



Sexualité, contraception, grossesses non prévues et recours à l'avortement en Afrique de l'Ouest et au Maroc : l'enquête ECAF⁽¹⁾

Contexte et objectifs

En dépit d'engagements politiques nationaux et internationaux en faveur d'un meilleur accès à la contraception en Afrique (Lesthaeghe et Jolly, 1995 ; Ross et Stover, 2001), l'utilisation de méthodes modernes reste limitée en Afrique de l'Ouest. Nombre de femmes en union qui ne veulent plus ou pas d'enfant ne prennent pas de contraception et la prévalence contraceptive est encore plus faible chez les femmes non mariées (Cleland *et al.*, 2006). Alors même que le nombre d'enfants atteint est plus élevé que le nombre d'enfants souhaités, cette faible prévalence est principalement analysée en termes de besoins contraceptifs non couverts (Cleland *et al.*, 2006), besoins définis comme « la non-utilisation de contraception, moderne ou traditionnelle, par les femmes sexuellement actives qui ne veulent pas d'enfant dans les deux années à venir » (Sedgh *et al.*, 2007). Les transformations contemporaines que connaissent les sociétés en Afrique de l'Ouest contribuent à accroître ces besoins contraceptifs du fait de la dissociation de plus en plus marquée entre sexualité et procréation, dissociation liée au développement d'une sexualité préconjugale souvent socialement proscrite (Onuoha, 1992) et, pour les femmes en union, de la réduction des périodes d'abstinence post-partum (Bledsoe et Cohen, 1993). Dans de tels contextes, le recours à l'avortement clandestin est important : le nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans est estimé à 23 en Afrique du Nord et à 28 en Afrique de l'Ouest (OMS, 2007). Des études suggèrent un recours à l'avortement en augmentation chez les femmes jeunes et instruites et dans les zones les plus urbanisées (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

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

Malgré un rythme de transformations sociétales rapide, l'Afrique de l'Ouest comme le Maroc restent caractérisés par une organisation sociale qui repose sur la famille étendue et sur des rapports parents/enfants et hommes/femmes très codifiés. Pour l'Afrique de l'Ouest notamment, position masculine et position féminine sont confortées par une nombreuse descendance : une fécondité élevée est socialement valorisée (Kaida *et al.*, 2005 ; Randrianasolo *et al.*, 2008). Le sexe, l'âge et, dans une moindre mesure l'ethnie et la classe sociale, s'articulent dans une construction complexe où la subordination féminine n'est qu'un élément du puzzle des rapports sociaux. Sans doute moins encore que dans d'autres contextes sociaux, la demande contraceptive peut donc difficilement s'appréhender du seul point de vue des femmes. Le mariage et le contrôle de la sexualité y sont en effet des instruments centraux de la reproduction des relations de pouvoir visant à la reproduction de la hiérarchie sociale, entre vieux et jeunes, entre hommes et femmes. Ainsi, l'interdit de la sexualité avant le mariage, essentiellement pour les jeunes filles, et la condamnation de la sexualité en dehors du mariage sont des normes dominantes, mais plus ou moins rigides selon les pays. En parallèle, de nouvelles représentations des modèles sexuels intégrant une dimension de réalisation personnelle par le biais des relations affectives se développent, notamment grâce aux médias. Ces modèles entrent en compétition avec les modèles antérieurs, souvent désignés de manière réductrice sous le terme de « traditionnels » (Cole et Thomas, 2009).

Dans de telles configurations sociales où la pratique contraceptive est peu développée mais où la sexualité sans finalité procréative se développe, l'utilisation de la contraception d'urgence pourrait être un moyen de réduire la fréquence des grossesses non prévues et par conséquent entraîner une diminution de la mortalité et de la morbidité liées au recours à l'avortement illégal, enjeux de santé publique essentiels en Afrique. En interrogeant la place de la contraception d'urgence dans les paysages contraceptifs de trois pays d'Afrique de l'Ouest et du Maroc, la recherche ECAF (*Emergency Contraception in Africa*) se propose d'appréhender les enjeux contraceptifs dans une perspective élargie, qui analyse les pratiques contraceptives en tenant compte des contextes relationnels, sexuels et procréatifs dans lesquels elles s'inscrivent. C'est en replaçant la pratique contraceptive (la contraception d'urgence et les autres méthodes) dans les biographies sexuelles, affectives et génésiques que cette recherche se donne l'objectif de mieux saisir le sens des échecs de contraception et celui des grossesses qualifiées de non prévues.

Éléments méthodologiques

L'enquête ECAF a été conduite en 2006-2007 par une équipe pluridisciplinaire de sociologues, démographes et médecins de santé publique, dans trois pays d'Afrique de l'Ouest, le Ghana anglophone, le Sénégal et le Burkina Faso francophones, et un pays d'Afrique du Nord francophone, le Maroc. La recherche s'est focalisée sur les capitales de ces quatre pays, où la diffusion éventuelle de

nouveaux modèles contraceptifs est la plus probable. Ces pays ont été choisis en raison de l'existence de politiques de planification familiale et de niveaux de prévalences contraceptives différents, notamment en ce qui concerne la contraception hormonale. Des collaborations préexistantes avec des équipes de recherche locales ont également guidé cette sélection. Le Maroc a été choisi comme contrepoint pertinent aux trois pays d'Afrique de l'Ouest : si le Maroc partage avec les autres un certain nombre de normes sociétales, la stigmatisation sociale de la sexualité prémaritale y est beaucoup plus marquée. C'est justement cette proximité sociétale qui rend le rapprochement intéressant, alors même que le Maroc enregistre, à l'inverse des trois pays d'Afrique de l'Ouest, une prévalence contraceptive élevée et a connu une transition démographique récente et rapide⁽²⁾.

Ces quatre sociétés ont été aussi retenues en raison de la manière dont s'y exprime la domination masculine. Mis à part le Maroc où la supériorité masculine était jusque récemment inscrite dans la loi⁽³⁾, les trois pays d'Afrique de l'Ouest affichent en droit l'égalité entre les hommes et les femmes. Cependant, la distance entre l'égalité de droit et son effectivité diffère d'un pays à l'autre, selon les modèles familiaux et sexuels en vigueur. Le Sénégal est une société très hiérarchisée mais en même temps une certaine autonomie, notamment financière, est reconnue aux femmes (Adjamagbo et Antoine, 2002). Le Ghana et le Burkina Faso, principalement dans les grandes villes, présentent une certaine tolérance envers l'autonomie féminine (Attané, 2007 ; Biddlecom *et al.*, 2007). Mais dans chacun de ces quatre pays, comme dans toute société, les rapports sociaux de sexe prennent également des configurations différentes en raison de leur articulation avec les autres rapports sociaux de génération et de milieu social.

Nous avons mené des entretiens approfondis semi-directifs à Accra, Dakar, Ouagadougou et Rabat auprès de femmes (n = 50 dans chaque ville), d'hommes (n = 25) et de professionnels de santé qui prescrivent de la contraception (n = 15). Les répondant.e.s ont été choisi.e.s sur la base de quotas préétablis dans des groupes d'appartenance sociale contrastée du point de vue de l'âge (entre 18 et 35 ans pour les femmes et 18 et 44 ans pour les hommes, afin de tenir compte des écarts d'âge entre partenaires), du type d'union (célibataire / union monogame et polygame / veuf.ve-divorcé.e) et du niveau d'instruction (aucun ou primaire / secondaire / Bac et plus). Elles/ils ont été recruté.e.s selon la méthode dite « boule de neige », en utilisant plusieurs sources initiales :

(2) D'après les enquêtes démographiques et de santé (EDS), l'indice synthétique de fécondité s'élevait à 2,3 au Maroc en 2007 (2,1 à Rabat), à 4,4 au Ghana en 2003 (2,7 à Accra), à 5 au Sénégal en 2005 (3,4 à Dakar) et à 6,2 au Burkina Faso (3,1 à Ouagadougou).

(3) La réforme, en 2004, de la Moudawana ou code personnel (le précédent texte datait de 1957) supprime l'obéissance au mari, reconnaît la responsabilité conjointe dans la famille, exige le consentement des deux époux lors du mariage et contrôle le divorce qui ne peut plus prendre la forme de la répudiation. Bien que votée, la loi est peu appliquée et suscite de nombreuses résistances de la part des hommes (Haut commissariat au plan du Maroc, 2008).

centres de planning familial, pharmacies, collègues, entourage des enquêteurs.

Dans chaque pays, un consentement éclairé par voie orale a été obtenu auprès de chaque interviewé.e après la lecture d'un document présentant l'enquête et précisant l'anonymat des réponses. L'approbation des comités d'éthique a été obtenue au Sénégal (Conseil national de la recherche en santé), au Ghana (Ghana Health Service Ethical Committee) et au Burkina Faso (Comité d'éthique pour la recherche en santé). Au Maroc, une autorisation a été accordée par le Haut commissariat au plan.

Le guide d'entretien semi-directif invitait tout d'abord les personnes à donner leur point de vue sur la possibilité pour les conjoints de se choisir librement, sans intervention de la famille. Il leur était ensuite demandé de relater leur expérience personnelle dans le domaine affectif et sexuel depuis leur entrée en sexualité jusqu'à l'enquête. Si les questions de la contraception, de la survenue de grossesses non prévues ou du recours éventuel à l'avortement n'étaient pas spontanément abordées par les enquêté.e.s, des relances étaient prévues.

Ce guide a été testé en 2005 dans le cadre de deux enquêtes pilotes conduisant à interroger 7 femmes et 7 hommes au Burkina Faso, 9 femmes et 5 hommes au Ghana, 11 femmes et 7 hommes au Sénégal, 8 femmes et 8 hommes au Maroc. Ces premiers entretiens ont fait l'objet d'analyses communes lors de séminaires de travail réguliers. Une telle pratique a favorisé l'homogénéité des matériaux recueillis lors des enquêtes.

Dans chaque pays, les équipes de recherche ont formé les enquêtrices et les enquêteurs pendant au moins une semaine. Tous les entretiens auprès de femmes ont été réalisés par des enquêtrices et ceux conduits auprès des hommes par des enquêteurs.

Les personnes qui ont mené les entretiens étaient toutes originaires des pays concernés, ce qui a permis aux répondants de choisir la langue dans laquelle s'exprimer. Les interviews enregistrées ont été transcrites, traduites si nécessaire (en anglais pour les entretiens ghanéens et en français pour les autres) et des prénoms fictifs ont été attribués aux enquêté.e.s. Enfin, chaque entretien a fait l'objet d'un résumé et d'outils récapitulatifs sous la forme de portraits et de trajectoires (Battagliola *et al.*, 1992).

Par ailleurs, une analyse secondaire des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées dans chaque pays a été conduite, ainsi qu'une analyse contextuelle sur les politiques démographiques et sanitaires.

Le dossier

Il propose cinq articles qui abordent les tensions normatives en matière de contraception dans les quatre pays de la recherche, les conditions d'entrée dans la sexualité à Rabat, la réalité plurielle des grossesses non prévues à Dakar

et à Ouagadougou, ainsi que les attitudes des professionnels de santé vis-à-vis de la contraception d'urgence au Burkina Faso et au Ghana.

Le premier article de ce dossier, proposé par Nathalie Bajos, Maria Teixeira, Agnès Adjamabgo, Michèle Ferrand, Agnès Guillaume et Clémentine Rossier, se centre sur les tensions normatives qui structurent le rapport des femmes à la contraception dans les quatre pays de la recherche.

Les auteures montrent que la survenue de rapports sexuels alors qu'une contraception n'est pas – ou est mal – utilisée résulte principalement de la tentative de respecter simultanément des normes procréatives et des normes en matière de sexualité en tension. Ces normes sont construites sur un double standard qui prône d'une part l'interdit de la sexualité prémaritale pour les jeunes filles, et d'autre part le primat du plaisir sexuel masculin. L'enquête montre que le rapport à ces normes se construit différemment selon les phases du cycle de vie et selon le type de relation affective et sexuelle. Si les facteurs sociaux qui favorisent les échecs de contraception apparaissent relativement semblables dans les quatre capitales, en revanche le degré de rigidité des normes, notamment en matière de sexualité préconjugale, diffère sensiblement, éclairant ainsi les spécificités nationales observées en matière de contraception.

L'article proposé par Fatima Bakass et Michèle Ferrand s'attache à décrypter les conditions d'entrée en sexualité dans un pays, le Maroc, qui proscriit la sexualité féminine pré-nuptiale de manière beaucoup plus drastique que les autres pays étudiés dans la recherche ECAF. L'effet de la crise économique associé à la généralisation de la scolarisation, notamment des jeunes filles, a entraîné un recul rapide de l'âge au mariage et favorisé le développement d'une sexualité prémaritale. Les jeunes se trouvent alors dans une situation de tension entre leurs aspirations affectives et sexuelles et le respect des normes sociales et religieuses qui considèrent la sexualité hors union comme déviante. Les auteures montrent comment, face à cet interdit majeur, chacun.e est amené.e à opérer une sorte de « bricolage culturel » ; les pratiques de sexualité non pénétrative apparaissent alors comme un « arrangement » nouveau entre les sexes, permettant de transgresser l'interdit sur la sexualité pré-nuptiale tout en respectant la virginité féminine.

L'analyse d'Agnès Adjamabgo et de Pierrette Aguessy Koné sur les grossesses non prévues à Dakar donne à voir la réalité plurielle que recouvre cette notion démographique, tant pour les raisons qui conduisent à leur survenue que dans les logiques qui président aux décisions de les poursuivre ou de les interrompre. La légitimité sociale de la relation dans laquelle survient la grossesse non prévue apparaît déterminante dans la façon dont une femme ou un couple réagit à son annonce. Les deux membres du couple sexuel ne sont pas les seuls protagonistes en jeu et il importe de tenir compte des rapports de pouvoir, notamment de genre, qui structurent les relations avec les familles et l'entourage. La précarisation croissante des conditions de vie est aussi un élément

essentiel pour saisir finement le rapport à la contraception et les décisions reproductives, l'entrée en mariage étant souvent perçue par les femmes comme la garantie d'une relative sécurité économique. Finalement, les normes, qui stigmatisent la sexualité hors mariage et les naissances illégitimes apparaissent en décalage croissant avec l'évolution des conditions du passage à la parentalité.

C'est aussi l'ordre de genre qui construit des rôles sexuels spécifiques des femmes et des hommes, dès l'entrée dans la sexualité, et son analyse permet de mieux comprendre la survenue de grossesses non prévues à Ouagadougou. Clémentine Rossier, Nathalie Sawadego et André Soubeiga montrent ainsi que l'activité sexuelle des jeunes femmes reste marquée par la recherche de conformité avec la morale dominante ; elles acceptent plus volontiers des rapports non protégés avec un partenaire qu'elles perçoivent comme un conjoint potentiel. L'activité sexuelle pré-nuptiale masculine est en revanche plus souvent caractérisée par une valorisation du multi-partenariat et du plaisir masculin. Si la maternité peut représenter un moyen pour accéder au statut d'épouse, il en est aussi parfois de même pour la paternité. L'analyse montre que c'est souvent le point de vue de l'homme qui l'emporte en cas de désaccord quant aux choix de poursuivre ou d'interrompre une grossesse non prévue. Et la situation sociale des jeunes hommes, fragilisés dans leur construction identitaire par un contexte d'insertion professionnelle précaire, n'est pas sans influencer sur ce type de décision.

Le dernier article de ce dossier, proposé par Susannah Mayhew, Ivy Osei et Nathalie Bajos, porte sur les attitudes des professionnels de santé vis-à-vis de la contraception d'urgence à Accra et à Ouagadougou. S'ils apparaissent globalement favorables à cette méthode de rattrapage, leur pratique quotidienne est influencée par leur perception de la légitimité de la demande des femmes. Cette légitimité renvoie tout autant au fait que certaines demandes sont jugées irresponsables quand aucune contraception n'a été utilisée, qu'à la perception que ces professionnels ont de la légitimité sociale de la sexualité des femmes. En particulier, la sexualité hors mariage des jeunes filles n'est pas sans poser problème à certains prestataires de contraception qui considèrent par ailleurs qu'un accès facile à la contraception d'urgence pourrait favoriser une sexualité « débridée ». Les autres réticences, moins prégnantes au Ghana où cette méthode a été introduite plus tôt (en 2000) qu'au Burkina Faso (en 2003), renvoient à la crainte que la diffusion de la contraception d'urgence ne conduise certaines femmes à se détourner d'une pratique régulière de la contraception, ainsi qu'à l'effet perçu comme abortif de la méthode. Autant de réticences que l'on retrouve dans de nombreux pays, au Sud comme au Nord.

Ces articles ne couvrent qu'une partie des thématiques abordées dans la recherche ECAF. D'autres analyses sur les représentations de la contraception d'urgence ont été publiées (voir en particulier Teixeira *et al.*, 2012), d'autres sont en cours, notamment sur les représentations de l'avortement et les enjeux

de sa légalisation. Ces différentes analyses montrent, si besoin en était, tout l'intérêt que les chercheurs ont à conduire simultanément des enquêtes auprès des femmes, mais aussi des hommes et des professionnels de santé dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la pertinence d'une lecture de la réalité sociale qui s'appuie sur une perspective de rapports sociaux de sexe.

Remerciements : La recherche a bénéficié d'un financement du 6^e PCRD de la Commission européenne (Contract n° 510 956). Nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche.



RÉFÉRENCES

- ADJAMAGBO A., ANTOINE P., 2002, « Le Sénégal face au défi démographique », in Diop M. C. (dir.), *La société sénégalaise entre le global et le local*, Paris, Karthala, p. 517-547.
- ATTANÉ A., 2007, « Le mariage : indicateur et producteur du changement social au Burkina Faso », Actes du 1^{er} Symposium international de la population, *Stratégies de population et stratégies de développement : convergences ou divergences?*, 24-26 juillet 2006, Dakar, IPDSR, p. 309-319.
- BATTAGLIOA F., BERTAUX-WIAME I., FERRAND M., IMBERT F., 1992, « Dire sa vie, entre travail et famille », CNRS, Rapport CSU.
- BIDDLECOM A. E., HESSBURG L., SINGH S., BANKOLE A., DARABI L., 2007, *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, New York, Guttmacher Institute, 60 p.
- BLEDSOE C., COHEN B. (eds.), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, National Research Council, Washington, DC, National Academy Press.
- 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.
- DESGRÈES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I., WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité? », *Population*, 54(3), p. 427-446.
- GUILLAUME A., DESGRÈES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation strategies among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion or both? », *International Family Planning Perspectives*, 28(3), p. 159-166.
- HAUT COMMISSARIAT AU PLAN DU MAROC, 2008, *La Femme marocaine en chiffres*, Rabat.
- KAIDA A., KIPP W., HESSEL P., KONDE-LULE J., 2005, « Participation in family planning: Results from qualitative study in MPIGI district Uganda », *Journal of Biosocial Science*, 37(3), p. 269-286.
- LESTHAEGHE R., JOLLY C., 1995, « The start of the sub-Saharan fertility transition: Some answers and many questions », *Journal of International Development*, 7(1), p. 25-45.
- ONUOHA N., 1992, « Contributions of the proximate determinants to fertility change in Senegal », *Social Science and Medicine*, 35(10), p. 1317-1320.
- RANDRIANASOLO B., SWEZEY T., VAN DAMNE K., KHAN M., RAVELOMANANA N. *et al.*, 2008, « Barriers to the use of modern contraceptive and implications for woman-controlled prevention of sexually transmitted infection in Madagascar », *Journal of Biosocial Science*, 40(6), p. 879-893.
- ROSS J., STOVER J., 2001, « The family planning program effort index: 1999 cycle », *International Family Planning Perspectives*, 27(3), p. 119-129.
- SEDGH G., HUSSAIN R., BANKOLE A., SINGH S., 2007, *Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and their Reasons for not Using a Method, Occasional Report n° 37*, New York, Guttmacher Institute, 80 p.

TEIXIERA M., GUILLAUME G., FERRAND M., ADJAMABGO 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.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2007, *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Mortality in 2003*, Fifth edition, Geneva, World Health Organisation, 55 p.