



**Population africaine : passé, présent et futur »**  
**VIème Conférence Africaine sur la Population**  
**Ouagadougou, 5 au 9 décembre 2011**



## **Santé de la reproduction : protéger la nouvelle génération**

Charlotte Soulary, ONG Equilibres & Populations, [charlotte.soulary@equipop.org](mailto:charlotte.soulary@equipop.org)

### **Résumé**

Représentant plus d'un tiers de la population du Burkina Faso, les jeunes et adolescents ont un faible accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive, ce qui a pour conséquences des grossesses précoces et non désirées et des infections aux IST/VIH/sida. Si les jeunes représentent l'avenir du pays, c'est au présent qu'il s'agit de répondre à leurs besoins. Aujourd'hui, améliorer la santé sexuelle et reproductive de plus d'un tiers de la population représente un défi de taille pour le Burkina Faso. Cette communication montre quels facteurs de vulnérabilité sociale mettent en danger la santé sexuelle et reproductive des jeunes burkinabè, en mettant l'accent sur les jeunes adolescentes. Les insuffisances des politiques publiques sont mises en lumière et des recommandations sont avancées, pour une plus grande efficacité des services de santé adaptés aux jeunes.

### **Abstract**

Accounting for one third of the population of Burkina Faso, adolescents and young people have limited access to sexual and reproductive health information and services, with some consequences, such as early and unwanted pregnancies and STIs and HIV/AIDS infections. If young people are the future of the country, meeting their needs must be a priority in the present. Today, the improvement of sexual and reproductive health of one third of the population is a huge challenge for the country. This paper examines the factors of social vulnerability which infringe on the sexual and reproductive health of young Burkinabe people, giving a focus on young adolescent girls. It explores the insufficiencies of public policies and provides some recommendations for a better efficiency of young-friendly health services.

## **Introduction**

Les jeunes de 10 à 24 ans représentent 31% de la population au Burkina Faso (RGPH 2006). Ces jeunes et adolescents ont un faible accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive, avec pour conséquences des grossesses précoces et non désirées et des infections aux IST/VIH/sida.

Malgré les différentes interventions à la fois des acteurs gouvernementaux et des organisations non gouvernementales, les indicateurs de santé sexuelle et de la reproduction montrent que d'importants efforts restent à faire. Les jeunes de 15 à 29 ans contribuent pour plus de 60% à la fécondité générale et une jeune fille burkinabè sur cinq a déjà donné naissance à un enfant au moins. 31,6% des filles de 15 à 19 ans sont actuellement mariées ou en union et 65% d'entre elles ont été excisées. Enfin, des données partielles font état d'une très forte prévalence des agressions sexuelles dont sont victimes les jeunes filles.

Si les jeunes représentent l'avenir du pays, c'est au présent qu'il faut répondre à leurs besoins. Aujourd'hui, améliorer la santé sexuelle et reproductive d'un tiers de la population représente un défi de taille pour le Burkina Faso et la condition pour l'atteinte par le pays des objectifs du Millénaire pour le développement.

Dans cette communication, nous chercherons à comprendre en quoi la vulnérabilité sociale freine l'expression et la satisfaction des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes au Burkina Faso. Au moyen des résultats d'une recherche menée en 2010-2011, nous montrerons quels facteurs de vulnérabilité sociale limitent l'accès des jeunes à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et de la reproduction, en particulier chez les filles. Nous mettrons ensuite en lumière l'insuffisante adaptation des services de santé aux besoins de l'ensemble des jeunes et esquisserons des recommandations pour une plus grande efficacité des politiques visant les jeunes adolescents et adolescentes au Burkina Faso.

### **I. La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes au Burkina Faso**

#### **1. Hétérogénéité de la jeunesse et de l'adolescence au Burkina Faso**

Les concepts de jeunes et d'adolescents sont variables d'une société à l'autre. La terminologie distingue les adolescents regroupant les 10-19 ans, les jeunes regroupant les 15-24 ans, et la jeune génération regroupant les 10-24 ans. S'il est possible d'accéder à des statistiques sur le groupe des 15-24 ans, très peu de données sont disponibles quant aux 10-15 ans.

Selon les Nations Unies, la jeunesse est constituée de toute personne âgée de 15 à 24 ans. L'OMS, quant à elle, a retenu une définition par âge plus large, débutant la jeunesse dès 10 ans.

Au Burkina Faso, si la Politique nationale de jeunesse (PNJ, 2008) se concentre sur les 15-35 ans, les Standards de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ,

2007) définissent comme bénéficiaires les jeunes de 10 à 24 ans et le Plan stratégique de santé des jeunes (2004) les jeunes de 6 à 24 ans.

La définition selon le critère de l'âge doit être complétée d'autres critères. En effet, « *la jeunesse correspond plutôt à une période de la vie, transitoire entre enfance et âge adulte, qui va de la puberté à l'installation dans la vie maritale ou, à tout le moins, dans une résidence séparée. La définition de cette période devient alors très liée à des pratiques culturelles.* » (Lauras-Locoh et Lopez-Escartin, 1992). L'adolescence est définie comme la période qui succède à l'enfance et qui précède l'âge adulte. Elle débute à la puberté et s'accompagne de nombreuses transformations aux plans biologique, social, psychologique et intellectuel, qui en font une période capitale et décisive dans la vie de l'individu, variable en fonction du contexte culturel dans lequel il évolue. La notion d'adolescence renvoie à l'idée de besoins spécifiques à ce groupe, dont la non-satisfaction aura un impact décisif sur la vie d'adulte.

Qu'est ce qu'être jeune ou adolescent/e aujourd'hui au Burkina Faso ? La jeunesse n'est pas une entité homogène. De nombreux critères déterminent la situation de vie, et partant, la facilité ou non d'accéder à l'information et aux services en matière de santé. La situation de vie d'une personne dépend très largement du sexe, de la situation économique, de l'autonomie financière, de la scolarisation ou non-scolarisation.

Sur 100 jeunes burkinabè, 74 vivent en milieu rural contre seulement 26 en milieu urbain.

L'analphabétisme touche largement les jeunes : sur 100 jeunes, seulement 36 savent lire et écrire en français. La proportion de jeunes n'ayant jamais fréquenté l'école (61% au niveau national) est plus élevée en milieu rural (73,1%) qu'en milieu urbain (27,5%).

Le mariage précoce touche les jeunes burkinabè, surtout dans les régions du Sahel et de l'Est, où l'on enregistre respectivement 38,6% et 35,1% des jeunes ayant déjà contracté un mariage (contre une moyenne nationale de 25,5%)<sup>1</sup>.

Les mutilations génitales féminines sont encore très présentes au Burkina Faso, où 65% des filles âgées de 15 à 19 ans et 76,2% de celles âgées de 20 à 24 ans ont subi l'excision (EDS 2003). De plus, 56,1% de ces filles ont été excisées avant l'âge de 5 ans (INSD, 2003).

Le sexe, la situation géographique, la scolarisation ou non-scolarisation sont des déterminants majeurs à prendre en compte lorsqu'on définit l'adolescence ou la jeunesse, car ils modifient fortement la situation de vie.

## **2. Prise en compte des adolescents et des jeunes dans les politiques nationales du Burkina Faso**

La dimension « santé reproductive des adolescents » a été renforcée dans les politiques nationales du Burkina Faso à la suite des recommandations issues de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994. Le Programme national de santé reproductive des adolescents a ainsi été lancé en 1995. Les besoins en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes ont été pris en compte dans plusieurs politiques nationales, dont la Politique nationale de la Population (PNP, 2000), la politique nationale de la jeunesse

---

<sup>1</sup> Données du RGPH 2006

(PNJ, 2008), ou encore les Standards de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAJ, 2007).

Dans ces documents, la spécificité des besoins des jeunes et adolescents en matière de santé de la reproduction est bien identifiée, avec la définition d'un « groupe vulnérable », ou « groupe spécifique » que constitue la jeunesse. Néanmoins, avec cette catégorisation, les jeunes et adolescents sont regroupés en entité homogène, différenciée du reste de la population. Dans les Standards, ils sont considérés en tant que tels comme groupe vulnérable car ce groupe a « moins accès aux services de santé en général et à ceux de la santé de la reproduction en particulier » (SSSAAJ 2007). La vulnérabilité est donc définie ici comme le non accès aux services de santé. Des « sous-groupes vulnérables » sont également identifiés. Ainsi, dans les Standards sont retenus comme « plus vulnérables » : « les adolescents de 10 à 14 ans, les jeunes travailleuses et travailleurs du sexe, les handicapé(e)s, les enfants vivant dans la rue, les adolescents/jeunes du milieu rural, les adolescents/jeunes travaillant dans le secteur informel, les adolescents/jeunes vivant avec le VIH/sida » (SSSAAJ 2007).

Dans le Plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008, actuellement en cours de révision, il est précisé que l'action vise à « permettre aux jeunes, quelque soit leur profil social, culturel et économique, de bénéficier d'une prise en charge en fonction de leurs besoins ». Face à une population inévitablement hétérogène, l'action publique doit prioriser, catégoriser afin de mieux répondre aux besoins. Mais la catégorie « jeunes » est-elle cohérente ? A l'inverse, comment éviter l'accumulation de sous-catégories risquant de noyer les véritables spécificités ? Quels critères prioritaires choisir pour adopter des politiques publiques efficaces ? Ce sont les questions que nous tenterons d'aborder au cours de cet article, en spécifiant les déterminants de la vulnérabilité sociale.

### **3. Des services de santé adaptés aux besoins des jeunes ?**

Le Burkina Faso compte 55 districts sanitaires qui gèrent les services de santé de base, dont le premier niveau est constitué par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS).

A la suite de la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD, 1994), le Ministère de la santé burkinabè a créé plusieurs centres jeunes afin d'offrir des espaces conviviaux adaptés aux jeunes, et ainsi répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé, et surtout de santé de la reproduction. A ceux-ci s'ajoutent les « centres d'écoute et de dialogue des jeunes » mis en place par le Ministère de la jeunesse, de la formation professionnelle et de l'emploi après le premier Forum des jeunes tenu en 2005, pour être des lieux d'accueil, de rencontres, d'expression, d'échanges, de concertation et d'actions des jeunes afin de favoriser l'émergence de leurs initiatives aux fins de leur participation active au développement du pays.

Il faut compter également les centres gérés par des ONG : « centres d'écoute pour jeunes » de l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), « clubs de jeunes » du Réseau Africain Jeunesse, Santé et Développement (RAJS/BF).

## **Des services de santé trop peu fréquentés par les jeunes**

Différentes enquêtes ces dernières années ont observé que les jeunes fréquentent très peu les services de santé, même quand ils ont des raisons de le faire (Guiella 2004). C'est le cas également des centres jeunes, dont l'utilisation est en-deçà des attentes. En 2000, L'association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF 2000) avait mené une étude d'évaluation de leur centre jeune de Ouagadougou. Les résultats ont montré que ni la distance ni le coût des soins n'étaient une barrière à l'utilisation du centre jeune. Les raisons principales étaient plutôt la peur d'être mal jugé et « l'impression selon laquelle ne viennent au centre que les personnes qui ont un problème de santé sexuelle ». L'enquête de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) menée à Tenkodogo et Ouagadougou (Yaro 2000) corrobore ce constat. 41% des adolescents de Tenkodogo et 36% de ceux de Ouagadougou citent la honte comme raison de leur faible fréquentation des services de santé.

Les résultats de la récente enquête nationale « besoins et aspirations des jeunes et adolescents » (ISSP, IPC, RAJS/BF, 2011) montrent que plus d'un jeune sur deux (50,6%) considère que les services de santé sont disponibles et un jeune sur cinq (21,4%) les trouve moyennement disponibles. En milieu rural en revanche, beaucoup de jeunes affirment que les centres de santé ne sont pas disponibles (29,8% contre 5,5% en milieu urbain).

Au total, plus d'un quart des jeunes interrogés affirment que les services de santé disponibles ne sont pas adaptés à leurs besoins.

Les centres jeunes sont dans leur grande majorité des services de santé spécialisés pour les jeunes, sans développer forcément d'activités de loisirs ou de sensibilisation. Certains centres jeunes au Burkina Faso sont géographiquement implantés au sein des centres de santé, ce qui les assimile totalement à des services de santé et contribue davantage à ce défaut de fréquentation.

## **L'absence totale de fréquentation par certains jeunes**

Nous avons vu que les jeunes fréquentent peu les services de santé ainsi que les centres jeunes. Néanmoins, il faut affiner cette affirmation en observant quels jeunes les fréquentent et quels jeunes ne les fréquentent pas du tout.

Le profil des jeunes qui fréquentent les centres de santé et centre jeunes a pu être esquissé grâce à un exercice de couverture<sup>2</sup> mené en 2010 par l'Institut de Médecine tropicale (IMT) d'Anvers en partenariat avec l'ONG Asmade dans les structures de santé et centres jeunes du secteur 15 de Ouagadougou et de la commune rurale de Saaba. La méthodologie adoptée a été la soumission d'un questionnaire durant un mois à l'ensemble des personnes venues dans les centres de santé en consultation curative, de planification familiale, ou en consultation prénatale, ainsi qu'à ceux fréquentant les centres jeunes des deux zones.

Les résultats de cette enquête permettent de dresser un profil type des jeunes fréquentant les centres de santé et centres jeunes. Parmi l'ensemble des patients, la part des jeunes

---

<sup>2</sup> ONG Asmade, 2011 - Enquête menée dans le cadre d'un projet coordonné par Equilibres & Populations sur la santé de la reproduction des jeunes adolescentes, mené dans trois pays (Burkina Faso, Bénin, Niger)

filles de 10 à 19 ans a été isolée afin d'étudier sa sur ou sous représentation. S'il n'est pas opportun de généraliser ces résultats, ils donnent néanmoins quelques indications utiles.

### ***La fréquentation des centres de santé par les jeunes adolescentes***

Les filles de 10 à 19 ans représentent seulement 1,9% des consultations curatives du centre de santé de Saaba et du secteur 15. Pourtant, les filles de cette tranche d'âge constituent 11% de la population générale, elles sont donc sous-représentées parmi les patients de ces centres de santé.

Au Burkina Faso, les adolescentes représentent 24% des femmes de 15-49 ans et elles sont responsables de 11% du taux de fécondité. Sur la période de l'enquête, suivant ces statistiques, 24 accouchements d'adolescentes étaient attendus à Saaba, 32 au secteur 15. Or si au secteur 15, il y a eu 29 accouchements dans cette période, le centre de santé de Saaba n'en a enregistré que 11, soit moins de 50% de ce qui était attendu. Etant donné que selon la moyenne nationale, 88% des femmes de 15-49 ans accouchent dans les centres de santé, nos données montrent qu'à Saaba il y a une véritable sous-représentation de jeunes adolescentes dans les accouchements en centre de santé de cette commune rurale. Pourtant, ce sont les plus jeunes d'entre elles qui ont le plus de risques de décéder lors de leur grossesse ou de leur accouchement, et elles devraient donc représenter un public prioritaire des centres de santé.

Qui sont les jeunes filles qui fréquentent les centres de santé ? 40% des filles qui fréquentent les centres de santé de Saaba et du secteur 15 sont en 1<sup>er</sup> cycle scolaire, 57% ont terminé le primaire. Comparé à leur part dans la population générale (au Burkina Faso, 36% seulement des filles terminent le cycle primaire), ces chiffres indiquent une sur-représentation des filles les plus scolarisées parmi les populations qui fréquentent les centres de santé.

En résumé, parmi la population cible des filles de 10-19 ans de notre échantillon fréquentent surtout les centres de santé de Saaba et du secteur 15 : les filles de 18-19 ans, vivant avec leurs parents ou leur mari, ayant un niveau d'instruction supérieur à la moyenne nationale et ayant peu d'enfants par rapport à la moyenne nationale. Les filles les plus jeunes, déscolarisées, ne vivant pas avec leurs parents fréquentent proportionnellement moins ces centres de santé, alors que leur situation les rend davantage vulnérables. Face à ce constat, il faut chercher à comprendre pour quelles raisons elles ne les fréquentent pas, et adapter davantage les actions locales pour les inciter à s'y rendre lorsqu'elles en ont besoin.

### ***La fréquentation des centres jeunes***

L'exercice de couverture mené dans les centres jeunes de Saaba et du secteur 15 donne quelques informations utiles à une réorientation de l'action locale. Nous apprenons notamment que 30% des adolescents fréquentant ces deux centres jeunes sont âgés de plus de 25 ans. Les plus jeunes adolescents sont donc très peu représentés dans ces deux centres. Les filles qui y viennent sont plus jeunes que les garçons. La grande majorité des adolescents fréquentant ces centres jeunes sont célibataires (93%) et n'ont pas d'enfants (90%). Lorsque l'on sait qu'au Burkina Faso, 25% des jeunes de 15 à 29 ans sont mariés et que 20% des filles ont déjà un enfant, nous pouvons dire que ces données sur les deux centres jeunes démontrent une sous-représentation des jeunes mariés et des jeunes mères.

De même, seuls 5,5% des jeunes fréquentant les deux centres jeunes sont non scolarisés, alors qu'une grande part est actuellement scolarisée en cycle primaire (31,9%) ou secondaire (23,3%). Comparé aux données nationales, ces chiffres montrent bien que les jeunes scolarisés fréquentent les centres jeunes proportionnellement plus que les non scolarisés.

L'exercice de couverture permet donc d'esquisser le profil de l'utilisateur-type d'un centre jeune : il s'agit d'un garçon, en fin d'adolescence et scolarisé.

Ces deux enquêtes, bien que très partielles, et qui nécessiteraient des investigations de plus grande ampleur, nous renseignent sur la persistante inadaptation des centres de santé et centres jeunes aux besoins spécifiques de l'ensemble des jeunes, sans doute davantage déterminés par leurs situations économiques et leurs contraintes de genre que par leur âge.

## **II. La vulnérabilité sociale et ses conséquences sur la santé sexuelle et de la procréation**

Dans son étude approfondie sur la vulnérabilité des jeunes au Burkina Faso (Population Council, 2003), Population Council dressait une typologie exhaustive des jeunes en situation de vulnérabilité au Burkina Faso, parmi lesquels on peut citer les jeunes mariés très tôt, les jeunes non-scolarisés et les jeunes vivant sans l'un ou les deux parents.

A la suite de Population Council, nous pouvons affirmer que l'accès à l'information et aux services de santé est largement déterminé par la situation de vie, laquelle rend les adolescents plus ou moins vulnérables en matière de santé sexuelle et reproductive. Pour mieux comprendre le mécanisme de vulnérabilisation, nous examinerons en particulier la situation de vie des jeunes adolescentes menant une activité de domestique au secteur 15 de Ouagadougou ou de vendeuse ambulante dans la commune rurale de Saaba.

### **1. Présentation du contexte de l'étude**

Parmi les nombreux déterminants de la vulnérabilité sociale des jeunes adolescentes, nous nous sommes intéressés à ceux qui touchent spécifiquement les jeunes filles menant une activité de domestiques ou de vendeuses ambulantes. Cette recherche a été menée en 2010-2011 par l'ONG Asmade, dans le cadre d'un projet de recherche-action, en partenariat avec l'ONG Equilibres & Populations et l'appui de Population Council.

Nous avons cherché à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs ou critères de vulnérabilité sociale des jeunes adolescentes sur lesquels il est possible d'agir, dans le cadre d'une politique publique de santé, afin d'améliorer leur accès aux services de santé de la reproduction ?

Notre recherche a été menée selon deux axes principaux : tout d'abord, une enquête a été menée avec deux cohortes de jeunes filles, auprès de qui nous avons tenté de comprendre de manière empirique, au moyen du récit biographique, comment les facteurs de vulnérabilité s'imbriquent entre eux et complexifient leur situation sociale.

Les cohortes sont constituées de jeunes filles âgées de 10 à 17 ans, d'une part des vendeuses ambulantes travaillant dans la commune rurale de Saaba, d'autre part des jeunes filles domestiques exerçant au secteur 15 de Ouagadougou. Pendant près de six mois d'enquête, il s'est agi d'obtenir des données relatives à leur parcours de vie, leurs conditions de vie actuelles, leurs connaissances, pratiques et représentations en matière de santé sexuelle et de la procréation.

Nous nous sommes également intéressés à des populations cibles secondaires qui constituent l'environnement immédiat des filles : les adolescents, les parents ou tuteurs, les patrons et patronnes des domestiques. D'autres catégories de personnes ont aussi été interviewées : les responsables administratifs, les chefs coutumiers et religieux, les agents des structures sanitaires et sociales, et des services de sécurité. Au moyen de focus groupes et d'entretiens individuels, nous avons tenté de comprendre quelles normes sociales contribuent à l'environnement des jeunes filles et en quoi ces normes ont un impact sur leur accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive.

## **2. Approche théorique de la vulnérabilité sociale**

La vulnérabilité sociale est un processus résultant de l'accumulation de diverses ruptures du lien social (perte d'un parent, divorce, déscolarisation, migration, le tutorat des enfants, etc.). Pour identifier les éléments conduisant à fragiliser l'individu, il faut donc retracer les trajectoires, les cycles de vie (R. Castel, 1991), raison pour laquelle nous avons privilégié cette approche méthodologique dans la collecte des données empiriques.

Robert Castel distingue trois niveaux de l'espace social selon le degré de cohésion et de protection qu'ils assurent :

- La zone d'intégration, où l'individu peut mobiliser des supports relationnels et solidaires solides puisqu'il a un statut social reconnu et légitime.
- La zone de vulnérabilité sociale, où la jeune fille cumule une précarité de statut, une fragilité relationnelle et un manque de solidarités sociales.
- La zone de désaffiliation, qui résulte d'une série de ruptures ou d'échecs à constituer du lien social et engendre une distanciation avec les instances d'intégration, ce qui mène à l'isolement social voire à l'exclusion.

La vulnérabilité sociale est donc le résultat d'un processus dynamique dans lequel l'individu passe de la zone d'intégration à celle de vulnérabilité, puis à la désaffiliation.

Il faut y ajouter une dimension structurelle, puisque le contexte social maintient les filles dans une situation de dépendance, indépendamment des déterminants individuels de leur vulnérabilité. Le contexte social est entendu ici comme structurel car il influence les trajectoires individuelles en les fragilisant davantage.



## **1. Théorie du changement**

Avec Amartya Sen (1999), nous entendons le développement comme « un processus d'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus ». Cette expansion des libertés correspond à ce que Sen définit comme les *capabilities*, ou capacités, c'est-à-dire la liberté positive qu'a un individu de choisir le type de vie qu'il souhaite mener. Ces capacités sont la combinaison de ressources, ou *potentialités*, qui sont individuelles et collectives (financières, physiques, sociales, humaines) et de *capacités* à tirer profit de ces ressources.

Suivant cette théorie, la vulnérabilité correspond au résultat de la confrontation de risques et de capacités, ce que nous pouvons résumer par la formule suivante : Vulnérabilité = Risque / Capacité.

Pour réduire la vulnérabilité d'une personne, deux axes sont donc envisageables : limiter les menaces auxquelles elle est confrontée (risques), ou accroître sa capacité de réaction et d'adaptation (capacités).

Cette théorie rejoint les propositions de Robert Castel (1991), selon qui « une double politique sociale serait possible, ou du moins pensable : l'une, à dominante *préventive*, consisterait à contrôler la *zone de vulnérabilité* par des mesures générales; l'autre, à dominante *réparatrice*, se proposerait de réduire la *zone de désaffiliation* par des mesures concrètes d'insertion ».

## **2. Genre, vulnérabilité et sexualité**

### ***1. Précarité économique et vulnérabilité dynamique***

La vulnérabilité selon Castel est un processus, dont les déterminants sociaux sont multiples. Population Council avait cité un certain nombre de ces déterminants parmi lesquels figurent le fait d'avoir vécu sans l'un ou deux de ses parents, d'avoir été non-scolarisée ou scolarisée, d'habiter dans une zone à forte prévalence de mariages précoces, etc.

Les récits biographiques nous renseignent largement sur ces déterminants. Le processus social menant à la vulnérabilité est particulièrement caractérisé par la situation économique des jeunes adolescentes. Qu'elles exercent le métier de vendeuses ambulantes ou de domestiques, les éléments constitutifs de ces deux fonctions dans le pays d'étude les conduit à un processus de vulnérabilisation. Parmi les déterminants de la vulnérabilité liés à l'activité économique, il faut citer en particulier l'isolement social, vécu d'un côté dans la quasi absence de réseau social par les domestiques, et de l'autre, par un réseau social étendu mais peu sécurisant par les vendeuses ambulantes.

Citons les propos d'une jeune domestique : « *Certains employeurs n'acceptent pas que les domestiques sortent, ils disent qu'elles sont là pour le travail et non pour la balade et ça fait que certaines ont peur de sortir. Les occasions de rencontres deviennent alors les heures de marché* » (focus groupe avec les domestiques, secteur 15, Ouagadougou).

La fréquentation ou non de l'école est l'un des facteurs importants. Dans un contexte marqué par un faible niveau de scolarisation et en particulier chez les filles, 48,4% au primaire (52% pour les garçons contre 44,7% pour les filles), 15,8% au secondaire (18,3% pour les garçons

contre 13,3% pour les filles) et 2% au supérieur (3,5% chez les garçons contre 1,8% chez les filles)<sup>3</sup>, la difficulté des acteurs à toucher cette tranche de la population âgée de 10 à 19 ans est également marquée par la faible capacité des projets et programmes à mettre en œuvre des actions ciblant et mobilisant celles et ceux qui sont non-scolarisés ou déscolarisés.

La dimension processuelle de la vulnérabilité sociale correspond à l'accumulation de ces différents facteurs, raison pour laquelle la vulnérabilité est en partie dynamique. Mais ces facteurs sont aussi à la fois des causes et des conséquences d'autres critères plus structurels. Ceux-ci doivent néanmoins être envisagés afin d'orienter l'action publique et d'œuvrer à limiter la vulnérabilité sociale des populations en situation de précarité économique.

## **2. Normes de genre et vulnérabilité structurelle**

La vulnérabilité sociale n'est pas uniquement le résultat de parcours de vie individuels. Certains facteurs, comme le genre, sont structurels, profondément ancrés et au fondement de la vulnérabilité sociale des jeunes filles.

Les inégalités entre les garçons et les filles se creusent en effet au moment de l'adolescence, comme le montre un récent rapport de l'UNICEF (2011). Ceci s'explique par l'arrivée de la puberté et, avec elle, de la nécessité de renforcer le contrôle sur le corps des filles, afin de maîtriser tant leur sexualité que leur fécondité, et d'éviter ainsi des grossesses précoces dans un cadre non-marital.

Les grossesses hors mariage sont en effet les preuves de relations sexuelles illégitimes, comme le montre C. Rossier (2006) : dans un contexte de forte valorisation de la fécondité, «les seules grossesses non voulues sont celles qui surviennent en dehors du cadre normatif de la sexualité. »

Fortement normée, la sexualité est également l'espace d'expression des rôles sociaux masculins et féminins. Ainsi : « les jeunes femmes doivent inscrire leur sexualité dans le mariage ; on les préfère vierges au mariage et fidèles après le mariage ; leur valeur est tributaire de leur capacité à se marier et avoir des enfants. De leur côté, les jeunes hommes doivent prouver leur masculinité par des partenariats multiples, avant et après le mariage » (Rossier, 2011).

Les jeunes filles ont donc pour responsabilité de sauvegarder leur honneur et ainsi celui de leur famille. Lorsque celui est sali, elles doivent assumer une réputation de « fille facile » et sont alors plus vulnérables face aux violences sexuelles, car leur consentement est considéré comme acquis d'avance, devancée par leur réputation.

---

<sup>3</sup> RGPH 2006

### **3. Une sexualité non consentie : l'intersection du genre et de la précarité économique**

#### **Des « filles faciles »**

Les représentations de « filles faciles » vont jusqu'à se fondre avec certaines activités économiques. Les vendeuses ambulantes ont cette réputation, qui à la fois les exclut des autres filles et les vulnérabilise face aux violences sexuelles.

Citons les propos d'une vendeuse ambulante exerçant à Saaba : *« D'autres filles ne veulent pas nous suivre...elles disent que les filles vendeuses ambulantes ont un mauvais comportement, qu'elles ne vont pas nous suivre parce que nous aurons une mauvaise influence sur elles, voilà leurs paroles...elles pensent que le travail des vendeuses ambulantes c'est le vagabondage sexuel »* (focus groupe vendeuses ambulantes, secteur 15 de Ouagadougou).

L'idée est répandue que les vendeuses ambulantes ont d'autres produits à vendre que celles qu'elles ont dans leur sac :

*« Elles travaillent dans des conditions vulnérables ; en tant que... fille... l'adolescente, qui se promène avec une assiette sur la tête... Bon, évidemment il y a des... Bon, c'est... les prédateurs si je peux m'exprimer ainsi, voilà. Surtout, bon, les garçons de leur âge aussi qui peuvent vouloir expérimenter la vie, voilà. Donc c'est des conditions de vulnérabilité ».* (action sociale Saaba)

Cette représentation renforce fortement la vulnérabilité des jeunes vendeuses face aux violences sexuelles, car leur « consentement » est considéré comme acquis d'office par leur statut même.

#### **Des filles qu'on achète**

De même, la précarité économique de ces jeunes filles renforce la facilité avec laquelle un « échange économique-sexuel » (Tabet, 2004) peut leur être proposé, brouillant davantage les frontières entre relations sexuelles consenties ou non : souvent accusées de pratiquer une prostitution passive, les vendeuses ambulantes auront toutes les difficultés à être crues le jour où elles voudraient dénoncer un viol.

De même, les domestiques sont à la merci de relations sexuelles justifiées par des raisons économiques :

*« Elles sont souvent abusées par les employeurs, parce qu'elles sont là compte tenu de leur situation, de leurs précarité, cela fait d'elle une proie facile pour leurs employeurs. Il y a des filles qui viennent nous dire que leur employeurs demandent à avoir des rapports avec elle sous prétexte qu'ils vont augmenter le salaire et elle n'a le choix vu qu'elle-même est là pour l'argent, elle est obligée d'accepter pour avoir plus ».* (entretien avec un acteur de l'Action sociale au secteur 15 de Ouagadougou)

#### **Du consentement au viol**

La frontière du consentement et du non-consentement est au cœur de la vulnérabilité des jeunes filles : leur situation économique et leur statut de vendeuses ou domestiques justifie automatiquement leur consentement à une relation sexuelle, selon la perception de nombreux membres de la communauté.

Citons ainsi les propos d'un agent de santé de Saaba :

« Les filles à 15, 16, 17 ans déjà, c'est la sexualité. Même si elles ne veulent pas là, les hommes sont là, les hommes vont leur faire la cour, les hommes vont leur proposer des choses parce qu'elles n'ont rien... Comme on dit c'est la chair fraîche... voilà. L'éducation d'une fille est plus difficile qu'un garçon » (entretien, agent de santé, Saaba)

De même, les propos du responsable d'un point de vente à Saaba :

« La plupart de ces filles sont des orphelines de père et de mère et elles vivent avec leur marâtres ou tantes qui les font sortir avec 2 bananes ou 3 oranges pour vendre, et souvent par manque de quoi manger, la fille est contrainte d'accepter les avances d'un jeune garçon qui lui même ne s'en sort pas d'abord » (entretien, responsable point de vente, Saaba)

Cette perception de relations sexuelles consenties pour des raisons économiques est-elle celle des jeunes filles elles-mêmes ? A la question des espaces dans lesquels elles ne se sentent pas en sécurité, plus de la moitié des domestiques interrogées dans notre enquête affirment ne pas se sentir en sécurité quand elles se retrouvent seules sur le lieu de travail (la maison) avec le mari de leur patronne : « quand tu es seule avec le mari de ta patronne, tu as peur d'être violée ». (domestique, focus groupe, Saaba)

De même, la police ou les centres de santé définissent bien ce type d'échanges sexuels comme des viols, mais leur gravité est bien loin d'être soulignée. Si le viol est l'un des crimes les plus fréquemment cités, il semble largement banalisé, certainement en raison de leur fréquence et de l'impunité qui en résulte. Ceux-ci sont en effet plutôt traités comme des affaires de mœurs, dans lesquelles un règlement à l'amiable – donc une victoire de la personne qui a le plus de pouvoir, sera toujours privilégié.

Citons la réponse d'un agent de Police au secteur 15 de Ouagadougou, à notre question sur les affaires les plus fréquentes impliquant des domestiques :

« C'est le cas de viol, de vol comme je vous l'avais dit les conflits entre employeurs et employés, les salaires impayés et souvent aussi des sévices corporels, la maltraitance soit elle mange mal, il y a des traitements qu'elle n'a pas droit souvent. Les cas les plus fréquents sont les cas de vols, de viol et de conflit avec leurs patrons » (entretien, agent de Police, secteur 15, Ouagadougou)

Egalement, voici les propos d'un agent de santé de Saaba :

« Sur le plan santé, depuis que je suis là j'ai eu affaire à deux, trois cas de viols, concernant cette tranche d'âge là. Bon, des viols avérés, en fait, mais bon les cas de viols non avérés bon ça il y en a mais ça on ne peut pas...: Voilà, c'est des soupçons, voilà. On peut pas... puisque bon après, le violeur dit qu'il y a eu consentement, et si il y a consentement on ne peut pas dire viol. Voilà. Donc, sur le plan santé c'est des filles qui ne savent pas se préserver, hein! Qui ne savent pas qu'il faut dire à l'homme de se préserver, de mettre genre le préservatif, elles ne savent pas ça. Je dirais qu'elles sont plus exposées » (entretien, agent de santé, Saaba).

Comme l'explique Michel Bozon, « aucun contact sexuel, aussi simple soit-il, n'est imaginable hors des cadres mentaux, des cadres interpersonnels et des cadres historico-culturels qui en construisent la possibilité. La transgression éventuelle n'implique pas l'ignorance de ces cadres ; elle révèle seulement une manière particulière d'en user. » (Bozon, 2001).

Des perceptions des différents acteurs, il ressort qu'il n'y a ici que peu de transgression. Etre violée serait-il une simple caractéristique de leur activité professionnelle ?

#### **4. Conséquences en santé sexuelle et de la reproduction**

Les violences sexuelles ou le sentiment de dangerosité de certains lieux, la dominance de rapports sexuels fondés sur un échange économique sont autant de conséquences des normes de genre, inhérentes au statut de ces jeunes filles, qui tendent à les vulnérabiliser fortement. Ces critères se surajoutent aux facteurs dynamiques et individuels de vulnérabilité, avec de lourdes conséquences sur leur santé sexuelle et procréative.

##### ***Manque d'information***

Les adolescentes interrogées dans notre enquête méconnaissent le fonctionnement biologique de leur corps, les moyens de protection face à la grossesse et aux IST/VIH/sida et leurs droits en matière de SR.

Les centres de santé ne sont pas des lieux dans lesquels il est naturel pour elles d'aller :

« Les petites filles ne doivent pas y aller, c'est les grandes filles qui ont au moins 20 ans qui doivent aller pour voir si elles n'ont pas le sida et prendre des conseils sur les grossesses non désirées » (propos d'une vendeuse ambulante).

« Je n'avais jamais su qu'il y a des centres de santé où on donne des conseils à part soigner » (propos d'une domestique)

Ce manque de connaissances limite fortement leurs possibilités (*capabilités*) de choix et de décision sur leur sexualité, et donc leur capacité de négociation ou de refus.

##### ***Absence de pouvoir de décision***

Le manque d'information sur les risques et les moyens de prévention s'ajoutent à un rapport de pouvoir inégal avec les hommes, qui peuvent aisément les manipuler pour abuser d'elles. En cas d'activité sexuelle, leur statut social ne leur permet pas de négocier les termes de l'échange sexuel, difficulté accrue par le fait que le partenaire est souvent plus âgé.

L'âge, le genre et la précarité économique sont trois facteurs vulnérabilisant les jeunes filles et les plaçant dans un rapport de pouvoir inégal avec les hommes avec lesquelles elles seront menées à avoir une activité sexuelle. Nous avons abordé plus haut la question du consentement à la relation sexuelle. La seconde question qui se pose est celle de la capacité de négocier une protection à celle-ci.

### **III. Recommandations**

L'action publique est habituellement organisée en secteurs (la santé, l'éducation), ainsi qu'en grands types de populations caractérisées, ou non, de « vulnérables » (les femmes, les jeunes).

Les jeunes filles en situation de vulnérabilité sociale que nous avons étudié via ce projet nous enseignent une chose : les actions à destination des jeunes ne parviennent pas à les toucher efficacement, celles à destination des femmes non plus.

Il est donc plus que temps de considérer la population burkinabè non comme une liste de populations-types, mais comme un tout hétérogène et complexe, dans laquelle les parcours de vie constituent une suite de situations de vulnérabilité ou de renforcement.

Citons les propos d'une vendeuse à ce propos : « *Nous voulons qu'ils organisent des causeries pour nous aussi, tout semble fait pour les femmes seulement* ». (vendeuse, focus groupe)

L'action publique doit agir pour l'ensemble de la population, en se concentrant sur ceux qu'il est le plus difficile d'atteindre, et non l'inverse. Des actions de renforcement de capacités à l'égard des groupes les plus vulnérables sont nécessaires pour les réintégrer à leurs communautés. Des actions spécifiques pour limiter les contraintes favorisant la vulnérabilité structurelle doivent également être menées.

Nous recommandons donc une action en trois étapes :

#### ***1. des actions vis-à-vis des jeunes davantage adaptées à la diversité de la jeunesse burkinabè,***

Les politiques de santé reproductive et sexuelle à destination des jeunes doivent avoir comme objectif de renforcer la fréquentation des centres jeunes existants par l'ensemble des jeunes quelle que soit leur situation de vie. Cela implique de revoir à la fois leurs activités, leurs horaires et la formation de leur personnel, et également de mettre en place des activités hors-les-murs au sein des communautés.

Les actions visant à renforcer les capacités des jeunes filles en situation de vulnérabilité, visant leur *empowerment* et l'augmentation de leurs *capacités*, doivent être couplées à un travail avec les communautés, car leurs capacités dépendent largement des espaces de liberté et des contraintes définies par leur entourage, selon un certain nombre de normes en vigueur au sein de la communauté.

Il s'agit également d'identifier les lacunes en termes d'information et de les combler par une amélioration de la recherche et de la collecte de données sur la jeunesse et l'adolescence. En particulier, les données devraient être systématiquement sexo-spécifiques et détaillées par classe d'âge et devraient inclure la jeune adolescence (10-15 ans). Des enquêtes de type qualitatif doivent aussi être mises en œuvre pour comprendre plus en détails les comportements sexuels des jeunes filles en situation de vulnérabilité.

#### ***2. une attention accrue et des actions spécifiques vis à vis de certaines populations, afin de compenser leur faible accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive,***

- Assurer des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes filles mariées, aux jeunes en situation de travail et aux jeunes déscolarisés. En particulier, former des pairs éducateurs pour progressivement amener les cibles les plus vulnérables à participer aux activités des centres jeunes, organiser des séances de sensibilisation SRAJ/IST/VIH/SIDA dans les lieux fréquentés par les jeunes en situation de travail : les marchés par exemple
- Sensibiliser l'entourage des jeunes les plus en difficulté pour les convaincre de les laisser participer aux activités des espaces d'informations, d'échanges et de loisirs, en particulier s'agissant des adolescentes mères et mariées et des jeunes domestiques. L'entourage est principalement constitué des parents, du mari, du tuteur ou de la tutrice.
- Donner un caractère de cible spécifique et prioritaire aux jeunes filles mariées de moins de 18 ans, souvent oubliées des politiques car n'étant plus dans la cible des jeunes et adolescentes, et pas encore dans celle des femmes.

### **3. des politiques publiques engagées en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, dans tous les domaines.**

- Sensibiliser les leaders communautaires et religieux sur les dangers des grossesses précoces pour la santé des jeunes mères.
- Vulgariser et disséminer dans les langues locales et appliquer les lois existantes : Loi sur la santé de la reproduction, Code de la famille, etc.
- Former les agents de santé, de police et de justice à une prise en charge complète et non-discriminante des filles victimes de viols et agressions sexuelles.

## **Conclusion**

Au Burkina Faso, bien que des efforts importants aient été faits ces dernières années en matière de santé reproductive des jeunes, beaucoup reste encore à faire pour mettre en place des services de santé adaptés à leurs besoins, et à la diversité de leurs situations de vie. Des stratégies adéquates restent à imaginer, pour que les jeunes puissent fréquenter les services de santé, sans honte ni complexe, et sans contrainte de leur entourage.

La vulnérabilité sociale, conséquence tant de la précarité économique que des normes de genre, doit être à la fois prise en compte dans les stratégies et combattue en tant que telle.

Comme le disait Robert Castel, « une société commence à se résigner au dualisme lorsqu'elle accepte la précarité et la vulnérabilité comme des *états de fait*. »<sup>4</sup>. Les jeunes adolescentes ont aujourd'hui d'immenses besoins non-satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive, leurs droits à l'information et aux services de santé sont trop peu respectés, et cela en raison de contraintes économiques, de normes de genre, et des représentations sociales. Pour respecter les droits de toutes et tous et pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, le Burkina Faso doit mettre en place des politiques publiques améliorant tant les conditions de vie que la situation des jeunes adolescentes au sein de la société.

---

<sup>4</sup> Castel, 1991

---

## BIBLIOGRAPHIE

ONG Asmade, Etude diagnostique des besoins des adolescentes à risque de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive : cas des domestiques du secteur 15 de Ouagadougou et des vendeuses ambulantes de la commune rurale de Saaba, 2011, à paraître

BOZON M., « Les cadres sociaux de la sexualité », *Sociétés contemporaines* 1/2001 (no 41-42), p. 5-9.

BOZON M., « Les constructions socio-politiques de la sexualité comme risque », in Santé de la reproduction du Nord au Sud. De la connaissance à l'action, Chaire Quételet, dir. Gourbain C., 2004

CASTEL R., 1991, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », in DONZELOT J. (dir.), *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris, Esprit.

GAL-REGNIEZ A et al., Protéger la prochaine génération au Burkina Faso : nouvelle évidence sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents, New York : Guttmacher Institute, 2007

GUIELLA G, Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux, Occasional Report, New York : The Alan Guttmacher Institute, 2004, No. 12

RGPH, Recensement général de la population et de l'habitation, 2006

INSD (2011), Enquête démographique et de santé 2010, Rapport préliminaire, Burkina Faso

INSD (2008), Recensement général de la population, Résultats définitifs

INSD (2004), Enquête démographique et de santé 2003, Burkina Faso

INSD (2003), Analyse des résultats de l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages, Burkina Faso

ISSP, IPC, RAJS/BF, Analyse participative nationale des besoins et aspirations des adolescent(e)s et jeunes dans un contexte de développement durable au Burkina Faso, juillet 2011

Lauras-Locoh Th. et Lopez-Escartin N., 1992, Cahiers québécois de démographie, vol 21, n°1, printemps 1992, p 29-44

Ministère de la Santé, Standards de services de santé adaptés aux adolescents/jeunes (SSAAJ) du Burkina Faso, 2007

Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi, Politique Nationale de Jeunesse (PNJ), 2008

Population Council, The adolescent experience in-depth: using data to identify and reach the most vulnerable young people. Burkina Faso, 2003



Population Council, L'adolescence au Burkina Faso : une clé de voute pour le changement social, 2006

ROSSIER Clémentine, « L'avortement : un secret connu de tous ? », in *Sociétés contemporaines*, 2006, n°61, pp. 41-64

ROSSIER Clémentine, « Sexualités prénuptiales, inégalités de genre et prévention des grossesses à Ouagadougou », 2011, à paraître

SEN Amartya, Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté, 1999

TABET Paola, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, Paris, L'Harmattan, 2004

UNICEF, Gender inequalities by age. Boys and girls in the life cycle, Division of policy and practice, 2011

YARO et al., Les Facteurs sociaux et les comportements sexuels des adolescents face au Sida au Burkina Faso, Rapport de recherche, Ouagadougou : APJAD/ UERD, 2000