	ENQUÊTÉ EST UN HOMME ☐ →	401
326	Qu'est-ce que vous avez pris ou fait? INSISTER: Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.		NE CONNAIS PAS LE MOYEN . . . . . A AVORTEMENT CHIRURGICAL . . . . . B BREUVAGE À BASE DE PLANTES . . . . . C OVULE À BASE DE PLANTES (À INTRODUIRE) . . . . . D FORTES DOSES DE MÉDICAMENTS E AGENT CAUSTIQUE (BLEU PERMANGANATE) . . . . . F COCKTAIL (CAFÉ-MIEL-GUINNESS) . . . . . G AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
327	Où êtes-vous allée pour tenter d'interrompre la grossesse? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.		CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . A CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR . . . . . B CENTRE SANTÉ ONG . . . . . C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . D VENDEUR DE RUE . . . . . E TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . F CENTRE SANTÉ MOBILE . . . . . G INFIRMIÈRE PRIVÉE/ SAGE-FEMME . . . . . H AUCUN ENDROIT/NULLE PART . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
328	Avez-vous réussi à interrompre la grossesse?		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	

SECTION 4. GROSSESSE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Maintenant j'aimerais vous poser quelques questions sur la grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 403
402	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES . . 1 PENDANT LES RÈGLES . . . . . 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES . . 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES . . . . . DE RÈGLES . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
403	Une fille peut-elle tomber enceinte lors de son tout premier rapport sexuel?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
404	Une fille peut-elle tomber enceinte si le garçon se retire avant d'éjaculer ou de jouir?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
405	Une fille peut-elle éviter de tomber enceinte en faisant sa toilette intime immédiatement après les rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
407	VÉRIFIER 108 A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE (CODE '1' ENCERCLÉ) ↓	N'A JAMAIS FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE (CODE '2' ENCERCLÉ) →	→ 501
408	Certaines écoles ont des cours d'éducation sexuelle. Une des écoles que vous avez fréquentée proposait-elle des cours ou des causeries sur l'éducation sexuelle?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 414
409	Avez-vous jamais assisté à des cours ou à des causeries sur l'éducation sexuelle?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 414
410	Quel âge aviez-vous quand vous avez assisté pour la premiere fois à ces cours ou causeries?	ÂGE . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	
411	Vous rappelez-vous que les sujets/thèmes suivants aient été débattus durant ces cours ou ces causeries ?		
	a. Comment arrive une grossesse	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. Contraception/ Comment empêcher la grossesse	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. Abstinence/ comment dire non aux rapports sexuels	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. Infections ou maladies sexuellement transmises	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
412	De quelles manières étaient enseignées ces cours ou ces causeries? Durant des cours en salle de classe, des discussions en groupes restreints, des jeux de rôles, des vidéos/films ou d'autres moyens? INSISTER: Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COURS EN SALLE DE CLASSE . . . . . A DISCUSSIONS EN GROUPE RESTREINTS . . . . . B JEUX DE RÔLES . . . . . C VIDÉOS/FILMS . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
413	Dans l'ensemble, qui a dirigé les cours ou les discussions? Etaient-ils principalement dirigés par des enseignants, des élèves, des infirmières ou d'autres personnes?	ENSEIGNANTS . . . . . 1 ÉLÈVES . . . . . 2 INFIRMIÈRES . . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
414	Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les déclarations suivantes. a. Il est important que l'éducation sexuelle soit enseignée à l'école. b. Débattre de l'éducation sexuelle avec les jeunes encourage les jeunes à avoir des rapports sexuels.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 5. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un homme ou une femme peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 501 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 501 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 501, POSER 502.

501	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER: Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		502 Avez-vous ou votre partenaire déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
02	INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection faite par un prestataire de soins pour éviter de tomber enceinte pendant un ou plusieurs mois.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
03	CONDOM/CAPOTE/PRESERVATIF Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
04	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
05	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'introduire un ovule ou se mettre de la gelée ou de la crème dans le vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
06	RYTHME OU CONTINENCE PÉRIODIQUE Les mois où une femme est sexuellement active, elle peut prévenir la grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
07	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
08	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule jusqu'au troisième jours après les rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
09	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
10	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
11	DIU/STÉRILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
12	IMPLANTS/NORPLANT Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
13	De quelles autres méthodes avez-vous entendu parler? ENREGISTRER LA PREMIÈRE MÉTHODE MENTIONNÉE POUR LA MÉTHODE MENTIONNÉE, POSER 502:	AUTRE _____ 1 (PRÉCISER) PAS D'AUTRE MÉTHODE 2	OUI . . . . . 1 NON 2

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
503	VÉRIFIER 501 NE CONNAIT PAS DE MÉTHODES	CONNAIT 1 OU PLUSIEURS MÉTHODES	506
504	Connaissez-vous un endroit ou une jeune personne comme vous peut obtenir de l'information sur les moyens de prévenir une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON 2	 530
505	Quel est cet endroit?/Auprés de qui? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRMIÈRE/CENTRE . . . . . K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE/ MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUE/TEMPLE..... S AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... Z	 530
506	VÉRIFIER 319 PAS ENCEINTE OU PAS POSÉ (ENQUÊTÉ EST UN HOMME)	ENCEINTE	510
507	VÉRIFIER 502 A UTILISÉ UNE MÉTHODE (CODE '1' ENCERCLÉ)	N'A JAMAIS UTILISÉ UNE MÉTHODE (CODE '1' PAS ENCERCLÉ)	510
508	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter de tomber (de mettre une personne) enceinte?	OUI . . . . . 1 NON 2	 510
509	Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous?	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM/CAPOTE . . . . . C CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE/GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE . . . . . I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ . . . . X (PRÉCISER)	 511
510	Pensez-vous que dans l'avenir vous allez faire quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
511	Pensez-vous que le fait de mettre à la disposition des jeunes des méthodes de planification familiale encourage les jeunes à avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛRE 3	
512	VÉRIFIER QUESTION 501_(03) CONNAIT LE CONDOM MASCULIN	NE CONNAIT PAS LE CONDOM MASCULIN	516

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
513	Avez-vous déjà assisté à une démonstration d'utilisation de condom masculin? Je veux dire par démonstration de condom masculin /capote/preservatif quelqu'un comme une infirmière, un autre adulte ou un pair qui montre comment utiliser correctement un condom masculin.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
514	Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les déclarations suivantes, même si vous n'avez jamais utilisé de condom masculin.		
	a. Il faut toujours mettre le condom masculin avant de commencer les rapports sexuels.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. Il faut mettre le condom masculin (au pénis) que si le pénis est en érection ou dur.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. Un condom masculin peut servir plus d'une fois.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. Utiliser un condom masculin réduit le plaisir sexuel.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	e. Utiliser un condom masculin est un signe de manque de confiance au partenaire.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	f. Il est embarassant d'acheter ou de demander des condoms masculins.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
515	FEMME ☐ → Êtes-vous sûre de pouvoir amener un partenaire à utiliser un condom masculin si vous le souhaitiez? Êtes-vous très sûre, assez sûre, ou pas sûre du tout? HOMME ☐ → Êtes-vous sûr de savoir comment mettre un condom masculin si vous le souhaitiez? Êtes-vous très sûr, assez sûr, ou pas sûr du tout?	TRÈS SÛR(E)..... 1 ASSEZ SÛR(E)..... 2 PAS SÛR(E) DU TOUT..... 3	
516	Pouvez-vous me dire où/auprès de qui vous avez obtenu de l'information sur les méthodes pour prévenir une grossesse? INSISTER : Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE..... C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE..... F AUTRE HOMME FAMILLE..... G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRM/CENTRE ..... K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE/ MARABOUT..... L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES..... N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB..... R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... Z	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
517	En pensant à toutes les sources possibles (pas seulement à celles que vous avez citées) d'où/auprès de qui préféreriez-vous obtenir de l'information sur les méthodes pour prévenir une grossesse? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE..... C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE..... F AUTRE HOMME FAMILLE..... G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRM/CENTRE . . . . . K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE/ MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES..... N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB..... R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... Z	
518	Pouvez-vous me parler de certaines des raisons pour lesquelles il est difficile pour des gens de votre âge d'obtenir des méthodes pour prévenir une grossesse? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	AUCUN PROBLÈME/OBSTACLE . . . . . A NE PAS SAVOIR OU ALLER . . . . . B NE PAS SAVOIR COMMENT Y ALLER . . . . C HEURES/JOURS NE CONVENANT PAS . . . . D INTIMITÉ NON-RESPECTÉE . . . . . E MAUVAIS ACCUEIL PAR PERSONNES/ PERSONNEL . . . . . F COÛTEUX-- NE PEUT PAYER SERVICES . . . . . G PAS DE PRESTATAIRE DU MÊME SEXE . . . . H NON AUTORISÉ À ALLER SEUL . . . . . I A PEUR/CRAINTIF . . . . . J EMBARRASSÉ/TIMIDE . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
519	Connaissez-vous un endroit où les jeunes comme vous peuvent aller pour obtenir des méthodes pour prévenir une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	530
520	Où est cet endroit? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC..... A CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR..... B CENTRE SANTÉ ONG..... C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE..... D VENDEUR DE RUE..... E TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT..... F AMIS..... G ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE..... H ÉGLISE/MOSQUE/TEMPLE..... I AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z → (PRÉCISER)	523
521	Quel endroit préféreriez-vous le plus pour obtenir des méthodes pour prévenir une grossesse?	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC..... 01 CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR..... 02 CENTRE SANTÉ ONG..... 03 DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE..... 04 VENDEUR DE RUE..... 05 TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT..... 06 AMIS ..... 07 ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE ..... 08 ÉGLISE/MOSQEE/TEMPLE..... 09 AUTRE_____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 98 → (PRÉCISER)	523

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
522	Pensez-vous qu'à l'endroit que vous préférez le plus pour obtenir des méthodes pour prévenir une grossesse que:		
	a. les informations qui seront échangées resteront confidentielles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. vous pourriez vous y rendre aisément?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. vous seriez bien accueilli?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. vous seriez en mesure de payer les services?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
523	VÉRIFIER 521 CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC N'EST PAS LE PLUS PRÉFÉRÉ (CODE '01' PAS ENCERCLÉ) ☐ ↓	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC EST LE PLUS PRÉFÉRÉ (CODE '01' ENCERCLÉ) ☐ →	527
524	VÉRIFIER 520 NE CONNAIT PAS CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC (CODE 'A' PAS ENCERCLÉ) ☐ ↓	CONNAIT CENTRE SANTÉ/ HÔPITAL PUBLIC (CODE 'A' ENCERCLÉ) ☐ →	526
525	Connaissez-vous un centre de santé ou un hôpital public pour des méthodes pour prévenir une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	527
526	Pensez-vous qu'au centre de santé ou à l'hôpital public:		
	a. les informations qui seront échangées resteront confidentielles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. pourriez-vous vous y rendre aisément?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. vous seriez bien accueilli?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. vous seriez en mesure de payer les services?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
527	Êtes-vous déjà allé à (ENDROITS MENTIONNÉS À) Q.520) pour obtenir des méthodes en vue de prevenir une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	530
528	Où êtes-vous allé? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . A CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR . . . . . B CENTRE SANTÉ ONG . . . . . C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . D VENDEUR DE RUE . . . . . E TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . F AMIS . . . . . G ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE . . . . . H ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE . . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
529	Quand y êtes-vous allé pour la dernière fois?	NOMBRE DE MOIS . . . . . 1 ☐☐ NOMBRE D'ANNÉES . . . . . 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
530	Au cours de ces derniers mois, avez-vous entendu ou vu des messages sur la planification familiale: a. à la radio? b. à la télévision? c. dans un journal ou une revue? d. sur une affiche? e. dans un prospectus ou une brochure? f. par un agent de santé? g. lors d'une réunion communautaire ou de club social?	OUI NON RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 JOURNAL/REVUE . . . . . 1 2 AFFICHE . . . . . 1 2 PROSPECTUS/BROCHURE . . . . . 1 2 AGENT DE SANTÉ . . . . . 1 2 RÉUNION COMMUNAUTAIRE OU DE CLUB 1 2	
531	Savez-vous s'il y a un âge minimum à partir duquel il est possible d'obtenir des méthodes de planification familiale?	OUI . . . . . 1 NON 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 → 601	
532	Selon vous, quel est l'âge minimum pour obtenir des méthodes de planification familiale?	ÂGE EN ANNÉES..... 1 ☐☐ NE SAIT PAS 98	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
601	FEMME ☐ Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés?	HOMME ☐ Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez mariés?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	609
602	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme comme si vous étiez mariés?	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme comme si vous étiez mariés?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	606
603	FEMME ☐ En plus de vous-même, est-ce que votre mari a d'autres femmes avec qui il est marié ou avec qui il vit comme si mariés?	HOMME ☐	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	605
604	Combien d'épouses ou d'autres partenaires vivent avec votre mari actuellement y compris vous-même?	En tout, combien d'épouses ou de partenaires vivent avec vous actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES . . . . . ☐☐	
605	ENREGISTRER LE(S) NOM(S) DES CONJOINT(S)/ PARTENAIRE(S) AVEC QUI ON VIT ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. FEMME ☐ → Donnez-moi le nom de votre mari (l'homme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) maintenant. NOTER LE NOM PUIS ALLER À 606. HOMME ☐ → VÉRIFIER 604: <u>SI UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE</u>: Donnez-moi le nom de votre épouse (la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) NOTER LE NOM PUIS ALLER À 606. <u>SI PLUS D' UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE:</u> Donnez-moi le nom de chacune de vos épouses (et/ou la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) NOTER LE NOM PUIS ALLER À 607B.		NUMÉRO DE LIGNE NOM _____ ☐☐ NOM _____ ☐☐ NOM _____ ☐☐ NOM _____ ☐☐	
606	FEMME ☐ Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	HOMME ☐ Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS . . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS . . . . . 2 →	607B
607A	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire?	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre épouse/ partenaire?	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS LE MOIS 98	
607B	Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année vous êtes vous mariés ou avez-vous commencé à vivre pour la <u>première</u> fois avec un homme comme si vous étiez mariés?	Maintenant, nous allons parler de votre première épouse/partenaire. En quel mois et quelle année vous êtes vous mariés ou avez-vous commencé à vivre pour la <u>première</u> fois avec une femme comme si vous étiez mariés?	ANNÉE . . . . . ☐☐☐☐ → NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	611A

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
601	FEMME Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés?	HOMME Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez mariés?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 609
602	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme comme si vous étiez mariés?	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme comme si vous étiez mariés?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 606
603	FEMME En plus de vous-même, est-ce que votre mari a d'autres femmes avec qui il est marié ou avec qui il vit comme si mariés?	HOMME	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 605
604	Combien d'épouses ou d'autres partenaires vivent avec votre mari actuellement y compris vous-même?	En tout, combien d'épouses ou de partenaires vivent avec vous actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES	
605	ENREGISTRER LE(S) NOM(S) DES CONJOINT(S)/ PARTENAIRE(S) AVEC QUI ON VIT ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. FEMME → Donnez-moi le nom de votre mari (l'homme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) maintenant. NOTER LE NOM PUIS ALLER À 606. HOMME → VÉRIFIER 604: <u>SI UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE</u>: Donnez-moi le nom de votre épouse (la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) NOTER LE NOM PUIS ALLER À 606. <u>SI PLUS D' UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE:</u> Donnez-moi le nom de chacune de vos épouses (et/ou la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariés) NOTER LE NOM PUIS ALLER À 607B.		NUMÉRO DE LIGNE NOM _____ NOM _____ NOM _____ NOM _____	
606	FEMME Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	HOMME Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS . . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS 2	→ 607B
607A	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire?	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre épouse/ partenaire?	MOIS	
			NE SAIT PAS LE MOIS 98	
607B	Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année vous êtes vous mariés ou avez-vous commencé à vivre pour la <u>première</u> fois avec un homme comme si vous étiez mariés?	Maintenant, nous allons parler de votre première épouse/partenaire. En quel mois et quelle année vous êtes vous mariés ou avez-vous commencé à vivre pour la <u>première</u> fois avec une femme comme si vous étiez mariés?	ANNÉE . . . . . → 611A NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	

SECTION 7. RELATIONS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	J'aimerais vous poser quelques questions concernant vos premiers rapports sexuels. Comment décririez-vous votre relation avec cette personne à ce moment là? SI PERSONNE EST UNE PETITE-AMIE OU PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés?	MARI/FEMME . . . . . 01 PARTENAIRE AVEC QUI IL/ELLE VIT . . . . . 02 PETIT AMI OU PETITE AMIE QUI NE VIT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNEL . . . . . 04 TRAVAILLEUR/EUSE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ . . . . 96 (PRÉCISER)	
702	Quel âge avait cette personne?	ÂGE DE CETTE PERSONNE [ ][ ] NE SAIT PAS 98	→ 704
703	Pensez-vous qu'(IL/ELLE) avait au moins 10 ans de plus que vous ou non?	OUI, 10 ANS OU PLUS . . . . . 1 NON, MOINS DE 10 ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, CONNAIT PAS DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE L'ENQUÊTÉ . . . . . 4 MÊME ÂGE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	
704	Pour quelle raison principale avez-vous eu des rapports sexuels pour la première fois avec cette personne?	ÉTAIT MARIÉ(E) / LORS MARIAGE . . . . . 01 SENTIMENTS NATURELS / ENVIE . . . . . 02 PARTENAIRE A INSISTÉ/VOULAIT RAP . . . . 03 INFLUENCE AMIS . . . . . 04 ATTENTE CADEAUX/ARGENT . . . . . 05 VOULAIT TOMBER ENCEINTE/AVOIR BÉBÉ 06 A ÉTÉ FORCÉ(E) . . . . . 07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
705	Quand vous avez eu des rapports sexuels pour la <u>première</u> fois, un condom masculin a-t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 707
706	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin a été utilisé?	PRÉVENIR GROSSESSE . . . . . 1 PRÉVENIR MST/VIH . . . . . 2 PRÉVENIR À LA FOIS MST/GROSS. . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
707	La toute première fois que vous avez eu des rapports sexuels, d'AUTRES méthodes quelconques ont-elles été utilisées pour prévenir une grossesse ou les infections sexuellement transmises?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 709
708	Quelle(s) autre(s) méthode(s) ont été utilisée(s)? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE OU GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE. . . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE..... I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
709	En pensant à la première fois où vous avez eu des rapports sexuels, veuillez me dire si vous étiez tout a fait disposé(e), assez disposé(e) ou pas du tout disposé(e)?	ÉTAIT TOUT A FAIT DISPOSÉ(E) . . . . . 1 ÉTAIT ASSEZ DISPOSÉ(E) . . . . . 2 N' ÉTAIT PAS DU TOUT DISPOSÉ(E) . . . 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
710	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois? SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	NOMBRE DE JOURS..... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES.....2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS..... 3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES..... 4 [ ][ ] RAPPORTS QU'UNE FOIS..... 996	→ 715
711	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 781
712	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	NOMBRE DE JOURS..... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES.....2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS..... 3 [ ][ ]	
713	Quel âge a la personne avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?	ÂGE DE CETTE PERSONNE . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	→ 715
714	Pensez-vous qu'(IL/ELLE) a au moins 10 ans de plus que vous ou non?	OUI, 10 ANS OU PLUS . . . . . 1 NON, MOINS DE 10 ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, CONNAIT PAS DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE L'ENQUÊTÉ . . . . . 4 MÊME ÂGE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	
715	Comment décririez-vous votre relation avec cette personne à ce moment là? SI PERSONNE EST UNE PETITE-AMIE OU PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés?	MARI/FEMME . . . . . 01 PARTENAIRE AVEC QUI VIT . . . . . 02 PETIT AMI OU PEITTE AMIE QUI NE VIT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNEL . . . . . 04 TRAVAILLEUR/EUSE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
716	Pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cette personne? SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTÉE EN ANNÉES.	JOURS . . . . . 1 [ ][ ] SEMAINES . . . . . 2 [ ][ ] MOIS . . . . . 3 [ ][ ] ANNÉES . . . . . 4 [ ][ ]	
717	Quand vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois, un condom masculin a-t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 719
718	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin n'a pas été utilisé?	VOULAIT TOMBER ENCEINTE . . . . . 1 PARTENAIRE A REFUSÉ . . . . . 2 N'AVAIT PAS DE CONDOM . . . . . 3 SE SENTAIT EN SÉCURITÉ 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	→ 721
719	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin a été utilisé?	PRÉVENIR GROSSESSE . . . . . 1 PRÉVENIR MST/VIH . . . . . 2 PRÉVENIR À LA FOIS MST/GROSS . . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
720	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser un condom masculin?	ENQUÊTÉ . . . . . 1 PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
721	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, d'AUTRES méthodes quelconques ont-elles été utilisées pour prévenir une grossesse ou les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS . . . . . 8 →	723
722	Quelle(s) autre(s) méthode(s) ont été utilisée(s)? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE OU GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE . . . . . I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
723	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous ou avait-(IL/ELLE) bu de l'alcool? SI OUI: Qui a bu?	ENQUÊTÉ SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE SEULEMENT . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	
724	HOMME ☐ ↓	FEMME ☐ →	730
725	VÉRIFIER 710 ET 712 A EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ ↓	PAS DE RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ →	730
726	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne?	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
727	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois un condom masculin a-t-il été utilisé pendant les rapports sexuels avec cette personne?	CONDOM PAS UTILISÉ . . . . . 00 →	730
		NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
728	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous commencé à avoir des rapports sexuels avec cette personne sans utiliser le condom masculin, et que par la suite vous l'avez utilisé avec cette personne?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
729	Au cours des 3 derniers mois, un condom masculin que vous avez utilisé avec cette personne s'est-il déchiré ou déchaussé pendant les rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
730	Avez-vous, vous et cette personne, déjà parlé de methodes pour retarder ou prévenir une grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
731	VÉRIFIER 715 NI CONJOINT NI PARTENAIRE AVEC QUI ON VIT ☐ ↓	CONJOINT OU PARTENAIRE AVEC QUI ON VIT ☐ →	734

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER Á
732	Avez-vous reçu de cette personne quelque chose telle que de l'argent, des cadeaux ou quelque chose d'autre afin d'avoir des rapports sexuels avec (LUI/ELLE)?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 734
733	Qu'avez-vous reçu? SI ENQUÊTÉ DIT "CADEAU", INSISTER: Quel type de cadeau? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ARGENT . . . . . A NOURRITURE . . . . . B FRAIS SCOLAIRES . . . . . C DROGUES (Y COMP. COLLE, DISSOL.)..... D ALCOOL/BOISSON..... E HÉBERGEMENT/LOYER . . . . . F VÊTEMENTS . . . . . G TRANSPORT . . . . . H BIJOUX/MAQUILLAGE . . . . . I LOISIRS (TEL QUE JEUX VIDÉO) . . . . . J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
734	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 781
735	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois avec quelqu'un d'autre?	NOMBRE DE JOURS . . . 1 ☐☐ NOMBRE DE SEMAINES . 2 ☐☐ NOMBRE DE MOIS . . . . . 3 ☐☐	
736	Quel âge a cette personne?	ÂGE DE CETTE PERSONNE . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	→ 738
737	Pensez-vous qu'(IL/ELLE) a au moins 10 ans de plus que vous ou non?	OUI, 10 ANS OU PLUS . . . . . 1 NON, MOINS DE 10 ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, CONNAIT PAS DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE L'ENQUÊTÉ . . . . . 4 MÊME ÂGE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	
738	Comment décririez-vous votre relation avec cette personne à ce moment là? SI PERSONNE EST UNE PETITE-AMIE OU PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés?	MARI/FEMME . . . . . 01 PARTENAIRE AVEC QUI VIT . . . . . 02 PETIT AMI OU PEITTE AMIE QUI NE VIT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNEL . . . . . 04 TRAVAILLEUR/EUSE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
739	Pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cette personne? SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTER EN ANNÉES.	JOURS . . . . . 1 ☐☐ SEMAINES . . . . . 2 ☐☐ MOIS . . . . . 3 ☐☐ ANNÉES . . . . . 4 ☐☐	
740	Quand vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois, un condom masculin a-t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 742
741	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin n'a pas été utilisé?	VOULAIT TOMBER ENCEINTE . . . . . 1 PARTENAIRE A REFUSÉ . . . . . 2 N'AVAIT PAS DE CONDOM . . . . . 3 SE SENTAIT EN SÉCURITÉ . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	→ 744

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
742	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin a été utilisé?	PRÉVENIR GROSSESSE . . . . . 1 PRÉVENIR MST/VIH . . . . . 2 PRÉVENIR À LA FOIS MST/GROSS . . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
743	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser un condom masculin?	ENQUÊTÉ . . . . . 1 PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
744	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, d'AUTRES méthodes quelconques ont-elles été utilisées pour prévenir une grossesse ou les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 746
745	Quelle(s) autre(s) méthode(s) ont été utilisée(s)? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE OU GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE . . . . . I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
746	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous ou avait-(IL/ELLE) bu de l'alcool? SI OUI: Qui a bu?	ENQUÊTÉ SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE SEULEMENT . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	
747	HOMME ☐ ↓	FEMME ☐ →	753
748	VÉRIFIER 735 A EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ ↓ PAS DE RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ →		753
749	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne?	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
750	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois un condom masculin a-t-il été utilisé pendant les rapports sexuels avec cette personne?	CONDOM PAS UTILISÉ . . . . . 00 →	753
		NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
751	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous commencé à avoir des rapports sexuels avec cette personne sans utiliser le condom masculin, et que par la suite vous l'avez utilisé avec cette personne?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
752	Au cours des 3 derniers mois, un condom masculin que vous avez utilisé avec cette personne s'est-il déchiré ou déchaussé pendant les rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
753	Avez-vous, vous et cette personne, déjà parlé de méthodes pour retarder ou prévenir la grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
754	VÉRIFIER 738 NI CONJOINT NI PARTENAIRE AVEC QUI ON VIT ☐ ↓ CONJOINT OU PARTENAIRE AVEC QUI ON VIT ☐ →		757
755	Avez-vous reçu quelque chose de cette personne tels que de l'argent, des cadeaux ou quelque chose d'autre afin d'avoir des rapports sexuels avec (LUI/ELLE)?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	757
756	Qu'avez-vous reçu? SI ENQUÊTÉ DIT "CADEAU", INSISTER: Quel type de cadeau? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ARGENT . . . . . A NOURRITURE . . . . . B FRAIS SCOLAIRES . . . . . C DROGUES (Y COMP. COLLE, DISSOL)..... D ALCOOL/BOISSON..... E HÉBERGEMENT/LOYER . . . . . F VÊTEMENTS . . . . . G TRANSPORT . . . . . H BIJOUX/MAQUILLAGE . . . . . I LOISIRS (TEL QUE JEUX VIDÉO) . . . . . J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
757	Mis à part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI . . . . . 1 NON 2	781
758	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois avec cette troisième personne?	JOURS . . . . . 1 ☐☐ SEMAINES . . . . . 2 ☐☐ MOIS . . . . . 3 ☐☐	
759	Quel âge a cette personne?	ÂGE DE CETTE PERSONNE . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	761
760	Pensez-vous qu'(IL/ELLE) a au moins 10 ans de plus que vous ou non?	OUI, 10 ANS OU PLUS . . . . . 1 NON, MOINS DE 10 ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, CONNAIT PAS DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE L'ENQUÊTÉ . . . . . 4 MÊME ÂGE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	
761	Comment décririez-vous votre relation avec cette personne à ce moment là? SI PERSONNE EST UNE PETITE-AMIE OU PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés?	MARI/FEMME . . . . . 01 PARTENAIRE AVEC QUI VIT . . . . . 02 PETIT AMI OU PEITTE AMIE QUI NE VIT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNEL . . . . . 04 TRAVAILLEUR/EUSE DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
762	Pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cette personne? SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTER EN ANNÉES.	JOURS . . . . . 1 ☐☐ SEMAINES . . . . . 2 ☐☐ MOIS . . . . . 3 ☐☐ ANNÉES . . . . . 4 ☐☐	
763	Quand vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois, un condom masculin a-t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	765

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
764	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin n'a pas été utilisé?	VOULAIT TOMBER ENCEINTE . . . . . 1 PARTENAIRE A REFUSÉ . . . . . 2 N'AVAIT PAS DE CONDOM . . . . . 3 SE SENTAIT EN SÉCURITÉ . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	→ 767
765	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin a été utilisé?	PRÉVENIR GROSSESSE . . . . . 1 PRÉVENIR MST/VIH . . . . . 2 PRÉVENIR À LA FOIS MST/GROSS. . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
766	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser un condom masculin?	ENQUÊTÉ . . . . . 1 PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
767	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, d'AUTRES méthodes quelconques ont-elles été utilisées pour prévenir une grossesse ou les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 769
768	Quelle(s) autre(s) méthode(s) ont été utilisée(s)? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE OU GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE..... . . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE . . . . . I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
769	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous ou avait-(IL / ELLE) bu de l'alcool? SI OUI: Qui a bu?	ENQUÊTÉ SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE SEULEMENT . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	
770	HOMME ☐ ↓	FEMME ☐ →	776
771	VÉRIFIER 758 A EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ ↓	PAS DE RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ →	776
772	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne?	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
773	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois un condom masculin a-t-il été utilisé pendant les rapports sexuels avec cette personne?	CONDOM PAS UTILISÉ 00	→ 776
		NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
774	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous commencé à avoir des rapports sexuels avec cette personne sans utiliser le condom masculin, et que par la suite vous l'avez utilisé avec cette personne?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
764	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin n'a pas été utilisé?	VOULAIT TOMBER ENCEINTE . . . . . 1 PARTENAIRE A REFUSÉ . . . . . 2 N'AVAIT PAS DE CONDOM . . . . . 3 SE SENTAIT EN SÉCURITÉ . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	→ 767
765	Quelle est la raison principale pour laquelle un condom masculin a été utilisé?	PRÉVENIR GROSSESSE . . . . . 1 PRÉVENIR MST/VIH . . . . . 2 PRÉVENIR À LA FOIS MST/GROSS. . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
766	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser un condom masculin?	ENQUÊTÉ . . . . . 1 PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
767	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, d'AUTRES méthodes quelconques ont-elles été utilisées pour prévenir une grossesse ou les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	→ 769
768	Quelle(s) autre(s) méthode(s) ont été utilisée(s)? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILULE . . . . . A INJECTIONS . . . . . B CONDOM FÉMININ . . . . . D MOUSSE OU GELÉE . . . . . E RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE..... . . . . F RETRAIT . . . . . G PILULE DU LENDEMAIN . . . . . H STÉRILISATION FÉMININE . . . . . I STÉRILISATION MASCULINE . . . . . J DIU/STÉRILET . . . . . K IMPLANTS . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
769	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous ou avait-(IL / ELLE) bu de l'alcool? SI OUI: Qui a bu?	ENQUÊTÉ SEULEMENT . . . . . 1 PARTENAIRE SEULEMENT . . . . . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	
770	HOMME ☐ ↓	FEMME ☐ →	776
771	VÉRIFIER 758 A EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ ↓ PAS DE RAPPORTS SEXUELS DANS LES 3 DERNIERS MOIS ☐ →		776
772	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne?	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
773	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois un condom masculin a-t-il été utilisé pendant les rapports sexuels avec cette personne?	CONDOM PAS UTILISÉ . . . . . 00 →	776
		NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐☐ REFUSÉ . . . . . 97 NE SAIT PAS 98	
774	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous commencé à avoir des rapports sexuels avec cette personne sans utiliser le condom masculin, et que par la suite vous l'avez utilisé avec cette personne?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
786	Qui, selon vous, exerce des pressions pour que vous n'ayez <u>pas</u> de rapports sexuels? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PETIT AMI/PETITE AMIE . . . . . A MÈRE . . . . . B PÈRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAM. . . . . F AUTRE HOMME FAM. . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT . . . . . J ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE. . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
787	VÉRIFIER 620 ET 621 N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓ A DÉJÀ EU RAPPORTS SEXUELS ☐ →		801
788	Quel âge pensez vous avoir quand vous aurez votre premier rapport sexuel?	ÂGE EN ANNÉES . . . . . ☐☐ AU MARIAGE . . . . . 91 NE SAIT PAS 98	

SECTION 8. VIH/SIDA

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	J'aimerais à présent vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 901
802	Peut-on contracter le virus du SIDA en ayant des rapports sexuels avec des personnes infectées par le virus du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
803	Le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant: a. Durant la grossesse? b. Durant l'accouchement? c. Durant l'allaitement au sein?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE . . . . . 1 2 8 DURANT ACCOUCHEMENT . . . . . 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
804	Peut-on contracter le virus du SIDA en partageant des rasoirs ou autres objets tranchants utilisés pour percer ou couper la peau?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
805	Peut-on contracter le virus du SIDA par des injections avec une aiguille qui a déjà servi pour quelqu'un d'autre?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
806	Peut-on contracter le virus du SIDA à partir d'une transfusion sanguine?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
807	Peut-on contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
808	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
809	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA à cause de la sorcellerie ou d'autres moyens surnaturels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
810	Peut-on réduire les risques de contracter le SIDA en s'abstenant complètement des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
811	Peut-on réduire les risques de contracter le SIDA en n'ayant qu'un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
812	Peut-on réduire les risques de contracter le SIDA en utilisant correctement un condom masculin à chaque rapport sexuel?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
813	Peut-on réduire les risques de contracter le SIDA en évitant de partager les injections/aiguilles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
814	Peut-on réduire les risques de contracter le SIDA en utilisant les spermicides?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
816	Y a-t-il d'autres choses qu' une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 818

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER Á
817	Que peut-on faire d'autre? INSISTER: Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..... A UTILISER DES CONDOMS . . . . . B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE / RESTER FIDÉLE UN SEUL PARTENAIRE . . . . C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . . D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES . . . . . E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . . . . . F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS . . . . . G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES . . . . . H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG . . . . . I ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES . . . . . J ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . K ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . . . . L CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS . . . . . M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
818	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé soit en fait atteinte du virus du sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
819	Y a-t-il des médicaments qu'une femme infectée par le virus du SIDA peut prendre pour réduire le risque de transmission au bébé durant la grossesse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
820	Pensez-vous que vous courez de grands risques, assez peu de risques, peu de risques ou aucun risque de contracter le VIH/SIDA?	GRANDS RISQUES . . . . . 1 RISQUES MODÉRÉS . . . . . 2 PEU DE RISQUES . . . . . 3 AUCUN RISQUE . . . . . 4 SÉROPOSITIF/A LE SIDA . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	
821	Je ne vous demanderai pas de citer de noms, mais connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
822	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est mort du SIDA ou dont les gens disent qu'il est mort du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
823	Une enseignante, c'est à dire une femme qui enseigne, qui a le virus du SIDA devrait-elle être autorisée à continuer d'enseigner dans une école?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
824	Si vous connaissiez un commerçant ou un vendeur de produits alimentaires qui a le virus du SIDA, lui achèteriez-vous des légumes frais?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
825	Si un membre de votre famille était infecté par le virus du SIDA, voudriez-vous que cela reste un secret?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
826	Si un membre de votre famille était malade avec le virus du SIDA, seriez-vous disposé à prendre soin de lui ou d'elle au sein de votre ménage?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
827	Pouvez-vous me dire où/auprès de qui vous avez obtenu de l'information sur le SIDA? INSISTER : Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT / ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRMIER/CENTRE SAN..... K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . Z	
828	En pensant à toutes les sources possibles (pas seulement à celles que vous avez citées) d'où préféreriez-vous obtenir de l'information sur le SIDA? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT / ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRMIER/CENTRE SAN..... K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . Z	
829	Devrait-on apprendre aux jeunes de 12 -14 ans comment éviter de contracter le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 831 NE SAIT PAS 8	
830	Devrait-on apprendre aux jeunes de 12 -14 ans comment utiliser un condom masculin pour éviter de contracter le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
831	J'aimerais avoir votre opinion sur le test du VIH/SIDA. Là également, tout ce que vous me direz restera confidentiel. Avez-vous entendu dire que les gens peuvent faire des tests pour savoir s'ils sont infectés par le virus qui cause le SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 847	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
832	Savez-vous où aller pour faire un test du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	844
833	Où pouvez-vous aller pour ce test? SI SOURCE EST HÔPITAL, CENTRE DE SANTÉ, OU CLINIQUE, INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . A CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL PRIVE/DOC . . . . B CLINIQUE ONG . . . . . C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . D CENTRE SANTÉ MOBILE . . . . . E CENTRE AUTONOME POUR TEST SIDA . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
834	Devez-vous payer pour faire ce test? SI OUI: A peu près combien?	PAS DE FRAIS . . . . . 000000 MONTANT..... ☐☐☐☐☐☐ NE SAIT PAS 999998	
835	Je ne veux pas savoir les résultats, mais avez-vous déjà fait le test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 →	844
836	La dernière fois que vous avez fait le test, avez-vous demandé à faire le test, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou était-ce obligatoire?	ENQUÊTÉ A DEMANDÉ . . . . . 1 PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . 2 OBLIGATOIRE 3	
837	Pour quelle raison principale avez-vous fait le test cette dernière fois là?	CONNAITRE PROPRE ÉTAT . . . . . 01 ENCEINTE/ PRÉNATAL . . . . . 02 SEXUELLEMENT ACTIF . . . . . 03 ENCOURAGÉ PAR CONSEILLER . . . . . 04 ENCOURAGÉ PAR ÉDUCATEUR PAIR . . . . . 05 ENCOURAGÉ PAR PARENTS OU FAMILLE . 06 ENCOURAGÉ PAR PAIRS . . . . . 07 POUR MARIAGE . . . . . 08 PARTENAIRE M'A DEMANDÉ DE FAIRE . . . . 09 INQUIET A PROPOS PARTENAIRE . . . . . 10 EXIGÉ POUR AVOIR DU TRAVAIL . . . . . 11 MALADIE/ACCIDENT..... 12 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
838	Où êtes vous allé pour le test cette dernière fois là?	CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . 01 CENTRE DE SANTÉ/HÔPITAL PRIVE/DOC . . . . 02 CLINIQUE ONG . . . . . 03 DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . 04 CENTRE SANTÉ MOBILE . . . . . 05 CENTRE AUTONOME POUR TEST SIDA . . . . 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
839	A un moment quelconque pendant ce dernier test, avez-vous bénéficié de conseils sur les moyens de vous protéger et de protéger votre partenaire contre le SIDA ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
840	Je ne veux pas les connaître, mais avez-vous reçu les résultats de ce test?	OUI . . . . . 1 → NON . . . . . 2 REFUSÉ 7	842
841	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas eu vos résultats?	NE COURT AUCUN RISQUE . . . . . 01 CRAINTE CONNAÎTRE ETAT . . . . . 02 QUELQU'UN PEUT ME VOIR . . . . . 03 NE VEUT SIMPLEMENT PAS SAVOIR . . . . . 04 INDIFFÉRENT . . . . . 05 AUTRE _____ . . . . 96 (PRÉCISER)	→ 846A
842	Avez-vous parlé à quelqu'un des résultats du test?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	846A

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
843	A qui en avez-vous parlé? Pourriez-vous me dire quelles sont vos relations avec cette personne? Je ne demande pas de citer de nom. INSISTER: Y en a -t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . A PETIT AMI/PETITE AMIE . . . . . B MÈRE . . . . . C PÈRE . . . . . D FRÈRE . . . . . E SŒUR . . . . . F AUTRE FEMME FAM . . . . . G AUTRE HOMME FAM . . . . . H AMIES . . . . . I AMIS . . . . . J ENSEIGNANT . . . . . K MÉDECIN/INFIRMIER . . . . . L TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . M PHARMACIEN . . . . . N ÉDUCATEURS PAIRS . . . . . O AUTRE_____ X (PRÉCISER)	→ 846A
844	Voudriez-vous faire le test du virus du SIDA?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 846
845	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas encore fait ce test?	PAS D'ACTIVITÉ SEXUELLE . . . . . 01 PAS DE RISQUES POUR AUTRES RAISONS 02 NE SAIT PAS OU ALLER . . . . . 03 COÛTS TROP ÉLEVÉS . . . . . 04 PEUT ÊTRE INFECTÉ PAR LE TEST . . . . . 05 NE VEUT PAS SAVOIR . . . . . 06 QUELQU'UN POURRAIT ME VOIR . . . . . 07 AUTRE _____ . . . . . 96 (PRÉCISER)	→ 846A
846	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne voulez pas faire ce test?	PAS D'ACTIVITÉ SEXUELLE . . . . . 01 PAS DE RISQUES POUR AUTRES RAISONS 02 NE SAIT PAS OU ALLER . . . . . 03 COÛTS TROP ÉLEVÉS . . . . . 04 PEUT ÊTRE INFECTÉ PAR LE TEST . . . . . 05 NE VEUT PAS SAVOIR . . . . . 06 QUELQU'UN POURRAIT ME VOIR . . . . . 07 AUTRE _____ . . . . . 96 (PRÉCISER)	
846A	Pensez-vous que le test du SIDA devrait être obligatoire pour le mariage?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
847	Au cours de ces derniers mois, avez-vous entendu ou vu des messages sur le SIDA: a. à la radio? b. à la télévision? c. dans un journal ou une revue? d. sur une affiche? e. dans un prospectus ou une brochure? f. par un agent de santé? g. lors d'une réunion communautaire ou de club social?	OUI NON RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 JOURNAL/REVUE . . . . . 1 2 AFFICHE . . . . . 1 2 PROSPECTUS/BROCHURE . . . . . 1 2 AGENT DE SANTÉ . . . . . 1 2 RÉUNION COMMUNAUTAIRE OU DE CLUB 1 2	
848	Avez-vous entendu parler des 'Centres Jeunes'?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
849	Connaissez-vous les spots "C'est ma vie"?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 851
850	De quoi est-il question? S'agit-il des moyens de prévention contre le VIH/Sida, de la responsibilité dans la vie sexuelle ou quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA . . . . . A LA RESPONSABILITÉ DANS LA VIE SEXUELLE B AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
851	Connaissez-vous la bande dessinée "Marcelline et Jo-Jo"?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 854

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
852	L'avez-vous déjà lu?	OUI . . . . . 1 NON 2	
853	De quoi est-il question? S'agit-il du VIH/Sida de la vie des séropositifs, des moyens de prévention contre le VIH/Sida chez les jeunes ou quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	VIH/SIDA . . . . . A DE LA VIE DES SEROPOSITIFS . . . . . B MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/ SIDA . . . . . C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
854	Connaissez-vous le programme "Amour sans risques, c'est plus"?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 856
855	De quoi est-il question? S'agit-il des moyens de prévention contre le VIH/Sida chez les jeunes, de la responsibilité des jeunes face à leur vie sexuelle ou quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA . . . . . A LA RESPONSABILITÉ DANS LA VIE SEXUELLE B AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
856	Connaissez-vous le feuilleton "Sida ka taa"?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 901
857	De quoi est-il question? S'agit-il des moyens de prévention contre le VIH/Sida chez les jeunes, de la responsibilité des jeunes face à leur vie sexuelle ou quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA . . . . . A LA RESPONSABILITÉ DANS LA VIE SEXUELLE B AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

SECTION 9. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Avez-vous entendu parler d'autres infections (à part le SIDA) que l'on peut contracter à partir de contacts sexuels?	OUI . . . . . 1 → 904 NON 2	
902	Connaissez-vous un endroit où les jeunes comme vous peuvent aller pour obtenir de l'information sur les infections que l'on peut contracter à partir de contacts sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → 1001	
903	Où est cet endroit?/Auprès de qui? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRM/CENTRE . . . . . K TRADIPRATICIEN/HERBORISTE/ MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . Z	→ 1001
904	Pouvez-vous décrire un symptôme quelconque des infections sexuellement transmissibles? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PLAIE/ULCÈRE GÉNITALE . . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . . B DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . . C DOULEURS ABDOMINALES . . . . . D VERRUES GÉNITALES . . . . . E BRÛLURES URINAIRES . . . . . F AUTRE_____ X (PRÉCISER) NE CONNAÏT AUCUN SYMPTÔME . . . . . Z	
905	Pouvez-vous me dire où/Auprès de qui vous avez obtenu de l'information sur les infections que l'on peut contracter à partir de contact sexuels? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRM/CENTRE . . . . . K TRADIPRATICIEN/ HERBORISTE/MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
906	En pensant à toutes les sources possibles (pas seulement à celles que vous avez citées) d'où/Auprès de qui préféreriez-vous obtenir l'information sur ces types d'infections? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE . . . . . A PÈRE . . . . . B CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E AUTRE FEMME FAMILLE . . . . . F AUTRE HOMME FAMILLE . . . . . G AMIES . . . . . H AMIS . . . . . I ENSEIGNANT /ÉCOLE . . . . . J MÉDECIN/INFIRM/CENTRE . . . . . K TRADIPRATICIEN/ HERBORISTE/MARABOUT . . . . . L JOURNAUX . . . . . M LIVRES/REVUES . . . . . N RADIO . . . . . O TÉLÉVISION . . . . . P INTERNET . . . . . Q AFFICHE/PANNEAU PUB. . . . . R ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... S AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
907	Pouvez-vous me parler de certaines des raisons pour lesquelles il est difficile pour des gens de votre âge de recevoir des conseils ou un traitement pour les infections que l'on peut contracter à partir de contacts sexuels? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	AUCUN PROBLÈME/OBSTACLE . . . . . A NE PAS SAVOIR OU ALLER . . . . . B NE PAS SAVOIR COMMENT Y ALLER . . . . . C HEURES/JOURS NE CONVENANT PAS . . . . . D INTIMITÉ NON-RESPECTÉE . . . . . E MAUVAIS ACCUEIL PAR PERSONNES/ PERSONNEL . . . . . F COÛTEUX-- NE PEUT PAYER SERVICES . . . . . G PAS DE PRESTATAIRE DU MÊME SEXE . . . . . H NON AUTORISÉ À ALLER SEUL . . . . . I A PEUR/CRAINTIF . . . . . J EMBARRASSÉ/TIMIDE..... K TRAITEMENT INEFFICACE . . . . . L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
908	Connaissez-vous un endroit où les jeunes comme vous peuvent aller pour un traitement pour les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	916
909	Où est cet endroit? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . A CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR..... B CENTRE SANTÉ ONG . . . . . C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . D VENDEUR DE RUE . . . . . E TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . F AMIS . . . . . G ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE . . . . . H ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... I AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
910	Quel endroit préféreriez-vous le plus pour obtenir un traitement pour les infections sexuellement transmissibles?	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . 01 CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ..... 02 CENTRE SANTÉ ONG . . . . . 03 DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . 04 VENDEUR DE RUE . . . . . 05 TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . 06 AMIS . . . . . 07 ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE . . . . . 08 ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE..... 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . 98 →	912

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
911	Pensez-vous qu'à (ENDROIT LE PLUS PRÉFÉRÉ METIONNÉ DANS Q.910) obtenir un traitement pour les infections:		
	a. les informations qui seront échangées resteront confidentielles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. vous pourriez-vous y rendre aisément?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. vous seriez bien accueilli?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. vous seriez en mesure de payer les services?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
912	VÉRIFIER 910 CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC N'EST PAS LE PLUS PRÉFÉRÉ (CODE '01' PAS ENCERCLÉ)	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC EST LE PLUS PRÉFÉRÉ (CODE '01' ENCERCLÉ) →	916
913	VÉRIFIER 909 NE CONNAIT PAS CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC (CODE 'A' PAS ENCERCLÉ)	CONNAIT CENTRE SANTÉ/ HÔPITAL PUBLIC (CODE 'A' ENCERCLÉ) →	915
914	Connaissez-vous un centre de santé ou un hôpital public où vous pouvez obtenir un traitement pour les infections sexuellement transmissibles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	916
915	Pensez-vous qu'au centre de santé ou à l'hôpital public:		
	a. les informations qui seront échangées resteront confidentielles?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. vous pourriez-vous y rendre aisément?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. vous seriez bien accueilli?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	d. vous seriez en mesure de payer les services?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
916	Avez-vous déjà contracté une infection sexuellement transmissible?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
917	Les gens ont parfois des écoulements anormaux qui ne sentent pas bons et qui proviennent de leurs parties intimes. Vous est-il déjà arrivé d'avoir des écoulements anormaux qui ne sentent pas bons?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
918	Les gens ont parfois des plaies ou des ulcères génitaux. Avez-vous déjà eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
919	VÉRIFIER 916, 917 ET 918 AU MOINS UN 'OUI' (CODE '1')	SI 'NON' (CODE '2') OU NE SAIT PAS' (CODE '8') AUX 3 QUESTIONS →	1001

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
920	Avez-vous recherché des soins ou un traitement pour (cette infection sexuellement transmissible/écoulements anormaux/plaies ou ulcères génitaux)?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	922
921	La "dernière fois" que vous avez recherché ces soins ou ce traitement, où êtes-vous allé?	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . 01 CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR. . . . . 02 CENTRE SANTÉ ONG . . . . . 03 DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ PHARMACIE . . . . . 04 VENDEUR DE RUE . . . . . 05 TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . 06 AMIS . . . . . 07 ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE . . . . . 08 ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE. . . . . 09 AUTRE _____ . . . . . 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 924
922	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas recherché de soins ou un traitement? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	GÊNE . . . . . A NE VEUT PAS QUE PARTENAIRE SACHE . . . . . B NE VEUT PAS QUE D'AUTRES SACHENT . . . . . C NE SAIT PAS OU ALLER . . . . . D COÛT . . . . . E AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
923	Où aimeriez vous aller?	CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PUBLIC . . . . . A CENTRE SANTÉ/HÔPITAL PRIVÉ/DOCTEUR. . . . . B CENTRE SANTÉ ONG . . . . . C DÉPÔT DE MÉDICAMENTS/ . . . . . . PHARMACIE . . . . . D VENDEUR DE RUE . . . . . E TRADIPRATICIEN/HERBORISTE MARABOUT . . . . . F AMIS . . . . . G ÉCOLE/CONSEILLER ÉCOLE . . . . . H ÉGLISE/MOSQUEE/TEMPLE. . . . . I AUTRE _____ X (PRÉCISER) NULLE PART . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
924	Avez-vous essayé de vous traiter vous-même avec des médicaments faits à domicile, des médicaments sans ordonnance ou quelque chose d'autre pour (cette infection sexuellement transmissible/écoulements anormaux/plaies ou ulcères génitaux)?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	1001
925	Quelles sont certaines des raisons pour lesquelles vous avez essayé de traiter (cette infection sexuellement transmissible/ écoulements anormaux/plaies ou ulcères génitaux) vous-même? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	GÊNE . . . . . A NE VEUT PAS QUE PARTENAIRE SACHE . . . . . B NE VEUT PAS QUE D'AUTRES SACHENT . . . . . C NE SAIT PAS OU ALLER . . . . . D COÛT . . . . . E AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

SECTION 10. PRATIQUES SOCIOCULTURELLES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	J'aimerais vous poser quelques questions sur le fait de "grandir". Avez-vous jamais participé à un rite de puberté ou une cérémonie d'initiation?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE CONNAIT PAS DE RITES 3	→ 1003
1002	A quel âge avez vous été soumis à ce rite?	ÄGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
1003	FEMME ☐ → Avez-vous entendu parler de l'excision? / HOMME ☐ → Avez-vous entendu parler de la circoncision?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1006
1004	Avez-vous été (circoncis/excisée)?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1005A
1005	A quel âge avez-vous été (circoncis/excisée)?	ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] NOURRISSON . . . . . 00 NE SAIT PAS 98	
1005A	Avez-vous déjà entendu parler d'une Loi au Burkina Faso qui interdit l'excision?	OUI . . . . . 1 NON 2	
1006	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des coupures ou perçages y compris des tatouages/ décorations sur le visage ou le corps et scarification avec des lames ou autres instruments tranchants?	OUI . . . . . 1 NON 2	
1007	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des injections?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1010
1008	Combien d'injections avez vous reçu?	NOMBRE . . . . . [ ][ ]	
1009	Qui vous a fait la dernière injection que vous avez reçue?	MÉDECIN . . . . . 01 INFIRMIER . . . . . 02 PHARMACIEN . . . . . 03 VENDEUR DE RUE . . . . . 04 SOI-MÊME . . . . . 05 AMI OU FAMILLE . . . . . 06 AUTRE_____ 96 (PRÉCISER)	
1010	Maintenant j'aimerais vous poser des questions sur les gens avec lesquels vous avez parlé de choses personnelles. Y a-t-il des membres de votre famille avec lesquels vous avez parlé de questions liées à la sexualité?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1012
1011	Qui vous en a parlé? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . A MÈRE . . . . . B PÈRE . . . . . C FRÈRE . . . . . D SŒUR . . . . . E TANTE . . . . . F ONCLE . . . . . G COUSIN(E) . . . . . H GRAND-MÈRE . . . . . I GRAND-PÈRE . . . . . J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
1012	Est-ce que quelqu'un <u>en dehors</u> de votre famille vous a parlé de questions liées à la sexualité?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 1014
1013	Qui vous en a parlé? INSISTER: Y en a-t-il d'autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PETITE AMIE . . . . . A PETIT AMI . . . . . B AMIS . . . . . C AMIES . . . . . D ÉCOLE/CONSEILLER . . . . . E PRESTATAIRE DE SANTÉ . . . . . F RESPONSABLES RELIGIEUX . . . . . G AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
1014	a. Combien d'amies proches avez-vous qui sont du sexe féminin?		NOMBRE FÉMININ . . . . . [ ][ ] AUCUNE . . . . . 00 NE SAIT PAS 98	
	b. Combien d'amis proches avez-vous qui sont du sexe masculin?		NOMBRE MASCULIN . . . . . [ ][ ] AUCUN . . . . . 00 NE SAIT PAS 98	
1015	VÉRIFIER 602 ACTUELLEMENT MARIÉ(E) (CODE '1' ENCERCLÉ) ↓	PAS MARIÉ(E) (CODE '2' ENCERCLÉ OU VIDE) ↓		
1016	Avant de vous marier, à quel point diriez-vous que vos parents ou tuteurs savaient les choses suivantes:	À quel point diriez-vous que vos parents ou tuteurs savent les choses suivantes:		
	a. Où vous alliez la nuit. Diriez-vous qu'ils ne savaient pas, que parfois ils savaient, ou qu'ils le savaient toujours?	a. Où vous allez la nuit. Diriez-vous qu'ils ne savent pas, que parfois ils savent, ou qu'ils le savent toujours?	NE SAIT PAS . . . . . 1 PARFOIS . . . . . 2 TOUJOURS . . . . . 3 SORT JAMAIS LA NUIT..... 4	
	b. Ce que vous faisiez de votre temps libre. Diriez-vous qu'ils ne savaient pas, que parfois ils savaient, ou qu'il le savaient toujours?	b. Ce que vous faites de votre temps libre. Diriez-vous qu'ils ne savent pas, que parfois ils savent, ou qu'ils le savent toujours?	NE SAIT PAS . . . . . 1 PARFOIS . . . . . 2 TOUJOURS 3	
	c. Qui étaient vos amis. Diriez-vous qu'ils ne savaient pas, que parfois ils savaient, ou qu'ils le savaient toujours?	c. Qui sont vos amis. Diriez-vous qu'ils ne savent pas, que parfois ils savent, ou qu'ils le savent toujours?	NE SAIT PAS . . . . . 1 PARFOIS . . . . . 2 TOUJOURS . . . . . 3 PAS D'AMI(E)S..... 4	
1017	Je vais vous lire une série de déclarations. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec ces déclarations.			
	a. Les jeunes femmes devraient rester vierges jusqu'au mariage.		D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	b. Les jeunes hommes devraient rester vierges jusqu'au mariage.		D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
	c. Généralement, les gens ne projettent pas d'avoir des rapports sexuels. Ça arrive tout simplement.		D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
1018	Avez-vous déjà entendu parler du "Code des Personnes et de la Famille au Burkina"?		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 →	1101
1019	D'après ce code, quel est l'âge minimum à partir duquel une fille peut se marier?		ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	

SECTION 11. INQUIÉTUDES, SUBSTANCES UTILISÉES ET CONTEXTE DE L'ENFANCE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES				ALLER À
1101	A l'heure actuelle, êtes-vous préoccupé par les éléments suivants? Êtes-vous très préoccupé, assez préoccupé ou pas du tout préoccupé, en ce qui concerne:	Très préoccupé	Assez préoccupé	Pas préoccupé	Ne sait pas	
	a. Votre santé?	1	2	3	8	
	b. Avoir assez à manger?	1	2	3	8	
	c. Obtenir/Avoir de l'argent?	1	2	3	8	
	d. Tomber enceinte (mettre quelqu'un enceinte)?	1	2	3	8	
	e. Contracter le VIH/SIDA?	1	2	3	8	
1102	Avez-vous déjà essayé de boire/consommé des boissons alcoolisées?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ 7				
1103	Avez-vous déjà essayé/consommé des (d'autres) substances qui affectent l'humeur?	JAMAIS ESSAYÉ . . . . . 1 → 1104 A ESSAYÉ . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 → 1104				
1103A	SI OUI: Quelles substances avez-vous essayé/ consommés?	1_____ □□ 2_____ □□ 3_____ □□ 4_____ □□				
1104	VÉRIFIER 1102 A DÉJÀ ESSAYÉ ALCOOL (CODE '1' ENCERCLÉ) □ ↓ JAMAIS ESSAYÉ ALCOOL (CODE '2' OU '7' ENCERCLÉ) □ →					1107
1105	Quel âge aviez-vous quand vous avez essayé pour la première fois de consommer une boisson alcoolisée?	ÂGE . . . . . □□ NE SAIT PAS 98				
1106	Dans les 12 derniers mois, avez-vous déjà été "soûl" en buvant des boissons alcoolisées?	OUI . . . . . 1 NON 2				
1107	Pensez maintenant à ce qu'était votre vie familiale jusqu'à l'âge de 10 ans. Arrivait-t-il très souvent, assez souvent ou pas souvent du tout que votre famille n'ait pas assez de nourriture pour tout le monde?	TRÈS SOUVENT . . . . . 1 ASSEZ SOUVENT . . . . . 2 PAS TRÈS SOUVENT . . . . . 3 JAMAIS..... 4 NE SAIT PAS 8				
1108	Durant votre jeunesse, jusqu'à l'âge de 10 ans, le ménage où vous avez grandi a-t-il souffert du fait qu'un de ses membres consommait trop d'alcool ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8				

SECTION 12. QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES (1 ENQUÊTÉ(E) CHOISI(E) AU HASARD PAR MÉNAGE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1201	VÉRIFIER QUESTIONNAIRE MÉNAGE, COLONNE (8): PERSONNE RETENUE POUR CETTE SECTION ☐ PERSONNE NON RETENUE ☐ →		1301
1202	L'INTIMITÉ EST-ELLE RESPECTÉE ?: PAS DE PERSONNES ÂGÉS DE PLUS DE 3 ANS PRÉSENTES OU À L'ÉCOUTE ☐ AUTRES PRÉSENTS OU QUI ÉCOUTENT ☐ →		1301
1203	LIRE À TOUS LES ENQUÊTÉS : J'aimerais à présent vous poser quelques questions sur certains autres aspects importants de la vie d'une personne. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Toutefois, vos réponses sont cruciales pour nous aider à comprendre les risques auxquels les jeunes du Burkina Faso sont confrontés. Je vous donne l'assurance que vos réponses sont totalement confidentielles et que nous n'en parlerons à personne. Nous ne poserons à personne d'autre dans votre maison les questions que nous allons vous poser et personne d'autre ne saura de quoi nous avons discuté.		
1207	Certaines personnes nous font parfois des choses que nous ne voulons pas. Avez-vous déjà subi d'un homme ou d'une femme des attouchements dont vous ne vouliez pas, comme des baisers, étreintes ou caresses?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS 8	
1208	Est-ce que quelqu'un vous a "jamais" forcé physiquement, blessé ou menacé afin d'avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS . . . . . 8 →	1210
1209	Comment décririez-vous votre relation avec cette personne? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CONJOINT/PARTENAIRE . . . . . A PETIT AMI/PETITE AMIE . . . . . B AMI/AMIE . . . . . C PÈRE/MÈRE . . . . . D FRÈRE/SOEUR . . . . . E ONCLE/TANTE . . . . . F AUTRE FAMILLE . . . . . G CAMARADE DE CLASSE . . . . . H RENCONTRE OCCASIONNELLE . . . . . I ENSEIGNANT . . . . . J ÉTRANGER/INCONNU . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISER) REFUSÉ . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
1210	Parfois les parents ou d'autres adultes maltraitent les enfants. Quand vous étiez plus jeune jusqu'à l'âge de 10 ans, un parent ou un autre adulte de votre ménage vous a-t-il frappé assez fort pour laisser des marques ou provoquer des lésions?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ . . . . . 7 NE SAIT PAS . . . . . 8 →	1301
1211	Combien de fois ceci est-il arrivé? Très souvent, assez souvent ou pas très souvent?	TRÈS SOUVENT . . . . . 1 ASSEZ SOUVENT . . . . . 2 PAS TRÈS SOUVENT . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 13. CONSENTEMENT, INFORMATIONS POUR JOINDRE ENQUÊTÉ(E) ET OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1301	Je vous remercie de votre temps. Vos points de vue sont très importants et aideront à améliorer les services de santé à l'intention des personnes de votre âge. Nous pouvons souhaiter vous contacter de nouveau dans un ou deux ans pour un autre entretien qui nous permettra de mieux comprendre la manière dont la vie évolue pour les jeunes. Nous vous ferons de nouveau une demande de participation à ce moment là -- si vous acceptez de participer actuellement, cela ne vous engage pas à participer la prochaine fois. Pouvons-nous vous contacter ultérieurement? ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE D'ÊTRE CONTACTÉ(E) ☐ ↓ ENQUÊTÉ(E) N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE CONTACTÉ (E) ☐ →		1304
1302	Pouvez-vous, s'il vous plaît, nous donner les coordonnées d'une ou deux personnes qui sauraient où vous êtes dans l'avenir? De nouveau, tous les renseignements que vous fournissez restent confidentiels et ne seront utilisés que pour vous contacter dans l'avenir, si vous n'habitez pas dans cette maison. PERSONNE #1 NOM: _____ RELATION AVEC L'ENQUÊTÉ: _____ ADRESSE ACTUELLE/DESCRIPTION PHYSIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE _____		
1303	PERSONNE #2 NOM: _____ RELATION AVEC L'ENQUÊTÉ: _____ ADRESSE ACTUELLE/DESCRIPTION PHYSIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE _____		
1304	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ..... ☐☐ MINUTES ..... ☐☐	
1305	PENSEZ-VOUS QUE L'ENQUÊTÉ(E) A BIEN COMPRIS LES QUESTIONS DE L'ENQUÊTE?	TRÈS BIEN ..... 1 BIEN ..... 2 PAS TRÈS BIEN 3	
1306	Y AVAIT-IL A PROXIMITÉ D'AUTRES PERSONNES QUI AURAIENT PU VOUS ENTENDRE A UN MOMENT QUELCONQUE DE L'ENTRETIEN? ENCERCLER TOUS LES CODES PERTINENTS	AUCUNE PERSONNE ..... A CONJOINT/PARTENAIRE ..... B MÈRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ..... C PÈRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ..... D FRÈRES/SOEURS ..... E AUTRES ADOLESCENTS ..... F AUTRES ENFANTS ..... G AUTRES ADULTES ..... H	
1307	**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR:** _____		
1308	**OBSERVATIONS DU CONTRÔLEUR** _____		
1309	NOM DU CONTRÔLEUR: _____ DATE: _____		
1310	**OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE** _____		
1311	NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____		

Annexe 3.6 : Opérationnalisation des concepts en variables

Concepts	Variables	Indicateurs retenus	Variables sources	Modalités des indicateurs retenus
Environnement socioculturel	Ethnie	Ethnie	Groupe ethnique	1-bisa-samo-gourounsi 2-lobi-dagara-goin-senoufo 3-mossi-peul-gourmantché-dioula 4-autres bf-étrangers
	Milieu de résidence	Milieu de résidence	Milieu de résidence (urbain/rural	1- Urbain 2- Rural
			Milieu de résidence (ouaga/urb/rural	1- Ouagadougou 2- Autres villes 3- Rural
	Religion	Religion	Religion	1-Musulman 2-Catholique 3-Protestant 4-Animiste
Cadre institutionnel formel	Disponibilité d'une information précise sur la sexualité et la prévention	-	-	-
	Disponibilité de l'offre de services en matière de prévention des IST/Sida dans l'environnement de l'individu	-	-	-
	Disponibilité de l'offre de services en matière de contraception dans l'environnement de l'individu	-	-	-
Capitaux personnels	Sexe	Sexe	Sexe	1 : Homme 2 : Femme
	Age	Groupes d'âge	Age	1 :12-14 ans 2 :15-19 ans
	Caractéristiques socioculturelles	Milieu de socialisation	Résidence avant l'âge de 12 ans	1-Urbain 2-Rural
		Niveau d'instruction	Niveau d'instruction	0 : Aucun 1 : Primaire 2 : Secondaire
		Exposition aux média	Fréquence d'écoute de la radio	1- Oui ou a reçu un message de prévention par les média 2- Non
			Fréquence de suivi de la télévision	
			Fréquence de lecture de journaux ou revues	
			A déjà utilisé l'internet	
Expérience sexuelle et préventive	Expérience sexuelle/préventive	Expérience sexuelle antérieure à la période	Age au premier rapport sexuel	1-Oui 0-Non
			Age	
		Expérience préventive antérieure à la période : IST/SIDA	Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel	1-Oui 0-Non

Concepts	Variables	Indicateurs retenus	Variables sources	Modalités des indicateurs retenus
		Expérience préventive antérieure à la période : contraception	Utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel, y compris le préservatif	1-Oui 0-Non
Statut social de la relation et attentes	Statut social de la relation	Statut social de la relation	Type de relation avec dernier partenaire sexuel 12 derniers mois	1- conjoint/concubin 2- Copain/copine 3- Relation occasionnelle
Connaissances théoriques et attitudes face au risque	Exposition antérieure à une information précise sur la sexualité et la prévention	Exposition antérieure à des informations précises sur la sexualité	A déjà assisté à des cours ou causeries sur l'éducation sexuelle	1-Oui 0-Non
		Exposition antérieure à des informations précises sur la reproduction et la contraception	A déjà assisté à des cours ou causeries sur comment survient une grossesse	1-Oui 0-Non
			A déjà assisté à des cours ou causeries sur la contraception	
		Exposition antérieure à des informations précises sur la prévention des IST/Sida	A déjà assisté à des cours ou causeries sur la prévention des IST/Sida	1-Oui 0-Non
	Perception du risque d'IST/SIDA lié à la sexualité	Perception du risque d'IST/SIDA lié à la sexualité	Transmission du sida possible en ayant rs avec personne infectée	1-Oui 0-Non
	Perception du risque de grossesse lié à la sexualité	Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle	Pense qu'une fille peut tomber enceinte lors du premier rapport sexuel	1-Oui 0-Non
	Connaissance théorique des moyens de prévention de la transmission sexuelle des IST/SIDA	Connaissance théorique des moyens de prévention de la transmission sexuelle des IST/SIDA	Mode prévention abstinence	1- Bonne (ABC) 2- Moyenne 3- Vague
			Mode prévention relation exclusive partenaire sain	
			Mode prévention préservatif systématique	
			Mode prévention spermicides	
			Existence autres moyens prévention	
			Autre moyen prévention abstinence	
			Autre moyen prévention utiliser préservatifs	
			Autre moyen prévention fidélité	
			Autre moyen prévention limiter partenaires sexuels	

Concepts	Variables	Indicateurs retenus	Variables sources	Modalités des indicateurs retenus
			Autre moyen prévention éviter prostitués	
			Autre moyen prévention éviter personnes multipartenaires	
			Autre moyen prévention éviter rs homosexuels	
			Autre moyen prévention éviter part. drogués par injections	
			Autre moyen prévention éviter d'embrasser	
			Autre moyen prévention autre	
	Connaissance théorique des moyens de contraception	Connaissance théorique des moyens de contraception	Entendu parler de la pilule	1-Connaît au moins une méthode contraceptive fiable 0-Ne connaît pas de méthode contraceptive fiable
			Entendu parler des injections	
			Entendu parler du préservatif	
			Entendu parler du préservatif féminin	
			Entendu parler de la mousse	
			Entendu parler de la continence périodique	
			Entendu parler du retrait	
			Entendu parler du stérilet	
			Entendu parler des implants	
	Connaissance théorique des moyens de double protection	-	-	-
	Attitude générale face à la prise de risque	-	-	-
Evaluation du risque dans la relation concernée	Evaluation du risque d'IST/Sida dans la relation concernée	Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné	Possible qu'une pers. Apar. En bonne santé soit atteinte du sida	1- Conscient du risque 0- Pas conscient du risque
	Acceptabilité d'une grossesse dans la relation concernée	-	-	-
Attitude envers la prévention// Choix préventif	Sentiment de la légitimité d'utilisation des moyens de prévention des	Légitimité d'utilisation du préservatif	Pense que l'utilisation du préservatif est signe de méfiance vis-à-vis du partenaire	1-Légitime 0-Pas légitime

Concepts	Variables	Indicateurs retenus	Variables sources	Modalités des indicateurs retenus
	IST/Sida à l'âge de/dans la situation de ego			
	Sentiment de la légitimité d'utilisation de la contraception à l'âge de/dans la situation de ego	Légitimité d'utilisation de la contraception	Pense que le fait d'apprendre la contraception aux jeunes les encourage à avoir rs	1-Légitime 0-Pas légitime
	A déjà eu une attitude active de prévention des IST/Sida	A déjà fait le test de dépistage du sida	A déjà fait le test de dépistage du sida	1-Oui 0-Non
Connaissances opérationnelles en matière de prévention	Connaissances opérationnelles en matière de prévention sexuelle des IST/SIDA	Connaissance de l'utilisation correcte du préservatif	A déjà assisté à une démonstration du port du préservatif	Bonne Moyenne Erronée
			Sait qu'il faut mettre le préservatif avant de commencer le rs	
			Sait qu'il faut mettre le préservatif quand le pénis est en érection	
			Pense qu'un préservatif peut servir plusieurs fois	
	Connaissances opérationnelles en matière de contraception	Connaissance du processus de reproduction/du cycle menstruel/Aptitude à utiliser efficacement méth liées à l'acte	Pense que le retrait peut empêcher une grossesse	Bonne Moyenne Erronée
			Pense que la toilette intime de la fille immédiatement après le rapport sexuel peut empêcher une grossesse	
			Période féconde du cycle menstruel	
		Entendu parler de la pilule du lendemain	Entendu parler de la pilule du lendemain	Oui Non
Capacité de négociation en matière de prévention	Relation de pouvoir dans le couple	Ecart d'âge important avec le partenaire	Ecart d'âge d'au moins 10 ans avec dernier partenaire sexuel	1-Partenaire plus âgé d'au moins 10 ans 2-Partenaire plus âgé de moins de 10 ans 3- Partenaire du même âge/nsp 4-Partenaire plus jeune
	Relation sexuelle instrumentale	Entretien de rapports intéressés avec le partenaire	Déjà reçu avantages de ce partenaire pour rapports sexuels	1-Oui 0-Non
	Communication à propos de prévention des IST/SIDA dans le couple	Communication à propos de prévention des IST/SIDA dans le couple	Source d'information sur le sida-partenaire	1-Oui 0-Non
	Communication à propos de contraception dans le couple	Communication à propos de contraception dans le couple	A déjà parlé de contraception avec ce partenaire	1-Oui 0-Non
	Interaction sexuelle	-	-	-

Concepts	Variables	Indicateurs retenus	Variables sources	Modalités des indicateurs retenus
	Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif	Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif	Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif (f) /à le porter correctement (h)	1 – très sûr 2- assez sûr 3- pas sûr du tout
Accessibilité de la prévention	Accessibilité de la prévention des IST/SIDA	Accès gratuit au test de dépistage	Connaissance d'un lieu où faire un test de dépistage du sida	1-Oui, gratuitement 2-Oui, en payant 3-Non
			Pense que l'on doit payer pour le test	
	Accessibilité de la contraception	Accès à la contraception moderne	Connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptifs	1-Oui 0-Non
Capacité à appliquer correctement les choix préventifs	Capacité à utiliser correctement le préservatif	-	-	-
	Capacité à utiliser correctement une méthode contraceptive fiable	-	-	-
	Capacité à résoudre efficacement une difficulté en matière de prévention	-	-	-
Exposition au sida	Exposition réelle au sida	Prévention du sida au dernier rapport sexuel	Utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel	1-Oui 0-Non
Exposition à une grossesse non prévue	Exposition réelle à une grossesse non prévue	Contraception au dernier rapport sexuel	Utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel	1-Oui 0-Non
			Utilisation d'autres méthodes de contraception lors du dernier rapport sexuel	

Annexe 3.7 : Détail de la construction des variables à partir du questionnaire adolescents de l'ENA

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
Ethnie	Ethnie	Groupe ethnique	1.mossi 2. peul 3. dioula/bobo 4.bissa 5.gourounsi 6.gourmantché 7.lobi-dagara 8.touareg/bella 9.dafing 10.goin 11.samo 12.senoufo 96. autre BF 97. non BF	1-bisa-samo-gourounsi=4+11+5 2-lobi-dagara-goin-senoufo=7+10+12+9 3-mossi-peul-gourmantché-dioula=1+2+6+3+8 4-autre BF-étrangers=96+97	Utilisation du regroupement évoqué dans la présentation du contexte socioculturel
Milieu de résidence	milrés milrés3	Milieu de résidence (urbain/rural	3- Ouagadougou 4- Autre ville 5- Rural	1-Urbain=1+2 2-Rural=3 4- Ouagadougou=1 5- Autres villes=2 6- Rural=3	
Religion	religion	Q141 Religion	1-musulman 2-catholique 3-protestant 4-autre chrétien 5-animiste 6-pas de religion 96-autre	1-Musulman=1 2-Catholique=2 3-Protestant=3+4 4-Animiste=5+6+96	Var importance de la religion et fréquence de la pratique existent mais distribution à peu près égale pour les différentes religions. Pas utile de créer une var combinée
Sexe	sexe	Q102 Sexe	1 -Homme 2 -Femme	1 –Homme=1 2 –Femme=2	
Groupes d'âge	gpesages	V012 Age	12 13 14 15 16 17 18 19	1 -12-14 ans 2 -15-19 ans	
Milieu de socialisation	milsoc	Q106 Résidence avant l'âge de 12 ans	1-ville 2-petite ville 3-rural	1-Urbain=1+2 2-Rural=3	
Niveau d'instruction	nivinst	V106 Niveau d'instruction	0-aucun 1-primaire 2-secondaire	0 -Aucun 1 - Primaire 2 - Secondaire	
Exposition aux média ou aux messages sur la prévention	media	mQ135 Fréquence d'écoute de la radio	3- Presque tous les jours 4- Au moins une fois par semaine	1-Oui ou a reçu un message de prévention par les média=mq135=1,2,3,5 ou mq136=1,2,3,5 ou	

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
			5- Moins d'une fois par semaine 6- Pas du tout 7- Non mais a entendu message	mq138=1,2,3,5 ou Q139=1 0-Non=mq135=4 ou. et mq136=4ou. et mq138=4ou. et q139~=1	
		mQ136 Fréquence de suivi de la télévision	a. Presque tous les jours b. Au moins une fois par semaine c. Moins d'une fois par semaine d. Pas du tout e. non mais a entendu message		
		mQ138 Fréquence de lecture de journaux ou revues	1. Presque tous les jours 2. Au moins une fois par semaine 3. Moins d'une fois par semaine 4. Pas du tout 5. non mais a entendu message		
		Q139 A déjà utilisé l'internet	1-oui 2-non 8-ne connaît pas internet		
Expérience sexuelle antérieure à la période	expsex	V531 Age au premier rapport sexuel		1-Oui=v531<v012 0-Non=v531=v012	
		V021 Age			
Expérience préventive antérieure à la période : IST/SIDA	Condom1rs	Q705 Utilisation du condom lors du premier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=1 0-Non=2+8	
Expérience préventive antérieure à la période : contraception	Contr1rs	Q705 Utilisation du condom lors du premier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=q705=1 ou q707=1 0-Non=q705~=1 et q707~=1	
		Q707 Utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel	1-oui 2-non 7-refusé 8-nsp		
Statut social de la relation	relation	Q715 Type de relation avec dernier partenaire sexuel 12 derniers mois	1-mari 2-concubin 3petit ami 4-partenaire occasionnel	4- Conjoint/concubin=1+2 5- Copain/copine=3 6- Relation occasionnelle=4+5+96	

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
			5-TS 96-autre		
Exposition antérieure à des informations précises sur la sexualité	infossex	Q409 A déjà assisté à des cours ou causeries sur l'éducation sexuelle	1-oui 2-non	1-Oui=1 0-Non=2	
Exposition antérieure à des informations précises sur la reproduction et la contraception	infosrep	Q411a A déjà assisté à des cours ou causeries sur comment survient une grossesse	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui= q411a=1 et q411b=1 0-Non= q411a~=1 et q411b~=1	
		Q411b A déjà assisté à des cours ou causeries sur la contraception	1-oui 2-non 8-nsp		
Exposition antérieure à des informations précises sur la prévention des IST/Sida	infossida	Q411d A déjà assisté à des cours ou causeries sur la prévention des IST/Sida	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=1 0-Non~=1	
Perception du risque d'IST/SIDA lié à la sexualité	risquesidasex	Q801 A entendu parler du sida	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=(q801=1 ou q901=1) et q802=1 0-Non= q802~=1	3 personnes se déclarent séropositives dans tout l'échantillon général, un garçon et 2 filles, mais elles ne font pas partie de cet écht (n'ont pas eu rs 12 dern mois). Les chiffres de cnsce des Ist sont très bas, donc ramené à la hausse par chiffres cnsce sida
		Q802 Transmission du sida possible en ayant rs avec personne infectée	1-oui 2-non 8-nsp		
		Q901 A entendu parler des autres IST	1-oui 2-non		
Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle	risquegnpsex	Q403 Pense qu'une fille peut tomber enceinte lors du premier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=1 0-Non=2+8	
Connaissance théorique des moyens de prévention de la transmission sexuelle des IST/SIDA	conthprév	Q810 Mode prévention abstinence	1-oui 2-non 8-nsp	- Bonne=q810=1et q811=1 et q812=1 - Moyenne=q810=1ou q811=1 ou q812=1 3-Vague=q810~=et q811~=1 et q812~=1	
		Q811 Mode prévention relation exclusive partenaire sain	1-oui 2-non 8-nsp		
		Q812 Mode prévention condom	1-oui 2-non 8-nsp		

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
		systématique			
Connaissance théorique des moyens de contraception	conmcm	Q50101 Entendu parler de la pilule	1-oui 2-non	1-Connaît au moins une méthode contraceptive = q50101=1 ou q50101=1 ou q50102=1 ou q50103=1 ou q50104=1 ou q50105=1 ou q50106=1 ou q50107=1 ou q50111=1 ou q50112=1 0-Ne connaît pas de méthode contraceptive q50101~=1 et q50101~=1 et q50102~=1 et q50103~=1 ou q50104~=1 et q50105~=1 et q50106~=1 et q50107~=1 et q50111~=1 ou q50112~=1	
		Q50102 Entendu parler des injections	1-oui 2-non		
		Q50103 Entendu parler du condom	1-oui 2-non		
		Q50104 Entendu parler du condom féminin	1-oui 2-non		
		Q50105 Entendu parler de la mousse	1-oui 2-non		
		Q50106 Entendu parler de la continence périodique	1-oui 2-non		
		Q50107 Entendu parler du retrait	1-oui 2-non		
		Q50111 Entendu parler du stérilet	1-oui 2-non		
		Q50112 Entendu parler des implants	1-oui 2-non		
Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné	perceptsida	Q818 Possible qu'une pers. Apar. En bonne santé soit atteinte du sida	1-oui 2-non 8-nsp	Conscient du risque=1 4- Pas conscient du risque~=1	
Légitimité d'utilisation du préservatif	legitprés	Q514e Pense que l'utilisation du condom est signe de méfiance vis-à-vis du partenaire	1-d'accord 2-pas d'accord 8-nsp	1-Légitime=q514e=2 0-Pas légitime=q514e~=2	
Légitimité d'utilisation de la contraception	legitcontr	Pense que le fait d'apprendre la contraception aux jeunes les encourage à avoir rs	1-oui 2-non 3-pas sûr	1-Légitime=q511=2 0-Pas légitime=q511~=2	
A déjà fait le test de dépistage du sida	testésida	Q835 A déjà fait le test de dépistage du sida	1-oui 2-non 7-refusé	1-Oui=q835=1 0-Non=q835~=1	
Décision de se protéger activement des IST/SIDA dans la relation concernée	inttestsida	Q844 Voudrait faire le test de dépistage du sida	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=1 0-Non/nsp~=1	
Connaissance de l'utilisation correcte du préservatif	conuseprésrc	Q513 A déjà assisté à une démonstration du port du préservatif	1-oui 2-non 8-nsp	Bonne= q513=1 ou (q514a=1 et q514b=1 et q514c=2) Moyenne à erronée = q514a=1 ou q514b=1 ou q514c=2 ou q513~=1 ou (q514a~=1 et q514b~=1 et q514c~=2)	
		Q514a Sait qu'il faut mettre le préservatif avant de commencer le rs	1-d'accord 2-pas d'accord 8-nsp		
		Q514b Sait qu'il	1-d'accord		

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
		faut mettre le préservatif quand le pénis est en érection	2-pas d'accord 8-nsp		
		Q514c Pense qu'un condom peut servir plusieurs fois	1-d'accord 2-pas d'accord 8-nsp		
Connaissance du processus de reproduction/du cycle menstruel/Aptitude à utiliser efficacement méth trad	conefrep	Q402 Période féconde du cycle menstruel	1-Juste avant le début des règles 2- pendant les règles 3- juste après la fin des règles 4-milieu entre deux périodes de règles 6- autres 8-nsp	Bonne à moyenne = Q402=4 ou Q404=1 ou q406=1 Erronée = q402~=4 et Q404~=1 et q406~=1	Q406 du fichier correspond à la question Q405 dans le questionnaire. Seuls 11 individus répondent correctement aux trois questions, donc choix de la modalité bonne à moyenne pour avoir un effectif suffisant.
		Q404 pense qu'une fille peut tomber enceinte malgré le retrait	1-oui 2-non 8-nsp		
		Q406 pense qu'une fille peut tomber enceinte malgré une toilette vaginale après le rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp		
Entendu parler de la pilule du lendemain	concu	Q50108 Entendu parler de la pilule du lendemain	Oui non	1- Oui=1 0- Non~=1	
Communication à propos de prévention des IST/SIDA dans le couple	comsida	Q827c Source d'information sur le sida-partenaire	1-Oui 0-Non	1-Oui=1 0-Non=0	Effectif très faible (21/1124)
Communication à propos de contraception dans le couple	comcontr	Q730 A déjà parlé de contraception avec ce partenaire	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=1 0-Non=2+8	
Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du condom	confprés	Q515 Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du condom (f) /à le porter correctement (h)	1 – très sûr 2- assez sûr 3- pas sûr du tout	1 – très sûr=1 2- assez sûr=2 3- pas sûr du tout=3	Question différente pour garçons et filles
Accès gratuit au test de dépistage	accestest	Q832 Connaissance d'un lieu où faire un test de dépistage du sida	1-oui 2-non	1-Oui, gratuitement=q832=1 et q834=000 2-Oui, en payant=q832=1 et q834~=000 3-Non=q832=2	
		Q834 Pense que l'on doit payer pour le test			
Accès à la contraception	accesmcm	Q519 Connaissance d'une source d'approvisionnement en	1-oui 2-non	1-Oui=1 0-Non=2	

Indicateurs retenus	Code	Variables sources	Modalités variables sources	Modalités des indicateurs retenus et correspondance	Commentaire
		contraceptifs			
Exposition au sida au dernier rapport sexuel	risqsida	Q717 Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui=~=1 0-Non=1	
Exposition à une gnp au dernier rapport sexuel	risqgnp	Q717 Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp	1-Oui= q717~=1 et q721~=1 0-Non=q717=1 ou q721=1	
		Q721 Utilisation d'autres méthodes de contraception lors du dernier rapport sexuel	1-oui 2-non 8-nsp		

Annexe 5.1 : Proportions de filles et garçons sexuellement actifs de 12 à 19 ans exposés au sida (non utilisation du préservatif) ou non en fonction des variables explicatives retenues. N=1125.

Variables	Garçons			Filles		
	n	% ayant utilisé un préservatif au dernier rs 12 derniers mois	% n'ayant pas utilisé de préservatif (exposés au sida)	n	% ayant utilisé un préservatif au dernier rs 12 derniers mois	% n'ayant pas utilisé de préservatif (exposées au sida)
Ethnie						
Bissa-Samo-gourounsi	33	**48,5**	51,5	45	**33,3**	66,7
Lobi-dagara	29	**48,3**	51,7	47	**21,3**	78,7
Mossi-peul-gourmantché	358	**46,6**	53,4	531	**25,8**	74,2
Autres	24	**37,5**	62,5	56	**25,0**	75,0
Seuil de signification du Khi²			ns			ns
Milieu de résidence						
Ouagadougou	78	**84,6**	15,4	102	**68,6**	31,4
Autres villes	43	**74,4**	25,6	67	**49,3**	50,7
Rural	325	**33,8**	66,2	510	**14,5**	85,5
Seuil de signification du Khi²			***			***
Religion						
Musulman	307	**46,3**	53,7	468	**26,1**	73,9
Catholique	82	**56,1**	43,9	125	**33,6**	66,4
Protestant	16	**56,2**	43,8	14	**21,4**	78,6
Animiste	39	**25,6**	74,4	73	**13,7**	86,3
Seuil de signification du Khi²			**			**
Groupes d'âge						
12-14	47	**23,4**	76,6	20	**30,0**	70,0
15-19	398	**49,2**	50,8	659	**25,9**	74,1
Seuil de signification du Khi²			***			ns
Milieu de socialisation						
Urbain	129	**76,7**	23,3	163	**59,5**	40,5
Rural	314	**34,4**	65,6	515	**15,3**	84,7
Seuil de signification du Khi²			***			***
Niveau d'instruction						
Aucun	233	**33,0**	67,0	491	**12,4**	87,6
Primaire	137	**48,2**	51,8	120	**52,4**	45,8
Secondaire	75	**85,3**	14,7	69	**73,9**	26,1
Seuil de signification du Khi²			***			***
Exposition aux média /messages sur la prévention						
Oui ou a reçu un message	418	**48,1**	51,9	586	**29,0**	71,0
Non	27	**22,2**	77,8	93	**6,5**	93,5
Seuil de signification du Khi²			***			***
Expérience sexuelle antérieure à la période						
Oui	360	**48,3**	51,7	556	**24,8**	75,2
Non	85	**38,8**	61,2	123	**30,9**	69,1
Seuil de signification du Khi²			ns			ns
Expérience préventive antérieure à la période : IST/SIDA						
Oui	148	**95,9**	4,1	168	**78,0**	22,0
Non	297	**21,9**	78,1	551	**8,8**	91,2
Seuil de signification du Khi²			***			***
Statut social de la relation						
Conjoint/concubin	12	**16,7**	83,3	377	**5,6**	94,4
Copain/copine	378	**48,9**	51,1	283	**51,2**	48,8
Relation occasionnelle	55	**36,4**	63,6	19	**52,6**	47,4
Seuil de signification du Khi²			**			***
Exposition antérieure à des informations précises sur la prévention des IST/Sida						
Oui	60	**66,7**	33,3	60	**75,0**	25,0
Non	385	**43,4**	56,6	619	**21,2**	78,8
Seuil de signification du Khi²			***			***
Perception du risque d'IST/SIDA lié à la sexualité						
Oui	428	**-**	-	614	**28,2**	71,8
Non	8	**-**	-	30	**10,0**	90,0
Seuil de signification du Khi²			na			**

Variables	Garçons			Filles		
	n	% ayant utilisé un préservatif au dernier rs 12 derniers mois	% n'ayant pas utilisé de préservatif (exposés au sida)	n	% ayant utilisé un préservatif au dernier rs 12 derniers mois	% n'ayant pas utilisé de préservatif (exposées au sida)
Connaissance théorique/ prévention transmission sexuelle des IST/SIDA						
Bonne connaissance	320	**54,4**	45,6	423	**31,4**	68,6
Connaisce moyenne	85	**32,9**	67,1	157	**16,6**	83,4
Connaissance vague	31	**12,9**	87,1	65	**27,7**	72,3
Seuil de signification du Khi²			***			***
Perception du risque d'IST/SIDA face au partenaire concerné						
Conscient du risque	310	**55,2**	44,8	412	**34,7**	65,3
Pas conscient du risque	134	**26,9**	73,1	267	**12,4**	87,6
Seuil de signification du Khi²			***			***
Sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime						
Légitime	189	**57,7**	42,3	219	**44,3**	55,7
Pas légitime	256	**38,3**	61,7	460	**17,5**	82,5
Seuil de signification du Khi²			***			***
A déjà fait le test de dépistage du sida						
Oui	25	**84,0**	16,0	33	**69,7**	30,3
Non	233	**53,6**	46,4	270	**39,6**	60,4
Seuil de signification du Khi²			***			***
Décision de se protéger activement des IST/SIDA						
Oui	221	**56,1**	43,9	232	**44,4**	55,6
Non	95	**42,1**	57,9	143	**18,2**	81,8
Seuil de signification du Khi²			**			***
Connaissance opérationnelle/utilisation correcte du préservatif						
Bonne	375	**52,3**	47,7	410	**38,5**	61,5
Moyenne ou erronée	52	**17,3**	82,7	203	**8,9**	91,1
Seuil de signification du Khi²			***			***
Perception de sa capacité à utiliser correctement le préservatif						
Très sûr	222	**71,2**	28,8			
Assez sûr	97	**42,3**	57,7			
Pas sûr du tout	106	**5,7**	94,3			
Seuil de signification du Khi²			***			
Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif						
Très sûre				193	**59,1**	40,9
Assez sûre				91	**40,7**	59,3
Pas sûre du tout				328	**7,6**	92,4
Seuil de signification du Khi²						***
Accès gratuit au test de dépistage						
Oui, gratuitement	56	**69,6**	30,4	49	**61,2**	38,8
Oui, en payant	202	**53,0**	47,0	253	**39,5**	60,5
Non	83	**47,0**	53,0	106	**21,5**	78,3
Seuil de signification du Khi²			**			***
Accès à la contraception moderne						
Oui	249	**59,4**	40,6	394	**32,0**	68,0
Non	196	**30,1**	69,9	284	**17,6**	82,4
Seuil de signification du Khi²			***			***
Ensemble	**445**	**46,6**	**53,4**	**679**	**26,0**	**74,0**

n= Effectif de la modalité dans l'échantillon (le total des effectifs des modalités peut être différent des totaux indiqués (n) en raison des arrondis)
Seuil de signification du Khi²
* Significatif au seuil de 10 % (p<0.1)
** Significatif au seuil de 5% (p<0.05)
*** Significatif au seuil de 1‰ (p<0.01)
ns Non significatif
na Non applicable (plus de 20% des cellules du tableau contiennent des effectifs théoriques inférieurs à 5)

Annexe 5.2 : Proportions de filles et garçons sexuellement actifs de 12 à 19 ans exposés à une grossesse non prévue ou non en fonction des variables explicatives retenues. N=821.

Variables	Exposition aux grossesses non prévues					
	Garçons			Filles		
	n	% ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rs 12 derniers mois	% exposés au risque	n	% ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rs 12 derniers mois	% exposées au risque
Ethnie						
Bissa-Samo-gourounsi	29	**48,3**	51,7	27	**48,1**	51,9
Lobi-dagara	26	**53,8**	46,2	24	**41,7**	58,3
Mossi-peul-gourmantché	319	**51,1**	48,9	339	**42,2**	57,8
Autres	21	**42,9**	57,1	36	**38,9**	61,1
Seuil de signification du Khi²			ns			ns
Milieu de résidence						
Ouagadougou	74	**87,8**	12,2	97	**73,2**	26,8
Autres villes	38	**76,3**	23,7	46	**69,6**	30,4
Rural	282	**36,7**	62,4	284	**27,1**	72,9
Seuil de signification du Khi²			***			***
Religion						
Musulman	275	**49,1**	50,9	289	**-**	-
Catholique	75	**61,3**	38,7	89	**-**	-
Protestant	15	**53,3**	46,7	8	**-**	-
Animiste	28	**35,7**	64,3	40	**-**	-
Seuil de signification du Khi²			ns			na
Groupes d'âge						
12-14	34	**32,4**	67,6	15	**30,0**	60,0
15-19	359	**52,4**	47,6	412	**42,2**	57,8
Seuil de signification du Khi²			*			ns
Milieu de socialisation						
Urbain	121	**79,3**	20,7	133	**72,2**	27,8
Rural	271	**38,0**	62,0	294	**28,6**	71,4
Seuil de signification du Khi²			***			***
Niveau d'instruction						
Aucun	199	**38,7**	61,3	266	**24,4**	75,6
Primaire	122	**50,0**	50,0	96	**66,7**	33,3
Secondaire	72	**84,7**	15,3	64	**78,1**	21,9
Seuil de signification du Khi²			***			***
Exposition aux média /messages sur la prévention						
Oui ou a reçu un message	374	**51,6**	48,4	381	**45,9**	54,1
Non	20	**30,0**	70,0	44	**9,1**	90,9
Seuil de signification du Khi²			*			***
Expérience sexuelle antérieure à la période						
Oui	321	**52,0**	48,0	349	**41,3**	58,7
Non	73	**43,8**	56,2	78	**46,2**	53,8
Seuil de signification du Khi²			ns			ns
Expérience préventive antérieure à la période : contraception						
Oui	144	**96,5**	3,5	152	**84,9**	15,1
Non	249	**24,1**	75,9	275	**18,5**	81,5
Seuil de signification du Khi²			***			***
Statut social de la relation						
Conjoint/concubin						
Copain/copine	8	**-**	-	168	**18,5**	81,5
Relation occasionnelle	339	**-**	-	241	**57,3**	42,7
Seuil de signification du Khi²	47	**-**	-	17	**58,8**	41,2
			na			***
Exposition antérieure à des informations précises sur la reproduction et la contraception						
Oui	12	**66,7**	33,3	47	**-**	-
Non	24	**66,7**	33,3	11	**-**	-
Seuil de signification du Khi²			ns			na
Perception du risque de grossesse dès l'initiation sexuelle						
Oui	216	**59,7**	40,3	244	**48,0**	52,0
Non	178	**39,3**	60,7	182	**34,1**	65,9
Seuil de signification du Khi²			***			***

Variables	Exposition aux grossesses non prévues					
	Garçons			Filles		
	n	% ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rs 12 derniers mois	% exposés au risque	n	% ayant utilisé une méthode contraceptive au dernier rs 12 derniers mois	% exposées au risque
Connaissance théorique /moyens de contraception						
Connaît au moins une méthode contraceptive	384	**-**	-	408	**44,1**	55,9
Ne connaît pas de méthode contraceptive	10	**-**	-	19	**0,0**	100,0
Seuil de signification du Khi²			na			***
Sentiment que l'utilisation du préservatif est légitime						
Légitime	176	**60,2**	39,8	164	**61,6**	38,4
Pas légitime	217	**42,9**	57,1	263	**30,0**	70,0
Seuil de signification du Khi²			***			***
Sentiment que la contraception est légitime						
Légitime	204	**53,4**	46,6	231	**43,7**	56,3
Pas légitime	189	**47,6**	52,4	196	**40,3**	59,7
Seuil de signification du Khi²			ns			ns
Connaissance opérationnelle /utilisation correcte du préservatif						
Bonne	338	**55,6**	44,4	288	**54,2**	45,8
Moyenne ou erronée	44	**20,5**	79,5	114	**21,1**	78,9
Seuil de signification du Khi²			***			***
Connaissance processus de reproduction/cycle menstruel/						
Bonne à moyenne	142	**57,7**	42,3	179	**53,6**	46,4
Erronée	120	**60,0**	40,0	160	**38,1**	61,9
Seuil de signification du Khi²			ns			***
Entendu parler de la pilule du lendemain						
Oui	36	**63,9**	36,1	42	**66,7**	33,3
Non	357	**49,3**	50,7	384	**39,3**	60,7
Seuil de signification du Khi²			ns			**
Communication à propos de contraception dans le couple						
Oui	129	**76,7**	23,3	155	**67,7**	32,3
Non	265	**37,7**	62,3	272	**27,6**	72,4
Seuil de signification du Khi²			***			***
Perception de sa capacité à utiliser correctement le préservatif						
Très sûr	206	**73,3**	26,7			
Assez sûr	90	**43,3**	56,7			
Pas sûr du tout	85	**8,2**	91,8			
Seuil de signification du Khi²			***			
Perception de sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif						
Très sûre				158	**73,4**	26,6
Assez sûre				62	**54,8**	45,2
Pas sûre du tout				179	**16,2**	83,8
Seuil de signification du Khi²						***
Accès à la contraception moderne						
Oui						
Non	230	**62,2**	37,8	274	**46,7**	53,3
Seuil de signification du Khi²	163	**34,4**	65,6	151	**33,8**	66,2
			***			**
Ensemble	**394**	**50,8**	**49,2**	**427**	**42,2**	**57,8**

n= Effectif de la modalité dans l'échantillon (le total des effectifs des modalités peut être différent des totaux indiqués (n) en raison des arrondis)
Seuil de signification du Khi²
* Significatif au seuil de 10 % (p<0,1)
** Significatif au seuil de 5% (p<0,05)
*** Significatif au seuil de 1‰ (p<0,01)
ns Non significatif
na Non applicable (plus de 20% des cellules du tableau contiennent des effectifs théoriques inférieurs à 5)

Annexe 8.1 : Classification des épisodes sexuels et préventifs des jeunes hommes et femmes selon le risque encouru

Episodes sexuels et préventifs		Risque VIH	Risque GNP	Double risque	Double protection	Aucun risque
Hommes	**Célibataires**	Madi3 Madi5a Martial3a Poula3 Marcellin1 Adrien1c Paouni2a Paouni4 Pascal1 Pierre2c Marius2b	Martial1 Paul1a Malick1a Mathieu3b Mounir1a Poula1 Mamadou1 Phassane3a Papou3a Papou3c Ambroise1	Madi1 Madi2 Martial2 Patrice3 Papou1 Papou2 Mohamed1 Moussa1 Moussa2 Moussa3 Paouni1 Paouni3 Moustapha1 Moustapha2 Ambroise2 Ambroise3a Ambroise4 Michel1 Michel2 Moumouni1 Moctar1 Moctar2 Marius2a	Malick1b Malick2 Mathieu1 Mathieu2 Mathieu3a Mounir2 Mounir3a Poula4 Phassane1 Phassane4 Patrice1 Patrice2 Marcellin2 Marcellin3 Marcellin4a Marcellin4b Marcellin5 Mohamed2 Mohamed3a Moussa4 Adrien1a Adrien1b Adrien2 Moustapha3 Moustapha4 Pierre1 Pierre2a Pierre3 Moumouni2 Marius3	Pamoussa4a Pamoussa4b
	En union	Madi5b Madi5c Martial3b Pierre2d Ambroise3b Ambroise3c Moctar3a Moctar3c Moctar3d Moctar3e Pissila3c Marius2c Marius2d	Mohamed3b Michel3 Michel4	Madi5f Martial3c Moctar3b Pissila3b Pissila3d	Madi5d Martial3d Paul1b Mounir3c Papou4 Pierre2e Moumouni3b Moctar4 Pamoussa4d	Madi5e Mounir3b Papou3b Moumouni3a Pamoussa4c
Femmes	**Célibataires**	Jasmina1b Jasmina1c Jasmina1d Mawa1a Rovane1a Rovane1c Madeleine3a Madeleine4 Mounira4 Janta2a Milena1 Magalie3 Magalie4 Magalie6 Magalie7 Jamie1a Jamie1b	Mathilde3b Jaina1a Madjara5a Julienne1a	Mathilde2 Malicka1 Malicka2 Malicka3a Mafarma1a Martine1a Jarah1a Jasmina1a Mawa1c Mawa1d Rovanne1b Madeleine3b Jalimatou1a Johanna1a Maissata1 Maissata2a Madjara1	Mathilde1 Mathilde3a Martine1b Martine2a Martine2b Martine2c Jaina2 Jarah2 Jasmina2 Mami1 Mami2a Mawa1b Monique1a Monique1b Monique1c Marietou1 Marietou2a	Joelle2b Marion5 Josée1a Josée1b

Episodes sexuels et préventifs		Risque VIH	Risque GNP	Double risque	Double protection	Aucun risque
		Jacintha3b Jalila3 Nicole1b		Madjara3 Madjara4 Mounira1 Mounira5 Joelle1 Maria1b Maria2b Janta1a Janta2b Marion4 Aida3 Aida4 Milena2 Milena3 Magalie1 Jabibou2a Jamie1c Jamie2 Jamie3 Jacintha1 Jacintha2 Jalila1a Jalila2 Jassana1 Mireille1 Mai1a	Marietou2b Madeleine1 Madeleine5 Madjara5b Madjara6 Mamou1 Joelle2a Joelle3 Maria3a Marion1 Marion2 Marion3 Aida1 Aida2 Milena4 Marlene1 Marlene2 Magalie5 Marthe1 Marthe2 Josée2c Jabibou1a Jalila1b Jalila4 Jalila5 Micheline2 Roxane1 Roxane2 Nicole1a Massara1 Massara2 Minata1a	
	En union	Malicka3b Malicka3c Jarah1b Jarah1c Jasmina1e Jenebou1a Jenebou1c Jenebou1d Jenebou1e Jenebou1f Jenebou1h Jalimatou1c Jalimatou1d Jalimatou1e Jalimatou1f Jalumatou1g Jafisatou1a Jafisatou1c Jafisatou1e Jafisatou1g Jafisatou1h Maissata2c Jawa1a Jawa1b Jawa1c Jawa1d Jawa1e Jawa1f Jawa2b Mounira2 Mounira3a Jaratou1a Jaratou1c	Mafarma1c Mafarma1d Mafarma1e Jaina1b Jaina1c Mami2b Mami2d Jismaela1a Josée2a Jabibou1b	Mafarma1b Jasmina1f Jenebou1b Jenebou1g Jenebou1i Jafisatou1b Jafisatou1d Jafisatou1f Maissata2b Madjara2 Mamou2a Mamou2b Jaratou1b Jaratou1d Janta1b Jabibou2b Jamie1e Julienne1b Julienne1c Julienne1d Mai1b	Mafarma1f Jessica1b Mami2c Mami2e Marietou4 Jismaela1b Jalimatou1b Johanna1c Johanna1e Johanna1g Johanna1i Jafisatou1i Maissta2d Jawa2a Mamou2c Maria3c Maina2a Maina2c Minata1b Minata1d Minata1f	Jessica1a Jessica1c Marietou3 Madeleine3c Johanna1b Johanna1d Johanna1f Johanna1h Maria3b Maina2b Josée2b Minata1c Minata1e

Episodes sexuels et préventifs		Risque VIH	Risque GNP	Double risque	Double protection	Aucun risque
		Jelika1a Jelika1b Jelika1c Jelika1d Jelika1e Jelika1f Jelika1g Jelika1h Janta2c Janta2d Jamie1d Jassana2				

Annexe 8.2 : Portraits commentés de deux jeunes (homme et femme) enquêtés à Ouagadougou

1. Martial

Martial a 24 ans. Il est le quatrième des neuf enfants (cinq filles, quatre garçons) de ses parents, catholiques monogames ayant longtemps vécu dans une ville moyenne en côte d'Ivoire avant de rentrer au Burkina. Peu instruit, le père y était commerçant tandis que la mère travaillait avec lui dans la boutique et avait son propre petit commerce de yaourt. Aujourd'hui, rentré définitivement de la Côte d'ivoire, le père de Martial ne travaille plus. Martial, né en Côte d'ivoire, a fait la navette entre les deux pays. A quatre ans, il a été envoyé à sa grand-mère au Burkina (au village), avec laquelle il a vécu pendant quatre ans. A huit ans ses parents le récupèrent pour l'inscrire à l'école. Quelques années plus tard, à 17 ans, son père l'envoie avec son cousin à Ouagadougou chez leur oncle paternel, dans l'optique de les forger et de leur faire connaître leur pays. Avec l'approbation de son père, leur oncle ne leur fait pas de cadeau. Ils étudient difficilement, mangent à peine à leur faim. La situation s'améliore à peine lors de la deuxième année, ce qui les pousse à abandonner l'école pour retourner en côte d'Ivoire chez leurs parents. Martial désirait pourtant poursuivre ses études mais le manque de soutien ainsi que l'indifférence de la part de son père vis-à-vis de sa scolarité l'ont poussé à jeter l'éponge. Il a préféré tenter de faire du commerce (dans sa fratrie tous ne sont pas allés à l'école, l'activité commerciale prédomine). Ses activités lui procurent de bons revenus, jusqu'en 2003 où il rentre définitivement au Burkina avec toute sa famille. Ses affaires périclitent avec l'incendie du grand marché de Ouagadougou où il avait son échoppe. Déplacé de petit marché en petit marché, il a perdu sa clientèle et la crise économique aidant, il peine actuellement à joindre les deux bouts, d'autant plus qu'il a maintenant une femme et une petite fille d'un an à sa charge. Préoccupé par sa situation financière et soucieux de subvenir aux besoins de sa famille, il a décidé de reprendre ses études. Six ans après avoir abandonné, il a ainsi commencé des cours du soir et se prépare à passer le BEPC, tout en poursuivant son commerce. Il espère, une fois son diplôme en poche, passer les concours de la fonction publique afin de trouver un travail stable. Il est de religion catholique comme toute sa famille et croyant.

Aujourd'hui marié (mariage traditionnel), Martial a couru d'énormes risques dans sa sexualité lorsqu'il était plus jeune. Il a eu son premier rapport sexuel à 15 ans avec une fille de son âge qui était domestique dans leur cour commune. Ce rapport, à leur initiative à tous les deux, était une occasion d'assouvir sa curiosité à propos du sexe. Cela correspond au ***type 1*** de notre typologie des relations de couple. Ignorant et obnubilé par la recherche du plaisir, il n'a pas pensé aux risques encourus, la fille encore moins. Cette relation faite surtout de rencontres sexuelles furtives et occasionnelles a duré trois ans (***type 6***). La fille a finalement été donnée en mariage, ce qui ne les a pas empêchés de continuer à se voir pendant un certain temps. Chose certainement due à leur jeune âge, ce cap de découverte passé, ils ont continué à avoir des rapports non protégés. Il a ensuite mené une vie trépidante pendant environ deux ans, à son retour de Ouagadougou. Entre 19 et 21 ans, son commerce marchant bien et n'ayant pas de souci particulier, il faisait les quatre cent coups avec ses amis, faisant la fête dans les maquis. Martial raconte qu'il lui arrivait, sous l'effet de l'alcool et de l'excitation du moment, de faire l'amour avec des filles en plein maquis (***type 3***). Avec le recul, il estime qu'il a pris trop de risques avec sa vie à cette époque. Il a ainsi connu une quinzaine de filles environ, dont la moitié ont été des rencontres d'un soir et les autres, des copines avec qui il est sorti pendant un certain temps. Il impute ce comportement à la vie futile qu'il menait et à l'alcool. En effet, il buvait beaucoup à cette période de sa vie et sous l'emprise de la boisson, il a eu beaucoup de rapports sans préservatif avec des filles d'un soir ou avec ses copines. Ces égarements antérieurs le préoccupent aujourd'hui, à tel point qu'il redoute de faire son test de dépistage. Il a quand même été en partie rassuré sur son statut sérologique. En effet, sa femme ayant été suivie médicalement pendant sa grossesse sans qu'on ne détecte chez elle de problème, il en a déduit qu'elle était séronégative et ce faisant, lui aussi. Il est donc presque sûr, à présent, d'avoir échappé à la contamination par le VIH et à une grossesse indésirée. Il a bien été accusé par une fille de l'avoir mise enceinte mais il s'est avéré ensuite qu'il n'était pas l'auteur de la grossesse.

Son retour à Ouagadougou quand il avait 21 ans a marqué un changement radical dans son mode de vie. Plus mûr désormais et les difficultés économiques aidant (on n'en sait pas plus), il a décidé de se ressaisir et de s'assurer un avenir. Peu après, il rencontre sa future femme et tombe aussitôt sous son charme. Il s'agit d'une fille qui exerçait la coiffure dans le même marché que lui. Elle avait déjà un enfant d'un homme dont elle s'est séparée parce que son père ne voulait pas qu'elle épouse un musulman (elle est catholique). Elle était donc retournée dans sa famille, laissant l'enfant à son père.

La relation de Martial avec cette fille est placée d'emblée sous le signe du sérieux (***type 7***). Ils s'entendent pour lier plus ample connaissance dans le but de fonder une famille. Peu après il s'est présenté aux parents de la fille qui n'ont pas trouvé d'inconvénient à leur relation. Lors du premier rapport qu'ils ont eu trois semaines après leur rencontre, ils utilisent un préservatif. Il a lui-même pris la décision de porter le préservatif, elle n'y a pas trouvé d'inconvénient. Au cours des rapports réguliers qu'ils ont par la suite, ils utilisent le préservatif, mais de façon irrégulière. Il sait calculer la période féconde du cycle menstruel, ce qui les incite à conjuguer préservatif et méthode du calendrier pour éviter une grossesse prématurée à ce stade de leur relation. On sent qu'ils ne s'angoissent pas trop à ce sujet, car, ayant en projet de se marier, si elle survenait la grossesse ne serait pas catastrophique. Côté VIH, ils se font confiance même si tous deux ont un passé sexuel (avec des prises de risques pour lui) et qu'aucun n'a fait le test. On ne sait pas pour sa copine mais Martial a toujours très peur de le faire, raison pour laquelle il n'en parle pas. Après deux ans environ de relation (pourquoi tout ce temps ?), il décide de présenter sa copine à son père, ce qui a accéléré le processus presque malgré lui.

En effet, aussitôt mis au courant de leur relation, son père, qui a une vision traditionnelle des relations de couple et tient ce qu'une grossesse prénuptiale provoquée par son fils n'entache pas son honneur, entame les démarches envers la famille de la fille. Peu après, ils se retrouvent fiancés et vivant ensemble en famille. Martial a une relation harmonieuse avec sa femme, mais pourrie par des querelles incessantes entre cette dernière et les autres femmes de la cour (ses sœurs et belles-sœurs). Il aime que la femme participe aux rapports sexuels et après les premiers rapports empreints de timidité de la part de la fille, elle s'est laissé aller. Il est attentif à son plaisir. Il semble en connaître un peu plus que sa femme sur le cycle menstruel et faire des efforts pour instaurer la communication sur ce sujet, ce qui a quelque peu libéré cette dernière. Ils continuent à utiliser le préservatif aux périodes fécondes. Au bout de quelques mois, ayant décidé d'avoir un enfant, ils abandonnent le préservatif, profitent de ses périodes fécondes et elle tombe très vite enceinte. Après la naissance de leur fille, Martial et sa femme, vu leurs difficultés économiques, veulent attendre cinq ou six ans avant d'avoir un deuxième enfant. Sa femme aurait voulu se faire prescrire la pilule (on ne sait pas pourquoi ce choix précis) mais est pour le moment suivie pour un problème d'aménorrhée post-partum qui se prolonge (cela n'est pourtant pas alarmant si elle allaite, mais pas de détails là-dessus). Les prestataires lui ont prescrit un traitement et demandé d'attendre que son cycle se stabilise avant de prendre la pilule. Ils ont dû prendre des risques avant cette alerte puisque face à cette aménorrhée, ils ont craint une nouvelle grossesse. Rassurés, ils sont désormais très prudents. Ils ont espacé leurs rapports sexuels et utilisent systématiquement le préservatif tout en évitant les jours fertiles. Sa femme l'incite à porter un préservatif quand il est tenté de passer outre.

Ils voudraient en tout avoir quatre enfants, pour être en mesure de s'occuper correctement d'eux. Il pense que la contraception les y aidera. Sa femme est entièrement d'accord avec lui et sa décision de prendre la pilule rencontre l'assentiment de Martial, même si lui n'aurait pas choisi une méthode aussi contraignante. Il n'a pas d'à priori sur les méthodes hormonales, il a seulement entendu dire que l'injectable avait une longue période de réversibilité. Pour lui, l'idéal aurait été le calendrier et le préservatif qu'il trouve plus naturels et simples, mais il s'en remet au choix de sa femme. Il a confiance au préservatif qu'il achète toujours en boutique. En cela, il résiste aux idées selon lesquelles ils sont de qualité moindre que ceux des pharmacies. Il a même déjà eu une copine qui, voyant qu'il n'avait que les préservatifs de la boutique, a refusé de coucher avec lui à la dernière minute, par méfiance. Cela ne l'a pas fait changer d'avis pour autant. Il ne connaissait pas la CU mais la trouve très utile et ne manquera pas de l'utiliser à l'occasion. Elle est en effet bien adaptée à sa situation et il pense que « *ça peut vous sauver* » en cas de difficulté contraceptive. Il demande aussitôt à l'enquêteur s'il peut en avoir. Il fait de façon générale confiance au corps médical et se plie à ce qui est demandé. Quand ils un problème d'ordre préventif ou gynécologique, sa femme se rend aussitôt au centre de santé.

Martial tient à sa femme, en témoigne le fait qu'il a préféré quitter la cour familiale avec elle que de la perdre. En effet, ils sont allés vivre depuis quelques mois dans une autre cour de son père à la suite de problèmes en famille. Dès son arrivée, sa femme a été en butte à l'hostilité des autres femmes de la cour (peut-être parce qu'elle était la seule à avoir une activité), ce qui était source de disputes continuelles. Très mal à l'aise, il a tenté en vain d'apaiser la situation jusqu'au jour où son père, prenant parti contre la femme, lui a demandé de la faire partir avec son enfant ou de quitter la cour avec elle (alors qu'il les avait retenus contre leur gré au départ). Le père de la fille a alors demandé à la fille de revenir chez lui mais en laissant l'enfant à son père. Pris entre plusieurs feux, excédé sans doute et voulant échapper à l'emprise de son père, il a décidé de déménager avec sa femme et sa

fille. Ceci d'autant plus qu'il désirait depuis un certain temps devenir plus autonome, s'assumer et échapper à la tutelle étouffante du père. Il devait en même temps ressentir une certaine injustice puisque son discours est teinté d'amertume envers son père et ses frères aînés. On a l'impression qu'il se sent mal aimé de la famille et que cela est lié à l'attitude de sa famille envers sa femme, ainsi qu'au déficit de compréhension entre son père et lui. Ce dernier aurait beaucoup plus soutenu les autres que lui, peut-être parce qu'il a voulu faire montre d'indépendance dans un milieu où la parole du père est sacrée et où ce dernier a l'habitude de régenter la vie de tous. Il s'accommode de leur situation malgré les difficultés économiques et met un point d'honneur à assurer le pain quotidien à sa petite famille. Ils se comprennent avec sa femme et ont décidé de se battre ensemble. Il a de l'ambition pour sa fille et désire tout mettre en œuvre pour sa réussite.

Martial, même s'il est empreint de certaines valeurs du milieu traditionnel dans lequel il a vécu, n'en est pas pour autant macho. Il pense que l'homme doit être le maître chez lui sans exagération. Il désapprouve toutes les pratiques tendant à dominer la femme et à freiner son épanouissement. Il réprouve la violence. Ils ont déjà eu des mots avec sa femme mais il met un point d'honneur à éviter de la violenter. La seule violence qu'il cite (il ne semble pas le regretter) est la gifle qu'il lui a donnée un jour où elle l'accusait à tort de la tromper. Il trouve d'ailleurs que la violence conjugale, même si elle est répréhensible, se justifie dans certains cas, face à une femme « *têtue* » pour lui montrer qui est le maître… Il admire ainsi l'attitude des couples âgés empreinte de respect réciproque et de soumission de la femme à l'homme. Martial, alors qu'il avait une vision idéale de la vie de couple, trouve, à l'épreuve de la pratique, que ce n'est pas si simple. Il déplore le fait que hommes comme femmes ne respectent que l'argent. Il craint peut-être de perdre la considération de sa femme à cause de ses difficultés financières.

A son avis, la sexualité avant le mariage et même le concubinage sont aujourd'hui tolérés et même encouragées par la société. Les parents eux-mêmes poussant leurs enfants à le faire. Il cite son cas où son père l'a encourage à prendre la femme avec lui en attendant le mariage formel. C'est, à son entendement, une stratégie pour non seulement s'assurer de la solidité du couple mais aussi de la fécondité de la femme avant de célébrer le mariage, ceci pour éviter d'avoir à recourir au divorce. Il pense également que cela est préférable au fait de s'engager pour découvrir après qu'on ne peut pas vivre ensemble. Il est résolument contre l'infidélité qui est dangereuse et susceptible d'introduire des IST dans la famille. Il a d'ailleurs mis fin peu avant leur mise en couple à une relation épisodique qu'il entretenait avec une autre fille (deux rapports sexuels avec cette dernière, tous protégés). Il a rompu avec elle et a résolu de rester fidèle à sa femme et de se concentrer sur sa famille. La polygamie le rebute également, dans la mesure où elle dénote une certaine hypocrisie (on ne peut pas aimer deux femmes en même temps) et où elle est source d'iniquité, non seulement entre les femmes, mais également entre les enfants issus de ces différentes femmes.

Comme tous les jeunes de son âge, Martial a eu connaissance d'histoires d'avortements dans son entourage avec des méthodes traditionnelles (purges). C'est selon lui le dernier recours de jeunes qui, ayant eu un échec contraceptif lors de relations non socialement reconnues, préfèrent se débarrasser de la grossesse par tous les moyens plutôt que d'affronter leurs parents, d'autant plus qu'ils sont généralement démunis financièrement. Il n'est pas contre sa légalisation. Selon lui, ce serait préférable qu'il soit médicalisé, mais il craint en même temps que cette ouverture ne pousse les filles à y avoir trop souvent recours, ce qui pourrait jouer sur leur fécondité future.

<u>Commentaire sur les relations de genre et la prévention des risques chez ce couple</u>

Martial est un jeune homme de son temps qui aime sa femme et a une relation complice avec elle, même s'il tient par ailleurs à ses prérogatives de chef de famille et envie la relation de couple sur le mode traditionnel qu'il a observée chez ses parents. Face au conflit entre sa femme et sa famille, il a pris la décision courageuse de sauver son couple en s'éloignant de la cour familiale. Cette rupture lui a permis de sauvegarder leur entente et leur indépendance. Il paie d'ailleurs les frais de cette quête d'autonomie puisque son père lui a coupé les vivres. Le vivant comme une injustice, il s'en accommode et sa femme et lui font face ensemble. Cette preuve d'amour et l'importance qu'il accorde ouvertement à son foyer face à sa famille a certainement consolidé leur relation. Ils ont une relation pas idyllique certes, puisqu'il se plaint des nombreuses disputes, mais épanouie et complice. Cette considération réciproque se ressent dans leur vie sexuelle et contraceptive : Sur le plan de la sexualité, il a réussi à amener sa femme, timide et peu entreprenante sur ce plan, à s'ouvrir à lui et à entamer un début de communication (elle lui parle de son choix contraceptif, insiste pour qu'il utilise le

préservatif, etc.). Le bénéfice en est qu'ils se comprennent bien en matière de contraception. Bien que lui, plus expansif et libéré en matière de sexe qu'elle, estime que la communication est réduite, il apparaît qu'elle passe quand même puisque le consensus règne en la matière : Ils discutent des problèmes de santé reproductive de la femme, il l'accompagne au centre de santé pour ses visites, elle lui propose une méthode qu'il accepte, s'en remettant à elle. Malgré leurs connaissances moyennes en matière de contraception, ce consensus leur permet de bien gérer leur procréation : ils s'accordent pour calculer la période féconde du cycle de la femme, ils décident ensemble d'avoir un enfant, ils s'inquiètent ensemble d'une grossesse quand elle n'a pas de retour de couches huit mois après son accouchement, ils utilisent le préservatif sur l'insistance de la femme en attendant d'avoir la pilule, etc. bref dans cette lancée ils courent peu de risques d'avoir des échecs contraceptifs, d'autant plus que en cas de difficulté Martial utilisera certainement la CU s'il y a accès.

Commentaire sur les facteurs d'exposition de ce Martial aux risques

Martial est actuellement sorti d'une période où il a pris beaucoup de risques. Il a eu de nombreux rapports sexuels avec des rencontres d'un soir sans protection aucune sous l'effet de l'alcool, comportement qu'il regrette aujourd'hui et dont il est heureux de s'être sorti sans laisser de plumes (il avait très peur d'être infecté mais le test négatif de sa femme l'a quelque peu rassuré, même s'il n'a pas encore osé faire son test de dépistage). Cette attitude chez un jeune, par ailleurs conscient des risques et qui en période normale se protégeait, interpelle sur la nécessité de mener des actions ciblées vers ces lieux de loisirs où bien des jeunes sont momentanément vulnérables. En outre, elle montre une fois de plus à quel point l'abus de substances telles que l'alcool, et par extension la drogue, est dangereux pour la santé sexuelle des jeunes.

Commentaire sur les atouts de ce couple pour la prévention

Les changements importants survenus dans la vie de Martial (il est désormais un mari fidèle) laisse augurer d'une bien meilleure prise en charge de sa santé sexuelle et reproductive. Le risque de VIH apparemment écarté avec sa femme (son raisonnement est logique, il a de grandes chances de ne pas être infecté mais il n'en sera vraiment sûr qu'en se faisant dépister), ils ont uniquement à se soucier de la contraception. Ils réussissent leur prévention grâce à une bonne communication et à un recours adéquat aux services de santé.

2. Mami

Mami, 24 ans, est la benjamine d'une famille monoparentale de sept enfants. Sa mère a d'abord eu cinq enfants avec un gendarme qui est décédé, avant d'avoir Mami et son frère aîné avec un autre homme, lui aussi décédé par la suite. Sa mère est ménagère. Mami a grandi auprès d'elle à Dédougou (ville secondaire du pays). A 18 ans, cette dernière l'a envoyée vivre chez sa sœur à Ouagadougou. Mami avoue qu'elle n'était pas très studieuse et a eu un parcours scolaire chaotique. Sa mère, perdant patience, a refusé de continuer à payer ses études quand elle était au secondaire. Maintenant consciente de son erreur, elle a repris ses études en classe de 6^{ième}, en cours du soir. Elle voudrait au moins avoir le BEPC afin d'avoir un emploi stable. Elle a travaillé dans un télécentre, mais a laissé tomber parce qu'elle avait besoin de temps pour suivre la catéchèse comme le désirait son mari. Elle a maintenant un congélateur à domicile, qu'elle utilise pour faire commerce d'eau glacée et de glace. Entre la solde de son mari militaire et ses petits revenus, ils s'en sortent difficilement, d'autant plus qu'ils ont une petite fille. La famille de Mami est parfois obligée de les aider financièrement, bien qu'elle ne soit pas beaucoup plus nantie. Elle est musulmane mais est en voie de se convertir à la religion de son mari, le catholicisme.

Mami a eu son premier rapport sexuel à 17 ans, avec son copain (***type non défini, pas suffisamment d'informations***). Ce rapport, comme ceux qui ont suivi, a été protégé, et la relation a tourné court parce qu'elle le trouvait immature. Elle a ensuite rencontré son mari par le biais d'une copine. Très encadrée par sa famille, Mami ne voulait pas d'une relation occasionnelle, mais plutôt d'un potentiel époux. Elle a donc accepté de sortir avec ce militaire dans l'optique d'une union future (***type 7***). Ils sortent ensemble depuis cinq ans, ont célébré leurs fiançailles il y a trois ans avant de se mettre en couple et viennent de se marier. Soucieuse d'éviter les déceptions et très méfiante, elle l'a fait attendre pendant deux ans avant d'avoir des rapports avec lui, tous protégés pendant des mois. Etant tous les deux rassurés quant à leur statut sérologique, ils ont abandonné le préservatif après leurs fiançailles et la mise en couple qui a suivi. C'est peu après leur mise en couple que Mami est tombée enceinte de leur fille. Cela a été un échec contraceptif selon elle puisqu'elle désirait attendre de formaliser le mariage avant d'avoir un enfant. Son mari, qui lui désirait tout de suite un enfant, a arrêté d'utiliser le préservatif, invoquant le manque de plaisir. Ils ont donc eu un rapport non protégé un jour qu'elle-même savait fécond. Comme elle le craignait, elle est tombée enceinte. Grossesse par ruse de la part de son mari ? Après son accouchement, on ne sait pas quelle méthode a été utilisée, on sait qu'elle a pris la pilule pendant un certain temps mais était inobservante. Elle a même eu une peur de grossesse, sans suite. Décidée à espacer ses naissances de sept ans, elle vient de se mettre sous injectable. Mami aurait préféré le Norplan® à cause de sa durée d'action, vu qu'elle veut espacer ses naissances de 7 ans. Elle s'est heurtée ici à une difficulté majeure, une rupture de contraceptif. « *Mais ce qui me plaisait là, c'était ça la (elle montre son bras, parlant d'un implant contraceptif). Je n'ai pas eu. C'est plus rassurant même quoi ! parce que si on met ça, c'est pour 5 ans ! La piqûre-là, c'est trois mois. Les trois mois-là peuvent arriver, si tu n'as rien, si tu n'as pas l'argent, ça peut entraîner des problèmes.* ». Elle s'en contente donc en attendant. Elle a fait trois fois le test de dépistage du sida, qu'elle craint seulement à cause des piqûres qui sont douloureuses. Quant à son mari, il est donneur de sang. Cela la rassure, en plus du fait qu'elle le croit fidèle, même si elle dit ne pas pouvoir en être sûre. Malgré son mécontentement après la survenue de sa grossesse non prévue, elle n'a jamais pensé à l'avortement qu'elle considère comme un crime. Elle a même pris ses distances avec sa copine qui, passant outre ses conseils, s'est faite avorter plusieurs fois. Elle est tout à fait contre cette pratique.

Mami estime que son époux est de tempérament calme et qu'elle est souvent à l'origine des quelques disputes qu'ils connaissent. Les mésententes par rapport à la sexualité viennent du fait qu'elle a du mal à le satisfaire. En effet, elle dit ne pas avoir beaucoup de désir et donc se refuser souvent à lui, ce qui entraîne des frictions. Ayant compris que sa froideur risquait de provoquer l'infidélité de son mari, elle s'efforce de le satisfaire. Elle a en horreur l'infidélité parce qu'elle favoriserait la propagation des IST : « (…) *tu pars dehors, tu pars chercher, peut-être que celle avec qui tu vas aller coucher-là, elle est atteinte, elle a la maladie, tu prends ça, tu viens contaminer la pauvre dame qui est dedans, elle aussi, elle va se dire que comme toi tu es infidèle-là, elle aussi elle va sortir aller faire. Or pourtant c'est pas ça. Vous avez des enfants, que vont devenir ces enfants, si vous vous contaminez avec les maladies ?* ».

Le couple a fait le choix d'éviter la polygamie, qui est source de discorde dans les foyers. Le manque de moyens financiers n'entame pas leur entente. On perçoit une forte implication de la famille élargie

dans leur vie, depuis le début de leur relation où sa mère a demandé à son copain ses intentions envers sa fille. Mami réprouve la violence conjugale et ne pense pas qu'ils puissent en arriver là dans leur couple.

Commentaire sur les facteurs de l'exposition de Mami aux risques

Mami semble savoir ce qu'elle veut en matière de prévention, mais elle a aussi fait montre de naïveté quand elle est tombée enceinte contre son gré. Cette prise de risque consciente vient peut-être du fait qu'elle est dans une relation matrimoniale et que, bien qu'elle veuille attendre une garantie supplémentaire (le mariage civil), elle est consciente qu'on attend d'elle qu'elle ait un enfant.

Commentaire sur les atouts de ce couple pour la prévention

Dès qu'elle a eu son premier enfant et s'est donc conformée aux normes, elle s'est dirigée vers une méthode beaucoup plus sûre afin de réussir son espacement. Cela lui a permis d'avoir une contraception efficace. Du côté de la prévention du sida, Mami et son époux comptent sur l'exclusivité de leur relation pour être protégés contre le sida. Etant régulièrement testés, ils sont sûrs de leur séronégativité. Ils sont donc protégés, à moins d'une éventuelle prise de risque en dehors du couple de l'un ou l'autre.