

TENSIONS NORMATIVES ET RAPPORT DES FEMMES À LA CONTRACEPTION DANS 4 PAYS AFRICAINS

Nathalie Bajos *et al.*

I.N.E.D | *Population*

**2013/1 - Vol. 68
pages 17 à 39**

ISSN 0032-4663

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm>

Pour citer cet article :

Bajos Nathalie *et al.*, « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains », *Population*, 2013/1 Vol. 68, p. 17-39. DOI : 10.3917/popu.1301.0017

Distribution électronique Cairn.info pour I.N.E.D.

© I.N.E.D. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Nathalie BAJOS^{*}, Maria TEIXEIRA^{*}, Agnès ADJAMAGBO^{**},
Michèle FERRAND^{***}, Agnès GUILLAUME^{**},
Clémentine ROSSIER^{****} et l'équipe ECAF⁽¹⁾

Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains

Introduction : contraception et tensions normatives

Parmi les obstacles au recours à la contraception dans les pays du Sud, la valeur sociale attribuée à une fécondité élevée en est l'un des principaux (Lesthaeghe, 1989 ; Cleland *et al.*, 2006). La peur des effets secondaires à la conception est souvent identifiée comme un frein important au recours à la contraception moderne (Bankole *et al.*, 2006). Certains auteurs avancent d'ailleurs que cette peur renvoie plus généralement au rejet de normes reproductives occidentales valorisant une fécondité réduite que ces produits contribueraient à imposer (Otoide *et al.*, 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). La faible adéquation de l'offre contraceptive aux attentes des femmes (réticences des prestataires à délivrer une contraception à certaines femmes, lieux de distribution inadéquats, prix) est aussi souvent convoquée pour rendre compte d'un usage limité de la contraception hormonale (Brown *et al.*, 1995 ; Banza, 2001 ; Katz et Nare, 2002 ; Sinai *et al.*, 2006).

Comme le rappellent Feyisetan et Casterline (2000) ainsi que Watkins (2000), nombre de ces analyses se limitent le plus souvent au paradigme de l'acteur rationnel, c'est-à-dire qu'elles visent à identifier les facteurs liés à l'absence d'utilisation de la contraception, en présupposant que les femmes

(1) La composition de l'équipe ECAF est présentée dans l'introduction du dossier.

* Institut national de la santé et de recherche médicale (Inserm).

** Institut de recherche pour le développement (IRD).

*** Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

**** Institut national d'études démographiques (Ined).

Correspondance : Nathalie Bajos, Institut national de la santé et de recherche médicale, unité Genre, santé sexuelle et reproductive, U1018 – CESP – Ined, 82 rue du Général Leclerc, 94276 Le Kremlin Bicêtre, tél : + 33 1 45 21 22 73, courriel : nathalie.bajos@inserm.fr

souhaitent systématiquement y recourir. De plus, ces analyses se focalisent sur la question du recours à la contraception, sans prendre en considération les grossesses non prévues qui surviennent chez des femmes utilisant une méthode contraceptive. Pourtant, même quand la contraception est d'un accès aisé, une part importante des grossesses, entre 30 % et 50 %, s'avèrent non prévues, la plupart d'entre elles se terminant par un avortement (Glasier *et al.*, 2006).

Ces différentes remarques soulignent les limites des approches en termes de « besoins non satisfaits en matière de contraception », concept toujours central dans les politiques de planification familiale mises en œuvre ces dernières années (Cleland *et al.*, 2006).

L'objectif de cet article est de caractériser dans quatre pays africains (Burkina Faso, Ghana, Maroc, Sénégal) l'ensemble des situations qui peuvent conduire à une grossesse non prévue, qu'aucune contraception n'ait été utilisée ou que la femme ait rencontré des difficultés dans sa pratique contraceptive.

Notre hypothèse centrale est que la pratique contraceptive s'inscrit à l'articulation de logiques sociales qui, dans un contexte social donné, relèvent de normes reproductives (Lesthaeghe, 1989 ; Bledsoe, 2002 ; Johnson-Hanks, 2006), de normes sexuelles (Cole et Thomas, 2009), de rapports de genre (Andro et Hertrich, 2002 ; Smith, 2010) et de rapports avec les prescripteurs de méthodes de contraception (médecins, centres de planification familiale). Ces normes sont souvent en tension et c'est lors de ces phases de tension que surviennent des rapports sexuels non ou mal protégés (Bajos *et al.*, 2002). Ce sont ces normes et ces phases de tension, spécifiques à chaque société, qui sont analysées ici.

Éléments de contexte

Mettre en regard les pratiques des femmes vivant dans des contextes différents d'accès à la contraception, notamment pour les femmes non mariées, permet de dépasser les analyses classiques en termes d'offre et de tenir compte des enjeux spécifiques auxquels sont susceptibles d'être confrontées les femmes dont la vie sexuelle n'est pas socialement légitime.

Sur le plan des politiques de maîtrise de la fécondité, le Maroc et le Ghana sont deux pays qui font figure de pionniers en Afrique puisqu'ils ont adopté des politiques de population dès la fin des années 1960, alors qu'il a fallu attendre les années 1990 au Sénégal et au Burkina Faso.

D'emblée, une différence apparaît entre ces quatre pays : les programmes marocains de planification familiale sont performants et largement diffusés dans tous les groupes sociaux (peu d'écart de prévalence selon le niveau d'instruction ou le milieu de résidence), mais sont restrictifs. Ils ciblent exclusivement les femmes en union, attestant ainsi d'une très forte stigmatisation de la sexualité hors mariage et d'un déni total de cette pratique chez les célibataires, surtout les femmes, renvoyées à une sexualité clandestine. Dans les trois pays

d'Afrique subsaharienne, les politiques de maîtrise de la fécondité confèrent également une place de choix au triptyque mariage-sexualité-procréation. Mais si la sexualité des célibataires y est toujours perçue comme une inconduite sociale, elle tend néanmoins à se développer, favorisée notamment par le retard à l'âge au mariage des femmes (Bledsoe et Cohen, 1993). Autrement dit, bien que condamnée socialement et moralement, il existe à Accra, et dans une moindre mesure à Ouagadougou et à Dakar, une relative tolérance à l'égard de la sexualité des jeunes, beaucoup moins forte cependant pour les femmes que pour les hommes. Cette tolérance ne se retrouve pas du tout pour les femmes au Maroc. Dans les trois pays d'Afrique de l'Ouest, à l'inverse de ce qui se passe au Maroc, la réalité n'est pas niée, et les jeunes sont pris en compte par les programmes de planification familiale, même si l'accès effectif à la contraception reste souvent problématique (Blanc et Way, 1998).

Le contexte institutionnel et normatif se reflète dans les enquêtes réalisées sur les pratiques contraceptives. Ainsi, au Maroc, les seules données disponibles sur la contraception ne concernent que les femmes en union, alors que pour les autres pays, elles sont disponibles pour toutes les femmes sexuellement actives et qui ont eu des rapports sexuels durant le dernier mois précédent l'enquête. Dans la ville de Rabat⁽²⁾, où la contraception est facilement accessible pour les femmes mariées dans les centres de santé et dans les pharmacies, plus de la moitié des femmes en union (53 %) utilisent une méthode moderne de contraception (en majorité la pilule) et 14 % une méthode naturelle. Dans les trois autres capitales, où la contraception est également disponible dans les centres de santé (surtout en centres de protection maternelle et infantile – PMI) et en pharmacie mais d'accès moins aisé qu'à Rabat, la prévalence contraceptive est plus faible pour les femmes sexuellement actives. À Ouagadougou, 48 % d'entre elles utilisent une méthode moderne de contraception (22 % le préservatif, 10 % la pilule, 6 % les injectables) et 10 % une méthode traditionnelle ; à Accra, 35 % des femmes recourent à une méthode moderne (11 % le préservatif, 7 % la pilule, 7 % les injectables, 4 % la stérilisation féminine) et 12 % à une méthode traditionnelle ; à Dakar, seules 19 % des femmes utilisent une méthode moderne (10 % la pilule, 6 % les injectables) et 2 % une méthode traditionnelle. Le préservatif est une méthode très répandue en particulier au Burkina Faso et au Ghana en raison des programmes de lutte contre le VIH.

Enfin, il faut souligner que le cadre légal de l'avortement est très restrictif dans ces pays : il est autorisé uniquement pour sauver la vie de la mère au Sénégal, également si la santé de la mère est menacée au Maroc, et s'ajoutent les situations de viol au Burkina Faso et au Ghana. Dans tous les cas, cet accès est soumis à des conditions et autorisations spécifiques qui font de ce droit un accès plus théorique que réel.

(2) Calculs effectués à partir des résultats des enquêtes : *Enquête sur la population et la santé familiale* EPSF Maroc, 2003-2004 ; *Enquête démographique et de santé au Sénégal*, 2005 ; *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso*, 2003 ; *Ghana- Demographic and Health Survey*, 2003.

I. Éléments méthodologiques⁽³⁾

Pour identifier les obstacles à l'utilisation de la contraception et analyser les situations dans lesquelles son utilisation est problématique, nous avons privilégié une approche qualitative qui permet de mettre au jour les tensions sociales auxquelles les femmes sont susceptibles d'être confrontées, tensions qui renvoient au respect des normes reproductives et de sexualité et des normes de genre.

Échantillons

Dans chaque capitale des quatre pays de l'étude (Rabat, Ouagadougou, Dakar et Accra), nous avons mené en 2006-2007 des entretiens approfondis semi-directifs auprès de 50 femmes. L'équipe a défini des quotas en fonction de l'âge (18-35 ans), de leur situation affective et sociale – les personnes retenues devaient être ou avoir été actives sexuellement (tableau 1). Elles ont été contactées selon la méthode dite « boule de neige » (Combessie, 2007), à partir des informations que nous avons pu recueillir auprès de centres de planning familial ou de pharmacies. Nous avons aussi utilisé le réseau de connaissances des enquêteurs et enquêtrices.

Entretiens

Le guide d'entretien, de type biographique semi-directif, a fait l'objet d'un long travail d'élaboration avec les équipes de chaque pays, de façon à identifier la meilleure manière d'aborder les questions liées à la sexualité. Le même guide a été utilisé dans chaque pays. Les enquêteurs et enquêtrices invitaient les interviewées à donner leur point de vue sur la possibilité pour de futurs conjoints de se choisir librement, sans intervention de la famille. Ce n'est qu'ensuite qu'était abordée leur expérience personnelle. En parcourant leur histoire de vie, il était possible par des relances de faire préciser comment s'était déroulée leur entrée en sexualité, ce qu'elles pensaient de la contraception, quel en avait été leur usage, ainsi que le recours éventuel à l'avortement.

Analyse

L'ensemble des entretiens a été traité comme un seul corpus. Toutes les chercheuses impliquées dans l'analyse présentée ici ont lu les transcriptions à plusieurs reprises et les ont discutées collectivement. Une double lecture des entretiens a été réalisée. Dans un premier temps, une analyse thématique a été conduite, pour faire apparaître les thèmes récurrents et leurs variations d'un récit à l'autre, thèmes qui ont ensuite été analysés en fonction des caractéristiques des personnes interrogées. Dans un second temps, c'est l'entretien dans sa globalité qui a été analysé : l'ordre d'apparition des thèmes permet alors de saisir

(3) La méthodologie de la recherche est exposée en détail dans l'introduction du dossier.

Tableau 1. Caractéristiques sociales et démographiques des femmes de l'enquête ECAF (effectifs)

	Ouagadougou N = 50	Accra N = 50	Rabat N = 50	Dakar N = 49
Âge				
18 à 24 ans	25	18	6	21
25 à 29 ans	13	10	15	17
30 à 34 ans	12	22	29	11
Niveau d'instruction				
Aucun ou primaire	21	13	12	11
Secondaire	22	29	15	25
Bac et plus	7	8	23	13
Situation conjugale actuelle				
Célibataire	21	15	15	30
Monogame	22	26	29	14
Polygame	5	1	0	3
Veuve ou divorcée	2	8	6	3
Nombre d'enfants				
0	20	10	17	28
1	16	19	11	10
2 ou 3	11	19	22	10
4 ou plus	3	2	0	1
À déjà eu une grossesse non prévue	29	38	26	19
À déjà utilisé la contraception d'urgence	6	10	4	3
À déjà eu recours à l'avortement	9	23	15	5

Source : enquête ECAF, 2006-2007.

comment chaque histoire singulière est susceptible de rendre compte du processus que l'on veut analyser, ici le rapport à la contraception et sa pratique.

Le travail d'analyse thématique a été conduit en ayant recours au logiciel NVivo7. Tout d'abord, nous avons identifié les thèmes qui ont émergé de la lecture répétée des entretiens. Chaque entretien a ensuite été codé en fonction des attributs sociodémographiques et des thèmes définis comme pertinents pour l'analyse. Quand un *verbatim* abordait simultanément plusieurs thèmes, il était classé dans plusieurs ensembles thématiques. Le logiciel permet de situer les *verbatim* dans l'entretien afin que puisse être pris en compte au moment de l'analyse le contexte d'émergence dans le discours. Ainsi le matériel recueilli a pu être croisé, associé, regroupé, discriminé en fonction des attributs et des thèmes.

Dans une analyse qualitative, les constructions thématiques ne sont jamais fixées ou définitives, en cela NVivo est un outil souple qui autorise l'émergence de nouveaux signifiants tout au long de la recherche. Nous avons pu ainsi

adapter et revoir nos catégories thématiques au fur et à mesure de l'avancement de l'analyse.

Par ailleurs, chaque entretien a donné lieu à la production de deux documents de synthèse. Les « portraits » proposent un résumé problématisé de l'entretien en permettant notamment de préciser le positionnement des personnes interrogées face aux modèles familiaux et sexuels en vigueur. La « grille trajectoire » met quant à elle en perspective dans un tableau récapitulatif les grandes étapes des itinéraires individuels prenant en compte la vie familiale, résidentielle, scolaire, professionnelle, sexuelle, génésique et contraceptive (Battagliola *et al.*, 1992). Ces documents ont été construits et rédigés au moment de la lecture de chaque entretien, en collaboration avec les équipes de chaque pays.

L'analyse des entretiens nous a permis d'identifier les différentes normes sociales qui organisent les modèles familiaux et sociaux des quatre capitales étudiées et dont l'observance peut construire un rapport problématique à la contraception. Ces normes renvoient tout d'abord (i) à la norme procréative qui prescrit la venue d'un enfant juste après le mariage puis un espacement des naissances ultérieures ; le respect de cette norme s'accompagne de la nécessaire préservation de la fertilité de la femme tant que le nombre d'enfants souhaité n'a pas été atteint. Le rapport à la contraception dépend aussi des normes en matière de sexualité où domine un double standard selon le sexe, qui prône (ii) l'interdit de la sexualité hors mariage, surtout prémaritale pour les jeunes filles, et qui se traduit aussi par (iii) le primat du plaisir sexuel masculin.

Ces différentes normes seront présentées dans un premier temps à travers des exemples pour montrer comment elles participent à la construction d'un rapport problématique à la contraception. Dans un deuxième temps, nous montrerons comment ces normes s'articulent les unes aux autres et entrent en tension pour produire des situations qui favorisent les échecs de contraception. Enfin, dans une troisième phase, l'exemple d'un itinéraire biographique détaillé permettra de mettre en évidence l'existence de « moments » de fragilité vis-à-vis de la contraception dans la vie d'une femme liés à ces tensions entre les normes, tensions qui se construisent différemment selon les contextes sociaux et relationnels dans lesquels elle se trouve au fil de sa vie.

II. Normes sociales et rapport à la contraception

Maternité et statut social

La norme procréative, qui représente les conditions socialement valorisées pour avoir un enfant, enjoint les couples à avoir un enfant juste après le mariage, ce qui permet à la femme de prouver au plus vite sa capacité fertile. Les femmes qui s'écartent de ce modèle peuvent se trouver en situation délicate si leur partenaire ou leur entourage familial attendent d'elles une maternité rapide,

alors qu'elles préféreraient différer cet événement pour terminer des études ou asseoir une trajectoire professionnelle. L'attitude des prestataires de contraception peut aussi rendre plus difficile l'adoption d'une méthode contraceptive, comme l'illustre la situation de Cocotte. Jeune femme sénégalaise de 24 ans ayant suivi des études supérieures, Cocotte souhaite reporter sa première maternité après l'obtention d'un premier emploi, mais n'y parvient pas et tombe enceinte alors qu'elle est en stage dans un cabinet ministériel :

« [...] moi je m'étais mariée vierge, donc... après, je suis partie la semaine juste avant que je me marie, je suis partie chez le médecin parce que, je voulais pas tomber enceinte et que j'étais dans les... périodes, dans les moments vraiment fertiles, de fertilité, donc, je suis partie voir le médecin hein, je lui ai demandé son avis, parce que, je voulais prendre des pilules, je voulais... pas avoir d'enfant aussitôt après le mariage, donc, il m'a... fortement déconseillé de prendre quelque chose et d'avoir un enfant pour ensuite... faire ce dont j'ai envie, de rester, le nombre d'années que je voudrais pour avoir un second [...]. C'est ce que j'ai fait parce que, après la lune de miel, je suis tombée enceinte, mais finalement, comme je n'en voulais plus... je n'en voulais pas, j'ai pleuré, pleuré peut-être que c'était le stress ou des choses comme ça, j'ai fait une fausse, une fausse couche. »

La préservation de la fertilité

Les bénéfices sociaux de la maternité expliquent l'attention portée par l'ensemble des femmes rencontrées à la préservation de leur fertilité, avant toute union et ensuite, tant que le nombre souhaité d'enfants n'est pas atteint. Ce qui détermine un rapport très particulier à la contraception hormonale : pilule, injection ou implant. Ces méthodes suscitent les réticences de nombreuses femmes, qui leur imputent un risque d'altération de leur fertilité future. Cela conduit certaines à les refuser et leur préférer d'autres méthodes. Mais cela induit également, chez celles qui vont finalement les utiliser, la tentation de minimiser les risques encourus. Ainsi, expliquent-elles, il leur paraît nécessaire de faire régulièrement des « pauses », voire, en ce qui concerne la pilule, de la prendre de manière épisodique afin de limiter la dose d'hormones ingérée. Ainsi, après 6 années d'utilisation de différentes pilules, Soumaya, Marocaine de 31 ans, au foyer, mère d'un enfant, a-t-elle décidé d'interrompre sa contraception pour « se reposer un peu », tout en pensant être toujours protégée. Elle tombe enceinte dès le premier mois de cette « pause » et décide d'avorter. Cette manière de gérer « au moindre risque » la contraception hormonale est d'autant plus justifiée par les femmes que nombre de prestataires partagent ce type de crainte et ne donnent pas aux femmes les informations leur permettant de gérer ces interruptions. Lydia, femme ghanéenne de 35 ans, au foyer, n'ayant jamais suivi d'études, mariée avec un homme qui a fait des études secondaires, alcoolique, qui la bat régulièrement et rapporte très peu d'argent dans le foyer, juge que les 4 enfants qu'elle a mis au monde sont bien suffisants. Elle va malgré

tout tomber enceinte, mal informée des conditions d'utilisation de la méthode qu'elle avait choisie.

« Alors, après mon quatrième enfant, j'ai décidé de ne plus avoir d'enfants pour pouvoir m'occuper d'eux. Mais j'ai remarqué que si tu vis avec un homme et que tu refuses de te donner à lui, il va dire : « He ». À cette époque j'utilisais l'injectable de cinq ans. Ils m'ont dit qu'après cinq ans je pouvais faire une pause pendant un certain temps. Alors, quand j'ai fait la pause, je suis retombée enceinte en moins de trois mois, vous voyez ! En moins de trois mois ! C'est devenu un lourd fardeau pour moi. »

Le respect de la norme procréative et la peur de porter atteinte à sa fertilité future se retrouvent dans les quatre capitales. De même, on observe que dans chaque pays, les femmes qui disposent de moindres ressources sociales sont plus enclines à vouloir davantage d'enfants. Ce qui change, c'est la norme procréative des pays, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la maternité (âge, nombre d'enfants, situation sociale et familiale, etc.).

L'interdit social de la sexualité hors mariage

Une autre norme qui induit un rapport problématique à la contraception est celle de l'interdit social d'une sexualité hors mariage pour les jeunes femmes et notamment de la sexualité préconjugale. Les femmes ayant une activité sexuelle hors mariage s'exposent, si elles tombent enceintes, à révéler une sexualité socialement proscrite, ce qui devrait les inciter à recourir aux moyens permettant d'éviter une grossesse. Mais le recours à la contraception atteste, tout autant, de l'existence de cette vie sexuelle qu'elles ne sont pas censées avoir. Cette non-reconnaissance sociale d'un droit à la sexualité rend difficile l'accès et l'usage de la contraception. Nombre de jeunes femmes font état d'un début de vie sexuelle sans aucune contraception, cette question n'ayant jamais été abordée dans la famille et très succinctement dans le cadre scolaire. Ainsi, Codou, élève sénégalaise de 18 ans, célibataire avec un niveau d'instruction secondaire, se retrouve enceinte après son tout premier rapport sexuel avec un partenaire choisi, alors que visiblement, elle en ignorait le risque :

E : « Maintenant c'était la seule nuit... la seule fois ou bien ? »

Codou : « Oui c'était la seule fois, parce que moi ça m'a étonnée, moi je me dis comment une personne peut n'avoir qu'un seul rapport et être en état, mais après quand j'ai regardé tout ce qu'on m'avait appris, j'ai su que c'était... c'était possible, j'ai su que ça c'était possible et aussi quand j'ai senti que j'avais des nausées ce genre de choses, je suis allée à l'hôpital pour consulter, on m'a dit que j'étais en état mais... »

Cet interdit social d'une vie sexuelle pour les célibataires rend particulièrement compliqué l'accès à la contraception. Ainsi, Kardiata, Sénégalaise de 24 ans, mariée, mère d'un enfant, avec un niveau d'études supérieures, sans emploi, raconte qu'elle redoutait d'aller à la pharmacie demander la pilule, alors

même qu'elle avait déjà eu un enfant sans être mariée, suite à une grossesse non prévue :

Kardiata : « [...] je ne pouvais pas imaginer le fait que j'aille à la pharmacie pour acheter une pilule parce que ça, c'était trop pour moi quoi (rires) ! »

E : « Dans quel sens, comment c'était trop ? »

Kardiata : « Ah tu, tu n'es pas mariée et tu viens demander de la pilule ! »

E : « Donc c'est seulement à cause de ça que tu ne l'a pas prise ? »

Kardiata : « Oui c'était seulement à cause de ça, c'étaient ces genres de contraintes quoi. Tu sais c'est même probable que tes parents la voient et disent que oui donc toi tu, tu continues à faire ça alors que tu as un enfant, tu comprends, ce n'est pas sûr. »

C'est la même réticence à dévoiler une sexualité préconjugale qui conduit Monique, célibataire sénégalaise de 22 ans en 2^e année de BEP, à arrêter sa pilule car le personnel du centre médical demande la présence de son partenaire lors des prescriptions de pilule ; or, ce dernier ne souhaite pas y aller car il est connu d'une partie du personnel et que cela le met mal à l'aise.

Cet interdit de la sexualité préconjugale s'avère plus ou moins fort selon les pays : moins rigoureux au Ghana ou au Burkina Faso, il est très explicite au Sénégal et particulièrement marqué au Maroc. Il se traduit par l'exigence de la virginité féminine au moment du mariage, et conduit certains jeunes à s'adonner à une sexualité non pénétrative. Mais le risque n'est pas pour autant totalement absent car il arrive que les partenaires finissent par avoir des pratiques pénétratives non prévues initialement, y compris de façon accidentelle.

Ainsi, Wissal, élève marocaine de 18 ans, célibataire au moment des faits, raconte le déroulement de sa première relation sexuelle :

Wissal : « C'était avant le mois de ramadan, on a commencé un soir à un anniversaire d'une amie, on a eu notre 1^{er} baiser, il m'a embrassé à l'anniversaire de ma copine et c'est tout. Depuis, ça m'a paru bon, j'ai aimé tout ça, on a commencé à se voir, après une année j'ai commencé à aller chez lui (à la maison de ses parents), j'allais chez ses parents normalement, je restais manger chez eux parfois, j'ai commencé petit à petit à coucher avec lui (relations superficielles entre les cuisses en évitant la pénétration) jusqu'au jour où j'ai senti quelque chose, j'ai crié, comme ça, et j'ai trouvé du sang et je me suis tue, j'ai pleuré et j'ai gardé le silence. »

Le primat du plaisir sexuel masculin

Enfin, un autre facteur, susceptible d'interférer avec une pratique contraceptive efficace, intervient à travers le primat du plaisir sexuel des hommes.

Les propos de Sofia, Marocaine de 26 ans, ayant suivi des études supérieures, qui travaille comme cadre au ministère de la Justice, mariée à un homme lui-même universitaire dont elle a deux enfants, sont très explicites.

Elle utilise la méthode des dates mais se retrouve enceinte sans le vouloir car son mari n'a pas respecté les périodes d'abstinence.

« J'ai un cycle régulier. [...] Lorsque les règles s'arrêtent je compte toujours, je fais toujours comme ça. [...] Même si je couchais avec mon mari, je couchais avec lui parfois bêtement. Je voulais juste faire mon devoir envers lui, lorsqu'il me disait « on couche », je ne pouvais pas lui dire non, même si nous étions en conflit, je couchais avec lui... »

Ces propos illustrent l'obligation sociale faite aux femmes de répondre aux attentes sexuelles de leur mari, obligation que l'on retrouve dans les quatre pays de l'étude.

Le primat du plaisir masculin va aussi souvent conduire à un rapport non protégé parce que le partenaire ne veut pas utiliser un préservatif. Généralement, la raison avancée par l'homme est la diminution des sensations sexuelles. Même si la femme rappelle à son partenaire le risque de grossesse, celui-ci peut être relégué au second plan comme l'illustre la situation de Madeleine, étudiante burkinabée en soins infirmiers, célibataire, qui relate un épisode avec son amant, un homme marié :

« Ben, on est sorti ensemble pendant quelque temps, chaque fois on utilisait le préservatif, et un jour il m'a invitée dans son bureau... et je savais que si j'arrivais, il allait me faire les rapports sexuels. J'ai pas hésité, je me suis arrêtée dans une pharmacie, j'ai acheté des préservatifs, je les ai mis dans mon sac puisque chaque fois, c'est moi qui avais l'habitude d'acheter les préservatifs, il ne les achetait pas. Et quand j'ai acheté les préservatifs, je suis arrivée chez lui, on a causé un peu, ben... ça le dépassait, moi également. Au moment de passer à l'acte, je lui ai dit « non, attends s'il te plaît, j'ai les préservatifs dans mon sac, il faut en mettre ». Il m'a dit « non, je ne peux plus attendre, je suis dépassé, je ne peux plus... ». Et moi je ne sais pas quand est-ce, comment ça s'est passé mais il m'a pénétrée comme ça. Et quand on a fini, on s'est levé, immédiatement j'étais devenue comme folle. »

Ce primat du plaisir sexuel masculin s'impose d'autant plus comme une évidence normative que la femme est dans une situation de dépendance socio-économique et/ou affective vis-à-vis de son partenaire.

III. L'échec de contraception au carrefour d'injonctions normatives

Les rapports sexuels non ou mal protégés surviennent le plus souvent alors que les femmes se trouvent dans une situation où plusieurs des injonctions normatives qui viennent d'être exposées s'articulent, soit que leurs effets se cumulent, soit qu'ils s'opposent.

L'exemple de Mawa, jeune célibataire étudiante burkinabée de 21 ans, qui se retrouve enceinte involontairement, illustre cette situation. Voulant se protéger d'une grossesse, elle décide de prendre la pilule. Elle l'interrompt

après 20 jours d'utilisation en raison d'effets secondaires : elle se « sentait bizarre » au point de ne plus arriver à suivre en classe alors qu'elle était en année d'examen. Elle mangeait beaucoup, avait des nausées et des migraines qui risquaient d'éveiller les soupçons de sa mère, ce qu'elle voulait absolument éviter. Au-delà des effets secondaires, la pilule s'avérait ne pas vraiment répondre à ses besoins de protection. En effet, la faible fréquence de ses rapports sexuels ne justifiait pas, selon elle, le recours à cette méthode.

« Avec mon, mon partenaire, on n'a pas de rapports réguliers. Dans le mois peut-être deux fois. Peut-être une fois même dans le mois. Surtout que maintenant il a des problèmes. Ce n'est pas quelque chose à quoi il pense et tout ça. Et bon, c'est vraiment irrégulier, nos rapports sexuels [...] la pilule je ne l'utilise pas parce que je me dis « à quoi sert de prendre une pilule, après un mois, tu n'as pas de rapport sexuel ? » Ça ne fait que te pénaliser physiquement. »

Les injonctions normatives ont ici un effet cumulatif. Alors même qu'elle redoute une grossesse, c'est à la fois la crainte de voir ses pratiques sexuelles découvertes par sa mère (interdit d'une sexualité préconjugale) et la prise d'hormones qu'elle juge dangereuse pour sa fertilité (se marier et avoir un enfant pour acquérir un statut social) qui empêche Mawa d'utiliser efficacement la pilule.

Cette crainte pour leur fertilité future en raison des effets nocifs éventuels d'une contraception hormonale amène un certain nombre de femmes, surtout quand elles n'ont pas encore eu d'enfant, à donner la préférence au préservatif, d'autant que ce dernier les protège également des infections sexuellement transmissibles (IST). Mais l'exemple de Nicole, 20 ans, célibataire, élève dans le secondaire, montre qu'au Burkina Faso comme ailleurs, il n'est pas toujours facile de convaincre son partenaire d'en utiliser un. Nicole est très consciente des risques liés à l'activité sexuelle et tient à s'en prémunir, ce qui n'arrange pas son partenaire, soucieux surtout de satisfaire sa libido avec le moins d'entraves possible. Leur relation de couple est ponctuée de désaccords et de tensions notamment à propos de l'usage du préservatif et du refus de son partenaire de faire le test du sida. Elle a une assez bonne connaissance des méthodes contraceptives, notamment de la pilule, dont l'inconvénient majeur constitue, selon elle, le risque d'oubli. Elle n'exclut pas de l'utiliser plus tard, après avoir eu son premier enfant, ou quand elle sera mariée. En attendant, il lui arrive d'avoir des rapports sexuels sans contraception et elle précise, se référant à un épisode récent :

« Il dit avec le préservatif je ne te sens pas, je n'arrive pas à jouir. [...] Mais si moi je prends trop de pilules et puis après je cherche un enfant, je ne trouve pas, mon mari va dire qu'il a pris une femme qui ne peut pas enfanter. »

Les injonctions normatives jouent ici de manière opposée : d'une part, comme pour Mawa, la protection de la fertilité future empêche Nicole d'utiliser une contraception hormonale qu'elle peut maîtriser, mais d'autre part, souhaitant

néanmoins se protéger d'une grossesse, elle ne peut recourir à la méthode qui lui convient, le préservatif, en raison de la priorité accordée au plaisir masculin.

L'histoire de Naima illustre une autre configuration de tensions normatives auxquelles sont soumises les femmes et qui peuvent favoriser les échecs de contraception. Cette jeune marocaine de 33 ans, musulmane pratiquante, cadre dans une administration, habite Rabat depuis le début de ses études universitaires. Elle est mariée depuis 6 ans et a 2 enfants quand nous la rencontrons. Son mari est ingénieur géologue et le couple est en voie d'accession à la propriété. Elle le rencontre à l'âge de 26 ans et le fréquente pendant un an avant de se marier par amour. Pendant cette période, elle a des rapports sexuels « superficiels » avec cet homme qu'elle a très vite considéré comme son futur mari. Après son mariage, elle ne prend pas de contraception et tombe enceinte bien qu'elle ne souhaite pas vraiment être mère à ce moment-là. Après cette naissance, elle décide de prendre la pilule. Elle l'arrête de temps en temps pour « se reposer » car la pilule « l'énerve » et lui donne des taches brunes sur le visage. Elle estime que « c'est interdit religieusement qu'une pauvre femme bouffe la pilule pendant 4 ans ». Son mari refuse alors d'utiliser des préservatifs, considérant que cette méthode est réservée aux rapports avec les prostituées; il considère en outre que la contraception est une affaire de femmes. Elle utilise alors la méthode des dates (abstinence périodique) et tombe rapidement enceinte. Elle interrompt cette grossesse par un avortement, décision qu'elle prend seule après que son mari lui ait déclaré « c'est ton problème, ce sont tes péchés ». Elle vit mal cet événement, considérant qu'elle a « tué une âme ».

Deux ans plus tard, alors qu'elle utilise toujours la méthode des dates, elle tombe à nouveau enceinte. Le couple a pour modèle idéal une famille avec deux enfants et même si Naima dit ne pas souhaiter vraiment cette grossesse, elle décide de la mener à terme. L'année suivante, toujours en « repos de pilule », elle tombe enceinte et a un deuxième avortement. À 33 ans, Naima connaît toujours des difficultés de contraception car elle ne supporte pas la pilule mais ne souhaite pas utiliser un stérilet car c'est pour elle un « corps étranger », bien que son gynécologue prône cette technique et lui déconseille l'usage de la pilule à quarante ans.

Naima est aujourd'hui très déçue par son mariage et n'a plus de désir sexuel. Même si son mari s'occupe des courses, se montre assez compréhensif, selon elle, car il « lui garde les enfants » quand elle va à ses cours d'anglais ou de musique et la laisse partir à l'étranger, elle a complètement en charge l'éducation des enfants. Elle considère que la société dans laquelle elle vit reste, malgré les progrès, fortement inégalitaire entre hommes et femmes, et dit souffrir d'autant plus de cette situation qu'elle est une femme instruite. Elle estime avoir eu des enfants par contrainte sociale et pour faire plaisir à son mari, alors qu'elle rêvait de partir faire des études à l'étranger.

Ce récit biographique donne ainsi à voir comment le respect du modèle social dominant, en l'occurrence la famille de deux enfants dans la société marocaine d'aujourd'hui, conjuguée au respect des normes procréatives et à la prise en compte du plaisir masculin, conduisent cette femme à connaître plusieurs grossesses non prévues, dont deux seront interrompues par un avortement.

IV. Échec de contraception, contexte social et relationnel

Les possibilités qu'ont les femmes de se distancier de ces normes qui peuvent entraver une pratique contraceptive efficace dépendent de leurs ressources sociales mais aussi des contextes relationnels dans lesquels elles sont engagées. Ces contextes peuvent aussi évoluer au cours d'une même relation et selon les phases du cycle de vie, comme l'illustre l'histoire de Janta, jeune burkinabée de 25 ans, mariée, mère de deux enfants, vendeuse de savon. La lecture biographique de l'entretien permet de montrer qu'au cours d'une trajectoire sexuelle et affective, le rapport à la contraception et la capacité à gérer son usage peuvent se modifier. Les moments où le recours à une méthode contraceptive s'avère difficile peuvent advenir dans des situations très variées et pour des raisons différentes.

Janta est née à Ouahigouya (ville moyenne au nord de Ouagadougou) dans une famille musulmane polygame aux revenus modestes (son père est chauffeur, sa mère est animatrice rurale). La famille compte en tout 22 enfants issus de 3 femmes. Quatrième des 11 enfants de sa mère, Janta qui était très aimée des femmes de son « petit papa » (frère cadet de son père, employé dans une boulangerie), a été adoptée par elles à l'âge de 5 ans comme cela est courant au Burkina Faso. À sa demande, Janta arrête sa scolarité en primaire et retourne chez ses parents à l'âge de 15 ans quand la femme de son oncle le quitte. Elle rencontre alors son premier partenaire, âgé de 25 ans, ouvrier dans une entreprise de construction. Elle entretient avec lui une relation chaotique pendant laquelle elle le menace de rompre à de multiples reprises s'il insiste pour avoir des rapports sexuels. Quelques mois plus tard, lors d'une soirée de réveillon, il finit par lui imposer un rapport sexuel. Les propos qu'elle utilise pour raconter cette expérience sont emblématiques de l'intériorisation de la légitimité du désir masculin et illustrent la complexité du *continuum* entre rapports non souhaités et viol.

E : « Votre premier rapport sexuel, c'était à quelle occasion ? »

Janta : long silence.

E : « Hun ! »

Janta : long silence. « C'était pas forcé mais ce n'était pas facile (rire). Quand il a commencé, je n'ai pas accepté, mais ça s'est terminé par la force pour que moi j'accepte. »

E : « Comment est-ce que ça a commencé ? »

Janta : « Je ne savais pas qu'on allait faire des rapports sexuels. Ce jour là on est sorti le 31 (décembre), allé s'asseoir, danser, boire et puis arrivé dans la cour, nous sommes assis pour bavarder. Nous étions ensemble dans la maison et nous causions et ses grands frères se sont levés sortir et nous ont laissés seuls dans la maison. C'était comme ça. (Long silence) Il parlait et moi je disais que non, que j'allais rentrer (chez moi). Il a dit non, que le fait d'être chez lui, je ne peux plus rentrer. (Long silence) Il parlait et moi je refusais et c'est ça il a fait la force maintenant et c'est ça j'étais obligée d'accepter. »

Dans un tel contexte, Janta n'était pas préparée à envisager les risques de grossesse, puisqu'elle ne pensait pas avoir des rapports sexuels à ce moment précis. Elle déclare, en outre, qu'elle ne connaissait à l'époque aucun moyen pour éviter une grossesse.

Très vite, elle découvre qu'elle est enceinte. Sa famille la contraint d'aller habiter avec son partenaire en vue d'un mariage. Cette union viendrait réparer la transgression de l'interdit social de la sexualité et de la maternité hors mariage. La cohabitation dans cette très grande famille (une famille polygame d'une centaine de membres) se passe mal après la naissance de l'enfant, notamment avec la belle-mère de Janta qui cherche à contrôler le ménage de son fils. Après l'accouchement, elle décide malgré tout d'aller dormir dans la maison de sa belle-mère pour éviter des rapports sexuels avec son partenaire. Elle pratique l'abstinence post-partum jusqu'au 17^e mois de son fils et l'allaita jusqu'à ses 3 ans, pratique qui pense-t-elle la protège. Pendant cette période d'allaitement, elle limite les rapports sexuels à une fois par mois, quinze jours après les règles. Elle ne souhaite pas prendre « les comprimés » (la pilule) qu'on lui a proposés à l'hôpital de peur des effets secondaires. Elle craint également de ne pas être capable de la prendre régulièrement. La méthode des cycles lui permet aussi « d'éviter de salir le lait » en tombant enceinte alors qu'elle nourrit encore son enfant. Sa décision est acceptée par son partenaire qui, dit-elle, se montre prévenant, cherchant à ne pas mécontenter sa future femme. Après la naissance de son fils, Janta se lance dans un petit commerce de vente d'ignames frits qui, dit-elle, lui permet de gagner beaucoup d'argent, alors que son partenaire vient de perdre son emploi. Les conflits avec la belle-mère, qui s'oppose au mariage, lui rendent la vie insupportable d'autant que cette dernière commence à lui confisquer ses revenus. Dès son enfant sevré à trois ans, elle décide de fuir avec ses économies et part habiter chez une tante à Ouagadougou. Là, elle rencontre celui qui deviendra son mari, un vendeur de foin de 32 ans. Elle le fréquente pendant un an sans avoir de rapports sexuels. Sa tante redoute la réaction des parents de Janta et du père de son premier enfant si elle ne l'empêche pas d'épouser cet homme. Elle lui demande de retourner dans le village de ses parents pour solliciter l'autorisation de se marier. Janta, sachant que ses parents vont sans doute l'obliger à revenir auprès du père de son enfant, décide alors, avec l'accord de son soupirant, de forcer la main à son entourage en tombant enceinte. Une fois enceinte, elle retourne au village pour remettre son premier

enfant au père de celui-ci (l'enfant appartenant au père, elle ne peut le garder dans son nouveau foyer). Elle se retrouve alors prise sous le feu de pressions familiales diverses. Sa mère, ignorant la grossesse, veut qu'elle rejoigne le père de son enfant. Son frère la soutient dans sa volonté de rester avec son nouveau partenaire. Ses sœurs et sa tante, mises dans la confidence de la grossesse, la pressent d'avorter pour cacher son aventure extraconjugale. Après cinq mois de discussion, et la grossesse étant de plus en plus évidente, sa mère la laisse enfin libre de ses choix et Janta revient à Ouagadougou sans son enfant.

Elle s'installe alors chez son ami, elle accouche et le mariage est célébré après la naissance. Ils reprennent les rapports sexuels neuf mois après la naissance de l'enfant. Ils désirent tous deux retarder la venue du second, mais son mari se montre résolument opposé à la contraception moderne. Janta, qui craint une nouvelle grossesse et souffre de règles douloureuses, profite des consultations de nourrissons pour demander conseil sur la contraception. Elle utilise l'injectable à l'insu de son mari mais souffre d'effets secondaires (aménorrhée, étourdissements, nausées, etc.). Son mari découvre ce qu'elle lui a caché et la réprimande fortement. Elle en vient à croire que ses malaises sont une punition divine pour avoir désobéi à son mari et craint que cela ne l'empêche d'avoir d'autres enfants. Elle ne renouvelle donc pas la première injection et reprend la méthode des dates. Peu après, ils décident ensemble d'avoir un deuxième enfant. Elle est enceinte au moment de l'entretien.

Nous avons choisi de relater l'histoire de Janta car elle illustre à quel point les attitudes et pratiques vis-à-vis de la contraception diffèrent selon les contextes relationnels, mais aussi au cours d'une même relation. Si, tout au long de sa trajectoire, Janta semble se conformer aux exigences de son milieu qui veut que la femme, même indépendante, reste soumise à sa famille puis à son époux, les contextes sociaux et relationnels dans lesquels elle se trouve participent à la construction de rapports spécifiques à la contraception. La soumission au désir de l'homme rend compte de son premier rapport imposé, dans un contexte où la sexualité n'était alors pas socialement envisageable et où elle ne disposait d'aucune ressource sociale. Elle parvient néanmoins plus tard, avec le même partenaire, à imposer ses choix sexuels et contraceptifs, dans le cadre contraint du modèle familial valorisé. Autonome financièrement, d'autant plus que son partenaire n'a plus d'emploi, elle parvient même à se soustraire à un contexte familial qui la rend malheureuse. C'est à nouveau l'intériorisation de la normalité de la domination masculine qui explique les remords ressentis lors de son utilisation clandestine de l'injectable avec son deuxième partenaire, qu'elle a pourtant choisi, et sa décision de ne pas poursuivre cette contraception. Son récit du quotidien montre qu'elle a sa part de décisions dans son foyer actuel, notamment grâce à une certaine indépendance financière que lui procure son activité de vendeuse de savon, mais toujours dans le cadre d'un modèle familial caractérisé par l'inégalité des positions sociales des femmes et des hommes.

V. Discussion

Enjeux méthodologiques

Cette recherche qualitative ne permet pas, comme toute recherche de ce type, de quantifier le poids respectif des différents facteurs sociaux mis en évidence pour rendre compte des échecs de contraception ou des rapports sexuels non protégés. Mais la diversité sociale et démographique des échantillons dans les quatre capitales permet de décrire finement l'éventail des situations et de repérer la manière dont se construisent, en milieu urbain, individuellement et socialement, ces difficultés contraceptives définies ici comme les rapports non ou mal protégés chez des femmes qui ne veulent pas être enceintes.

Comme toute grille d'analyse, celle que nous avons élaborée à partir des réponses des femmes présente des limites. En particulier, dans la mesure où les récits des pratiques ne sont pas recueillis auprès des deux partenaires d'une même relation⁽⁴⁾, ils ne rendent qu'imparfaitement compte de l'importance de la dimension relationnelle, qu'il s'agisse des désaccords qui peuvent exister entre les deux partenaires ou au contraire d'un soutien marqué. Le fait d'avoir replacé les enjeux contraceptifs au cœur même des trajectoires affectives, sociales et sexuelles permet toutefois d'attester de l'importance de la dimension relationnelle ainsi que du caractère dynamique du rapport à la contraception en fonction des étapes de ces trajectoires.

Dans l'analyse présentée, certains types d'échecs ne sont pas soulignés, par exemple ceux qui sont liés à un défaut d'information, qu'ils résultent de connaissances erronées (durée d'efficacité de la contraception hormonale, période de fertilité, etc.) ou qu'ils soient la conséquence d'oublis de pilule. Ces échecs n'apparaissent en effet pas spécifiques aux pays étudiés, rendant compte pour l'essentiel de la difficulté de respecter les exigences d'une contraception tout au long d'une vie féconde, comme cela est observé dans d'autres contextes, y compris quand la prévalence contraceptive est très élevée (Moreau *et al.*, 2006). De même, nous n'avons pas exploré finement les questions d'accès à l'offre contraceptive car il est relativement aisé uniquement pour les femmes mariées au Maroc, même si, comme on l'a vu, la question de l'offre ne se réduit pas à l'accessibilité mais renvoie également à l'attitude des prestataires (voir l'article de Mayhew *et al.*, dans ce même dossier)⁽⁵⁾.

(4) Si la recherche a bien prévu d'interroger les hommes (25 par pays), ce ne sont pas les partenaires des femmes que nous avons rencontrées, et les réponses ne peuvent donc être appariées.

(5) Au-delà de leur fonction technique, les prestataires, du point de vue des femmes, apparaissent souvent comme des acteurs sociaux également porteurs du modèle familial et sexuel dominant, en rappelant la femme à son devoir d'enfanter dans le cadre du mariage ou en exigeant la présence du (futur) conjoint quand une demande émane d'une femme célibataire.

La contraception au cœur des trajectoires de vie

Notre grille d'analyse permet une autre lecture des facteurs d'échecs de contraception et en particulier de déconstruire certaines catégories souvent convoquées pour rendre compte de la survenue des grossesses non prévues, celle de l'offre ou du respect de la norme procréative (Seiber *et al.*, 2007).

En appréhendant les pratiques concrètes au cœur des trajectoires affectives, sexuelles et sociales des femmes, nous avons montré que la survenue des grossesses non prévues renvoyait aux difficultés qu'avaient les femmes à faire face simultanément à des injonctions normatives qui relèvent de normes sexuelles, procréatives et de genre. Il apparaît que ces difficultés diffèrent fortement non seulement selon les phases du cycle de vie mais aussi au cours même d'une relation, soulignant ainsi les limites des approches à un niveau strictement individuel et fondées sur des comportements rationnels. Nos résultats montrent qu'à l'exception des femmes, peu nombreuses, qui ignorent tout des risques de grossesse, dans leur très grande majorité les femmes adhèrent à l'idée de maîtriser leur fécondité en utilisant une contraception. Mais, à certains moments de leur vie, cette adhésion ne se transforme pas nécessairement en pratique régulière et donc efficace de la contraception, parce qu'au-delà même des réticences normatives émanant parfois de certains professionnels qui délivrent la contraception, c'est le modèle familial et social dominant qui, dans certaines circonstances, entre en contradiction avec la pratique d'une contraception, notamment hormonale.

Dans cette perspective, la question de l'accès et de la pratique de la contraception se pose de manière très différente selon les phases du cycle de vie, certaines apparaissant particulièrement problématiques pour une pratique contraceptive efficace. Un clivage très net se dessine entre les femmes ayant une sexualité qui n'est pas socialement acceptée et les autres. Les femmes qui vivent une sexualité en dehors d'un cadre conjugal, et notamment prémaritale, apparaissent particulièrement susceptibles de rencontrer des difficultés contraceptives, et cet enjeu dépasse alors largement celui de la méconnaissance des conditions d'utilisation. Elles envisagent difficilement de recourir aux services qui délivrent une contraception ciblée prioritairement sur les femmes mariées et doivent alors se résoudre à utiliser des méthodes dont l'efficacité est moindre et requièrent la participation du partenaire. Or celui-ci ne se sent pas toujours impliqué, voire même s'oppose à l'usage de certaines méthodes qui réduirait son plaisir sexuel, comme en témoigne les propos des femmes que nous avons rencontrées.

Dans les sociétés du Sud, où les femmes stériles ou sans enfant ne peuvent acquérir une véritable reconnaissance sociale (Journet, 1990), les femmes doivent préserver en priorité leur capacité d'acquérir un statut *via* la maternité dans le cadre du mariage. Le mariage constitue en effet un événement clivant et obligatoire dans la vie des femmes et des hommes; la maternité est souvent fortement attendue juste après le mariage et la sexualité est socialement

stigmatisée en dehors de ce cadre reconnu, légal ou coutumier (Bankole *et al.*, 2006). La pratique contraceptive juste après le mariage et avant la naissance d'un enfant présente, comme on l'a vu, un caractère problématique.

Au-delà de la spécificité des différentes phases du cycle de vie, la nécessité de tenir compte du type de relation s'impose à la lecture des propos des femmes. Cette perspective donne à voir comment les rapports de genre construisent un rapport spécifique à la contraception (Bawah *et al.*, 1999 ; Greene et Biddlecom, 2000 ; Andro et Desgrées du Loû, 2009). La négociation entre les partenaires pour utiliser une contraception s'inscrit en effet dans les rapports de pouvoir au sein du couple (Andro et Hertrich, 2002 ; Kaggwa *et al.*, 2008 ; Kulczycki, 2008 ; Tolley *et al.*, 2005) (voir aussi l'article d'Adjamagbo et Koné sur les grossesses non désirées à Dakar, et celui de Rossier *et al.* sur les jeunes à Ouagadougou dans ce dossier). Le primat accordé au plaisir sexuel masculin, que l'on retrouve dans toutes les sociétés (Tabet, 1985 ; Héritier, 1996), est également une des manifestations de ces rapports de pouvoir. Ce primat influence la décision d'utiliser une contraception qu'il s'agisse de l'abstinence périodique ou du préservatif. Cette dernière méthode, utilisée de manière quasi exclusive en dehors du mariage, revêt une importance toute particulière du fait de la pandémie du VIH. La plupart du temps, c'est pour préserver la qualité du plaisir sexuel de l'homme, souvent pour ne pas menacer la relation, que le préservatif n'est finalement pas utilisé, même si la femme souhaite se protéger d'une grossesse non prévue. Bien que ces situations soient beaucoup moins fréquentes, il faut aussi souligner que certaines femmes sont elles-mêmes réticentes à l'usage du préservatif car il diminue leur propre plaisir ; cela les conduit parfois à ne pas l'utiliser même si elles n'ignorent pas le risque tomber enceinte. Mais cette configuration relationnelle dans laquelle les rapports de pouvoir entre partenaires sont plus égalitaires reste exceptionnelle.

Poussée à son extrême, la même logique sociale de domination masculine, qui amène à considérer prioritairement le plaisir sexuel masculin, est à l'œuvre dans les rapports imposés par la contrainte. Ces rapports, qui se sont avérés fréquents lors de cette recherche, sont par définition non anticipés et donc non protégés si la femme n'utilise pas, par ailleurs, une méthode de contraception.

Enfin, un autre résultat de cette recherche est de montrer la nécessité d'analyser les enjeux contraceptifs en tenant aussi compte des « phases de la relation » (Kulczycki, 2008). L'exemple de Janta est à cet égard éloquent puisque la jeune femme se retrouve tour à tour dans différentes situations de difficultés contraceptives, parfois avec le même partenaire. À l'instar de Janta, la très grande majorité des femmes connaissent une multitude de situations contraceptives au cours de leur vie. On retrouve ici un résultat établi dans d'autres contextes nationaux ou pour d'autres enjeux de santé comme l'infection du VIH (Bajos et Marquet, 2000) : il n'existe pas de personnes à risque mais bien des situations qui favorisent la prise de risque.

Comparaisons nationales

La similitude des protocoles de recherche dans les quatre pays permet de faire ressortir les facteurs – notamment en termes d'imposition plus ou moins forte des normes familiales et sexuelles – qui relèvent des contextes nationaux et ceux qui les transcendent pour rendre compte des difficultés contraceptives auxquelles sont confrontées les femmes, quel que soit le contexte de leur quotidien. L'analyse des entretiens collectés dans les quatre pays relève à la fois du niveau microsociologique, à travers les récits personnels, et du macrosociologique, par la prise en compte des contextes normatifs, politiques, juridiques et sociaux (Gagnon et Simon, 1973). Il s'agit alors de repérer la spécificité des modèles sociaux de chaque pays qui renvoie à l'articulation d'éléments aussi divers que le système juridique et légal concernant la famille, les inégalités d'accès au système sanitaire, scolaire ou au marché du travail, le mode d'organisation familiale, le poids de la religion, le niveau d'autonomie reconnu à l'individu, et les modalités symboliques et matérielles des relations hommes/femmes.

L'analyse des entretiens montre que les facteurs qui déterminent les difficultés d'utilisation de la contraception sont relativement semblables dans tous les pays, et notamment la primauté accordée à la préservation de la fertilité, la stigmatisation de la sexualité hors mariage et le primat du plaisir sexuel masculin. Ce qui change toutefois d'un pays à l'autre, c'est le degré de rigidité de ces normes et l'importance du double standard entre les sexes. L'exemple de la stigmatisation de la sexualité préconjugale illustre l'influence des spécificités nationales. Elle est particulièrement marquée au Maroc où toute sexualité hors mariage est interdite ; il n'existe d'ailleurs aucune donnée sur le sujet dans les enquêtes démographiques (pas de module sur l'entrée en sexualité différent de l'entrée en union) et les programmes de planification familiale s'adressent exclusivement aux femmes mariées. Les jeunes marocaines évitent de fait les rapports pénétratifs et ne se sentent donc pas concernées par un risque de grossesse et par les techniques contraceptives. Préserver la virginité leur tient lieu de contraception, au risque d'ailleurs d'une pénétration non prévue (voir l'article de Bakass et Ferrand dans ce dossier). Au Sénégal, les pratiques pour éviter toute pénétration avant le mariage sont parfois évoquées, mais plus rarement qu'au Maroc. Comme au Burkina Faso, la sexualité préconjugale y est tolérée pour les femmes et acceptée pour les hommes. La maternité hors mariage reste socialement mal acceptée mais la grossesse dite « non prévue », utilisée stratégiquement pour se faire épouser, ou pour faire accepter une union à l'entourage familial, est une réalité souvent rencontrée. Au Ghana en revanche, la sexualité préconjugale est mieux acceptée et ne semble pas compromettre le recours à la contraception des jeunes femmes.

Finalement, c'est au regard des caractéristiques des modèles familiaux et sexuels que les difficultés contraceptives s'avèrent spécifiques. Et ce qui se dégage de nos analyses paraît être une opposition entre le Maroc, qui enregistre

la plus forte prévalence contraceptive dans un contexte où les politiques de diffusion de la contraception sont anciennes et bien ancrées dans le secteur public de la santé, et les trois autres pays. Les femmes marocaines – comme les hommes d'ailleurs – semblent avoir véritablement adhéré au modèle de la fécondité conjugale restreinte autour de 2 enfants. Pour les femmes des trois autres pays, c'est davantage un modèle adopté par défaut, actuellement valorisé pour des raisons économiques et sanitaires, avec quelques réticences pourtant, car souvent perçu comme un modèle « à l'occidentale » imposé de l'extérieur, sauf pour les femmes dotées de capitaux sociaux importants, comme l'a montré Johnson-Hanks dans son étude au Cameroun (2006).

La prévalence contraceptive diffère entre les trois pays d'Afrique subsaharienne, mais le recours aux méthodes médicales (pilules, implants, DIU, stérilisation) est en revanche assez similaire. L'absence de différences marquées dans le rapport que les femmes entretiennent à la contraception peut traduire une évolution similaire des modèles familiaux et sexuels. Mais elle peut aussi renvoyer à une similitude de façade, cachant la permanence d'une domination de type patriarcal (père et mari) qui laisse finalement peu de marge à l'autonomisation réelle des femmes dans la gestion de leur vie affective, sexuelle et reproductive.

Conclusion

Nos résultats montrent en définitive qu'une approche en termes de difficultés contraceptives, c'est-à-dire de rapports non ou mal protégés chez des femmes qui ne veulent pas être enceintes et qui pour leur grande majorité adhèrent à l'idée d'utiliser une contraception, permet de recenser l'éventail des situations dans lesquelles les femmes peuvent être confrontées à une grossesse non prévue dont certaines se terminent par un avortement. Parmi ces situations, nombre d'entre elles peuvent donner lieu à l'utilisation d'une contraception d'urgence (Teixeira *et al.*, 2012). La prise en compte des tensions normatives auxquelles sont soumises les femmes donne à voir les difficultés contraceptives sous un autre angle que celui de l'accès à l'offre de soins ou du simple respect de la norme procréative. En tout état de cause, la question d'une pratique efficace de la contraception va bien au-delà des « besoins non satisfaits », concept largement utilisé dans le domaine de la planification familiale pour juger de l'efficacité des programmes, et qui ne se focalise que sur la non-utilisation de la contraception en recourant le plus souvent au paradigme de l'actrice rationnelle.



RÉFÉRENCES

- ANDRO A., HERTRICH V., 2002, « Demand for contraception in Sahelian countries: Are men's and women's expectations converging? Burkina Faso and Mali, compared to Ghana », *Population-E*, 57(6), p. 929-957.
- ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A., 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés » *Autrepart*, numéro spécial, *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, 52(4), p. 3-12.
- BAJOS N., MARQUET J., 2000, « Social relations-based approach to HIV sexual risk », *Social Science and Medicine*, 50(11), p. 1533-1546.
- BAJOS N., FERRAND M. ET L'ÉQUIPE GINÉ, 2002, *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 348 p.
- BANKOLE G., OYE-ADENIRAN B., ADEWOLE I., SINGH S., HUSSAIN R., 2006, « Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women », *International Family Planning Perspectives*, 32(4), p. 175-184.
- BANZA B., 2001, « Impact de la distribution de produits contraceptifs en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazèga », in Gendreau F. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Paris, Estem, p. 287-299.
- BATTAGLIOA F., BERTAUX-WIAME I., FERRAND M., IMBERT F., 1992, « Dire sa vie, entre travail et famille », CNRS, Rapport CSU.
- BAWAH A., AKWEONGO P., SIMMONS R., PHILLIPS J., 1999, « Women's fears and men's anxieties: The impact of family planning on gender relations in Northern Ghana », *Studies in Family Planning*, 30(1), p. 54-66.
- BLANC A., WAY A., 1998, « Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries », *Studies in Family Planning*, 29(2), p. 106-116.
- BLED SOE C., 2002, *Contingent Lives: Fertility, Time, and Aging in West Africa*, University of Chicago Press, 396 p.
- BLED SOE C., COHEN B. (eds.), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, National Research Council, Washington, DC, National Academy Press.
- BROWN L., TYANE M., BERTRAND J., LAURO D., ABOU-OUAKIL M., DE MARIA L., 1995, « Quality of care in family planning services in Morocco », *Studies in Family Planning*, 26(3), p. 154-168.
- CLELAND J., BERNSTEIN S., EZEH A., FAUNDES A., GLASIER A., INNIS J., 2006, « Family planning: The unfinished agenda », *The Lancet*, 368(9549), p. 1810-1827.
- COLE J., THOMAS L. (eds.), 2009, *Love in Africa*, University of Chicago Press, 280 p.
- COMBESSIE J.-C., 2007, *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte, Repères, 128 p.
- FEYSETAN B., CASTERLINE J., 2000, « Fertility preferences and contraceptive change in developing countries », *International Family Planning Perspectives*, 26(3), p. 100-109.
- GAGNON J., SIMON W., 1973, *Sexual Conduct*, Chicago, Aldine.
- GLAISER A., METIN GÜLMEZOĞLU A., SCHMID G., GARCIA MORENO C., VAN LOOK P., 2006, « Sexual and reproductive health: A matter of life and death », *The Lancet*, 368(9547), p. 1595-1607.

- GREENE M., BIDDLECOM A., 2000, « Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles », *Population and Development Review*, 26(1), p. 81-115.
- GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion or both? », *International Family Planning Perspectives*, 28(3), p. 159-166.
- JOHNSON-HANKS J., 2006, *Uncertain Honor. Modern Motherhood in an African Crisis*, Chicago and London, University of Chicago Press, 301 p.
- HÉRITIER F., 1996, *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 332 p.
- INSD, ORC MACRO, 2004, *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003*, Calverton, Maryland, INSD, ORC Macro.
- JOURNET O., 1990, « La condition des femmes. Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau », in Fassin D., Jaffré Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf, p. 179-190.
- KAGGWA E., DIOP N., STOREY J., 2008, « The role of individual and community normative factors: A multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali », *International Family Planning Perspectives*, 34(2), p. 79-88.
- KATZ K., NARÉ C., 2002, « Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal », *Journal of Biosocial Science*, 34(2), p. 215-231.
- KULCZYCKI A., 2008, « Husband-wife agreement, power relations and contraceptive use in Turkey », *International Family Planning Perspectives*, 34(3), p. 127-137.
- LESTHAEGHE R. (ed.), 1989, *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, 556 p.
- MOREAU C., BOUYER J., GILBERT F., COCON GROUP, BAJOS N., 2006, « Social, demographic and situational factors associated with inconsistent use of oral contraceptives », *Perspective in Sexual and Reproductive Health*, 38(4), p. 190-196.
- OTOIDE, V., ORONSAYE F., OKONOFUA F. E., 2001, « Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: Evidence from focus-group discussion », *International Family Planning Perspectives*, 27(2), p. 77-81.
- SEIBER E., BERTRAND J., SULLIVAN T., 2007, « Changes in contraceptive method mix in developing countries », *International Family Planning Perspectives*, 33(3), p. 117-123.
- SINAI I., LUNDGREN R., ARÉVALO M., JENNING V., 2006, « Fertility awareness-based methods of family planning: Predictors of correct use », *International Family Planning Perspectives*, 32(2), p. 94-100.
- SMITH D., 2010, « Promiscuous girls, good wives, and cheating husbands: Gender inequality, transitions to marriage, and infidelity in Southeastern Nigeria », *Anthropological Quarterly*, 83(1), p. 123-152.
- TABET P., 1985, « Fertilité naturelle, procréation forcée », in Mathieu N.-C., *L'arrondissement des femmes*, Paris, Éditions de l'EHESS, Cahiers de l'homme, p. 61-146.
- TEIXEIRA M., GUILLAUME G., FERRAND M., ADJAMAGBO A., BAJOS N., 2012, « Representations and uses of emergency contraception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product », *Social Science and Medicine*, 75(1), p. 148-155.
- TOLLEY E., LOZA S., KAFALI L., CUMMINGS C., 2005, « The impact of menstrual side effects on contraceptive discontinuation: Findings from a longitudinal study in Cairo, Egypt », *International Family Planning Perspectives*, 31(1), p. 15-23.
- WATKINS S., 2000, « Local and foreign models of reproduction in Nyanza province, Kenya », *Population and Development Review*, 26(4), p. 725-759.

**Nathalie BAJOS, Maria TEIXEIRA, Agnès ADJAMAGBO, Michèle FERRAND,
Agnès GUILLAUME, Clémentine ROSSIER, l'équipe ECAF • TENSIONS NORMATIVES ET
RAPPORT DES FEMMES À LA CONTRACEPTION DANS 4 PAYS AFRICAINS**

Les analyses classiques sur les obstacles au recours à la contraception en Afrique se centrent sur la valeur sociale attribuée à une fécondité élevée, la peur des effets secondaires et l'accès à l'offre. Cet article caractérise l'ensemble des situations qui peuvent être à l'origine d'une grossesse non prévue et identifie les logiques sociales qui en favorisent la survenue. Deux cents entretiens semi-directifs ont été menés dans les capitales du Burkina Faso, du Ghana, du Maroc et du Sénégal en 2006-2007 dans le cadre de l'enquête *Emergency Contraception in Africa* (ECAF). Les analyses montrent que le respect simultané des normes procréatives et des normes en matière de sexualité, où domine un double standard qui prône l'interdit de la sexualité prémaritale pour les jeunes filles et le primat du plaisir sexuel masculin, favorise les rapports sexuels où la contraception n'est pas ou mal utilisée. Les facteurs sont relativement semblables dans les quatre pays ; toutefois le degré de rigidité des normes concernées diffère d'un pays à l'autre, notamment en matière de sexualité préconjugale. Finalement, la question d'une pratique efficace de la contraception va bien au-delà des « besoins non satisfaits », concept central dans la littérature qui se focalise sur la non-utilisation de la contraception.

**Nathalie BAJOS, Maria TEIXEIRA, Agnès ADJAMAGBO, Michèle FERRAND,
Agnès GUILLAUME, Clémentine ROSSIER, the ECAF team • NORMATIVE TENSIONS AND
WOMEN'S CONTRACEPTIVE ATTITUDES AND PRACTICES IN FOUR AFRICAN COUNTRIES**

Conventional analyses of the obstacles to contraceptive use in Africa focus on the social value attributed to high fertility, the fear of side effects and problems of accessing contraception. This article studies the range of situations that can lead to unplanned pregnancy and aims to identify the social rationales that foster such situations. Two hundred semi-structured interviews were conducted in 2006-2007 in the capitals of Burkina Faso, Ghana, Morocco and Senegal as part of the survey on Emergency Contraception in Africa (ECAF). The analyses reveal that simultaneously trying to observe reproductive and sexual norms – in which a double standard prohibits premarital sex for young women while endorsing the primacy of male sexual pleasure – leads to unprotected or poorly protected intercourse. While the factors are relatively similar in the four countries, the rigidity of the norms in question differs from one to another, notably with regard to premarital sexuality. Finally, the question of effective contraceptive use goes far beyond the issue of « unmet needs », a central concept in the literature which focuses on non-use of contraception.

**Nathalie BAJOS, Maria TEIXEIRA, Agnès ADJAMAGBO, Michèle FERRAND,
Agnès GUILLAUME, Clémentine ROSSIER, el equipo ECAF • TENSIONES NORMATIVAS Y
RELACIÓN DE LAS MUJERES CON LA CONTRACEPCIÓN: UN ENFOQUE COMPARATIVO EN CUATRO
PAÍSES AFRICANOS**

Los análisis clásicos sobre los obstáculos a la utilización de la contracepción en África subrayan el valor social de una fecundidad elevada, el temor de los efectos secundarios y las dificultades del acceso a la oferta. Este artículo estudia el conjunto de situaciones que pueden conducir a un embarazo involuntario e identifica las lógicas sociales que favorecen su advenimiento. Se han realizado 200 entrevistas semi-directivas durante 2006 y 207 en las capitales de Burkina-Faso, Ghana, Marruecos y Senegal, dentro del marco de la encuesta *Emergency Contraception in Africa*, ECAF. Los análisis muestran que la ausencia de contracepción o su mala utilización son favorecidas por el respeto simultáneo de las normas procreativas y de las normas sociales de sexualidad, donde domina un doble estándar que preconiza la prohibición de la sexualidad prenupcial a las muchachas y el primado del placer sexual masculino. Los factores son bastante similares en los cuatro países, pero la rigidez de estas normas varía de un país a otro, en particular en materia de sexualidad premarital. Así pues, la cuestión de una práctica eficaz de la contracepción va mucho más allá de las "necesidades no satisfechas", concepto central en la literatura que se focaliza en la no utilización de la contracepción.

Mots-clés : contraception, genre, normes, sexualité, grossesse non prévue, Afrique subsaharienne.

Keywords: contraception, gender, norms, sexuality, unplanned pregnancy, sub-Saharan Africa.