

**Expériences d'adolescents  
en santé sexuelle et  
reproductive au Burkina Faso**

Christine Ouedraogo, Vanessa Woog  
et Guédalia Sondo

**Occasional Report No. 20**  
Mars 2006

## Remerciements

Ce rapport *Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso* a été rédigé par Christine Ouedraogo, chercheur à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (I.S.S.P.), Burkina Faso, Vanessa Woog, chercheur au Guttmacher Institute, New York, et Guédalia Sondo, assistante de recherche à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (I.S.S.P.), Burkina Faso.

Les auteurs voudraient remercier particulièrement Sushela Singh et Georges Guiella pour la revue intensive de ce rapport. Ils remercient également Jennifer Johnson-Hanks, professeur de démographie à l'Université de Berkeley et Dr. Prosper Poukouta du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) pour leurs commentaires et suggestions constructives.

La recherche qui a conduit à l'élaboration de ce rapport a été menée dans le cadre du projet du Guttmacher Institute, *Protéger la Prochaine Génération: Comprendre les Risques Liés au VIH Parmi les Jeunes*, qui est soutenu financièrement par The Bill et Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation et The National Institute of Child Health and Human Development (Grant 5 R24 HD043610).

Citation suggérée: Ouedraogo C, Woog V et Sondo G, *Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso*, Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 20.

Pour commander ce rapport, allez au site [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org).

© 2006 Guttmacher Institute, A Not-for-Profit Corporation for Reproductive Health Research, Policy Analysis and Public Education

ISBN: 0-939253-79-8

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>	Changements corporels majeurs connus .....	23
<b>Résumé</b> .....	<b>5</b>	Les changements effectifs observés .....	23
Principaux résultats .....	5	Perceptions des changements .....	23
Implications politiques et programmatiques .....	6	Informations sur la puberté .....	24
<b>Chapitre 1: Introduction</b> .....	<b>9</b>	Les informations obtenues avant les changements .....	24
<b>Chapitre 2: Informations générales sur le pays: La jeunesse burkinabè face à de nombreux défis</b> .....	<b>11</b>	Les informations obtenues après les changements .....	25
Caractéristiques socio-démographiques .....	11	Perception des informations .....	25
Le contexte culturel et les valeurs traditionnelles .....	11	Conclusion .....	26
L'excision et la circoncision .....	11	<b>Chapitre 5: Connaissances et perceptions sur le sida et les grossesses</b> .....	<b>27</b>
Le mariage et ses différentes formes .....	12	Le VIH/SIDA: Connaissances, perceptions et sources d'informations .....	27
Premiers rapports sexuels et fécondité .....	12	Les problèmes les plus importants des jeunes .....	27
Implications politiques et programmatiques .....	12	Le problème du sida .....	28
Le VIH/sida et autres IST .....	12	Connaissances sur le sida .....	29
Groupes spéciaux .....	12	Perceptions sur le sida .....	30
<b>Chapitre 3: Méthodologie</b> .....	<b>15</b>	Informations sur le VIH/sida .....	32
Stratégie de recherche .....	15	Les grossesses: connaissances, perceptions et sources d'informations .....	35
Equipe de recherche et formation .....	15	Sources d'informations sur les grossesses .....	35
Tri et sélection .....	16	Sources préférées d'informations sur les grossesses .....	36
Défis .....	16	Besoins d'informations sur les grossesses .....	37
Analyse des données .....	17	Perception sur les grossesses avant le mariage .....	37
Limites de l'études .....	17	Moyens de prévention de grossesse .....	38
<b>Tableau:</b>		Conclusion .....	39
3.1 Répartition des Entretiens .....	18	<b>Chapitre 6: Expériences des jeunes en matière de santé</b> .....	<b>41</b>
<b>Chapitre 4: Comment les jeunes sont préparés au passage à la vie adulte</b> .....	<b>19</b>	Problèmes de santé générale .....	41
Circoncision .....	19	La nature des problèmes de santé .....	41
Perception de la circoncision et changements de comportements .....	20	Mesures prises .....	41
Excision .....	20	Utilisation de traitements traditionnels et modernes .....	43
Perception de l'excision et changements de comportements .....	21	Problèmes de la santé de la reproduction .....	43
Puberté .....	22	Intentions de rechercher des soins de santé de la reproduction .....	44
		Conclusion .....	44

**Chapitre 7: Relations entre adolescents de sexe opposé .....45**

Les jeunes filles et garçons définissent leurs relations de manière différente .....45  
Pas d'expérience avec le sexe opposé .....45  
Les jeunes gens sans expérience sexuelle .....46  
Expérience avec le sexe opposé mais sans relations sexuelles .....47  
Les relations sexuelles avec un copain ou une copine .....49  
L'histoire d'un jeune garçon sexuellement actif (boite) .....52  
L'histoire d'une jeune fille sexuellement active (boite) .....52  
Les femmes avec enfants: mariées ou non .....52  
Pressions subies par les jeunes .....53  
Perceptions des comportements sexuels à risques .....54  
Conclusion .....55  
Fille avec enfant de 19 ans (boite) .....55

**Chapitre 8: Les aspects socio-psychologiques qui influent sur la gestion de la santé sexuelle et reproductive .....57**

Aspirations .....57  
Efficacité personnelle .....59  
Estime de soi .....60  
La religion .....60  
Conclusion .....61

**Chapitre 9: Conclusion .....63**

La circoncision et l'excision .....63  
La puberté .....63  
Les connaissances et besoins d'informations supplémentaires sur le sida et les grossesses .....63  
La gestion de la santé .....64  
Relations avec le sexe opposé .....64  
Aspirations .....65  
Rôle de la religion .....65

**Annexe A: Guide d'entretien .....67**

**Références .....73**

# Résumé

Cette étude qualitative analyse en profondeur les questions de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents du Burkina Faso, plus particulièrement la puberté et la circoncision/excision, leurs connaissances et besoins d'informations sur le VIH et les grossesses, leurs relations avec le sexe opposé, leur recherche de soins pour des problèmes de santé et les aspects socio-psychologiques qui influent sur la gestion de leur santé sexuelle et reproductive. Les données proviennent de 97 entretiens approfondis menés avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans, scolarisés et non scolarisés qui résident à Ouagadougou ou Bazéga, avec également des jeunes femmes mariées, jeunes gens de la rue et petites commerçantes ambulantes.

## Principaux résultats

**La circoncision et l'excision:** La presque totalité des garçons ont été circoncis et la circoncision est perçue comme un événement normal par les garçons qui doit intervenir pour qu'ils puissent être des hommes accomplis. En ce qui concerne l'excision, elle continue à être une coutume courante puisqu'elle a été pratiquée chez la moitié des jeunes filles. Néanmoins, la plupart des jeunes estiment que l'excision n'est pas bien, surtout à cause des conséquences néfastes mais certaines adolescentes continue quand même à la valoriser.

**La puberté:** La plupart des jeunes ont identifié les changements corporels majeurs qui interviennent à la puberté. Cependant, des questions relatives à la puberté n'ont pas été comprises par quelques adolescents surtout les plus jeunes, et les informations sur les changements pendant la puberté sont insuffisantes ou fournies après que l'événement soit intervenu. Parmi ceux qui ont vécu ces changements, certains d'entre eux, en plus grande majorité des filles, ont éprouvé de la peur et du mécontentement alors que d'autres, surtout les garçons, ont ressenti de la joie et de la satisfaction. Cette peur chez les filles est souvent liée à un manque d'informations: plus d'un tiers des filles, surtout de mi-

lieu urbain, a fait l'expérience des règles avant d'en être informées et se sont ensuite tournées vers leur mère.

**Les besoins d'information sur le VIH/sida et les grossesses:** Les connaissances sur les moyens de prévenir le sida et les moyens de transmission sont relativement bien assimilées. Malgré cela, quelques adolescents indiquent des modes de contamination erronés et plusieurs évitent de s'approcher des malades. Une partie non négligeable d'adolescents, surtout ceux qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles, condamnent avec énergie les malades car ils estiment que ce sont leurs comportements qui les ont conduits à contracter la maladie.

Les informations sur le sida et les grossesses sont portées à la connaissance de la plupart des adolescents et l'école en est le premier vecteur, pour ceux qui y sont ou y sont allés. L'autre source la plus fréquente sur le sida est les media, essentiellement radio et télévision, et pour ce qui concerne les grossesses, les amis semblent jouer un rôle important surtout pour les jeunes qui résident en milieu urbain et pour les jeunes filles non scolarisées. Les sources préférées d'informations sont constituées par la famille et le personnel de santé. Des besoins en informations demeurent sur la prévention du sida et des grossesses et peu d'adolescents connaissent plus d'une méthode de prévention. Plus d'un tiers des adolescents ne savent pas vers qui se tourner pour satisfaire leur soif d'en connaître plus.

La grossesse avant le mariage est mal considérée. Un jeune garçon sur quatre a indiqué qu'une jeune fille doit être mariée avant d'avoir des rapports sexuels et avant d'avoir un enfant. La question de la responsabilité de la grossesse est surtout évoquée parmi les jeunes filles non mariées qui blâment la fille si elle tombe enceinte.

**Recherche de soins:** Tous les épisodes de maladie qu'ont eu les jeunes récemment, à l'exception de deux cas, ont été soignés. Les adolescents se tournent plutôt

vers les services de santé pour rechercher des soins. L'automédication est pratiquée par un tiers des jeunes, de type traditionnel, surtout par les garçons en milieu rural et de type moderne (médicaments pharmaceutiques) surtout par les garçons en milieu urbain. Parfois, le recours aux soins traditionnels est suivi de traitement moderne ou vice versa.

En ce qui concerne les problèmes de santé de la reproduction, seule une femme mariée a souffert d'une infection sexuellement transmissible. Les jeunes filles ont mentionné qu'elles ont essentiellement souffert de règles douloureuses et de retards de règles. La majorité d'entre elles n'ont pas recherché de traitement.

Au cas où ils seraient confrontés à un problème de santé sexuelle ou reproductive, les jeunes évoquent qu'ils iraient en premier lieu dans une structure de santé. Une autre solution, moins fréquemment citée, consiste à se traiter avec des feuilles ou racines.

**Relations avec le sexe opposé:** Les jeunes gens qui n'ont pas de relations avec le sexe opposé ou qui n'ont pas eu de rapports sexuels souhaitent, pour la plupart d'entre eux, ne pas en avoir pour le moment ou n'ont pas encore essayé d'en avoir. Ils mettent l'accent sur le fait que c'est par choix personnel et précisent souvent l'âge auquel ils envisagent d'avoir un copain ou une copine et d'avoir des rapports. Avoir complété ses études, pouvoir travailler, pouvoir prendre en charge une femme et être plus mûrs sont les raisons pour lesquelles les âges cités sont considérés comme appropriés.

Les relations sexuelles telles que présentées par les adolescents expriment de la maturité, la conscience des risques et la connaissance des moyens de prévention, essentiellement le préservatif. Ce sont surtout les jeunes en milieu urbain, non scolarisés, qui ont des relations sexuelles. Ces relations se produisent le plus souvent dans le cadre de la relation avec leur copain. Le fait d'avoir plusieurs copains à la fois est rare. La majorité des jeunes qui ont des relations sexuelles mentionnent qu'ils se protègent en utilisant le préservatif et que ce comportement protecteur est fréquent.

Cependant, les différences d'âges entre partenaires peuvent être importantes: la plupart des filles ont des partenaires qui sont de 5 à 10 années plus âgés qu'elles. Parmi les jeunes filles, près de la moitié d'entre elles ont ressenti de la pression de la part de leur partenaire pour avoir leurs premiers rapports sexuels. Mais peu d'entre elles ont eu le sentiment d'être forcée à adopter des comportements à risques. La communication sur les risques de grossesse et de sida se fait quelquefois dans le couple et peut aboutir à l'utilisation d'un moyen

de prévention. Par contre, peu de jeunes pensent au risque d'IST. Les échanges de cadeaux caractérisent la majorité des relations, même en absence de relations sexuelles.

La pratique du mariage par don continue à être une réalité pour une grande partie des jeunes filles mariées. Ainsi, quatre des six filles mariées ont été donnée en mariage. Parmi les jeunes filles avec enfant, non mariées, trois (sur six) ont eu leur enfant avec leur premier copain. Les autres ont eu deux ou trois copains avant d'avoir eu l'enfant. Ces jeunes femmes éprouvent des difficultés à l'élever. Trois de ces jeunes filles ont pensé aux risques de grossesse qu'elles encouraient mais ne se sont pas protégées quant aux autres, elles n'ont pas réalisé le risque encouru. Le risque du sida semble plus important pour justifier l'utilisation du préservatif que celui de la grossesse et les autres IST.

### **Facteurs qui influent sur la capacité des adolescents à se protéger:**

La plupart des jeunes expriment leur souhait de travailler ou de continuer à étudier dans les cinq prochaines années. Ce qui ressort des entretiens, c'est en priorité de pouvoir subvenir à leurs besoins, essentiellement par le travail. Face à un obstacle éventuel, les jeunes considèrent qu'ils ont la possibilité de demander de l'aide et d'avoir recours à leur réseau social.

S'ils sont confrontés à des pressions pour boire de l'alcool alors qu'ils ne le veulent pas, les jeunes sont presque unanimes à indiquer leur confiance en eux pour refuser de boire même si leurs amis insistent fortement pour qu'ils boivent. Si les jeunes sont confrontés à des pressions pour avoir des relations sexuelles alors qu'ils ne le veulent pas, les jeunes sont assez confiants en eux – mêmes pour affirmer qu'ils pourront refuser.

La religion joue un rôle important dans la vie des jeunes, mais dans la mesure où la majorité des jeunes ne font pas partie d'une association religieuse en tant que telle, peu d'adolescents sont formés et informés dans ce cadre. Parmi ceux qui sont dans une association ou qui ont déjà appartenu à une association, à peu près un tiers a reçu des informations sur les grossesses ou le sida de la part de cette association. Ces associations préconisent surtout l'abstinence.

### **Implications politiques et programmatiques**

Nos données ont des implications politiques et programmatiques pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

**Excision et puberté:** Il est essentiel que la campagne nationale menée dans le cadre de la lutte contre l'excision qui présente les méfaits et les préjudices de l'excision cible aussi les jeunes, de manière plus spécifique. En ce qui concerne les changements relatifs à la puberté, les mères devraient communiquer plus avec leurs filles sur ces sujets avant qu'ils ne se manifestent concrètement afin de préparer les enfants à cette étape, et d'éviter une peur inutile. Il est également souhaitable que dès l'école primaire, l'enseignement sur la puberté et ses différentes manifestations soit systématisé et intégré au programme obligatoire.

**Besoin d'informations sur le VIH et la grossesse:** Des efforts sont toujours nécessaires pour éduquer les jeunes sur les moyens de contamination du sida en ciblant mieux les campagnes de sensibilisation, par âge et par sexe, et bien informer sur les modes de la contamination du VIH. De plus, étant donné que la source principale d'informations sur les grossesses est l'école, ceci pose des problèmes pour les jeunes non-scolarisés, qui constituent la majorité des jeunes au Burkina Faso. Il est donc essentiel de fournir des informations aux jeunes par des canaux et sources diverses, autre que l'école. Les efforts entrepris pour sensibiliser les jeunes et mieux les informer doivent être poursuivis et soutenus. Par contre, les informations sur support papier ne sont pas citées par les jeunes ce qui est à prendre en compte au moment de l'élaboration des programmes. Pour les adolescents scolarisés, les manuels scolaires devraient être renforcés en informations de manière à diffuser les connaissances de base en la matière.

Les parents doivent prendre plus de responsabilités pour porter à la connaissance de leurs enfants les aspects essentiels du sida et de la grossesse, comme l'expriment la plupart des adolescents. Puisque les agents de santé sont une source préférée d'informations mais que peu de jeunes se réfèrent à eux, il serait essentiel de créer de meilleurs liens entre les jeunes et les agents de santé. Cela pourrait s'effectuer, par exemple, dans le cadre de l'école ou lorsqu'un jeune se présente dans une structure sanitaire pour un problème de santé. Il est important de former spécialement ces agents de santé pour qu'ils puissent parler de santé sexuelle et reproductive avec les jeunes.

**Gestion de santé:** En cas de problème de santé sexuelle ou reproductive, les jeunes se disent prêt à gérer ce problème en allant principalement dans un centre de santé. Il convient donc d'améliorer l'accès aux services de santé et d'offrir des services de bonnes qualités, en

formant les agents de santé pour qu'ils soient plus réceptifs et répondent aux besoins des jeunes.

**Relations avec le sexe opposé:** Les jeunes semblent assez confiants de pouvoir accomplir leur désir de ne pas avoir de relations ou de rapports sexuels. La confiance en soi et la prise de décision de ne pas avoir de relations ou de rapports sexuels devrait être encouragée parmi ceux qui en décident ainsi.

Puisque les jeunes filles affirment avoir ressenti de la pression pour avoir des rapports sexuels, il est important d'apprendre aux jeunes filles comment résister aux pressions et également d'apprendre aux jeunes garçons à respecter les désirs des jeunes filles et de négocier les rapports sexuels (et non de les forcer). Les risques d'IST autres que le sida sont peu évoqués, d'où le besoin d'améliorer l'éducation sur les IST et leurs symptômes. Etant donné que peu de jeunes communiquent entre eux sur le sexe, il est nécessaire de leur apprendre comment communiquer entre eux sur ces sujets sensibles, dans le cadre des organisations de jeunes existantes. Ceci permettra un meilleur comportement effectif d'utilisation de méthode contraceptive.

**Mariage:** Le mariage forcé est encore une réalité pour un certain nombre de jeunes filles au Burkina Faso: les efforts entrepris pour diffuser le code de la famille et le droit des jeunes filles à choisir leur conjoint doivent être poursuivis et des cadres d'accueil laïcs proposés pour recevoir celles qui ne savent où se réfugier.

**Aspirations:** La scolarisation et le travail jouent un rôle très important dans la vie des jeunes. Un contexte qui permet aux jeunes d'aller à l'école et de travailler favorise non seulement le développement mais aussi des comportements appropriés. L'accès à du travail et à l'école est essentiel pour que les jeunes gèrent bien leur santé sexuelle et reproductive. L'amélioration des conditions de vie va de pair avec l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

**La religion:** Les associations religieuses sont un canal adéquat pour faire parvenir aux jeunes des informations sur la santé sexuelle et reproductive. Selon les jeunes qui participent à leurs activités, ils ne reçoivent que peu d'informations sur le sida et les grossesses à travers ces associations religieuses d'où la nécessité de collaborer plus étroitement avec les responsables religieux et de mieux les impliquer dans l'éducation des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.



## Chapitre 1

# Introduction

Le VIH/sida affecte de plus en plus de jeunes à travers le monde. Cinquante pour cent de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH surviennent chez des jeunes âgés de 14 à 24 ans et plus de 6.000 jeunes sont infectés par le VIH tous les jours.<sup>1</sup> L'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut, avec des taux de croissance rapide du VIH et d'autres IST parmi les jeunes. Les données de 2003 indiquent que la région comptait près des deux tiers de tous les jeunes vivant avec le VIH/sida à l'échelle mondiale (soit près de 6,2 millions de personnes) et 75% de ces cas concernent des jeunes femmes et des jeunes filles.<sup>2</sup> Les grossesses non désirées constituent également un problème de santé reproductive majeur chez les jeunes de l'Afrique subsaharienne et l'amélioration de l'accès aux contraceptifs et de leur utilisation est d'une importance vitale.<sup>3</sup>

Il est crucial de comprendre les comportements sexuels et reproductifs des jeunes, spécialement des jeunes femmes qui sont particulièrement exposées, ainsi que les facteurs qui les protègent ou qui les exposent au risque de l'infection par le VIH, des IST et des grossesses non désirées. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent une large proportion—un cinquième—de la population de l'Afrique subsaharienne et leur état de santé a une incidence significative pour l'avenir des différents pays et de la région dans son ensemble.<sup>4</sup> Du fait que les jeunes se trouvent en phase de structuration de leurs comportements, ces comportements peuvent être orientés pour être plus protecteurs, à travers des informations et des services adéquats, apportant ainsi des avantages immédiats et à long terme pour eux-mêmes et pour la société.

Ce rapport procède à une analyse approfondie des questions de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents du Burkina Faso, avec une focalisation sur la prévention du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Il s'appuie sur 97 entretiens approfondis menés avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans, avec une représentation d'adolescents scolarisés et non scolarisés, de sexe masculin et féminin, dans une zone urbaine et

une zone rurale. Ces entretiens ont également concerné trois groupes spécifiques souvent considérés comme présentant des risques au dessus de la moyenne—les jeunes femmes mariées, les jeunes gens de la rue et les petites commerçantes ambulantes. Les principaux objectifs de l'étude sont les suivants:

- Décrire les différents types de problèmes de santé sexuelle et reproductive que les adolescents rencontrent;
- Déterminer dans quelle mesure les adolescents sont préparés à entreprendre des actions appropriées lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes et à des risques en matière de santé sexuelle et reproductive;
- Décrire les expériences et les intentions des jeunes lorsqu'ils tentent d'obtenir de l'aide pour un problème de santé sexuelle et reproductive;
- Mieux comprendre quels types de relations les adolescents entretiennent avec le sexe opposé, notamment celles où il n'y a pas eu de rapports sexuels; et
- Identifier les sources importantes d'influence, positive et négative, sur la capacité des adolescents à gérer leur propre santé sexuelle et reproductive.

Ce rapport fait partie d'un programme plus vaste, sur cinq ans, concernant la santé sexuelle et reproductive des adolescents, intitulé: *Protéger la prochaine génération: Comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes*. Le projet, actuellement mené au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, vise à contribuer à la lutte globale contre l'épidémie du VIH/sida chez les adolescents en d'une part cherchant à mieux connaître les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive en ce qui concerne le VIH/sida, d'autres IST et les grossesses non désirées; d'autre part en communiquant ces nouvelles connaissances à un public plus large, notamment aux décideurs, aux prestataires de soins de santé et aux média, dans chacun des pays, ainsi qu'aux niveaux régional et international; et enfin en stimulant le développement de politiques et de programmes qui prennent

en compte ces besoins. Le programme plus vaste comprend, outre les entretiens approfondis présentés dans ce rapport, des discussions dirigées de groupe avec des jeunes âgés de 14 à 19 ans, des entretiens approfondis avec des adultes clés (enseignants, parents, personnel de la santé et responsables communautaires) et une enquête nationale sur des adolescents âgés de 12 à 19 ans, tous menés dans chacun des pays du programme. L'association de ces données, tant qualitatives que quantitatives permettra une connaissance plus complète des voies et moyens de mieux aider les jeunes à protéger leur santé; et fourniront également des informations qui peuvent orienter les programmes et les politiques à l'intention des jeunes.

Le but des entretiens approfondis est à la fois d'examiner les questions qui s'intègrent difficilement dans une enquête quantitative à grande échelle qui repose sur des questions fermées et fortement structurées, et aussi d'apporter un complément aux données de l'enquête nationale sur les jeunes, en examinant les questions du «pourquoi» qui sous-tendent les comportements des adolescents.

En effet, on dispose de peu d'informations sur le comportement des adolescents en matière de recherche de soins, en particulier la succession des étapes suivies par les adolescents lorsqu'ils cherchent à se procurer une aide pour un problème de santé, y compris un problème de santé sexuelle et reproductive. Il s'agit donc de décrire les tentatives faites par les jeunes pour se procurer des soins de santé (les types de sources et la suite d'appuis et d'obstacles qu'ils rencontrent sur leur chemin) ce qui permettra de mieux comprendre comment améliorer l'utilisation des services de santé et comment mieux équiper les prestataires de soins du secteur moderne ou des centres de santé, ainsi que d'autres prestataires de soins du secteur informel (par exemple les herboristes et les guérisseurs traditionnels) pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Il faut également souligner que beaucoup de ce qui est connu des relations intimes des adolescents se limite à quelques indicateurs spécifiques des relations sexuelles. Cette étude permet d'approfondir les connaissances existantes en fournissant des informations sur le déroulement des expériences vécues par les adolescents dans leurs relations sentimentales, du premier intérêt manifesté pour le sexe opposé à la vie de jeune marié/e. L'accent est mis sur les aspects des relations intimes qui protègent les adolescents et qui les exposent aux risques de VIH, d'autres IST et de grossesses non désirées.

Enfin, de par la spécificité de la méthodologie qui permet de recueillir des récits détaillés, les entretiens approfondis constituent une source de données appropriées pour mieux documenter l'environnement dans lequel s'inscrit la vie des jeunes.

A notre connaissance, aucune étude de cette envergure n'a jusqu'à présent été menée au Burkina Faso, à la fois en milieu urbain et rural, scolarisé et non scolarisé, dans la tranche d'âge 12 à 19 ans. Des enquêtes C.A.P. ont été conduites en direction de groupes plus restreints, les adolescents scolarisés en milieu urbain.<sup>5</sup>

## Chapitre 2

# Informations générales sur le pays: La jeunesse burkinabè face à de nombreux défis

### *Caractéristiques socio-démographiques*

Les jeunes de moins de 15 ans constituent près de 48% de la population totale et la majorité d'entre eux vivent dans un contexte précaire où leur santé sexuelle et reproductive est difficile à protéger. Un indice de condition de vie est de savoir si les ménages ont accès à l'eau potable. En 2003, au niveau national, 21% des ménages avaient accès à de l'eau potable (robinet ou borne fontaine), mais il y a d'énormes disparités entre ceux qui résident en milieu urbain ou en milieu rural car seulement 4% en milieu rural disposait d'eau à la fontaine publique comparé à 88% en milieu urbain.<sup>6</sup> Or au Burkina Faso, plus de 80% de la population vit en milieu rural. Selon le Ministère de l'économie et des finances, 45% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté dont 93% se situe en milieu rural.<sup>7</sup>

Un autre indice de développement et de condition de vie concerne la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire. Au Burkina Faso, selon les résultats de l'EDS 2003, cette probabilité est de 81 pour 1000 naissances vivantes, et celle de décéder avant le cinquième anniversaire est de 184.<sup>8</sup> Ces indicateurs, parmi d'autres, placent le Burkina Faso parmi les derniers pays selon l'indice de développement humain.

Un certain nombre d'indicateurs sur la scolarisation et l'éducation indique des insuffisances importantes. Le taux brut de scolarisation pour la tranche d'âge 7 à 13 ans était de 48% pour l'année scolaire 2002–2003, avec des disparités selon les sexes et selon les régions. Le taux de la province la moins scolarisée, la Komandjari, était de 22%. Le taux brut de scolarisation des filles était de 41%.<sup>9</sup> Selon l'EDS 2003, parmi les jeunes de 20–24, 61% des hommes et 74% des femmes n'ont eu aucune instruction.<sup>10</sup> L'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages publiée en 2003 indique un taux d'alphabétisation moyen de 22% avec de grandes disparités: 13% en milieu rural et 56% en milieu urbain, 29% pour les hommes et 15% pour les femmes.<sup>11</sup>

### *Le contexte culturel et les valeurs traditionnelles*

L'appartenance à un groupe social façonne un mode de vie, une manière d'être et de penser qui intègre l'expérience et l'histoire individuelles. Les comportements individuels sont donc fortement orientés de manière consciente et inconsciente par les représentations collectives ou modèles culturels qui les sous-tendent. Par exemple, *le rog n'miki* (littéralement né trouvé) est l'ensemble de normes et de valeurs que l'individu trouve en venant au monde dans la société mossi et que sa famille lui enseigne durant le processus de socialisation.<sup>12</sup> Au titre des valeurs traditionnelles fondamentales encouragées se trouvent la virginité des filles jusqu'au mariage, l'excision et l'échange de femmes notamment par le mariage par don.

### *L'excision et la circoncision*

Dans la tradition, la circoncision s'opérait vers la puberté et était accompagnée de rites destinés à marquer le passage de la vie d'enfant à celle d'adulte. La religion musulmane quant à elle instaure la circoncision des garçons au septième jour. Chez les chrétiens, en milieu urbain, le garçon est circoncis quand il est encore bébé, ou avant d'aller à l'école. En milieu rural, les âges de circoncision sont plus tardifs. Dans tous les milieux, la pratique de la circoncision des garçons est habituelle.

Par contre l'excision des filles est plus nuancée. Les âges auxquels elle est pratiquée sont également plus diversifiés, de la naissance à la puberté, avec cependant une tendance aux âges plus jeunes. Selon l'EDS 2003, plus d'une femme sur deux, a été excisée avant cinq ans. Dans 29% des cas, les femmes ont déclaré qu'elles avaient été excisées à l'âge de 5–9 ans et 9% à 10–14 ans. Seulement 2% des femmes ont été excisées à 15 ans ou plus.<sup>13</sup> Il y a de plus des castes (forgerons et masques par exemple) qui n'excisent pas leurs filles.

La conformité à la tradition, au *rog n miki*, est un argument de poids pour expliquer la persistance de la pratique de l'excision des filles, malgré l'interdiction depuis 1996 où une loi a été promulguée et des pour-

suites sont engagées contre les exciseurs (exciseuses) et les parents des enfants. La pratique de l'excision est encore très répandue au Burkina Faso où les avantages sociaux semblent l'emporter sur les complications qui sont minimisées puisque selon l'EDS 2003, 77% des femmes ont déclaré avoir subi cette ablation. Les résultats selon le milieu de résidence (urbain et rural) montrent que les proportions de femmes excisées sont très proches (77% et 75%).<sup>14</sup>

### ***Le mariage et ses différentes formes***

Au Burkina Faso comme dans une grande partie de l'Afrique de l'Ouest, le mariage est rarement le résultat d'une volonté individuelle mais le résultat d'un processus qui comprend plusieurs étapes et met en relation deux lignages. Chez les Mossi, ce sont les aînés des lignages qui contrôlent la circulation des femmes et les distribuent de manière à renforcer leur pouvoir. Plusieurs formes de mariages coutumiers existent fonctionnant sur la base du don et du contre don.<sup>15</sup> Cette pratique est encore extrêmement fréquente en milieu rural, même si les formes d'échange se modifient sous l'effet de la monétarisation notamment les mariages consensuels se multiplient. Dans ces types de mariage traditionnels, l'écart d'âge entre les époux est plus élevé que dans les mariages consensuels.

Les données de l'EDS 2003 indiquent que près de la moitié des femmes en union sont sous le régime de la polygamie. Neuf pour cent des jeunes filles de 15 à 19 ans sont mariées en union polygames. L'âge d'entrée des femmes en union est relativement précoce: en effet, à 18 ans, plus de la moitié des femmes âgées de 25 à 49 ans avaient déjà contracté une union et la quasi-totalité était déjà mariée à 22 ans. Vingt-sept pour cent des jeunes filles de 15 à 19 sont mariées contre 1% des jeunes garçons du même âge.<sup>16</sup> Selon l'Enquête Nationale d'Adolescents (ENA), 41% des jeunes filles en union, ont un mari qui a 10 ou plus d'années qu'elles.<sup>17</sup>

L'âge médian au premier mariage pour les hommes de 30 à 34 ans est 25.8 et parmi les femmes de 20 à 24 ans est de 17.9. De plus, des générations les plus anciennes aux plus récentes, il n'y a pas de modification de cet âge d'entrée en première union.<sup>18</sup>

### ***Premiers rapports sexuels et fécondité***

Lors d'une enquête menée en pays mossi en 1997, la plupart des participants reconnaissent qu'il est devenu très difficile pour une jeune fille de garder sa virginité jusqu'au mariage, bien que les jeunes filles elles-mêmes le souhaitent, et que les jeunes hommes voulaient épouser des filles vierges, tout en ayant eu

des relations sexuelles avec d'autres.<sup>19</sup> Selon l'EDS 2003, près de la moitié des jeunes filles de 15 à 19 ans et un peu plus d'un quart des jeunes garçons ont eu des rapports sexuels. L'âge médian aux premiers rapports parmi les jeunes filles de 20 à 24 est de 17,5 alors que l'âge d'entrée en union est de 17,7 ans ce qui pourrait indiquer que la plupart des premiers rapports sexuels auraient lieu au moment de l'union et de 19,2 pour les garçons, qui ont leurs rapports sexuels 4,7 ans avant d'entrer en première union.<sup>20</sup>

Les résultats de l'EDS montrent que près d'un quart des jeunes femmes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie féconde: 17% ont déjà, au moins, un enfant et 6% sont enceintes pour la première fois. Dès l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq a déjà commencé sa vie féconde et à 19 ans, cette proportion est de 57% dont la grande majorité a déjà, au moins un enfant. Si l'on rapproche ces âges de l'âge au mariage, on peut en déduire que cette primo fécondité s'inscrit en grande partie dans le cadre d'une union.<sup>21</sup> Selon l'ENA, 9% des naissances ont eu lieu avant le mariage parmi les jeunes filles âgées de 15–19 ayant eu une naissance.<sup>22</sup>

### ***Le VIH/sida et autres IST***

La prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15–49 ans au Burkina Faso, selon l'EDS, est de 1,8%.<sup>23</sup> ONUSIDA estime ce taux à 4,2% à la fin 2003.<sup>24</sup> Plus de 90% des jeunes de 15 à 19 ans ont entendu parler du sida, mais les moyens de prévention sont moins bien connus. Quarante six pour cent des jeunes filles de 15 à 19 ans et 55% des jeunes garçons du même groupe d'âge disent que les gens peuvent réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant les condoms. Les proportions sont 55% pour les jeunes filles et 58% pour les jeunes garçons lorsqu'il s'agit de limiter les rapports à un seul partenaire fidèle non infecté. A la question de savoir si le VIH peut être transmis en allaitant, 43% des jeunes filles de 15 à 19 ans et 38% des jeunes garçons du même âge ont répondu par l'affirmative, et donc ont conscience de la transmission par ce biais.

En ce qui concerne la connaissance des IST autres que le VIH/sida, le niveau est faible: seulement 23% des jeunes filles de 15 à 19 ans et 26% des jeunes garçons en ont connaissance mais ils en ignorent pour la plupart les symptômes.<sup>25</sup>

### ***Groupes spéciaux***

Certains groupes de jeunes, tels que les enfants de la rue et les petites vendeuses, sont plus exposés à différents risques, notamment aux IST, aux grossesses non désirées et au VIH. En effet, leur situation de précarité

et leurs besoins vitaux peut les engager dans des relations sexuelles non protégées pour avoir de l'argent plus facilement.

Les enfants de la rue dont le nombre est difficilement estimable, les petites vendeuses, les réfugiés et expulsés de Côte d'Ivoire ainsi que les orphelins constituent ainsi des groupes vulnérables dont la prise en charge est difficile à assurer régulièrement. Les orphelins du sida sont également un groupe vulnérable; l'ONUSIDA, citée par l'Alliance des Maires, estime à 260.000 le nombre d'orphelins du sida de moins de quinze ans en 2003 au Burkina Faso.<sup>26</sup>



## Chapitre 3

# Méthodologie

Cette recherche s'inscrit dans le cadre plus large d'un programme qui concerne quatre pays d'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Ghana, Ouganda et Malawi) où la méthodologie, et les instruments d'enquête ont été identiques. Les données ainsi recueillies sont analysées de manière similaire afin de pouvoir comparer les résultats obtenus dans chaque pays et entre les quatre pays. Dans chaque pays, les critères de sélection des individus furent le sexe, le milieu de résidence—rural et urbain—le fait d'être scolarisé ou non. Au Burkina Faso, les conditions de vie entre le milieu urbain et le milieu rural étant très différentes sous de nombreux aspects, notamment le niveau de scolarisation, le développement d'infrastructures, les programmes spéciaux pour jeunes, la ville de Ouagadougou, principale ville du Burkina Faso, a été retenue comme représentant le milieu urbain et la zone du Bazega, région de Sapone, comme représentant le milieu rural. Ces deux zones se situent sur le Plateau central occupée essentiellement par le groupe social des Mossi. Elles sont distantes d'une quarantaine de kilomètre l'une de l'autre. Les chercheurs avaient déjà travaillé dans la zone rurale sur différents thèmes de recherche et une certaine confiance s'est installée avec les populations. Cela a été un critère de choix déterminant pour discuter d'un thème aussi délicat que la sexualité qui risquait d'attirer l'hostilité et le refus de participer aux entretiens car la sexualité est un sujet tabou devant des étrangers et relève de la vie «privée».

Outre les adolescents remplissant les critères d'âge et de scolarisation, plusieurs groupes spéciaux susceptibles d'être plus exposés à certains risques ont été ciblés en milieu urbain. Les enfants de la rue, les petites marchandes ambulantes et les jeunes en institution spécialisée («maison de redressement») ont ainsi été inclus dans l'échantillon. Malheureusement, le groupe de ces derniers n'a pu être approché pour des raisons de calendrier.

### *Stratégie de recherche*

De septembre à octobre 2003, 97 entretiens approfondis ont été menés avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans dont 42 entretiens approfondis se sont déroulés en milieu urbain et 42 en milieu rural. Treize entretiens supplémentaires ont été menés avec des adolescents qui travaillent ou vivent dans la rue, compte tenu des risques et problèmes spéciaux auxquels ces adolescents sont confrontés par rapport à ceux vivants dans des ménages. Les participants aux entretiens ont été triés et sélectionnés selon les caractéristiques suivantes (voir Tableau 1):

- a. Age (12–14, 15–17, et 18–19 ans)
- b. Résidents urbains et ruraux
- c. Scolarisés et non scolarisés
- d. Sexes masculin et féminin
- e. Ont un enfant (en tant que parent soit marié ou non marié)

Les entretiens ont été enregistrés sur cassette, transcrits et traduits du Mooré au Français (76 entretiens ont été menés en Mooré, et 21 en Français).

### *Equipe de recherche et formation*

L'équipe de recherche comprenait huit membres: six hommes et deux jeunes filles, dans les zones urbaines. Elle a été réduite à quatre membres dans la zone rurale. Les membres de l'équipe étaient âgés de 25 ans en moyenne et quatre d'entre eux avaient participé à la phase antérieure des discussions dirigées de groupe pour la même étude. La formation a duré 10 jours et a couvert des questions telles que les critères de sélection pour les entretiens approfondis, l'obligation d'obtenir le consentement des enquêtés, les relances, les jeux de rôle, et les pré-tests.

La supervision a été assurée par le chercheur principal et chaque jour, une mise au point était organisée pour partager les différentes expériences des enquêteurs, aborder les difficultés éventuelles et proposer des solutions.

### ***Tri et sélection***

En raison de la saison des pluies et des activités agricoles dans les zones rurales, l'équipe de recherche a en premier lieu commencé la collecte des données dans une zone urbaine de la capitale, Ouagadougou. Des quartiers ont été identifiés par catégorie de classes sociales et on a procédé à une combinaison de quartiers à revenus élevés, à revenus intermédiaires et à faibles revenus. L'équipe de recherche s'est présentée aux chefs traditionnels des zones à revenus intermédiaires et à faibles revenus sélectionnées pour l'enquête, afin de les informer de la présence d'enquêteurs dans la zone. Aucune formalité n'a été nécessaire pour enquêter dans la zone à revenus élevés parce qu'il n'y a pas de responsable coutumier ou administratif dans cette zone.

L'enquête proprement dite a commencé dans un ménage désigné au hasard dans chaque quartier, sur la base d'une carte topographique. Après avoir visité ce premier ménage, l'équipe a ensuite rendu visite à chaque sixième ménage pour administrer le formulaire de tri, déterminer s'il y avait un adolescent éligible à sélectionner, obtenir le consentement du parent/tuteur si l'adolescent éligible était âgé de moins de 18 ans, et mener enfin l'entretien avec le consentement de l'adolescent. Un seul adolescent a été choisi par ménage. La durée moyenne des entretiens a été de 1h 30. Chaque participant a reçu une compensation monétaire pour le temps accordé, équivalant au prix d'une boisson sucrée.

En milieu rural, l'approche de la carte sociale a été utilisée pour identifier les participants aux entretiens approfondis. L'équipe de recherche s'est d'abord présentée au Haut Commissaire et au Préfet respectivement aux niveaux provincial et départemental, pour expliquer l'étude. Pour procéder à la sélection d'un village pour les entretiens, l'équipe de recherche s'est par la suite présentée au chef traditionnel, qui a choisi un village et délégué un représentant pour conduire l'équipe à ce village. Les entretiens en zone rurale ont également duré 1 h 30 en moyenne. Les participants ont reçu une rémunération monétaire identique au milieu urbain. Les guides du village ont chacun reçu un dollar par jour pour leur aide.

En ce qui concerne les groupes spéciaux, au total six petites marchandes ambulantes, six enfants des rues et un mendiant ont été interrogés. Les petites marchandes ont été interrogées dans la rue et l'équipe de recherche n'a pas été en mesure d'obtenir l'autorisation d'un parent/tuteur, car les adolescentes étaient en route pour le marché et il n'était pas possible de retourner à leur domicile pour obtenir cette autorisation. Les enfants de la rue ont été interrogés au centre d'accueil de la Croix

Rouge et le consentement a été donné par les conseillers du centre.

### ***Défis***

L'équipe a rencontré plusieurs difficultés durant le travail de terrain. Dans la zone urbaine à revenus élevés, les enquêteurs ont souvent dû attendre que les parents des adolescents âgés de moins de 18 ans rentrent à la maison après le travail pour obtenir leur consentement. Les adolescentes de la zone urbaine à revenus intermédiaires ont opposé quelques refus car elles ne disposaient que de peu de temps libre compte tenu des différentes contraintes qu'elles rencontrent quotidiennement. Dans la zone urbaine à faibles revenus, les entretiens étaient menés en fin de semaine parce que les adolescents de sexe masculin étaient souvent occupés à chercher un emploi durant la semaine.

Dans la zone rurale sélectionnée, l'équipe n'a pas été en mesure d'obtenir quatre entretiens avec des adolescentes présentant les critères requis (avoir un enfant et scolarisation). L'équipe a obtenu les entretiens complémentaires en allant dans un autre village plus important, là où se sont déroulés les entretiens de groupe, pour y faire le tri des adolescentes. Certaines adolescentes initialement considérées comme mariées ont été reclassées comme femmes non mariées avec enfant car elles vivent au sein de leur famille paternelle dans la mesure où leur mari les a abandonnées. Les adolescents de la zone rurale étaient peu disposés à accepter les entretiens en raison de leur charge de travail liée aux récoltes. Il a été plus difficile d'interroger des adolescents non scolarisés que des adolescents scolarisés parce que les premiers se sentaient moins à l'aise avec des personnes de «l'extérieur» qu'ils ne connaissaient pas. Il a également été plus difficile d'interroger de jeunes adolescents que des adolescents plus âgés parce que les plus jeunes étaient gênés de parler de questions personnelles telles que les règles. En outre, les questions relatives aux aspirations et à l'estime de soi ont semblé embarrasser les jeunes adolescents qui n'étaient pas habitués à être interrogés sur de tels sujets.

Des entretiens approfondis devaient également être menés auprès de six adolescents dans des centres d'éducation surveillée. En raison de la fermeture de ces centres durant la mise en œuvre des entretiens approfondis et des difficultés rencontrés pour obtenir l'accord des autorités responsables du Centre, les entretiens approfondis avec des enfants délinquants ont dû être annulés. Les jeunes vivant dans la rue n'ont pu être abordés que par l'intermédiaire d'une ONG qui s'occupait de leurs besoins. Il n'a pas été possible de les ap-

procher dans la rue, lieu inapproprié pour instaurer la confiance. L'équipe de recherche devait avoir l'aval du ministère des Affaires sociales, ce qui aurait été un long processus. Elle s'est donc adressée à un responsable de la Croix-Rouge qui l'a dirigée sur le centre de réhabilitation pour les jeunes de la rue géré par la Croix Rouge.

Il est important de noter que notre échantillon comprend une proportion égale de jeunes scolarisés et non scolarisés, mais cette situation ne représente pas la situation réelle du Burkina Faso où la plupart des jeunes de 12 à 19 ans ne sont pas scolarisés (selon le NAS, 78% des jeunes filles de 12 à 19 ans et 69% des jeunes garçons de la même tranche d'âges ne sont pas actuellement scolarisés).<sup>27</sup>

### *Analyse des données*

Un plan d'analyse utilisant 90 codes regroupés en sept catégories a été développé pour appréhender les principaux thèmes discutés: puberté, relations avec le sexe opposé, recherche de soins, aspirations, perceptions des risques et appartenance à un groupe social. Les 97 entretiens approfondis ont été codés par deux enquêteurs dont l'un est co-auteur de ce rapport. Cette codification s'est faite avec le logiciel d'analyse des données qualitatives Nudist version 6. Les différentes sections du rapport ont été réparties entre les trois auteurs et chacun d'entre eux a établi les différentes matrices relatives aux thèmes à traiter. Ces matrices ont été organisées par sexe, et dans certains cas, par milieu de résidence (urbain/rural). Toutes les sections de ce rapport rédigées par un auteur ont été soumises à l'autre auteur avec la matrice correspondante afin de garantir l'objectivité de l'analyse et éviter des biais d'interprétation subjective.

Comme dans toute recherche qualitative, les points de vue décrits et discutés dans ce rapport reflètent ceux des adolescents qui ont participé aux entretiens approfondis menés dans chaque pays. La structure des entretiens visait à saisir les opinions et les pratiques des garçons et des filles, en milieu rural et en milieu urbain, scolarisés et non scolarisés dans les zones où ces entretiens ont été menés. Cependant, les résultats présentés ici peuvent ne pas représenter le point de vue de tous les jeunes en général au Burkina Faso.

### *Limites de l'étude*

Une des limites de l'étude tient à la nature de l'instrument. En effet, l'entretien a été élaboré de façon très directive, sous forme de questions ouvertes, et la consigne était de poser toutes les questions dans le but

d'obtenir des informations dans les quatre pays couverts par le programme de recherche. Les enquêteurs ont eu du mal à se détacher de leur liste de questions pour élargir la causerie et la rendre fluide, tellement ils étaient préoccupés de ne pas omettre une seule question. Un entretien moins directif aurait pu mieux éclairer la vie personnelle, laisser plus de place aux confidences et à un enchaînement naturel, selon la nature des événements et aurait donné plus de place pour personnaliser le questionnement et obtenir des données sur les conditions de vie qui environnent les adolescents. Par exemple, la section sur les relations avec le sexe opposé aurait gagné en profondeur si cela avait été abordé comme l'histoire des relations amoureuses de l'intéressé.

Par ailleurs, les entretiens menés avec les enfants de la rue et les petites marchandes n'ont rien révélé de particulier lié à leur situation plus exposée aux risques alors qu'un entretien plus souple et moins dirigé aurait permis de s'imprégner des problèmes qu'ils affrontent régulièrement face à des propositions ou des actes de violence à leur endroit.

Le point de départ est la problématique de l'étude et non les conditions d'existence et quand les enquêtés répondent en dehors du sujet, on les ramène vite à la problématique pour ne pas s'égarer. C'est ainsi qu'à la question de savoir quel est le problème principal rencontré par les adolescents, aucun n'a cité spontanément le sida mais d'autres problèmes plus quotidiens, liés à la pauvreté, tels que l'école, le travail et avoir à manger. Il n'y a pas eu de relance à ce sujet et les enquêteurs ont vite embarqué sur le thème du sida. On se prive ainsi d'informations qui auraient pu éclairer le contexte de la prise de risques.

**Tableau 1. Répartition des Entretiens**

	Femmes de 12 à 19 ans	Hommes de 12 à 19 ans
Total	54	43
<b>Age</b>		
de 12 à 14 ans	15	14
de 15 à 17 ans	13	15
de 18 à 19 ans	26	14
<b>Région</b>		
Urbain	30	25
Non scolarisé	19	15
Scolarisé	11	10
Rural	24	18
Non scolarisé	15	9
Scolarisé	9	9
<b>Groupes spéciaux</b>		
Enfant de la rue	0	7
Petite marchande	6	0
Femmes mariées	6	na
Femmes avec enfant	12	na

## Chapitre 4

# Comment les jeunes sont préparés au passage à la vie adulte

Cette section présente les résultats sur la pratique de l'excision chez les filles et celles de la circoncision chez les garçons, la perception des jeunes sur ces pratiques et leurs changements de comportements suite à l'excision et la circoncision. Nous présentons également des données sur la puberté: les types de changements corporels dont les jeunes sont conscients, ce qu'ils ont ressenti concernant ces changements (s'il y en a eu) et la manière dont ils avaient été informés de ces changements.

### *Circoncision*

La presque totalité des garçons sont circoncis et plus de deux tiers des garçons ont été circoncis à leur plus jeune âge, c'est-à-dire à moins de cinq ans. Ces âges, plus jeunes que ceux qui étaient en vigueur il y a encore une quinzaine d'années, sont probablement dus à la scolarisation accrue des enfants qui rentrent à l'école au plus tôt à l'âge de six ans mais plus généralement à sept ans. Il y a également une progression du nombre de musulmans qui respectent scrupuleusement la circoncision de leurs garçons le septième jour après leur naissance. Parmi les garçons circoncis, plus de la moitié se souviennent du type de circoncision qu'ils ont subi. La plupart ont été circoncis d'une manière médicale, soit dans un centre de santé, à domicile ou dans le service de santé d'un centre d'accueil. Seulement cinq garçons ont été circoncis d'une manière traditionnelle au village.

Le *bango* ou cérémonie de circoncision a perdu de son rituel initial. En effet, ces cérémonies regroupaient des garçons pubères de 14 à 17 ans. C'est dans le *kéogo*, camp aménagé spécialement pour la circonstance, à l'abri des regards et de l'écoute, que se déroulaient toutes les étapes destinées à faire de l'enfant un jeune homme, du *biwenga* au *rasenga*. Elles s'étalaient sur plus de deux semaines, de l'ablation de manière traditionnelle jusqu'à la guérison. Elles donnaient lieu à une véritable initiation sociale assurée par les sages du village sous forme de conseils et d'enseignements pour accéder à un nouveau statut dans le groupe social avec

de nouvelles responsabilités.<sup>28</sup>

Un tiers des garçons ont pu relater comment s'est déroulée leur circoncision et comment ils ont été informés de l'épreuve qu'ils devaient subir.

*Quand on voulait me circoncire, un de mes grands frères m'a accompagné. On a couvert mon visage avec un foulard pour que je ne regarde pas. Vous savez que quand on te circonçoit ça fait mal et tu ne peux pas pleurer. On a donc augmenté le volume du poste pour que l'enfant qui doit venir après moi ne m'entende pas pleurer. Après on m'a emmené à la maison mais je revenais pour les soins.*

—Garçon, milieu rural, scolarisé, 14 ans

Par contre, trois garçons en milieu urbain ont dit avoir été trompés ou «flattés» par leurs parents ou proches parents qui leur ont proposé de venir avec eux pour prendre des œufs ou de les accompagner à un mariage.

*On nous a dit de venir prendre des œufs; quand nous sommes allés, ce n'était pas des œufs mais des pleurs. On te dit d'être courageux et de ne pas pleurer, certains ont pleuré mais d'autres n'ont pas pleuré. Après la circoncision, on nous a soignés pendant une semaine et c'était fini.*

—Enfant de la rue, milieu urbain, non scolarisé, 18 ans

Non seulement on n'informe pas les futurs «aspirants» à la circoncision de ce qui va être pratiqué mais encore on les attire par l'attrait de cadeaux ou de festivités. Dans la mesure où l'opération est douloureuse, il n'y a pas souvent d'anesthésie, il n'est pas envisageable d'annoncer l'objet même de la convocation. Ensuite, quand on ne peut plus cacher l'évidence, l'enfant est raisonné sur la base des valeurs qu'on veut lui inculquer: un homme ne pleure pas, quelque soit l'intensité de la douleur, physique ou morale.

### ***Perception de la circoncision et changements de comportements***

Dans le cadre de notre étude, la circoncision est perçue en général comme un avantage. Plusieurs raisons ont été avancées pour justifier cette position: la circoncision est considérée comme marque d'adhésion à la tradition, une obligation et quelque chose de naturel mais également elle est nécessaire pour être en conformité avec le groupe social.

*Dans notre famille, si tu as 14 ou 15 ans sans être circoncis, ce n'est pas bien, c'est la coutume qui le veut.*

—Garçon, milieu rural, non scolarisé, 18 ans

Certains garçons ont souligné l'importance de la circoncision parce qu'elle permet d'éviter certaines maladies et d'avoir des saletés qui sont dans le sexe quand on n'est pas circoncis.

Sept garçons pensent qu'il y a une différence entre un garçon circoncis et celui qui ne l'est pas parce que celui qui n'est pas circoncis ne peut pas, par exemple, emmener une fille chez lui ou les filles ne le désirent pas ou encore il peut être exposé aux maladies parce que celles-ci restent au niveau de l'extrémité du sexe.

*Quand tu n'es pas circoncis, ton sexe n'est pas comme pour les autres, si les filles savent que tu n'es pas circoncis, elles ne te désirent pas.*

—Enfant de la rue, milieu urbain, non scolarisé, 18 ans

Un seul garçon affirme que la circoncision qu'il a subie n'a entraîné aucun changement dans son comportement alors que dix garçons déclarent qu'ils ont changé de comportement ou de caractère après leur circoncision. Ces comportements consistent à faire la cour aux filles ou inversement on ne pas faire la cour aux filles, ne plus faire n'importe quoi et bien cacher ses parties intimes, faire attention, devenir dégourdi par le fait de supporter la douleur, ou chercher du travail pour assurer l'avenir pour plus tard entretenir une famille.

*R. Mon comportement a changé.*

*Q. Qu'est-ce que tu ne faisais pas avant ta circoncision et que maintenant tu fais?*

*R. Avant je ne faisais pas la cour aux filles, maintenant je le fais.*

—Enfant de la rue, milieu urbain, non scolarisé, 18 ans

Les quelques rares garçons non circoncis souffrent de leur situation et envisagent l'opération quand ils auront les moyens financiers. Ils se sentent différents des autres et ne peuvent «montrer» avec fierté qu'ils sont devenus des hommes.

*Je ne suis pas encore circoncis mais on m'a dit que si je me fais circoncire c'est bien. Mon père ne me dit rien mais si je gagne de l'argent, je vais me faire circoncire sinon parfois ça me fait souffrir. Je ne sais pas pourquoi. Comme mon père est vieux, je ne peux pas lui demander directement. J'en ai parlé à mes copains et ils ont dit que si j'ai de l'argent, je peux me faire circoncire en cachette. Certains vont à Abidjan et d'autres à Ouaga pour se faire circoncire*

—Garçon, milieu rural, non scolarisé, 15 ans

### ***Excision***

La moitié des filles ont été excisées dont, plus de la moitié d'entre elles, surtout en milieu urbain, l'ont été à un âge inférieur à cinq ans. Cinq filles résidant en milieu urbain ont été excisées au village. En effet, contrairement à la circoncision qui se fait en général en milieu médical, l'excision et les soins post excision sont confiés à des spécialistes traditionnels qu'il est difficile de trouver en ville. Dans la mesure où la lutte contre l'excision rencontre des résistances, certains parents ont proposé que l'on procède à l'excision en milieu médical, de manière symbolique, si cela est possible, ce qui aurait un double avantage: éviter les complications liées à une opération mal faite et respecter les normes sociales.

Parmi les filles (10 en milieu urbain et quatre en milieu rural) qui se souviennent du déroulement de leur excision, un tiers d'entre elles (surtout celles de milieu urbain) disent, comme l'ont déclaré quelques garçons, avoir été dupées ou «flattées» par un de leurs parents qui leur ont proposé de venir avec eux pour prendre des œufs ou de les accompagner quelque part.

*On nous a invitées à manger des œufs, nous étions au nombre de trente à y aller et chacune était accompagnée par une vieille, leur grand-mère ou leur maman. On vous emmène sous un karité à l'écart et vous ne pouvez pas savoir ce qui est arrivé à celle qui est rentrée avant vous. Après l'excision, on vous donne des surnoms, moi c'est Falinga «celle qui a été la première à être excisée.» Après l'excision, nous nous sommes retrouvées dans deux maisons et on*

*n'entendait que des pleurs et des cris. On chauffe le beurre de karité avec un morceau de canari avant de l'appliquer sur la plaie, ensuite on trempe une serviette dans de l'eau chaude et on la met sur la plaie.*

*—Fille mariée avec enfant, milieu urbain, non scolarisé, 19 ans*

Parmi celles qui ne sont pas excisées, cinq filles mentionnent que c'est suite à l'intervention de leur père, à l'interdiction de l'excision par certaines castes, à l'interdiction de l'excision par la loi ou parce qu'elle a réussi à s'échapper.

*On voulait m'exciser mais je me suis enfuie. Je l'ai su parce que j'avais bien observé pour l'excision de mes sœurs quand on est venu pour les chercher. On s'arrête un peu loin de la cour et on t'appelle pour que tu viennes. On m'a appelée et quand j'ai vu cela, j'ai compris et je me suis enfuie. Je suis allée chez mon amie et j'ai expliqué à son père. Il est venu à la maison demander pardon à ma mère et lui a dit que comme je ne veux pas être excisée de ne pas me forcer parce qu'à la radio, on dit de ne plus exciser les filles. Ma mère m'a demandé pourquoi je ne veux pas être excisée et je lui ai dit qu'on a dit de ne plus exciser les filles.*

*—Fille, milieu rural, scolarisée, 15 ans*

À la faveur de la loi qui interdit l'excision, il est donc possible à une jeune fille qui réalise qu'on la destine à être excisée de s'y soustraire même si les parents insistent en faveur de la pratique. Les journaux parlent abondamment des sanctions qui sont prises à l'endroit des exciseurs et de leurs commanditaires, à tel point que cela est dissuasif pour ceux qui ont accès aux journaux.

### **Perception de l'excision et changements de comportements**

Les plupart des jeunes pensent que l'excision n'est pas une bonne chose. Pour étayer ce point de vue, sept adolescents ont cité quelques conséquences néfastes de l'excision: au cours de l'excision la fille peut contracter des maladies, le sida, avoir le tétanos ou même mourir. Les conséquences ultérieures de l'excision sont aussi néfastes; par exemple il peut y avoir des problèmes à l'accouchement.

Parmi celles qui ont été excisées, au nombre de six, surtout celles en milieu urbain regrettent le fait d'avoir

été excisée. Elles affirment que cela a été possible parce qu'elles étaient petites et impuissantes en ce moment mais aussi parce que les parents ignoraient les conséquences de l'excision et elles-mêmes étaient également ignorantes à cette époque de ces conséquences.

*Les parents n'auraient pas dû nous faire exciser mais comme en ce moment, il n'y avait pas de sensibilisation.*

*—Fille non mariée avec enfant, milieu urbain, scolarisée, 19 ans*

Par contre, un quart des filles en milieu urbain, la majorité non scolarisée, pensent que l'excision est bien, mais peu d'entre elles arrivent à expliquer pourquoi elles pensent ainsi.

*R. Je pense que c'est une bonne chose.*

*Q. Pourquoi tu penses que c'est une bonne chose?*

*R. Je ne sais pas.*

*Q. C'est toi qui penses ainsi ou bien c'est quelqu'un qui t'a dit que c'est une bonne chose?*

*R. C'est ma mère qui me l'a dit.*

*Q. Elle ne t'a pas dit pourquoi?*

*R. Non.*

*—Petite marchande, milieu urbain, scolarisée, 13 ans*

Seize filles considèrent qu'il y a une différence entre une fille excisée et celle qui ne l'est pas. Rappelons que l'excision, bien qu'interdite par la loi et susceptible de sanctions pénales, est encore fortement valorisée par la tradition et de nombreux avantages lui sont attribués.

*Quand tu n'es pas excisée certains disent que l'accouchement sera difficile et d'autres disent de ne pas exciser, tu ne sais même pas ce que tu vas choisir.*

*[...]*

*Elles disent que si tu n'es pas excisée, l'accouchement sera difficile.*

*[...]*

*Q. Mais celles qui ont été excisées, qu'est-ce qui a changé en elles pour que tu aies envie d'être excisée?*

*R. Quand ton truc «clitoris» là est gros, c'est difficile.*

*[...]*

*Q. Quand le clitoris est là-bas ça ne te plaît pas?*

*R. Ce n'est pas bien.*

*Q. Si on dit qu'on va l'enlever tu seras d'accord?*

*R. Je serai d'accord.*

*—Fille, milieu urbain, non scolarisée, 16 ans*

Les filles qui ne sont pas excisées sont ainsi perçues comme des filles qui sentent mauvais, qui sont sales, qui n'ont pas de poitrine et qui accouchent difficilement. Elles sont aussi considérées comme des filles frivoles parce qu'elles aiment les garçons.

*Celles qui ne sont pas excisées sont appelées «moaga» et quand elles passent à côté de celles excisées, ces dernières les chassent en disant qu'elles sentent mauvais. Et même nos grands-mères n'acceptaient pas que celles non excisées s'approchent de nous.*

*—Fille, milieu urbain, non scolarisée, 18 ans*

Dans un contexte social où l'excision constitue une règle, ne pas être excisée donne un sentiment de différence, de marginalisation, voire de honte à tel point que des femmes peuvent vouloir se faire exciser pour être conformes aux autres femmes et éviter leurs railleries.

Sept filles, dont la plupart réside en milieu urbain et ne sont pas scolarisées, souhaitent que leurs amies ou sœurs soient excisées comme elles l'ont été, et une de celles qui n'ont pas été excisées recommande l'excision pour ses sœurs ou amies. Par contre, neuf filles excisées ne le souhaitent pas parce qu'il y a des conséquences néfastes.

*Q. Souhaiterais-tu qu'une de tes sœurs ou amies soit excisée?*

*R. Non, parce que cela rend l'accouchement difficile et lors de l'excision, tu peux avoir une hémorragie et mourir.*

*—Fille, milieu urbain, non scolarisée, 18 ans*

Huit filles déclarent que l'excision n'a pas changé leur comportement. Si celle-ci est pratiquée à un âge précoce, avant dix ans, il est en effet difficile d'identifier le changement que l'excision a pu apporter dans leur comportement.

Six filles affirment avoir changé de comportement après avoir été excisées et quatre d'entre elles en fournissent des détails: une fille en milieu rural affirme qu'elle n'a jamais eu de rapports sexuels parce qu'elle ne s'approche plus des garçons. Et deux filles en milieu urbain considèrent que l'excision les aide à contrôler leur sexualité en diminuant leur «envie»:

*Oui, celle qui est excisée n'a pas tellement envie d'un homme comme cela.*

*—Petite marchande, milieu urbain, non scolarisée, 18 ans*

Les avantages attribués à l'excision se situent à plusieurs niveaux. L'excision en tant que pratique sociale précise la division sexuelle du travail et confirme ainsi chaque individu dans sa position sociale et son identité sexuelle, le but ultime étant d'assurer la cohésion du groupe et son bon fonctionnement. Tout comme lors de la toilette des nouveaux-nés, où les vieilles femmes s'activent à modeler les attributs masculins et féminins, on masse ainsi la poitrine du petit garçon pour que les seins ne soient pas protubérants, l'excision consiste essentiellement en l'ablation du clitoris et faire disparaître cette ambiguïté de masculinité du corps de la jeune fille.

Au niveau des avantages sanitaires figurent l'aspect préventif et l'aspect curatif. En effet, du côté préventif, par mesure d'hygiène, il faut enlever le clitoris pour empêcher le dégagement de mauvaises odeurs mais surtout éviter que l'enfant ne meure lors de l'accouchement par contact de la tête du bébé avec le clitoris. L'excision est également présentée comme un moyen de faciliter l'accouchement des jeunes filles. Les dispositions curatives consistent à procéder à l'ablation du clitoris quand la fillette présente des signes distinctifs d'une maladie qui serait due à des vers (zānzuri) qui se seraient logés dans le clitoris et qui provoqueraient des démangeaisons, brûlures, amaigrissement et douleurs diverses.

Quant aux avantages moraux que représente l'excision, ils consistent essentiellement en la maîtrise de la sexualité de la femme: les hommes sont en mesure de satisfaire leur (s) femme (s), les jeunes filles et femmes ne manifestent pas leur désir de rechercher des hommes. En d'autres termes, l'excision, dans la mesure où elle consiste en l'ablation d'une zone érogène, permet à l'homme de contrôler sa femme en lui enlevant toute sensibilité et envie d'avoir des relations sexuelles par plaisir. L'homme s'approprie ainsi la sexualité de la femme en la mutilant afin de s'assurer de sa fidélité.

### **Puberté**

La question «quand une jeune personne devient adulte, quels sont les changements qui se produisent dans son corps?», a suscité essentiellement chez les plus jeunes, en majorité les filles, de l'embarras traduisant de l'incompréhension et de la gêne et il a fallu relancer plusieurs fois la question en citant des exemples.

Quelques adolescents ont affirmé ne rien connaître à propos des changements et ont maintenu cette réponse même quand l'interviewer a donné un exemple comme celui de la barbe qui pousse chez les garçons.

### ***Changements corporels majeurs connus***

Les changements physiques les plus connus par les jeunes concernent les poils, barbe et moustache, la voix des garçons et des filles, les seins, les règles (mentionné surtout par les filles), le sperme (mentionné surtout par les garçons), et la taille.

Le développement des poils aux aisselles et sur «le devant»\* est mentionné par les adolescents, mais les filles en parlent en moins grand nombre. Il est indiqué par les garçons comme un changement qui affecte les deux sexes alors que les filles ne parlent pas de cet aspect pour les garçons. Les garçons mentionnent de plus les poils sur les jambes et la poitrine. Plus de la moitié des filles et des garçons indiquent l'apparition de la barbe, plus rarement celle de la moustache.

La modification de la voix est abordée par 12 filles et cinq garçons et elle concerne aussi bien les filles que les garçons. La voix des filles devient plus aigue alors que celle du garçon devient grave.

Concernant l'apparition des seins chez les filles, quasiment tous les garçons la signalent comme un signe distinctif de la transition vers l'âge adulte alors que seulement les deux tiers des filles le mentionnent. La venue des règles est citée par moins de la moitié des filles dont la plupart se situent en milieu urbain, les plus jeunes filles du milieu rural n'évoquant pas cet élément. En milieu rural, il y a plus de réserve à parler de soi et de sujets plus personnels et cela pourrait en être l'explication. Quand à la présence de sperme, elle n'est mentionnée que par quelques garçons et une seule fille.

Certains détails sont également fournis sur l'élargissement du bassin, l'arrondissement des formes chez les filles, la musculation et la pomme d'Adam chez les garçons.

### ***Les changements effectifs observés***

Cinq filles de moins de 15 ans conviennent ne pas avoir encore vécu ces changements alors que les garçons du même âge sont deux fois plus nombreux à le reconnaître. Cela est probablement dû au fait que les garçons mûrissent moins vite que les filles.

L'apparition des seins a été expérimentée chez plus de la moitié des filles, constatée à partir de l'âge de 11 ans pour une minorité de filles et plus généralement à partir de 13 ans pour les filles qui en mentionnent la période. La venue des règles est signalée par la moitié des

filles. Elle est un peu plus tardive que celle des seins car elle concerne des filles de 12 à 17 ans: l'âge médian est de 15 ans et 11 filles les ont eu plus tardivement. Un garçon sur cinq a expérimenté la survenue du sperme et plus de la moitié d'entre eux ont constaté l'apparition des poils sous les bras et sur le devant. Le changement de la voix a été indiqué par près d'un quart d'entre eux.

### ***Perceptions des changements***

Les perceptions des changements sont ambivalentes et reflètent les deux types de sentiments qui ont animé les adolescents lorsqu'ils ont vécu les différents changements: la peur et le mécontentement chez quelques uns, en plus grande majorité des filles, et la joie et la satisfaction chez d'autres, surtout chez les garçons.

La peur a surgi chez la majorité de filles qui n'avaient pas été informées auparavant de la venue des règles et de leur manifestation ou qui n'en avaient pas entendu parlé par leurs aînées ou leurs amies. La frayeur s'est emparée d'elles, quand elles ont constaté que leurs habits étaient tâchés de sang:

*J'ai pleuré parce que je croyais que j'allais mourir.*

—Fille, milieu urbain, scolarisée, 15 ans

En effet, parmi les jeunes filles qui reconnaissent avoir eu leurs menstruations, plus de la moitié n'avaient pas reçu d'informations à ce sujet avant que l'événement ne se produise. Selon la tradition, les parents ne donnent pas d'explications à leurs enfants avant qu'un événement ne survienne. C'est pourquoi ce type de changement inquiète celles qui n'ont pas été préparées à l'affronter d'autant plus que la vue du sang est susceptible d'attester d'une maladie grave. Les quelques jeunes filles, surtout du milieu urbain, qui ont été informées avant la venue de leurs menstruations, n'ont pas éprouvé cette frayeur.

*Oui ça été utile pour moi, cela m'a permis de me préparer parce qu'il est difficile de savoir quand viendront les règles.—Fille, milieu rural, scolarisée, 19 ans*

S'agissant de l'apparition des seins chez les filles, élément visible que l'on peut observer chez les autres femmes et jeunes filles plus âgées, quelques filles ont eu peur plus parce qu'elles considéraient que le moment n'est pas encore arrivé, que par effet de surprise.

\*Euphémisme pour désigner les parties génitales

*J'avais peur parce que je ne suis pas encore une femme.*

—Fille, milieu rural, scolarisée, 14 ans

Par contre, d'autres ont été contentes de «devenir des femmes» et d'avoir des seins.

Les adolescents, surtout les garçons, ressentent de la satisfaction et de la fierté à l'apparition de certains signes qu'ils observaient chez leurs aînés. Par exemple, l'apparition de la pilosité est bien connue et est sujet de fierté chez les garçons qui sont impatients de devenir comme leurs frères aînés dont les poils sont un élément distinctif du passage au stade d'adulte.

*J'étais content parce que ce sont des signes [poils et changement de voix] qui montrent que je deviens adulte.*

—Garçon, milieu rural, scolarisé, 18 ans

*J'ai remarqué que mes amis étaient pressés de voir ces changements et certains allaient jusqu'à tuer des papillons pour froter leur sexe parce qu'il paraît que ça fait pousser les poils.*

—Garçon, milieu urbain, scolarisé, 18 ans

Un adolescent affirme qu'il est devenu mécontent et découragé en découvrant qu'il émettait du sperme et qu'il devait désormais faire attention à ne pas mettre une fille enceinte. De son côté, une fille indique avec regret que quand la poitrine commence à apparaître, il n'est plus possible de vivre torse nu comme le font les enfants des deux sexes quand ils jouent ou quand ils ont chaud.

Les adolescents garçons expriment plus souvent des sentiments positifs face aux signes de la puberté que les filles. Cela se comprend dans la mesure où ces signes signifient pour eux l'accès à un statut supérieur, à l'image de leurs grands frères. Par contre pour les filles, il y a plus d'incertitudes. Elles vont quitter le monde de l'enfance où tout est permis pour entrer dans un monde où les interdits deviennent nombreux et les devoirs incontournables. Elles savent aussi qu'elles sont en sursis chez leurs parents puisqu'elles devront se marier, avec leur agrément ou sans, et cette séparation définitive de la famille est parfois vécue comme une déchirure qui ne se referme jamais si la famille d'accueil leur réserve une mauvaise réception.

### **Informations sur la puberté**

Les sources d'informations sont diverses mais on peut les regrouper en plusieurs catégories selon la «distance sociale» à la source: les amis, le père ou la mère, les

enseignants ou l'école, et les grands frères ou grandes sœurs. Les informations ont été obtenues à des temps différents: avant de subir les changements, au moment des transformations ou à la suite de cela.

### **Les informations obtenues avant les changements**

Dans le processus traditionnel de socialisation, les apprentissages ne se font pas par anticipation. Ainsi une jeune femme ne sera pas initiée à la toilette d'un bébé tant qu'elle n'aura pas eu de bébé. Il y a des qualifications qui ne s'acquièrent qu'au fur et à mesure de l'expérience et il en est ainsi des connaissances qui sont «distillées» au fur et à mesure des circonstances et des situations. Il n'y a pas de place pour l'anticipation mais la progression est liée au développement de l'individu. Il faut également ajouter que la curiosité et les questions sont prohibées dès la petite enfance. Un enfant qui pose des questions à un adulte est considéré comme effronté et on l'invite à ne pas être impertinent car c'est un signe de mauvaise éducation et de manque de respect.

La nature de l'information est différente selon la source. Les amis sont les premiers fournisseurs d'informations avant que les changements n'interviennent. Ainsi certaines filles ont entendu parler des règles par leurs amies ou camarades de classe avant d'en avoir constaté leur réalité. Les amis sont aussi pour les garçons les plus nombreux vecteurs d'informations sur les poils, le sperme, les règles et les changements en général.

*Q. La première fois où tu as eu tes règles, tu avais quel âge?*

*R. J'avais 15 ans.*

*Q. Et comment tu as fait? Ou bien tu le savais déjà?*

*R. Quand j'ai vu mes règles, j'ai su parce que j'écoutais parfois les gens parler.*

*Q. Qui par exemple?*

*R. Les femmes.*

*Q. Les femmes qui sont dans votre cour ou bien ce sont des amies?*

*R. Ce sont des femmes mais certaines de mes amies qui sont mes aînées nous avaient expliqué cela pour que nous nous préparions. Quand mes règles sont venues j'étais en brousse et comme j'avais peur, je ne voulais pas que ma mère le sache mais elle a su et m'a demandé. Je lui ai dit que je ne sais pas et elle m'a dit de rentrer vite à la maison mettre des garnitures.*

—Fille mariée avec enfant, milieu urbain, non scolarisée, 19 ans

































































































