

REPRÉSENTATIONS SUR LES RISQUES SEXUELS AU BURKINA FASO, AU CAMEROUN ET À MADAGASCAR

Les données qualitatives des études en population dans le
cadre du programme « Réduction des Risques Sexuels »

Marion POMPER (Université Paris Descartes)

Sous la direction de : François FAVIER (CIC-EC La Réunion), Myriam
DE LOENZIEN (IRD-CEPED), Dominique AUDOUZE (Le Planning
Familial)

Février 2013



REMERCIEMENTS

J'ai réalisé ce rapport dans le cadre d'un stage de fin d'études de 4 mois, après l'obtention du Master « Expertise en Population et Développement » de l'Université Paris Descartes, puis d'un CDD d'un mois, à la confédération du Planning Familial de Paris.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers l'ensemble des personnes qui m'ont apporté leur aide et ont contribué à l'élaboration de ce rapport. Je les remercie notamment de m'avoir accordé du temps et fait part de leurs connaissances et savoirs faire, malgré leurs occupations respectives.

Ce rapport a été réalisé sous la coordination scientifique du Docteur **François FAVIER**, médecin coordonnateur du Centre d'Investigation Clinique – Épidémiologie Clinique (CIC-EC) de La Réunion. Il est à l'origine de ce travail. Je le remercie pour m'avoir proposé ce sujet de stage, pour son suivi continu depuis La Réunion et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail. Je lui suis également reconnaissante pour sa relecture attentive du rapport. Je remercie par la même occasion toute **l'équipe du CIC-EC de la Réunion** qui a élaboré le protocole soumis à l'ANRS et à Sidaction, réalisé les questionnaires, fait les plans de sondage, assuré la gestion des bases de données.

Je tiens également à remercier **Myriam DE LOENZIEN**, Chargée de recherche en démographie à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et au Centre Population et Développement (CEPED), pour son investissement dans l'encadrement de ce travail. Elle a su écouter mes questionnements, me donner des pistes de réflexion, me guider au fil du stage et dans la réalisation de ce rapport. Je souhaite aussi adresser mes remerciements au **CEPED** dans son ensemble, et plus particulièrement à **Agnès GUILLAUME** (IRD-CEPED) et **Sébastien BOULAY** (Université Paris Descartes-CEPED), qui m'ont mis en contact avec François FAVIER et m'ont donc permis de réaliser ce stage très enrichissant.

J'exprime aussi ma vive reconnaissance envers toute **l'équipe confédérale du Planning Familial**, pour m'avoir accueilli chaleureusement. Grâce à eux, j'ai pu travailler dans de bonnes conditions. Mes remerciements vont en particulier à **Dominique AUDOUZE**, chargée de mission internationale pour son soutien, ses conseils avisés et ses enseignements sur le programme international « Réduction des Risques Sexuels ». Je remercie aussi **Christine MAUGET**, responsable de ce programme pour ses encouragements et sa bonne humeur. Je remercie enfin l'ensemble des **formatrices du Planning Familial du programme international**, pour leur intérêt vis-à-vis de mon travail, leur ouverture d'esprit et leurs éclaircissements sur le contexte local des 3 pays, au regard de leurs expériences respectives sur le terrain.

L'enquête sur laquelle j'ai travaillé a pu être réalisée grâce au soutien de l'ANRS et de **Sidaction**. Sans le travail des **équipes de recherche locales des 3 pays de l'étude** (Burkina Faso, Cameroun et Madagascar), en collaboration avec le CIC-EC, cette enquête n'aurait pas non plus pu aboutir. Il s'agit du cabinet de Sociologie Miara Mita à Antananarivo, sous la direction de Roselyne Rahanivoson, de l'équipe SHADEI du Centre Muraz à Bobo-Dioulasso, sous la direction de Abdramane Berthe et Fatoumata Tou, et de l'IRSA à l'Université Catholique d'Afrique Centrale à Yaoundé, sous la direction de Cécile Bonono, qui ont participé à l'élaboration du protocole, effectué les enquêtes de terrain et constitué les bases de données.

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE RAPPORT (DANS LES TABLEAUX OU LE CORPS DU TEXTE)

- ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales
- APS : Phase « après » de l'enquête en population
- AVT : Phase « avant » de l'enquête en population
- CACP : Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques
- CEPED : Centre Population et Développement
- CIC-EC : Centre d'Investigation Clinique et d'Épidémiologie Clinique de la Réunion
- EDS : Enquêtes Démographiques et de Santé
- GP : Groupe de Parole/ Enquête auprès d'un échantillon de participantes aux groupes de parole
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- PED : Pays en développement
- PGP : Participantes aux Groupes de Parole
- RRS : Réduction des Risques Sexuels
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SSDG : Santé Sexualité Droits et Genre
- TANA : Antananarivo
- TUL : Tuléar
- VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
I) PRÉSENTATION DU PROGRAMME RRS ET DE L'ENQUÊTE D'IMPACT EN POPULATION.....	9
A) Le programme RRS du Planning Familial.....	9
1) Présentation générale et objectifs.....	9
2) Abord global des risques sexuels.....	11
3) Un programme en cascade.....	11
4) Une approche counselling.....	13
B) L'étude d'impact en population.....	13
1) Présentation générale.....	14
2) Déroulement : schéma avant/après, ici/ailleurs.....	15
a) Avant/après.....	15
b) Ici/ailleurs.....	15
3) Sélection des zones et critères d'éligibilité des enquêtées.....	16
4) La collecte des données.....	17
5) Le questionnaire.....	17
6) Data management déjà réalisé.....	18
7) Complément de data management et synthèse réalisée sur les enquêtées par sites et phases de l'enquête.....	19
a) La variable « résultat ».....	20
b) Répartition des enquêtées.....	20
Remarque sur les questionnaires remplis partiellement.....	24
c) Lien entre les enquêtées et/ou les différentes phases.....	25
8) Analyse quantitative des données.....	26
9) Les variables ouvertes.....	26
a) Définition et liste.....	26
b) Remarques sur ces variables et travail effectué (en dehors de l'analyse).....	27
II) MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE.....	29
A) Étapes préalables.....	29
B) Choix des variables.....	30
1) Justification du choix.....	30
2) Tableaux récapitulatifs sur le choix des variables : 32 variables retenues et 32 variables non retenues.....	31
3) Les 32 variables choisies.....	33
4) Tableau 6 : récapitulatif de l'effectif des réponses « en clair » ou « autres » des variables retenues pour chacune des bases de données et l'ensemble.....	33
C) Résultats de l'analyse par thèmes et variables.....	34
1) Répartition des réponses pour les questions filtre précédant la variable d'analyse.....	35
2) Répartition de l'ensemble des modalités de réponse de la variable d'analyse.....	36
3) Analyse textuelle.....	37
III) ANALYSE PAR THÈMES ET VARIABLES.....	39
A) Recours aux soins de santé.....	39
1) Contexte.....	39
2) Résultats.....	43

3) Discussion.....	50
B) Corps et sexualité.....	53
1) Contexte.....	53
2) Résultats.....	53
3) Discussion.....	76
C) Planification familiale, contraception, avortement.....	79
1) Contexte.....	79
2) Résultats.....	81
3) Discussion.....	114
D) Image du préservatif et comportement vis-à-vis de celui-ci.....	117
1) Contexte.....	117
2) Résultats.....	120
3) Discussion.....	191
E) VIH/SIDA et IST.....	197
1) Contexte.....	197
2) Résultats.....	199
3) Discussion.....	242
F) Violences et excision.....	244
1) Contexte.....	244
2) Résultats.....	245
3) Discussion.....	278
G) Thèmes préférés des femmes durant les groupes de parole.....	281
1) Contexte.....	281
2) Résultats.....	282
3) Discussion.....	286
IV) LIMITES.....	288
A) Limites indépendantes de ce travail.....	288
1) Réponses en clair manquantes ou incomplètes.....	288
2) Retranscription des réponses en clair.....	289
B) Limites liées à ce travail.....	291
1) Partie quantitative.....	291
2) Partie qualitative.....	291
V) CONCLUSION – SYNTHÈSE	293
A) Principaux résultats.....	293
B) Ampleur des réponses en clair.....	297
C) Apport de cette analyse.....	298
D) Perspectives.....	299
VI) RECOMMANDATIONS.....	300
A) Recommandations sur le questionnaire.....	300
B) Recommandations pour améliorer la qualité des réponses autres.....	301
C) Favoriser la complémentarité des approches qualitatives/quantitatives.....	301
BIBLIOGRAPHIE.....	302
ANNEXES.....	306
ANNEXE 1 : SCHÉMA RÉCAPITULATIF DES ENQUÊTÉES PAR SITES ET PHASES D'ENQUÊTE.....	307
ANNEXE 2 : ÉNONCÉ DES 32 VARIABLES CHOISIES.....	308
ANNEXE 3 : DÉTAIL DES 23 VARIABLES FILTRE.....	317
ANNEXE 4 : COMMENTAIRES SUR DES VARIABLES DU QUESTIONNAIRE.....	321

INTRODUCTION

Ce rapport porte sur le programme international du Mouvement Français pour le Planning Familial ou MFPPF (dit « le Planning Familial ») : *Réduction des Risques Sexuels en direction des femmes* ou RRS, phase 2007-2010.

Ce programme intervient dans 3 pays depuis 2002 : Burkina Faso, Cameroun et Madagascar. Il s'agit depuis 2007 d'un programme en cascade : des formatrices du Planning Familial forment des formatrices locales dans les 3 pays, qui à leur tour forment des animatrices. Ces dernières animent des groupes de parole auprès de femmes dans les différents sites. Les femmes ayant participé aux groupes de parole sont supposées être des relais en population et transmettre les connaissances acquises aux femmes de leur quartier.

Les groupes de parole abordent les thèmes suivants : corps, sexualité, planification familiale (contraception/avortement), VIH/SIDA et IST, suivi de santé, violences faites aux femmes, droits des femmes, égalité entre les sexes. Il s'agit d'appréhender les risques sexuels notamment celui du VIH à travers une approche globale, et notamment à travers le statut homme/femme. Un des objectifs du programme est de donner une meilleure estime d'elles-mêmes aux femmes et de contribuer à leur autonomisation pour se protéger des risques sexuels et faire valoir leurs droits. On sait en effet que les femmes sont davantage vulnérables face à ces divers risques. On assiste d'ailleurs ces dernières années à une féminisation de l'épidémie du VIH en Afrique Subsaharienne, étroitement liée au statut de la femme et à des facteurs socio-économiques et culturels.

Pour évaluer l'impact en population du programme RRS, une étude a été réalisée par le CIC-EC de la Réunion et des équipes locales dans les 3 pays, avec le financement de l'ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales) et de Sidaction. Le nom complet de ce programme d'évaluation est le suivant : « *Recherche-action pour la prévention du VIH-SIDA à Madagascar, au Burkina Faso et au Cameroun : étude de l'impact en population du programme MFPPF réduction des risques sexuels en direction des femmes* » basé sur la formation de formatrices, l'abord global de la sexualité et une approche de santé communautaire.

Le support de cette évaluation est un questionnaire, passé en face à face, dit de CACP

(Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques).

Il a été rempli sur 4 sites : Bobo-Dioulasso pour le Burkina Faso, Yaoundé pour le Cameroun, Antananarivo et Tuléar pour Madagascar.

Pour chaque site, des femmes ont été interrogées :

- avant l'intervention du Planning Familial, en population générale (environ 800 femmes par site)
- après les groupe de parole auprès d'un échantillon de participantes (entre une cinquantaine et une centaine)
- et après l'intervention du Planning Familial, en population générale, mais seulement pour le Burkina Faso et le Cameroun (environ 800 femmes par site).

Pour les deux phases en population (avant et après intervention), deux zones ont été déterminées : une zone intervention où ont eu lieu les groupes de parole et une zone témoin ayant des caractéristiques similaires mais sans action du Planning Familial. L'échantillon était d'environ 400 femmes pour chaque zone.

Cette approche avant/après et ici/ailleurs permet de voir s'il y a eu des changements dans ces CACP grâce à l'intervention du Planning Familial. Afin de comparer ces résultats et étant donné le nombre très important d'items dans le questionnaire, des scores synthétiques ont été créés (de connaissances, d'attitudes, de comportements et pratiques). Par ailleurs, sur des phases et sites d'enquête spécifiques, ont été évalué les facteurs influençant les CACP des femmes.

Ces deux types d'analyse sont quantitatives. Il semblait pertinent de compléter ce travail par une approche davantage qualitative.

Cette analyse porte sur une sélection de questions ouvertes du questionnaire (« en clair » ou sur les modalités « autre »), qui révèlent mieux que les variables quantitatives, les préjugés, les idées reçues, les croyances. Il faut noter la richesse de l'information puisque le support de ce travail était de 10 bases de données. L'intérêt reposait sur le fait que les données concernaient à la fois 3 pays et l'ensemble des phases de l'enquête (avant, groupe de parole et après).

Ce travail consiste en l'analyse du discours des femmes, qui permet de montrer les nuances et la diversité des points de vue. On remarquera parfois des redondances dans ces réponses. Cependant, il faut y voir la volonté de garder toute la diversité des déclarations et de ne pas réduire l'information. Ce rapport est en effet une étape intermédiaire, permettant une future exploitation. Son objectif principal est de montrer de façon lisible et organisée les réponses en clair des

enquêtées. Les résultats sont donc présentés de la façon la plus exhaustive et complète possible, afin que ce rapport puisse être utilisé comme un outil de travail, si d'autres recherches étaient amenées à être réalisées par la suite. Le positionnement analytique est faible. L'explicitation des réponses des femmes s'accompagne de quelques éléments de discussion, qui seront eux aussi à approfondir dans un travail complémentaire. Ce rapport comporte quelques repères bibliographiques et éléments de citation. Ils sont cependant loin d'être exhaustifs et ne se veulent pas représentatifs de l'ensemble des études qui ont été menées sur les thèmes abordés ici.

La question à laquelle on souhaite répondre dans le rapport est la suivante : « **Quelles sont au Burkina Faso, au Cameroun et à Madagascar les représentations que se font les femmes de la santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement des risques sexuels, ainsi que des rapports sociaux de genre sous-jacents** » ? Cela permet ainsi d'interroger le rapport à la norme sociale.

Dans un premier temps, le programme RRS et l'évaluation d'impact en population de ce programme seront présentés. Sera ensuite exposée la méthodologie employée pour ce travail d'analyse. Puis on révélera les résultats par grandes thématiques : recours aux soins de santé, corps et sexualité, planification familiale, préservatif, VIH/SIDA et IST, violence et excision et enfin sujets préférés des femmes durant les groupes de parole. On indiquera ensuite les limites de cette analyse (externes et internes). Suivra alors une conclusion-synthèse de ce travail. Enfin, des recommandations pour l'évaluation du programme actuel seront proposées.

I) PRÉSENTATION DU PROGRAMME RRS ET DE L'ENQUÊTE D'IMPACT EN POPULATION

La féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA (les adultes nouvellement infectés sont aujourd'hui en majorité des femmes) qui s'observe notamment en Afrique Subsaharienne, est étroitement liée à des rapports sociaux de sexe inégalitaires et à des normes socioculturelles. Dans ce contexte, il faut donc prendre en compte de nombreux aspects dans les actions de prévention tels que la dimension du genre, les normes sociales sur la sexualité, le rapport de domination homme-femme. De nombreux programmes se sont alors développés en direction des femmes pour leur permettre d'acquérir des connaissances, de mieux se protéger et d'améliorer l'estime de soi, à l'instar du programme Réduction des Risques Sexuels (RRS).

A) Le programme RRS du Planning Familial

Ceci est une synthèse de divers documents réalisés par le Planning Familial, sur le programme RRS international. Pour plus de détails, se reporter à la brochure de capitalisation, aux notes de présentation et au compte rendu technique et financier du programme RRS (Le Planning Familial, 2011).

1) **Présentation générale et objectifs**

Le Planning Familial est un mouvement féministe d'éducation populaire créé il y a 56 ans. Suite au constat de la féminisation du VIH/SIDA, il a mis en place un programme Réduction des Risques Sexuels en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre Mer (DOM) en octobre 1998. Il est basé sur des groupes de parole et sur une approche globale des risques sexuels incluant la sexualité, la planification familiale, le VIH/SIDA et les IST, les violences faites aux femmes, le statut de la femmes etc. Suite au succès de ce programme a émergé l'idée d'un programme similaire au niveau international, dans des pays en développement (PED). Il a été constaté que l'épidémie du VIH-SIDA se caractérise par une féminisation très importante également dans les PED et particulièrement en Afrique Subsaharienne. Le choix des pays s'est effectué en raison d'une

demande de soutien de la part d'associations de lutte contre le SIDA, de planification familiale et d'associations de femmes dans ces pays, et également pour des raisons pratiques. Le programme a donc été implanté :

- au Burkina Faso : à Ouagadougou et Bobo Dioulasso et dans les régions environnantes.
- au Cameroun : à Yaoundé.
- à Madagascar : à Antananarivo et Tuléar.

La première phase de ce programme (soit le projet pilote) a débuté en 2003. Actuellement, nous sommes dans la phase 2011-2014. Le programme a changé de nom, il s'appelle désormais « Santé, Sexualité, Droits et Genre » (SSDG). Il garde les mêmes objectifs mais est davantage centré sur les problématiques de genre. En effet, les recommandations ayant été faites à l'issue du programme 2007-2010 étaient entre autres d'intégrer les hommes dans ce programme. Pour engendrer des changements de comportements, il faut bien sûr inclure les deux sexes. Parler d'approche « genre » ne signifie donc pas se préoccuper exclusivement des femmes.

Ce travail se centre sur la phase 2007-2010, nous allons donc maintenant présenter le programme tel qu'il était à cette période. Cette phase a été financé par le Ministère des Affaires Étrangères (MAE) et par la Fondation de France (FdF).

L'objectif général du programme RRS est de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes et à la connaissance par ces dernières de leurs droits fondamentaux. Il vise à réduire les inégalités de genre, à permettre aux femmes de mieux gérer leur sexualité et donc de mieux se prémunir contre les risques d'infection à VIH et autres risques sexuels :

- par l'apport d'informations, en leur permettant d'acquérir des connaissances précises sur la maladie et en les renseignant sur les droits dont elles disposent,
- en aidant les femmes à la restauration de leur estime d'elles-mêmes,
- en renforçant l'autonomie des femmes dans leur façon d'appréhender les risques liés à la sexualité, et en leur montrant comment faire valoir leurs droits.

Le Planning Familial travaille sur le terrain en partenariat avec des associations locales (dans les 3 pays) agissant dans des champs d'intervention aussi variés que la lutte contre le SIDA, les IST, la planification familiale, les droits des femmes, la santé des femmes, la lutte contre les violences, mais aussi des domaines plus éloignés de la santé sexuelle et reproductive comme l'éducation à la

citoyenneté ou l'environnement. Un objectif du programme est donc de mettre en réseau les associations locales, afin qu'elles mènent ensuite des actions de prévention ensemble d'une plus grande ampleur, de par la mutualisation de leurs connaissances et savoirs-faire.

2) Abord global des risques sexuels

La plus grande vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA et autres IST peut-être liée (outre les facteurs biologiques) à une faible connaissance de leur corps, des maladies et des modes de contamination (souvent corrélée à un niveau d'éducation faible). Elle est aussi due à des difficultés à négocier leur protection lors des rapports sexuels. Enfin, elle est liée au statut de la femme, le plus souvent soumise, qui lui empêche l'adoption de comportements de prévention autonomes. Aux risques d'infections s'ajoutent ceux des grossesses non désirées et de la violence. Aussi les actions de prévention doivent avoir une approche globale de la santé et de la sexualité et être axées sur la situation de la femme. Il faut donc inclure dans la prévention des risques sexuels, la question des droits des femmes, la lutte contre les violences et le travail sur les rôles masculin et féminin dans la société. Il s'agit d'appréhender les risques sexuels notamment celui du VIH à travers une approche globale, et notamment à travers le statut homme/femme.

Les groupes de parole abordent de façon transversale les thèmes du corps, de la sexualité, de la planification familiale (grossesses, contraception et avortement), du VIH/SIDA et des IST, du suivi de santé, des violences faites aux femmes, des droits des femmes et de l'égalité entre les sexes. Le but n'est pas de parler d'une part de la sexualité, d'autre part du SIDA ou des violences. Il ne faut pas les voir comme des entités séparées mais bien comme un tout, car ces thématiques sont interconnectées les unes aux autres et complémentaires. L'évaluation qualitative du projet pilote 2003-2005 a montré l'appropriation par les femmes des groupes de parole. Il s'agit d'un outil, d'une grande richesse, adapté aux contextes locaux des 3 pays (en France, cela a été plus difficile). En effet, l'oral a une grande place dans ces sociétés. Les groupes de parole facilitent donc l'empowerment des femmes.

3) Un programme en cascade

Il s'agit depuis 2007 d'un programme en cascade. Il se déroule en 4 étapes : des formatrices du Planning Familial forment des formatrices locales dans les 3 pays, qui à leur tour forment des animatrices de prévention des risques sexuels. Ces dernières animent des groupes de parole constitués d'une dizaine de participantes. Des femmes ayant participé aux groupes de parole jouent

ensuite le rôle de personnes relais et transmettent les connaissances (voire les attitudes) acquises auprès de leur entourage.

- Des militantes du Planning Familial organisent d'abord des sessions de formation des formatrices locales. Ces dernières sont le plus souvent des membres des associations partenaires du Planning Familial. Les formatrices nouvellement formées s'engageant par la suite à animer au moins une session de formation d'animatrices de prévention.
- Les nouvelles formatrices locales forment à leur tour des animatrices de groupes de paroles. Chaque formation comporte environ 10 stagiaires.
- Les animatrices doivent ensuite transmettre les connaissances acquises d'une part auprès de leur association et d'autre part à des femmes de leur entourage à travers l'animation de « groupes de parole » ou « causeries ». Elles s'engagent pour cela à animer au moins deux groupes de parole. Ces groupes de parole sont constitués d'environ 10-15 femmes et se déroulent en moyenne pendant 7 séances. Les bénéficiaires sont principalement des femmes et des jeunes filles ayant entre 15 et 55 ans. Certaines sont séropositives et d'autres non. Leur situation matrimoniale est variée (mariées, veuves, célibataires) ainsi que leur situation économique, bien que les participantes soient majoritairement des femmes au foyer, au chômage, travaillant dans le secteur informel (petits commerces, artisanat), agricultrices ou étudiantes. Beaucoup ont un faible niveau scolaire ou sont analphabètes.
- Enfin la dernière étape est celle d'un relais dans la population, par les participantes des groupes de paroles, des connaissances et attitudes acquises, pouvant conduire à long terme à une modification de certaines idées reçues et de comportements. L'hypothèse est que les femmes peuvent transmettre dans la population autour d'elles ces CACP sur le VIH/SIDA, les IST, la sexualité et les violences.

Ce programme en cascade vise à démultiplier l'action et la diffuser si possible en milieu rural (davantage de formatrices formant davantage d'animatrices organisant donc davantage de groupes de parole donc plus de participantes susceptibles d'être des relais en population). Un autre objectif est de renforcer les capacités et l'autonomie des associations partenaires. Il permet aussi de pérenniser le programme au delà de l'intervention du Planning Familial. En effet, lorsque le programme arrivera à son terme (probablement en 2014 s'il n'est pas renouvelé), les formatrices locales devraient être capables de poursuivre les formations d'animatrices seules et ainsi de permettre aux groupes de parole de perdurer. Ainsi, le Planning Familial pourra éventuellement

développer ce programme dans de nouveaux pays.

4) Une approche counselling

À toutes les étapes de l'action, que ce soit durant la formation ou l'animation des groupes de parole, l'approche counselling est prônée. Il ne s'agit pas d'une vision verticale de l'apprentissage mais d'une mutualisation des connaissances, d'un transfert des savoirs. Cette approche est parfois difficile à faire comprendre par les femmes dans les sites car elles sont habituées à des formations/apprentissages très scolaires. Il faut faire comprendre aux animatrices qu'elles ne doivent pas juger les femmes mais être dans le conseil, l'écoute durant les groupes de parole. L'idée est que ce sont les femmes qui savent le mieux ce qui est bon pour elles-mêmes. On sait que la meilleure contraception est celle que l'on choisit. Par exemple, l'utilisation de méthodes naturelles, bien qu'ayant une efficacité limitée doit être vue comme un premier pas qui peut ensuite déboucher sur une protection plus efficace. Concernant les moyens de contraceptions modernes, le préservatif féminin est promu et diffusé durant les groupes de parole. Il permet aux femmes de négocier plus facilement son port (car elles en ont le contrôle), de ne pas dépendre du choix du conjoint. Cela tend donc vers l'autonomisation des femmes sur leur corps, leur santé et leur sexualité.

Le programme RRS vise donc à apporter aux femmes l'acquisition de connaissances et l'adoption d'attitudes leur permettant d'améliorer leurs capacités à gérer leur sexualité, grâce à une approche globale des risques sexuels, une approche de santé communautaire de type counselling et le développement de personnes relais. Afin de vérifier cet objectif, une étude d'impact en population a été réalisée dans les 3 pays.

B) L'étude d'impact en population

Cette partie est essentiellement une synthèse de divers documents présentant le programme. Pour plus de détails, se reporter au protocole ANRS de l'enquête (ANRS, 2008), et aux mémoires de trois stagiaires du CIC-EC de La Réunion, ayant travaillé sur les phases « avant » de l'étude, au Cameroun à Yaoundé (Pothin, 2012), à Antananarivo (Lenclume, 2011) et à Tuléar (Ravoniharimalala, 2011).

1) Présentation générale

Pour évaluer l'impact en population du programme RRS, une étude a donc été réalisée à partir de 2008 par le CIC-EC de la Réunion et les 3 équipes locales des pays d'intervention. Le CIC-EC est une structure partenaire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Réunion. Les équipes de recherche locales sont le Centre Muraz pour le Burkina Faso, l'Institut de Recherche en Sciences Appliquées (IRSA), partenaire de Université catholique d'Afrique centrale (UCAC), pour le Cameroun et le cabinet de sociologie Miara Mira de Madagascar. L'évaluation a donc nécessité la collaboration des 4 équipes, chacune ayant un rôle bien défini. Cette enquête a été réalisée grâce au financement de l'ANRS et de Sidaction.

Le nom complet de ce programme d'évaluation est le suivant : *Recherche-action pour la prévention du VIH-SIDA à Madagascar, au Burkina Faso et au Cameroun : étude de l'impact en population du programme MFPP « Réduction des Risques Sexuels en direction des femmes » basé sur la formation de formatrices, l'abord global de la sexualité et une approche de santé communautaire.*

Selon le protocole du projet, l'objectif principal est d'étudier l'impact de ce programme en population sur :

- les Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques (CACP) liés au VIH/SIDA et à la santé reproductive,
- la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) déclarées, ou enregistrées dans les centres de santé au cours des douze derniers mois,
- le recours au dépistage du VIH et aux soins pour les IST.

L'objectif spécifique du projet est l'identification des déterminants des CACP, des facteurs qui influencent le niveau de connaissance et les attitudes des femmes face au VIH/SIDA et à leur sexualité. La recherche de ces déterminants est une étape importante dans la lutte contre les risques sexuels, puisqu'elle permet de mettre en évidence les points fondamentaux sur lesquels les programmes d'action (notamment les programmes de prévention dans le domaine du VIH/SIDA et de la santé des femmes) doivent agir en priorité et permet donc l'amélioration de ces programmes.

2) **Déroulement : schéma avant/après, ici/ailleurs**

4 sites ont été retenus pour l'évaluation : Bobo-Dioulasso, Yaoundé, Antananarivo et Tuléar.

Le support de cette évaluation est un questionnaire CACP, passé en face à face avec un enquêteur, à domicile. Des femmes ont rempli ce questionnaire sur chacun des sites.

L'évaluation du programme RRS se base sur la comparaison avant/après et intervention/témoin des CACP. On parle donc d'un schéma « avant/après et ici/ailleurs ».

a) Avant/après

Des femmes ont rempli le même questionnaire CACP :

- **avant la réalisation des groupes de parole, en population générale.** Environ 800 femmes ont été interrogées par site. Cette phase de l'enquête a été réalisée en 2008 pour tous les sites. Le but était de connaître le niveau de base des femmes sur les CACP liés au VIH/SIDA-IST et à la santé reproductive, sans intervention du programme.
- **après les groupes de parole auprès d'un échantillon de participantes** (entre une cinquantaine et une centaine). Cette phase a été effectuée en 2009.
- et **après la réalisation des groupes de parole, en population générale**, mais seulement pour le Burkina Faso et le Cameroun (environ 800 femmes par site). En effet, en raison d'une rupture de financement de la part de Sidaction, seule l'enquête avant a été réalisée à Madagascar. Dans les deux autres pays, cette phase a eu lieu environ six mois après la fin des groupes de paroles, soit en 2010. Il s'agissait alors de mesurer l'impact du programme et de rechercher les éventuels effets positifs. On essaie finalement d'appréhender ici s'il y a eu relais en population de la part de PGP (Participantes aux Groupes de Parole) de leurs CACP acquis durant les groupes de parole.

b) Ici/ailleurs

Pour les deux phases en population (avant et après intervention du planning), deux zones ont été déterminées : une **zone intervention** où ont eu lieu les groupes de parole et une **zone témoin** ayant des caractéristiques similaires mais sans action du Planning Familial et à distance des quartiers intervention. Ces quartiers de la zone témoin étaient comparables sur le plan socio-démographique et sans déroulement des groupes de parole. L'échantillon était d'environ 400

femmes pour chaque zone. L'échantillon intervention sert de groupe expérimental et l'échantillon témoin sert seulement de référence.

Cette approche avant/après et ici/ailleurs permet de voir s'il y a eu des changements dans ces CACP en population grâce à l'intervention du Planning Familial.

3) Sélection des zones et critères d'éligibilité des enquêtées

Les zones intervention sont choisies selon des critères géographiques permettant aux différentes associations collaborant avec le Planning Familial d'intervenir. Les zones témoin ont été sélectionnées par les équipes de recherche locales de manière à être suffisamment éloignées des zones intervention mais comparables sur le plan socio-démographique et sur le risque VIH/SIDA des populations.

Tout projet de recherche obéit à des règles strictes d'inclusion des sujets. Pour participer à cette étude, les femmes devaient remplir des critères précis d'éligibilité.

- Pour être éligibles à l'enquête avant en population, les personnes devaient être des femmes âgées de 15 à 49 ans, vivant dans les zones intervention et témoin, et consentantes à participer. Seules les femmes de cet âge ont été prises en compte car on considère que ce sont celles qui sont susceptibles d'avoir une vie sexuelle plus active mais aussi car ce sont celles qui sont en âge de procréer.

- En ce qui concerne l'enquête après, les critères d'éligibilité sont les mêmes que ceux de l'enquête avant. Cependant, les femmes ayant déjà participé à l'enquête avant et celles résidant depuis moins de 3 mois dans les villages ciblés sont exclues de la deuxième enquête.

Autrement dit, les enquêtées des phases avant et après ne doivent pas être les mêmes femmes.

Dans la mesure où il n'était pas possible, ni nécessaire d'interroger toutes les femmes en âge de procréer des quartiers concernés (intervention et témoins), des échantillons représentatifs ont été constitués, des tirages aléatoires ont été utilisés. Pour cela, un plan d'échantillonnage a été mis en œuvre, qui nécessite de connaître le nombre minimum de personnes à interroger (nombre de sujets nécessaire), afin d'obtenir des résultats fiables et qui soient un bon reflet de la réalité. Le nombre de sujets nécessaire a été calculé pour quelques principaux items des enquêtes CACP (attitude de prévention par rapport aux risques sexuels, connaissance des IST, pratique d'une méthode de contraception moderne, opinion sur les violences conjugales). Par sécurité, l'objectif de 400 femmes par zone (intervention ou témoin dans chaque site) a été retenu.

4) La collecte des données

Pour le recueil des données, des enquêteurs ont été formés durant une semaine. Une vingtaine d'enquêteurs était prévue par site, et ils ont été encadrés et aidés par deux superviseurs et un coordinateur. Ils ont été sollicités à la fois pour la phase avant et pour la phase après (hors Madagascar).

Le questionnaire a été administré à domicile et en face à face par ces enquêteurs. Ils étaient liés par la déontologie et le secret professionnel. Avant de commencer l'entrevue, les enquêteurs devaient se présenter et exposer en quelques mots le projet de recherche. Dans une seconde phase, ils devaient s'assurer du consentement des personnes interrogées tout en leur garantissant que les réponses seraient anonymes et confidentielles. Les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête pouvaient ne pas répondre à certaines questions si elles le souhaitaient ou tout simplement interrompre l'entretien à tout moment. L'entretien durait environ 1 heure et 15 minutes.

5) Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé par l'équipe du CIC-EC en collaboration avec les équipes locales. Pour les 2 sites de Madagascar, il a été traduit en malgache.

Le questionnaire est organisé autour de 6 grandes parties pour le Burkina Faso et le Cameroun et de 5 parties pour Madagascar. La première partie permet de définir les caractéristiques sociodémographiques de ces femmes et les autres parties visent à évaluer leurs connaissances, attitudes, comportement et pratiques (CACP). Le questionnaire reprend pour partie les items des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) du Burkina Faso, du Cameroun et de Madagascar.

- **partie 1 : caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée** : âge de l'enquêtée et éventuellement celui de son mari/partenaire, appartenance religieuse, niveau d'éducation, statut matrimonial, situation familiale, gestité, parité, situation professionnelle. **26 items.**

- **partie 2 : suivi de santé et comportements de recours aux soins** : accès et obstacles aux soins, aux centres de santé, motifs, difficultés. **5 items.**

- **partie 3 : sexualité de l'enquêtée et violence** : connaissance du corps (maturité sexuelle, mécanismes biologiques), pratiques de prévention des risques sexuels, connaissance des moyens de protection, accessibilité du préservatif, histoire de sa sexualité, attitudes sur sa sexualité et sur la sexualité des jeunes, attitudes sur les relations homme- femme (statut de la femme, répartition des

rôles) et sur les violences conjugales. **53 items.**

- **partie 4 : planification familiale (contraception et avortement) :** connaissances et pratiques des moyens de contraceptions modernes et traditionnels, attitudes et histoire personnelle vis-à-vis de l'avortement, opinions concernant les préservatifs masculin et féminin. **33 items.**

- **partie 5 : risques sexuels, VIH/SIDA et IST :** connaissances (modes de transmission, moyens de prévention, traitements, symptômes des IST chez les hommes et les femmes), perceptions du risque individuel et communautaire, attitudes (tolérance envers les personnes séropositives, participation à des séances d'information et de prévention), comportements (communication / discussion avec les autres, leur entourage, recours au test de dépistage, sources d'information utilisées), IST déclarées et signes cliniques d'infections au cours des 12 derniers mois, traitements, information du conjoint et comportements préventifs. **50 items.**

- **partie 6 : excision (uniquement pour le Burkina Faso et le Cameroun) :** connaissances et opinions en matière d'excision, histoire personnelle (mutilations subies). **11 items.**

On peut également ajouter à ces 6 parties une **partie préliminaire** : « **Identification de la personne** » dans laquelle on trouve entre autres des informations concernant le pays d'enquête, la zone (intervention/témoin), le village, les dates de visites etc. Pour des raisons de confidentialité et d'anonymat, le nom de la personne n'y figure bien sûr pas.

Enfin, **certaines questions ne figurant pas dans le questionnaire ont été posées en plus aux PGP** (à toutes les enquêtées dans la phase GP de l'enquête et aux quelques enquêtées de la phase après en population, qui avaient participé à des groupes de parole RRS). **5 items.**

On leur a demandé quels ont été les sujets qui les ont le plus marquées durant les GP (sujets 1 et 2), si on leur posait des question depuis leur participation aux groupes de parole (si oui, qui?), l'impact des GP sur leur vie future, etc.

6) Data management déjà réalisé

Les données ont ensuite été saisies.

Afin de rendre les bases de données « exploitables » et de s'assurer la fiabilité de la base, un travail de data management a été réalisé. Il s'agit de toutes les vérifications ainsi que toutes les modifications, corrections qui ont été apportées à la base de données, de la gestion et de l'organisation de la base. Ce travail préalable est nécessaire pour ensuite analyser les données.

Les erreurs de frappe ont été corrigées, les anomalies rectifiées (par exemple si l'âge de la femme, celui de son premier enfant et l'âge du premier rapport sont incohérents, ne correspondent pas).

Il a aussi été vérifié si les nombreux sauts de questions avaient été respectés. Sur quelques questionnaires, l'enquêtrice était censée faire un saut de question, par rapport à la réponse. Mais le nombre d'individus ayant répondu à la question B alors que la réponse à la question A conduisait à sauter la question B, dépasse le nombre attendu. Une fois toutes ces corrections effectuées, de nouvelles variables ont été créées à partir des anciennes.

Les femmes pour lesquelles l'âge et l'année de naissance ne sont pas renseignés ou qui étaient en dehors de la tranche 15-49 ans au moment de l'enquête ont été éliminées de la base, ainsi que celles résidant depuis moins de 3 mois dans la zone de l'enquête ou ayant participé à l'enquête avant, pour la phase après en population.

Pour constituer la base définitive, seules les femmes ayant rempli ou rempli partiellement le questionnaire ont été retenues.

7) Complément de data management et synthèse réalisée sur les enquêtes par sites et phases de l'enquête

10 bases de données au total ont été reçues pour ce travail d'analyse. Étaient regroupées dans une même base zones intervention et témoin. Il s'agissait donc des bases :

- Burkina Faso : phases avant, groupes de parole et après (3)
- Cameroun : phases avant, groupes de parole et après (3)
- Antananarivo : phases avant et groupes de parole (2)
- Tuléar : phases avant et groupes de parole (2)

La première difficulté rencontrée a été la suivante : le travail de data management avait été réalisé pour certaines bases de données mais pas pour d'autres. Essentiellement au Burkina Faso, ce travail n'avait pas été effectué pour certaines bases. Ces dernières comportaient alors les femmes n'ayant pas rempli le questionnaire pour une quelconque raison et celles ne remplissant pas les critères d'éligibilité présentés plus haut. Un grand nombre de valeurs manquantes dans ces bases de données (pour des questions qui ne suivaient pas une question filtre mais concernaient toutes les enquêtes) a permis de révéler cela.

Les bases de données concernées ont donc été modifiées. Cette modification s'est faite par la création de nouvelles bases comportant les femmes ayant rempli entièrement ou partiellement le

questionnaire et excluant les questionnaires non remplis et les femmes ne remplissant pas les critères d'éligibilité (comme cela avait été fait pour d'autres bases lors du data management). En ce qui concerne la première condition (on inclut uniquement les questionnaires remplis), la variable « résultat » a permis de faire cette sélection.

a) La variable « résultat »

Le résultat est indiqué à la visite de l'enquêteur (il peut y avoir jusqu'à 4 visites, par exemple si la femme n'est pas là aux visites précédentes ou si elle préfère remplir le questionnaire à un autre moment). Cette variable se trouve dans la partie préliminaire du questionnaire.

Elle est divisée en sous-variables : RESULT1, RESULT2, RESULT3, RESULTF.

Elles sont codées ainsi :

1= Rempli : questionnaires pour lesquels toutes les questions posées ont été renseignées.

2= Pas à la maison : personnes absentes à chaque visite.

3= Différé : femmes qui n'ont pas pu répondre aux questions lors d'une visite donnée mais qui étaient d'accord pour le remplir à un autre moment.

4= Refusé : personnes qui n'ont pas souhaité participer à l'enquête. Les motifs de refus sont indiqués en clair.

5= Rempli partiellement : questionnaires pour lesquels les enquêtées ont souhaité s'arrêter avant la fin.

6= Incapacité : personnes qui ne parvenaient pas à répondre, c'est-à-dire qui ne comprenaient pas le sens des questions.

7= Autre (préciser) : autres motifs pour lesquels l'enquêteur n'a pas posé de question. On retrouve par exemple pour motif un décès dans la maison ou la personne à interroger est à l'hôpital. Les motifs « autre » sont indiqués en clair.

Afin de sélectionner les femmes ayant rempli le questionnaire, on s'intéresse surtout au résultat final (lors de la dernière visite).

b) Répartition des enquêtées

Le tableau ci-dessous donne la répartition des questionnaires valides et non valides, parmi l'ensemble des personnes contactées.

Tableau 1 : Pourcentage de questionnaires valides et non valides parmi l'ensemble des personnes contactées

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR			
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP
Valides	80,3	100,0	78,5	?	98,1	?	87,2	100,0	97,9	100,0
Non valides	19,7	0,0	21,5	?	1,9	?	12,8	0,0	2,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	?	100,0	?	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	832	118	796	?	54	?	867	134	780	47

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

? : l'effectif total de personnes contactées au Cameroun, phases avant et après est inconnu (pas d'accès à ces informations). On dispose seulement des questionnaires valides.

Les questionnaires valides comportent les questionnaires remplis entièrement et ceux remplis partiellement. Le tableau ci-dessous montre la répartition de ces deux catégories.

Tableau 2 : Pourcentage de questionnaires remplis entièrement et partiellement parmi les questionnaires valides

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT **	GP	APS	TANA AVT **	TANA GP	TUL AVT **	TUL GP	
Remplis entièrement	98,3	100,0	100,0	99,7	100,0	100,0	99,2	100,0	100,0	100,0	99,7
Remplis partiellement	1,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

** Ces chiffres sont issus des 3 mémoires de stage sur les phases « avant » de l'étude, pour le Cameroun (Yaoundé), Antananarivo et Tuléar. (Lenclume, 2011 ; Pothin, 2012 ; Ravoniharimalala, 2011)

On se rend compte que parmi l'ensemble des questionnaires valides (toutes phases et sites de l'enquête), seuls 0,3 % ont été remplis partiellement, tous les autres ont été remplis entièrement

Des questionnaires ont été qualifiés de non valides pour différents motifs. Le tableau ci-dessous montre ces différents motifs et leur répartition parmi les questionnaires non valides.

Tableau 3 : Répartition des questionnaires non valides

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR			
	AVT	GP	APS	AVT **	GP	APS	TANA AVT **	TANA GP	TUL AVT **	TUL GP
Incapacité	6,1	-	4,7	?	0,0	?	3,6	-	6,2	-
Refus	14,6	-	4,7	?	0,0	?	62,2	-	25,0	-
Pas à la maison	25,6	-	7,6	?	0,0	?	9,9	-	0,0	-
Autre	0,0	-	80,7	?	0,0	?	19,8	-	12,5	-
Questionnaire non rempli mais résultat final pas renseigné	50,6	-	0,6	?	0,0	?	0,0	-	0,0	-
Les femmes ne remplissent pas les critères d'éligibilité	3,0	-	1,8	?	100,0	?	4,5	-	56,2	-
Total	100,0	-	100,0	?	100,0	?	100,0	-	100,0	-
Effectif total	164	0	171	?	1	?	111	0	16	0

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : parfois les chiffres de ces tableaux ne correspondent pas exactement à ceux des bases car certaines erreurs ont été rectifiées. Par exemple, on retrouvait quelquefois « pas là » (en clair) dans la modalité « autre », cela a donc été comptabilisé dans « pas à la maison » ; parfois il était écrit « rempli » et le questionnaire n'avait pas été rempli etc.

Détails des questionnaires valides et non valides par sites et phases de l'enquête

BURKINA FASO

- *Pour l'enquête avant en population, l'échantillon tiré était initialement de 832 personnes. Mais parmi celles-ci, 42 n'étaient pas à la maison, 24 ont refusé de participer à l'enquête, 10 étaient en incapacité de répondre. 83 autres n'ont pas rempli le questionnaire mais cela n'a pas été codé. Finalement, 159 questionnaires n'ont pas été remplis. Concernant les critères d'éligibilité, 5 femmes n'ont pas renseigné leur âge ni leur année de naissance donc elles ont été exclues de la nouvelle base de données. 11 femmes ont rempli partiellement le questionnaire et 657 enquêtées ont rempli le questionnaire en entier. **Donc au total 668 femmes ont été retenues pour cette analyse.***
- *Pour l'enquête auprès des participantes aux groupes de parole, les 118 enquêtées ont rempli le questionnaire. Le nombre de questionnaires valides est donc également de 118.*

- *Pour l'enquête après, 796 femmes ont été sélectionnées pour participer à l'enquête.* Cependant, on observe un questionnaire non rempli, cela n'étant pourtant pas codé, 143 n'ont pu répondre au questionnaire pour une autre raison (pas de femme en âge de procréer, a déjà participé à l'enquête avant en 2008, pas éligible, etc), 5 étaient en incapacité (problème mental, maladie...), 8 ont refusé et 11 femmes n'étaient pas là. 168 questionnaires n'ont donc pas été remplis. Parmi les 628 questionnaires remplis, 3 femmes résidaient depuis moins de 3 mois dans la zone d'intervention ou témoin. Elles ont donc été exclues de l'analyse. **La nouvelle base ainsi constituée comporte 625 femmes.**

CAMEROUN

À noter que la création des masques de saisie, la saisie des données et le data management des 3 bases de données Cameroun ont été effectués par l'équipe de recherche locale (contrairement aux bases de données du Burkina Faso et de Madagascar qui ont été créées au CIC-EC). Les bases de données du Cameroun reçues et celles dont disposaient le CIC-EC n'étaient pas les versions initiales. Certaines informations n'ont donc pas pu être obtenues, notamment les refus, pas à la maison, autres motifs de non réponse au questionnaire...

- *Concernant l'enquête avant en population, le nombre d'enquêtées était de 800, après data management (sur la base de données reçue).* 1 était en incapacité de remplir le questionnaire, 797 l'ont rempli intégralement et 2 partiellement. Cependant, 8 femmes n'ont pas renseigné leur âge et ont donc été exclues de l'analyse. **Le nouvel échantillon se compose donc de 791 femmes** (Pothin, 2012).
- *Pour l'enquête auprès des participantes aux groupes de parole, 54 PGP ont répondu au questionnaire (sur la base de donnée reçue).* Parmi celles-ci, il y avait une fille de 13 ans. Elle a donc été enlevée de la base de données car elle n'entrait pas dans la tranche d'âge requise pour l'enquête. Une seconde enquêtée allait atteindre ses 15 ans quelques jours après la passation du questionnaire, elle a donc été laissée dans la base de données. **Finalement, 53 femmes ont été retenues pour l'analyse.**
- *Concernant l'enquête après, la base de donnée reçue comportait 800 enquêtées.* Une femme n'avait pas renseigné son âge ni son année de naissance et a donc été exclue. **Ainsi, la nouvelle base de données est composée de 799 sujets.**

ANTANANARIVO

- *Concernant l'enquête avant en population, 867 femmes ont été sélectionnées pour participer à l'enquête.* Parmi elles, 69 ont refusé de répondre au questionnaire, 4 femmes étaient incapables de répondre, 11 étaient absentes à chaque visite effectuée par les enquêtrices, 22 enquêtées n'ont pas pu remplir le questionnaire pour un autre motif. 106 femmes n'ont donc pas rempli le questionnaire. 756 questionnaires ont été remplis entièrement et 6 partiellement. Par ailleurs, 5 femmes n'avaient pas entre 15 et 49 ans, et ont donc été exclues de l'analyse. **Finalement, 756 enquêtées ont été retenues pour l'analyse.** (Lenclume, 2011).
- *L'enquête auprès des participantes aux groupes de parole concernaient 134 enquêtées qui ont toutes répondu au questionnaire. Les répondantes valides sont donc de 134.*

TULÉAR

- *Pour l'enquête avant en population, 780 femmes ont été tirées pour participer à l'enquête.* Parmi celles-ci, 1 était dans l'incapacité de répondre, 4 ont refusé de participer à l'enquête, 2 n'ont pas rempli le questionnaire pour un autre motif. Par ailleurs, 9 femmes ont été exclues de l'échantillon soit parce qu'elles ne remplissaient pas les critères d'éligibilité notamment d'âge, soit parce qu'il y avait des données manquantes. **Finalement, 764 femmes ont été retenues pour l'analyse** (Ravoniharimalala, 2011).
- *Pour l'enquête auprès des participantes aux groupes de parole, 47 femmes ont été enquêtées et 47 également ont été incluses dans l'analyse.*

Ainsi, la modification de certaines bases a supprimé un grand nombre de valeurs manquantes qui étaient dues à des questionnaires non remplis (refus, pas à la maison, incapacité...).

Remarque sur les questionnaires remplis partiellement

Certaines valeurs manquantes (hors 99 : non réponse et après modification des bases de données) correspondent aux femmes qui ont rempli partiellement le questionnaire.

Prenons un exemple. Au Burkina Faso, pour l'enquête avant, une nouvelle base de données a été créée avec les 668 femmes ayant rempli totalement ou partiellement le questionnaire. À la question (non précédée d'un filtre) V601 : « Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? », il y a 11

réponses manquantes. Or, également 11 femmes ont rempli partiellement le questionnaire. Après vérification, ce sont ces mêmes femmes qui n'ont pas répondu à la question V611.

On se rend compte que les valeurs manquantes se trouvent à la fin du questionnaire puisque les femmes ayant rempli partiellement interrompent le questionnaire avant la fin. La question précédente sur l'excision, se trouvant dans la dernière partie du questionnaire en est un parfait exemple.

L'ensemble de l'analyse qui suit concernant exclusivement les questionnaires valides, on parlera désormais des « enquêtées » ou des « femmes » de manière générale. Il s'agit donc seulement des femmes ayant rempli (totalement ou partiellement) le questionnaire.

Au total, sur les 4 sites, **4755 femmes ont été enquêtées** : 1411 enquêtées au Burkina Faso, 1643 au Cameroun et 1701 à Madagascar (890 enquêtées à Antananarivo et 811 enquêtées à Tuléar). Tous sites confondus, 2979 femmes ont été enquêtées pour la phase d'enquête avant, 352 pour la phase auprès de PGP et 1424 pour la phase après en population.

Voir *Annexe 1 : Schéma récapitulatif des enquêtées par sites et phases d'enquête.*

c) Lien entres les enquêtées et/ou les différentes phases

Au Burkina Faso,

- Parmi les 118 PGP ayant rempli le questionnaire, 2 femmes avaient participé à l'enquête avant en population.
- Parmi les 625 enquêtées de la phase après, aucune n'avait été formatrice ni animatrice sur le programme RRS. 5 femmes avaient participé au programme RRS avant 2007 (avaient participé à des groupes de parole ou se considéraient relais en population). 78 ont entendu parler des GP RRS menés en 2007-2008. 94 femmes sur les 625 avait participé à un groupe de parole en 2008-2009. Parmi ces dernières, une a répondu au questionnaire pour la phase auprès des PGP. À ces 94 femmes, on a posé les questions exclusivement pour les PGP (sujets qui ont le plus marqué etc).

Au Cameroun,

- Parmi les 53 PGP enquêtées au Cameroun, 4 ont participé à l'enquête avant en population.

- Parmi les 799 enquêtées de la phase après en population, 14 enquêtées avaient participé aux GP du programme RRS récemment. Elles ont donc répondu aux questions concernant spécifiquement les groupes de parole.

8) Analyse quantitative des données

- Pour l'analyse comparative avant/après et vu le nombre très important d'items dans le questionnaire, afin de synthétiser l'information, des scores de CACP ont été établis. Des scores de connaissance, d'attitude et des scores de comportement et pratiques ont été mis en place avec une note pour chaque enquêtée. Ils ont été utilisés pour évaluer la qualité des CACP des enquêtées (Favier, 2012).
- Des stagiaires du CIC-EC ont analysé les déterminants des CACP sur les bases de données des sites du Cameroun, d'Antananarivo et de Tuléar, pour les phases « avant en population ». (Lenclume, 2011 ; Pothin, 2012 ; Ravoniharimalala, 2011).

9) Les variables ouvertes

a) Définition et liste

Le questionnaire RRS a été établi de manière à laisser aux personnes interrogées la possibilité de s'exprimer librement pour certaines questions.

- Parfois, l'ensemble des enquêtées étaient invitées à s'exprimer librement sur une question. Il s'agit des **réponses en clair**.

Exemple : V433 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif féminin ?

- Parfois, des modalités de réponse ont été préétablies, avec une modalité autre en clair, dans le cas où la réponse donnée ne pouvait rentrer dans une des modalités existantes. L'enquêtrice devait bien vérifier que la réponse ne correspondait à aucune indiquée dans le questionnaire. Si elle ne figurait pas dans la liste, elle était alors censée écrire en clair la réponse. Il s'agit des **réponses « autre »**.

Exemple : V306 : À quoi voit-on la maturité sexuelle chez les filles ?

- *Seins*
- *Règles*

- *Élargissement du bassin*
- *Autre* _____

Au total, le questionnaire CACP comporte **64 variables ouvertes** :

- **18 en clair** : REFUS 1,2,3,F, AUTRE 1,2,3,F, V104, V121, V321, V328, V332, V432, V433, V701A, V701B et V130 uniquement pour Madagascar.

- **46 ayant une modalité « autre »** : V105, V202, V204, V205, V302, V304, V306, V307, V308, V319, V322, V323, V326, V329, V330, V334, V336, V339, V341, V345, V347, V348, V352, V353, V402, V404, V405, V409, V410, V411, V415, V504, V523, V526, V531, V533, V534, V544, V545, V547, V551, V554, V607 uniquement pour le Burkina Faso et le Cameroun, V609 uniquement pour le Burkina Faso et le Cameroun, V703, V705.

b) Remarques sur ces variables et travail effectué (en dehors de l'analyse)

- La retranscription des questions ouvertes devait se faire « mot pour mot », comme indiqué dans le guide destiné aux enquêteurs (CIC-EC de la Réunion, 2008). Or on se rend compte que cela n'a pas toujours été le cas. Par exemple, l'enquêteur retranscrit parfois « elle » ou « l'enquêtée » au lieu du « je » si la transcription s'était faite mot pour mot.
- Au Cameroun, certaines réponses en clair à des variables ont été « tronquées », c'est-à-dire limitées à un certain nombre de caractères. Selon le data manager du CIC-EC, elles n'ont pas été tronquées automatiquement pas le logiciel mais manuellement par l'opérateur de saisie. N'ayant pas eu de réponse de la part des personnes autonomes qui ont travaillé sur les bases de données du Cameroun, les questions complètes n'ont pu être récupérées. Cependant, cela concerne une quarantaine de réponses pour les variables d'analyse choisies, ce biais (détaillé dans la partie « limites » du rapport) est donc limité.
- Pour Madagascar, les réponses en clair en langue malgache ont dû être traduites lors du data management, ce qui comporte les biais de traduction communs à toute enquête (difficulté de traduire fidèlement des idées abstraites, liées à des représentations).
- Bien souvent des réponses en clair auraient pu rentrer dans une modalité de réponse pré-

codée. En effet, des réponses « autres » figuraient déjà dans la liste de réponses possibles. Pourtant, il était bien demandé à l'enquêtrice dans le guide destiné aux enquêteurs : « *Avant de cocher la case autre, bien vérifier que cette réponse n'est pas déjà listée* » (CIC-EC de la Réunion, 2008).

Pour les bases de données où le data management avait été fait, ce dernier incluait un travail pour rectifier ces erreurs. Il a été vérifié que les modalités autres n'étaient pas des réponses préétablies, et lorsque c'était le cas, un recodage a été effectué. Par exemple, pour la variable V322 (raison de la non utilisation d'un condom au dernier rapport sexuel), une réponse en clair « *veut avoir des enfants* » a été supprimée dans « autre » et est rentrée dans la catégorie « Veut concevoir ».

Cependant dans la plupart des bases de données reçues, le même constat a pu être fait. Ainsi une petite partie de cette analyse comprend des réponses « autre » redondantes par rapport aux modalités de réponses pré-existantes.

- Pour la création des scores et autres analyses quantitatives, pour chaque question permettant des réponses en clair, de nouvelles modalités ont été créées, pour regrouper et synthétiser l'information tout en conservant l'idée générale.

L'analyse ici présente est indépendante de ce travail déjà réalisé, malgré un regroupement par idées des réponses des femmes dans ce rapport. Il s'agit ici d'une analyse textuelle, du discours, souhaitant justement montrer la diversité des réponses des enquêtées et par cela révéler un certain nombre d'idées reçues et de représentations. Voyons maintenant la méthodologie employée pour atteindre cet objectif.

II) MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un stage de fin d'études de 5 mois, après l'obtention du Master « Expertise en Population et Développement » de l'Université Paris Descartes, puis d'un CDD d'1 mois, à la confédération du Planning Familial de Paris. Ce rapport est donc le fruit d'un travail de 6 mois, réalisé entre août 2012 et janvier 2013.

La coordination scientifique a été réalisée par François Favier, médecin coordonnateur du CIC-EC et Myriam de Loenzien, chargée de recherche en démographie à l'IRD et au CEPED. Au niveau de la confédération du Planning Familial, Dominique Audouze, chargée de mission internationale, a assuré le suivi du stage. Les échanges avec François Favier sur ce travail se sont faits principalement par courriels mais également lors de ses visites à Paris. D'autre part, des réunions de travail ont eu lieu régulièrement au CEPED avec Myriam de Loenzien.

A) Étapes préalables

Le travail s'est effectué sur 9 bases de données, à l'aide du logiciel PSPPIRE, 0.7.9, logiciel libre sur Linux. Il s'agit d'un logiciel assez similaire à SPSS, ayant les mêmes fonctionnalités de base. Il était suffisant pour le travail statistique à réaliser pour cette analyse. Une base de donnée (Burkina Faso, phase après en population) ne pouvait s'ouvrir sous PSSPIRE, il a donc fallu procéder différemment.

Dans un premier temps, l'ensemble des 64 variables ouvertes (en clair et autres) , dans le questionnaire et les bases de données, ont été identifiées.

L'ensemble de ces variables ont alors été réparties dans les grands thèmes suivants :

- **Caractéristiques socio-démographiques de la personne** : 3 variables
- **Recours aux soins de santé** : 3 variables
- **Corps et sexualité** : 9 variables
- **Image du préservatif et comportement vis-à-vis de celui-ci** : 13 variables
- **Planification familiale/contraception/avortement** : 8 variables
- **Violences et excision** : 5 variables

- **VIH/SIDA et IST** : 11 variables

- **Autour du questionnaire** (motifs de refus pour remplir le questionnaire, sujets qui ont le plus marqué les femmes durant les groupes de parole etc) : 12 variables.

Ces thèmes sont assez proches des différentes parties du questionnaire mais pas identiques. Il a par exemple été décidé de réaliser une partie uniquement sur le préservatif, car un grand nombre de variables concernent celui-ci et qu'il y a beaucoup de matière, de réponses à ces questions. Le thème de la violence (qui se trouvait dans la partie sexualité du questionnaire) et de l'excision (partie à part) ont été regroupées pour des raisons de cohérence.

Un travail a d'abord été effectué sur la base de données du Burkina Faso, enquête avant en population. Le but de cette démarche était d'avoir un aperçu de l'ensemble des variables qualitatives sur une base de données. Cela a également permis d'appréhender les questions qui semblaient intéressantes ou non à sélectionner pour l'analyse.

B) Choix des variables

1) Justification du choix

Étant donnée la taille de l'échantillon et l'objectif de l'analyse (mettre en avant des croyances, représentations, idées reçues des femmes), plutôt que de survoler l'ensemble, décision a été prise de réduire le nombre de variables ouvertes à analyser. Pour cela, l'ensemble des bases de données ont été observées relativement rapidement, pour avoir un aperçu global des réponses des femmes et choisir les variables ayant les réponses les plus parlantes. Un argumentaire justifiant les choix (pour les variables retenues comme pour les autres) a ensuite été rédigé. Ce choix reposait d'abord sur le contenu des réponses : celles qui ne révélaient pas des représentations mais apportaient simplement des informations factuelles (dernière classe achevée avec succès, qui a donné l'information sur les règles, etc) ont été éliminées. Ces réponses ne semblaient pas pertinentes pour l'analyse qui est la nôtre. Ont ensuite été éliminées les questions qui auraient pu être intéressantes mais dont l'effectif de réponses étaient insuffisant. Pour cela, on a regardé pour chaque base de données le nombre de réponses textuelles « en clair » ou « autre » pour les 64 variables ouvertes (ce qui a permis de construire le tableau 6 ci-dessous). Un effectif trop faible ne permettait pas de réaliser une analyse. Finalement, 19 variables avaient été sélectionnées pour l'analyse et un argumentaire sur le choix de ces variables avait été rédigé. Il a été envoyé aux personnes concernées afin d'avoir leur opinion sur ce choix. Après discussion, notamment avec François Favier, décision a été prise d'en retenir 32

pour l'analyse. Cela peut sembler beaucoup. Cependant, il faut rappeler que même si ce sont des questions ouvertes, il s'agit tout de même d'un questionnaire et non d'entretiens qualitatifs. Les réponses des enquêtées sont donc courtes et prennent souvent sens lorsqu'elles sont regroupées ; elles se complètent. C'est en cela qu'il était préférable ne pas trop limiter le nombre de variables avec l'objectif de pouvoir réaliser une analyse assez approfondie. De plus, certaines variables ont un effectif de réponses nettement moins important que d'autres et ont donc été plus courtes à analyser, mais elles complètent cependant bien les autres. Synthétisons maintenant ce choix.

2) Tableaux récapitulatifs sur le choix des variables : 32 variables retenues et 32 variables non retenues.

Tableau 4 : Variables retenues ou non sur les principaux thèmes du questionnaire

Thème	Variables non retenues (32)	Variables retenues (32)
Recours aux soins de santé	-V202 : motifs du recours	-V204 : que faire quand on ne se sent pas bien ? -V205 : obstacles aux soins
Corps et sexualité	-V302 : source d'information -V304 : moment du cycle -V323 : type de relation dernier partenaire sexuel -V330 : type de relation autre partenaire sexuel -V345 : discussion sexualité avec les jeunes	-V306 : maturité sexuelle filles -V307 : maturité sexuelle garçons -V308 : définition rapport sexuel -V348 : perception des rapports sexuels
Image du préservatif et comportement vis-à-vis de celui-ci	-V326 : raison de l'utilisation d'un condom (autre partenaire) -V328 : prix du condom (autre partenaire) -V329 : raison de la non utilisation d'un condom (autre partenaire) -V334 : endroit où se procurer condoms masculins -V339 : endroit où se procurer condoms féminins	-V319 : raison de l'utilisation d'un condom -V321 : prix du condom -V322 : raison de la non utilisation d'un condom -V332 : pourquoi achat du condom par les femmes pas acceptable -V336 : raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom masculin -V341 : raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin -V432 : autres remarques condom masculin -V433 : autres remarques condom féminin
Planification familiale / Contraception/ Avortement	-V347 : discussion contraception avec les jeunes -V402 : source d'information -V404 : discussion autour de la planification familiale	-V405 : connaissance moyens de contraception et V406 : déjà utilisé ? -V409 : méthode de contraception utilisée actuellement -V410 : raison choix méthode actuelle -V411 : raison de la non-utilisation d'une méthode de contraception -V415 : moyen d'avortement utilisé

Violences et excision	-V607 : personne ayant excisé l'enquêtée	-V130 : humiliations des femmes par leur mari -V352 : moyens de protection de la maltraitance -V353 : raison des femmes pour cacher les violences subies ? -V609 : effets néfastes de l'excision
VIH/SIDA et IST	-V523 : discussion autour du SIDA -V526 : source d'information -V533 : lieu où l'on peut faire le test du SIDA -V534 : lieu où on a fait le test du SIDA	-V504 : moyens de protection du VIH/SIDA. -V531 : raisons pour être réticente à faire le dépistage SIDA -V544 : signes/symptômes IST chez l'homme -V545 : signes/symptômes IST chez la femme -V547 : raisons réticence d'aller consulter en cas de signes/symptômes d'IST -V551 : traitement de la dernière infection -V554 : ce qui a été fait pour éviter d'infecter le partenaire lors de la dernière infection

Tableau 5 : Variables retenues ou non sur les caractéristiques socio-démographiques et les questions autour du questionnaire.

Thème	Variables non retenues (13)	Variables retenues (2)
Caractéristiques socio-démographiques	-V104 : dernière classe achevée -V105 : religion -V121 : occupation	
Autour du questionnaire	-REFUS1 : motifs de refus questionnaire première visite -REFUS2 : motifs de refus questionnaire deuxième visite -REFUS3 : motifs de refus questionnaire troisième visite -REFUSF : motifs de refus questionnaire visite final -AUTRE1 : autre raison de ne pas remplir le questionnaire à la première visite -AUTRE2 : autre raison de ne pas remplir le questionnaire à la deuxième visite -AUTRE3 : autre raison de ne pas remplir le questionnaire à la troisième visite -AUTREF : autre raison de ne pas remplir le questionnaire à la visite finale -V703 : personne posant des questions depuis la participation aux GP -V705 : participation à des actions organisées par les autorités.	-V701A : sujet le plus marquant durant les groupes de parole (GP) -V701B : second sujet le plus marquant durant les GP

3) Les 32 variables choisies

Pour avoir le détail des variables retenues (regroupées par thème), se reporter à l'Annexe 2 : Énoncé des 32 variables choisies.

4) Tableau 6 : récapitulatif de l'effectif des réponses « en clair » ou « autres » des variables retenues pour chacune des bases de données et l'ensemble

VARIABLE	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
V130	0	0	0	0	0	0	0	257	1874	125	2256
V204	8	0	14	27	4	25	10	2	12	1	103
V205	1	1	3	11	0	20	32	3	10	0	81
V306	71	60	119	191	19	266	288	46	184	15	1259
V307	301	49	253	198	20	258	191	36	153	13	1472
V308	0	7	7	39	0	11	1	0	0	0	65
V319	2	2	3	24	1	14	3	0	0	2	51
V321	2	5	3	46	6	39	13	8	60	7	189
V322	90	19	84	79	7	74	59	5	38	6	461
V332	286	5	218	64	3	48	184	36	118	2	964
V336	92	6	51	65	2	71	81	13	87	4	472
V341	48	1	16	58	2	85	18	2	27	2	259
V348	2	2	6	19	0	13	24	0	19	0	85
V352	168	46	80	302	15	223	83	4	46	5	972
V353	106	34	69	110	10	121	263	41	56	3	813
V405	10	4	84	118	8	148	11	3	7	3	396
V409	23	1	29	43	4	65	1	0	1	0	167
V410	50	23	56	67	6	61	53	17	28	7	368
V411	128	16	77	86	6	84	60	7	24	2	490
V415	0	1	2	21	3	20	20	0	34	5	106
V432	425	90	451	553	45	754	179	65	196	31	2789
V433	424	94	451	553	46	751	178	65	193	33	2788
V504	54	29	83	74	3	42	100	24	42	5	456
V531	24	2	8	15	3	8	118	12	65	4	259
V544	25	18	46	135	14	83	101	20	34	1	477
V545	27	23	30	143	6	69	83	7	30	4	422
V547	1	1	9	0	0	0	15	0	13	0	39
V551	2	1	3	7	0	12	3	0	0	0	28
V554	4	2	5	12	0	15	4	0	2	0	44
V609	67	55	55	59	1	47	—	—	—	—	284
V701A	—	118	94	—	46	14	—	130	—	43	445
V701B	—	118	90	—	44	13	—	110	—	46	421
TOTAL	2441	833	2499	3119	324	3454	2176	913	3353	369	19481

Légende

Nombre total de réponses (pour l'ensemble des bases de données)*

1000 et plus

De 100 à 300

De 500 à 1000

De 50 à 100

De 300 à 500

De 0 à 50

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

** Il faut noter qu'il s'agit bien là du nombre de réponses et non du nombre de femmes qui ont répondu en clair à la question. Ces deux chiffres ne sont en effet pas toujours équivalents. On le verra plus loin, par exemple avec la question V130, qui concerne les humiliations que les maris/partenaires font subir à leur femme.*

Remarque : écart entre le nombre de modalités « autre » cochées et le nombre de réponses en clair

Il arrive que des femmes choisissent la modalité « autre » mais n'aient pas répondu en clair, ou du moins que la réponse n'ait pas été retranscrite dans les bases de données. Pourtant, dans le guide destiné aux enquêteurs, il était bien demandé : « *si une réponse ne fait pas partie des réponses déjà listées, cochez la case Autre et notez la réponse en clair* » (CIC-EC de la Réunion, 2008).

D'autres fois, les femmes ne choisissent pas la modalité « autre » mais indiquent tout de même quelque chose en clair.

Cela explique le léger écart de chiffres entre les réponses cochées « autres » et les réponses en clair. Cette analyse porte sur l'ensemble des réponses en clair, car même dans les cas où l'enquêtée n'a pas indiqué la modalité autre, sa réponse pourra être parlante et compléter ce qui a été coché par l'enquêteur.

C) Résultats de l'analyse par thèmes et variables

La partie résultat de ce rapport est regroupée par grands thèmes :

- RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ
- CORPS ET SEXUALITÉ
- PLANIFICATION FAMILIALE/CONTRACEPTION/AVORTEMENT
- IMAGE DU PRÉSERVATIF ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE CELUI-CI
- VIH/SIDA ET IST

- VIOLENCES ET EXCISION
- THÈMES PRÉFÉRÉS DES FEMMES DURANT LES GROUPES DE PAROLE

Pour l'ensemble des 10 bases de données, l'analyse a été réalisée variable par variable. Cela a permis d'avoir un aperçu global, puisque beaucoup de réponses sont similaires entre pays et phases d'enquêtes. Certaines spécificités ont pu être mises en lumière. Il n'y a pas de déclinaison par pays ou base de données car cela aurait suscité beaucoup trop de répétitions.

L'analyse s'est faite en trois étapes :

1. Répartition des réponses pour les questions filtre précédant la variable d'analyse (si existantes).
2. Répartition de l'ensemble des modalités de réponses de la variable d'analyse (sauf pour les questions en clair).
3. Description textuelle des réponses « autre » ou « en clair » (cœur de l'analyse)

Au début de chaque thème, on peut voir une **arborescence** comportant les variables retenues pour l'analyse et les variables filtre. Elle permet de situer les réponses en clair et autres dans le questionnaire et donne une vue d'ensemble de l'enchaînement des questions.

Lecture de l'arborescence : les variables en gras correspondent aux variables retenues, les autres sont les variables filtre. En rouge se trouve le nombre de réponses cochées autres et son pourcentage sur l'ensemble des réponses à cette question. En violet, il s'agit du réel nombre de réponses en clair et son pourcentage sur l'ensemble des réponses à cette question.

Voyons maintenant le détail des 3 étapes évoquées plus haut.

1) Répartition des réponses pour les questions filtre précédant la variable d'analyse

Il y a 23 variables filtre qui précèdent certaines des 32 variables choisies.

Pour bien analyser nos variables retenues, il faut au préalable regarder les réponses des femmes à ces variables filtre. Parfois, les variables d'analyse ne prennent sens que lorsque l'on a d'abord connaissance des variables filtre.

Exemple :



Pour connaître l'ensemble des variables filtre, se reporter à [l'Annexe 3 : Détail des 23 variables filtre](#).

2) Répartition de l'ensemble des modalités de réponse de la variable d'analyse

Bien que le centre du travail soit l'analyse des réponses textuelles, il faut au préalable, pour les réponses « autres », situer leur position et leur poids par rapport aux autres modalités de réponses.

Par exemple, prenons la variable V204, pour la base de données Burkina Faso, enquête avant :

À la question « Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites vous? », sur les 668 enquêtées ayant répondu au questionnaire, 71,3 % des femmes ont répondu qu'elles vont dans un centre de santé, plus d'un quart d'entre elles font de l'automédication (26%). 8 femmes attendent que ça passe (1,2%) et 1 suit les conseils des autres (0,15%). 2 femmes n'ont pas répondu (0,3%). 8 femmes seulement ont répondu autre chose que les modalités proposées (soit 1,2 % de l'ensemble).

Cette étape permet donc de situer la place des réponses « autres » dans l'ensemble des réponses.

Pour ces deux premières étapes (soit le travail quantitatif), les masques de saisies n'étaient pas tous identiques (notamment celui du Cameroun). Les bases de données n'étaient pas toujours codées de la même manière.

- Parfois, la personne recodant les réponses semble ne pas remplir la case ce qui crée une valeur manquante plutôt que de coder « 99 » soit non réponse.

Prenons un exemple sur l'enquête avant à Antananarivo :

« V501 : Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ? » : 711 ont répondu oui, 37 non et il y a 8

valeurs manquantes alors que « ne sait pas » devait être recodé « 98 » et « pas de réponse » « 99 ». Pourtant, il était précisé dans le guide destiné aux enquêteurs : « si refus, cocher « pas de réponse », si oublié ou la personne ne sait pas cocher « ne sait pas » (CIC-EC de la Réunion, 2008).

- Ce qui a surtout posé problème était l'absence de filtre dans certains cas. Par exemple, prenons une question fermée oui/non, suivant une question filtre. Elle devrait être codée « oui », « non » ou case vide (pour les personnes non concernées par cette question). En revanche, elle était parfois codée « oui » et vide. Ainsi, on ne pouvait distinguer les femmes qui avaient répondu « non » de celles qui n'étaient pas concernées par la question. Pour pallier ces biais, de nombreux filtres ont été créés sur les bases de données.

Cela a permis la réalisation de tableaux sur la répartition quantitative des variables filtre et des variables d'analyse. Ces tableaux se trouvent dans la partie III) Analyse. Ils comportent les chiffres pour chacune des bases de données et l'ensemble. On observe bien sûr dans les tableaux des différences par sites et phases d'enquête. Cependant, dans les commentaires succincts qui suivent ces tableaux, on cherchera simplement à dégager des tendances générales.

3. Analyse textuelle

Enfin, le centre du travail consiste en l'analyse textuelle des réponses en clair ou des modalités « autre ». Pour cela, un regroupement des réponses semblables a été fait, en citant les propos des femmes les plus révélateurs ou qui reviennent le plus fréquemment.

- Le tri à plat pour la variable en clair ou la modalité autre donnait lieu à un tableau listant l'ensemble des réponses en clair. Pour l'analyse, elles ont été identifiées en utilisant des couleurs différentes pour chaque type de réponse. Parfois, le travail s'est effectué par mot-clé, quand cela paraissait pertinent (un mot clé=une catégorie). A ensuite suivi un classement par type. Cette étape a facilité la suite de l'analyse et notamment la rédaction.

Ce classement a été effectué pour l'ensemble des variables d'intérêt.

Uniquement pour deux variables en clair avec un nombre de réponses très élevé (V432 et V433 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif masculin/féminin ?), il paraissait pertinent de compléter ce type de classement par une analyse en terme de positionnement vis-à-vis du préservatif. Une autre typologie a alors été réalisée selon les réponses des femmes sur le condom (positives, négatives, mitigées ou neutres). Cela sera détaillé dans la partie analyse.

- Cette description textuelle a ensuite été rédigée. Les différents types de réponses sont présentés, comportant à chaque fois des citations de femmes. Ces citations débutent tantôt par « je... »,

tantôt par « *elle...* » ou « *l'enquêtée...* », selon la façon dont cela a été retranscrit (comme déjà évoqué).

- Ces catégories sont réparties selon qu'elles se retrouvent dans l'ensemble des 4 sites (voire dans l'ensemble des 10 bases de données mais c'est plus rare) ou qu'elles sont propres à certains sites ou bases de données.

À noter que les femmes donnent souvent dans leurs réponses en clair au moins deux idées différentes (voire 3 ou 4). La plupart du temps, elles ont alors été comptabilisées plusieurs fois, comme si elles étaient des réponses indépendantes. Il aurait bien sûr été intéressant de voir ce que les femmes associent dans leurs réponses, mais cela se révélait très compliqué et trop long, vu l'effectif de réponses en clair à analyser.

C'est en utilisant cette méthodologie les résultats qui suivent ont été obtenus.

III) ANALYSE PAR THÈMES ET VARIABLES

A) Recours aux soins de santé

1) Contexte

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où la santé est la plus précaire, quel que soit l'indicateur retenu pour la mesurer (mortalité infanto-juvénile, mortalité maternelle). On enregistre toujours dans la région les niveaux de mortalité les plus élevés du monde. On attribue souvent cela à une offre de soins très limitée : bien que représentant 12% de la population mondiale en 2005, l'Afrique subsaharienne ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire et de moins de 1 % des ressources financières mondiales (OMS, 2006). Mais les systèmes de santé demeurent fragiles. Les soins de santé primaire ne sont pas toujours accessibles, il demeure une pénurie d'infrastructures et de personnel de santé. À titre d'exemple, au Burkina Faso, il y avait un médecin pour 15 000 habitants en 2008, 1 infirmier pour 3000 habitants en 2004, 1 lit d'hôpital pour 1100 hab en 2006 (OMS, 2006). Au Cameroun, une étude a révélé que des faiblesses dans les soins de santé génésique étaient dus à un manque de connaissances/compétences des agents de santé dus notamment à un manque de formation continue et un manque de matériel/fournitures médical (Tita et al., 2005).

En Afrique, plus qu'ailleurs, l'offre de soins reste donc insuffisante. On attribue souvent la baisse de la mortalité à l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'offre de soins. La construction de nouvelles infrastructures sanitaires et l'augmentation de l'offre de soins en Afrique sont une priorité, mais ne semblent cependant pas suffisantes pour améliorer l'accès universel à la santé. En effet, il arrive que de grands hôpitaux ou autres installations sanitaires de grande qualité, à la pointe de la technologie soient installés sans pour autant que la population locale ne les utilise et que les indicateurs de santé (comme la baisse de la mortalité) s'améliorent à court terme. Le fait que cela ne débouche pas sur un meilleur accès aux soins peut résulter d'une inadéquation entre les besoins de la population et l'offre de services de soins (lieux d'accueil, mise en confiance, pratiques thérapeutiques). C'est ce que Kanté et Pison (2010) montrent lorsqu'ils étudient l'impact de l'installation d'un hôpital moderne sur les comportements de la population dans une zone rurale et isolée du Sénégal. Quatre ans après son ouverture, on observe peu de changements : le recours à l'hôpital pour les visites prénatales et les accouchements demeure faible, la mortalité maternelle

toujours très élevée. Cela montre de façon exemplaire la nécessité de tenir compte des infrastructures existantes lorsqu'on en construit de nouvelles, de façon à ce qu'elles en soient complémentaires, et de prendre au préalable la mesure des attentes et des comportements en matière de recours aux soins, de façon à ce que l'offre soit adaptée. Dans ce contexte, la distance ne joue pas un rôle fondamental. Finalement, les facteurs tels que l'ethnie, le niveau d'instruction et le village de résidence, sont associés à des variations de la probabilité de consulter pendant la grossesse. De même, les femmes ayant été scolarisées consultent plus fréquemment pendant la grossesse.

Des auteurs ont montré que pour que les services de soins soient utilisés, il faut en assurer l'accessibilité économique (Diallo, 2003 ; Commeyras et Ndo, 2003), l'accessibilité géographique (Kroeger, 1983, Vigneron, 2001). La proximité et la disponibilité d'un service peut influencer sur le recours aux soins (Stock, 1983 ; Fosu, 1989 ; Ronsmans et al., 2003 ; Souares et al., 2005), L'accompagnement socioculturel est également nécessaire (Caldwell, 1979 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Gastineau, 2003). Si l'on ne prend pas en compte ces facteurs socio-économiques, culturels et géographiques, le projet de développement tel la création d'un hôpital risque de ne pas fonctionner, cela pouvant expliquer la sous-fréquentations de nouvelles structures sanitaires (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Kanté et al., 2008). Différents facteurs, d'ordre individuel ou collectif, liés au ménage ou à l'environnement social et économique, influent sur les comportements en matière de soins (Caldwell, 1979 ; Mosley et Chen, 1984 ; Palloni, 1985). Même lorsque des services de santé existent, certaines franges de la population ne les utilisent pas forcément, ou uniquement en cas d'extrême urgence. Le niveau d'éducation influence l'usage que peuvent faire les femmes des services sanitaires (Caldwell, 1979 ; Hobcraft, 1993 ; Govindasamy et Ramesh, 1997).

Il y a davantage de recours aux centres de santé aujourd'hui, notamment avec la diffusion des génériques à bas coût. Les femmes s'y rendent un peu plus que hommes. À la question V201 : « Au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous rendue dans un centre de santé ? », près de 3/4 de nos enquêtées ont répondu par l'affirmative. Cependant, elles s'y rendent majoritairement pour des motifs précis, et non pas de manière préventive (voir la partie discussion).

L'hygiène s'est améliorée pour des raisons pragmatiques et par amélioration des connaissances.

Mais les femmes préfèrent d'abord avoir recours à l'automédication et à la médecine

traditionnelle, en lesquelles elles ont davantage confiance comme on le verra plus loin. Il s'agit ici davantage de « freins culturels » empêchant la diffusion de méthodes modernes. Par exemple, une des mesures préconisées pour réduire la mortalité maternelle est d'inciter les femmes à accoucher en maternité. La tradition est pourtant souvent d'accoucher à domicile en Afrique subsaharienne (Cantrelle et Locoh, 1990).

Prenons l'exemple du Burkina Faso pour montrer les inégalités en termes de recours aux soins. Il y a d'abord des discriminations géographiques. Cela dépend d'où résident les femmes, il y a toujours beaucoup plus de centres de santé dans les zones urbaines que les dans zones rurales, où les centres sont bien souvent difficiles d'accès. Il y a évidemment des discriminations par l'argent, comme le résume cette phrase : « *L'hôpital, c'est comme une chambre de commerce. Si vous êtes pauvre, on vous oublie ; si vous pouvez payer, on vous soigne* ». Au Burkina Faso, beaucoup doivent avoir recours au secteur privé pour certains soins de santé, ce qui bien sûr est difficile pour les personnes défavorisées. Enfin, les femmes n'ont bien sûr pas les mêmes chances d'accès aux soins de santé, pour des raisons socio-économiques, culturelles et symboliques (Guegant, 2011). La situation est probablement assez similaire dans les deux autres pays. Par exemple au Cameroun, il a été montré que dans 5 provinces, dans la majorité des cas, le recours aux soins de santé par les femmes relevait effectivement de l'autorité du partenaire qui prenait en charge les dépenses de santé de la famille mais que cela dépendait aussi de la nature de la maladie (Awuba, Macassa, 2007). Cela explique par exemple l'absence de traitement des IST chez la femme, dont les symptômes sont très souvent difficiles à reconnaître car ils ne sont généralement pas très prononcés (Pothin, 2012).

Concernant le recours aux soins anténataux, en Afrique Subsaharienne, en 2008 , moins de la moitié des femmes accouchaient avec l'aide d'un personnel de santé qualifié (contre 99 % dans les pays développés) (Nations Unis, 2010). Le peu de prise en charge des grossesses explique en grande partie la très forte mortalité maternelle dans la région, alors que ces décès sont largement évitables (Amnesty International, 2010). Mais voyons plutôt la situation dans nos trois pays d'intervention.

Au Burkina Faso, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé est passée de 42 % en 1993 à 57 % en 2003 pour atteindre 67 % en 2010. La proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé est passée de 43 en 1993 à 38 % en 2003 pour ré-augmenter jusqu'à atteindre 66 % en 2010. Depuis 1993, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un professionnel de santé formé a

nettement augmenté, passant de 59 % en 1993 à 73 % en 2003 et à 95 % en 2010.

À Madagascar, on observe une baisse du pourcentage de naissances vivantes dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé : de 44,7 % en 1992, il est descendu à 35,3 % en 2008-2009. Le pourcentage de naissances vivantes ayant reçu une aide à l'accouchement de la part d'un personnel de santé formé a aussi baissé puisqu'il était de 56,7 % en 1992, mais de 45,3 % en 2003-2004 et de 43,9 % en 2008-2009. En revanche, le pourcentage de naissances vivantes ayant reçu des soins anténataux de la part d'un professionnel de santé formé a augmenté bien que déjà élevé à la base puisqu'il est passé de plus de trois quarts des naissances il y a 10 ans (77,9 % en 1992) à 8 naissances sur 10 en 2003-2004 et enfin à 86,3 % en 2008-2009 (EDS, 1992, 2003-2004 et 2008-2009).

Au Cameroun, le pourcentage de naissances vivantes où l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé est passé de 62,2 % en 1991 à 59 % en 2004. Le pourcentage de naissances vivantes ayant reçu une aide à l'accouchement de la part d'un personnel de santé formé a également légèrement baissé passant de 63,5 % en 1991 à 61,8 % en 2004 et 63 % en 2005-2009 (PNUD, 2011). Enfin, le pourcentage de naissances vivantes ayant reçu des soins anténataux de la part d'un professionnel de santé formé a augmenté passant de 78,6 % en 1991 à 83,4 % en 2004.

2 variables ont été retenues pour ce thème.

V204 : Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites-vous ? (autre)

101 femmes ont indiqué la modalité autre (2,1 % de l'ensemble des réponses)

103 femmes ont répondu quelque chose en clair (2,2% des enquêtées)

V205 : Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les sujets suivants constituent pour vous un obstacle ? (autre motif)

100 femmes ont répondu oui à un autre motif (2,1 % des enquêtées)

81 femmes ont indiqué un autre motif en clair (1,7%)

2) Résultats

➤ V204 : Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites-vous ?

Cette question a été posée à l'ensemble des enquêtées. Une seule réponse était possible. Si la personne donnait plusieurs réponses, l'enquêteur devait lui demander la première chose que la personne fait lorsqu'elle ne se sent vraiment pas bien. Les réponses n'étaient pas proposées à l'enquêtée. Si la réponse donnée était quelque chose d'autre que les modalités pré-codées, l'enquêteur devait cocher la case « autre » et noter en clair la réponse de l'enquêtée.

Tableau 7 : Première chose faite quand on ne se sent vraiment pas bien, en pourcentage des femmes (V204)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Centre de santé	71,3	81,4	77,8	35,7	62,3	57,7	72,0	80,6	90,5	87,2	67,7
Automédication	25,9	16,1	19,0	53,0	22,6	34,0	19,2	14,2	5,8	10,6	25,8
Attend que ça se passe	1,2	2,5	0,8	6,3	1,9	3,1	3,8	2,2	1,4	0,0	2,8
Suit les conseils des autres	0,2	0,0	0,2	1,5	5,7	1,4	3,0	0,8	0,4	0,0	1,2
Autre	1,2	0,0	2,2	2,9	7,6	3,3	1,3	2,2	1,6	2,1	2,1
Non réponse	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,5	0,7	0,0	0,4	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Quand elles ne se sentent vraiment pas bien, environ deux tiers des 4755 femmes enquêtées se rendent au centre de santé (67,7%). Un quart des femmes ont recours à l'automédication. Seules 2,8% attendent que ça passe, et 1,2% des femmes suivent les conseils de autres. Les 0,4% restantes n'ont pas répondu à cette question.

Par ailleurs, 2,1 % des enquêtées font autre chose lorsqu'elles ne se sentent vraiment pas bien.

Réponses en clair

Tableau 8 : Première chose faite quand on ne se sent vraiment pas bien, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V204)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	8	0	14	27	4	25	10	2	12	1	103
% de l'ensemble	1,2	0,0	2,2	3,4	7,6	3,1	1,3	1,5	1,6	2,1	2,2

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Nb : Concernant le décalage entre le pourcentage de réponses en clair dans ce tableau et le pourcentage de réponses « autre » dans le précédent, se référer à la page 34, « remarque : écart entre le nombre de modalités « autre » cochées et le nombre de réponses en clair.

Pour l'ensemble des bases de données, 2,2 % des femmes ont effectivement indiqué quelque chose en clair, soit 103 femmes. À noter aucune réponse autre pour la phase groupe de parole du Burkina Faso. Pour les autres bases de données, les réponses en clair sont en effectif assez faible. Cependant, le pourcentage de réponses en clair dans la phase GP du Cameroun est supérieur à celui des autres. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données mais certains se retrouvent dans l'ensemble des 4 sites, pour les phases avant et après en population (mais pas les phases groupe GP).

- Environ 4 réponses sur 10 révèlent l'importance de la **médecine traditionnelle**. En effet, ces femmes ont recours à un traitement traditionnel ou vont chez un tradipraticien quand elles ne se sentent vraiment pas bien : « *pharmacopée* », « *traitement traditionnel* », « *boit de la tisane* », « *tradipraticien* », « *médecin traditionnel* », « *se soigne avec les plantes* », « *traitement indigène* », « *elle prend des médicaments naturels* », « *elle prend les remèdes traditionnels* », « *elle voit les marabouts* », « *bain de vapeur* », « *avoir d'abord recours aux méthodes traditionnelles* », « *je vais chez les guérisseurs* », « *soin traditionnel* ». À Madagascar, 3 femmes se massent « *massage* », « *se masse* » (dans la phase avant des deux sites). À Tuléar, phase avant, 4 femmes évoquent les divins et la transe : « *si fatigue, aller voir le divin* », « *suit le conseil du divin, transe* », « *voir le divin* », « *transe* ». Il faut noter qu'aucune participante aux groupes de parole enquêtées au Burkina Faso, au Cameroun et à Antananarivo n'a donné une réponse concernant la médecine traditionnelle et une seule à Tuléar (« *je vais chez les guérisseurs* »). Cependant, vu le nombre restreint de réponses

autres de manière générale et encore plus auprès des PGP (car le nombre d'enquêtées est également plus restreint), on ne peut interpréter cela de façon catégorique comme un signe que les PGP ont été sensibilisées à l'importance de la médecine moderne. Par ailleurs, les réponses concernant la médecine traditionnelle sont plus nombreuses au Burkina Faso et à Tuléar que dans les deux autres sites. Certaines de ces réponses semblent se rapprocher de l'automédication (« *elle prend des médicaments naturels* », « *elle prend les remèdes traditionnels* ») mais avec la spécificité qu'il s'agit de traitements naturels (plantes, etc).

- On voit à travers de nombreuses réponses le **poids de la religion** car près de 2 femmes sur 10 « *prient* » quand elles ne se sentent vraiment pas bien : « *prières* », « *j'invoque le seigneur et ça passe* », « *elle prie* », « *faire appel aux membres de l'église* ». En revanche, il faut souligner qu'aucune enquêtée ayant participé aux groupes de parole n'a évoqué la religion. Cependant la même remarque que précédemment peut être faite sur le risque d'interpréter trop facilement alors que l'effectif est très réduit.

D'autres réponses sont spécifiques à certains sites ou bases de données.

- Au Cameroun et à Antananarivo, 7 femmes vont **voir des infirmières ou médecins, libéraux/à domicile** : « *grand frère médecin* », « *médecin à côté qui vient me consulter* », « *je vais chez le médecin* », « *je vais chez ma voisine infirmière* », « *appelle son médecin* », « *je vais chez un médecin libre* ».
- Au Cameroun uniquement (toutes phases), 15 femmes se rendent à la **pharmacie** dans ce cas : « *va à la pharmacie* », « *rencontrent leur pharmacien* », « *pharmacie* ».
- Au Cameroun, phases avant et après en population, 8 femmes ont expliqué que cela **dépendait de la (gravité de la) maladie**. Certaines ne précisent pas pour autant ce qu'elles font dans les différents cas et restent évasives : « *ça dépend de la maladie* », « *ça dépend du mal* », « *ça dépend si c'est un peu léger* ». 2 en revanche précisent qu'elles se rendent à l'hôpital quand elles l'estiment nécessaire : « *si ça persiste, je vais à l'hôpital* », « *je vais à l'hôpital quand c'est grave* ».
- Au Cameroun, phase avant, 4 femmes ont recours à des « **médicaments de la rue** ». À noter que ces réponses auraient pu rentrer dans la modalité de réponse « automédication » pré-établie.
- Au Cameroun, phases avant et après, 4 femmes vont à **l'hôpital** (dont les deux qui précisent

« *si c'est grave* », « *si ça persiste* »). Ces réponses auraient dû être incluses dans la catégorie « pré-codée » : « Centre de santé ».

- Au Cameroun dans la phase après, 7 femmes ont donné d'**autres types de réponse** : une femme se fait vacciner, une fait le test du VIH, une « *se renseigne sur ce qui la dérange* ». Une femme explique qu' « *elle est rarement malade* ». Une enquêtée parle de « *grippe* » et deux de « *paludisme* » : elles ont probablement ces maladies. On peut supposer soit qu'elles n'ont pas bien compris la question, soit qu'elles veulent mettre en avant le fait qu'elles ont déjà un traitement en cours pour ces maladies.

À noter que si le Cameroun a des types de réponse plus variés, c'est aussi car l'effectif de réponses autre est plus important (plus de la moitié des réponses autre sont concentrées dans les bases de données du Cameroun).

- **V205 : Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les sujets suivants constituent pour vous un obstacle ?**

A - L'argent

B - L'éloignement

C - Souci qu'il n'y ait peut être pas de personnel de santé de sexe féminin

D - Autre motif

Pour cet item concernant l'ensemble des enquêtées, l'enquêteur devait poser la question pour les 3 sujets suivants : l'argent, l'éloignement et le soucis qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de même sexe. Il devait cocher pour chacun de ces sujets la case « oui », « non » ou « non réponse ». Puis il devait demander si d'autres sujets constituent un obstacle lorsque la personne est malade et a besoin d'un conseil médical ou d'un traitement, et si oui, noter la réponse en clair.

Tableau 9 : Obstacles au conseil ou au traitement médical, en pourcentage de femmes (V205)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Argent	54,9	36,4	66,7	66,5	45,3	55,3	61,2	63,4	70,0	89,4	61,9
Éloignement	6,6	10,2	11,7	6,3	9,4	7,1	10,6	17,2	15,2	6,4	9,7
Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin	5,5	3,4	2,4	4,3	11,3	3,4	7,5	11,2	5,9	12,8	5,2
Autre	0,3	0,9	0,5	2,0	3,8	3,8	4,2	3,0	1,3	0,0	2,1
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Nb : *puisque les femmes pouvaient répondre oui à différents obstacles, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.*

Si l'on regarde l'ensemble des 4755 questionnaires, l'argent constitue un obstacle important aux soins. En effet, plus de trois cinquième des femmes ont répondu que cela constituait un obstacle (61,9%). Se rendre aux centres de santé engendre des coûts directs : consultation, soins, traitements, etc, mais aussi des coûts indirects : transports pour se rendre au centre de santé et surtout perte d'argent (absence de revenus) du fait qu'on ne travaille pas à ce moment là. Il s'agit là d'un coût d'opportunité.

L'éloignement par rapport au centre de santé est un facteur qui joue moins dans le recours à un conseil ou un traitement médical, puisque moins de 10% des femmes considèrent cela comme un obstacle. Peut-être cela est-il dû au fait que les femmes considèrent le centre de santé assez proche de chez elles. En effet, à la variable V203 « *Selon vous, le centre de santé est proche, loin, très loin de chez vous ?* », 2 femmes sur 10 considéraient le centre de santé comme loin, et seulement 4,6 % comme très loin. Les autres l'estimaient proche.

Le facteur « *souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin* » joue assez peu sur le fait de demander un conseil ou traitement médical. Seule 1 femme sur 20 considère cela comme un obstacle.

Par ailleurs, 2,1 % des enquêtées ont dit qu'il existait un autre obstacle aux soins.

Réponses en clair

Tableau 10 : Obstacles au conseil ou au traitement médical, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V205)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	1	1	3	11	0	20	32	3	10	0	81
% de l'ensemble	0,2	0,9	0,5	1,4	0,0	2,5	4,2	2,2	1,3	0,0	1,7

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Bien que 2,1 % aient répondu « oui » à autre motif, seules 1,7% des femmes ont indiqué un autre motif en clair, soit 81 femmes. À noter aucune réponse dans les phases GP du Cameroun et de Tuléar. Pour les autres bases de données, l'effectif de réponses en clair est faible. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données. Un seul obstacle aux soins est commun aux 4 sites.

- Plus de 2 réponses sur 10 sur l'ensemble ont parlé de **l'attente dans les centres de santé et/ou de l'accueil du personnel de santé.**
 - Tout d'abord, il y a l'attente, très soulignée à Antananarivo (phase avant) mais aussi au Cameroun (phase après) : les services sont « lents et surchargés », « longue attente dans les hôpitaux », « attente pour être reçu ou pour rentrer », « beaucoup de malades », « faire la queue », « les files d'attentes des hôpitaux publics », « trop de files d'attente ».
 - De plus, les femmes ne sont pas satisfaites de l'accueil et du personnel de santé : « l'accueil à l'hôpital ». Le problème viendrait donc du « choix du personnel », de « l'inefficacité de certains agents de santé », « les docteurs sont « arrogants », « exigeants », « désagréables », « incompetents », « le comportement des médecins ; quand il n'y a pas un bon accueil et lorsqu'ils ne sont pas compétents comme ici à Koumi » (Burkina Faso, phase après). Certaines femmes sous-entendent que les médecins ne traitent pas tous les patients de la même manière : « préférences des docteurs », « discriminations du médecin ». Le personnel de santé « a des préférences », il est « discriminant ». Une femmes résume cela par « les tracasseries des hôpitaux ».

Les autres réponses sont spécifiques à certains sites/bases de données.

- Ce qui ressort également des réponses de manière générale (3 réponses sur 10 environ), c'est qu'un grand nombre de femmes ne vont pas au centre de santé par **manque de temps et car elles ont d'autres priorités**. On retrouve ces réponses surtout à Antananarivo mais aussi au Cameroun et à Tuléar (pas au Burkina Faso). Les femmes emploient les termes de « *paresse* » ou « *négligence* ». Certaines précisent « *paresse d'aller à l'hôpital* », « *paresse d'y aller toute seule* ». Beaucoup invoquent le motif du temps : « *manque de disponibilité* », « *ça me perd le temps* », « *pas le temps* », etc. En effet, un grand nombre d'entre elles expliquent qu'elles travaillent ou cherchent un emploi : « *je travaille* », « *temps et travail* », « *ne peut pas car elle vend* », « *trop occupée à chercher de quoi vivre* ». Une résume bien le fait que ce n'est pas une priorité : « *d'autres choses me préoccupent* ».
- Dans les phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar, il s'agit parfois davantage de **crainte** (pour 7 femmes), les médecins ou le fait d'aller à l'hôpital font peur aux femmes : « *peur de ce qui m'attend à l'hôpital* », « *la mort certaine* », « *peur d'être atteinte du cancer* », « *il y a des maladies* », « *les médecins font peur* ».
- Au Cameroun (phase avant et après) et à Antananarivo (phase avant), 7 femmes disent ne **pas aimer la médecine moderne, les hôpitaux, les médicaments** : « *je n'aime pas les centres de santé* », « *je n'aime pas l'hôpital* », « *je n'aime pas y aller* », « *je ne veux pas y aller* », « *je ne veux pas prendre de médicaments* ».
- Au Burkina Faso (phases avant et après) et à Tuléar (phase après), des femmes prônent leur **préférence des méthodes traditionnelles par rapport à la médecine moderne** : « *je préfère les médicaments traditionnels* », « *n'aime pas la médecine moderne* », « *consulter le divin* », « *soins traditionnels* ».
- 4 femmes évoquent des **aspects plus pratiques** au Burkina Faso (phase GP) et au Cameroun (phases avant et après) : « *si je ne peux pas me lever moi-même pour aller au dispensaire* », « *je n'ai pas la force de me déplacer* », « *les moyens de déplacement* », « *les intempéries et les grèves* ».
- Au Cameroun (phases avant et après) et à Antananarivo (phases avant et GP) 4 réponses concernent cette fois les **rapports sociaux de sexe**. Une femme parle de son partenaire comme étant l'obstacle en question. Une enquêtée parle de l'absence de son partenaire. Une autre explique qu'elle y va toute seule, ce qui constitue donc un obstacle pour elle. Cela rappelle la réponse citée précédemment « *paresse d'y aller toute seule* ». De plus, les

réponses précédentes « *si je ne peux pas me lever moi-même pour aller au dispensaire* », « *je n'ai pas la force de me déplacer* » révèlent que le partenaire n'est pas forcément là pour emmener la femme au centre de santé (si elles ont un partenaire). Une dernière révèle que son mari « *ne croit pas qu'elle est malade* ». On se rend compte que le partenaire joue un grand rôle dans la décision de la femme d'avoir recours ou non à des soins. Cela révèle la faible autonomie des femmes sur les questions de santé et notamment dans le recours aux soins. En effet, comme on la vu précédemment, il a été montré dans certaines provinces du Cameroun que le recours aux soins de santé par les femmes relevait de l'autorité du partenaire qui prenait en charge les dépenses de santé de la famille (Awuba, Macassa, 2007).

- Au Cameroun, phase après, 2 femmes évoquent des **obstacles culturels** : « *la famille et les croyances* » et « *la langue française* ». Le fait de ne pas maîtriser la langue française et donc la crainte de ne pas comprendre/se faire comprendre est un obstacle majeur aux soins. En effet, il y a souvent diverses langues dans les sites, et l'absence de lexique engendre des difficultés de traduction des symptômes, pathologies etc. Cela nuit donc aux soins.
- Enfin, 7 femmes ont donné d'autres types de réponse au Cameroun (phases avant et après) et à Antananarivo (phase avant) :
 - la honte « *la maladie peut être honteuse des fois* »
 - le fait que les maladies s'en vont parfois seules ou grâce à l'automédication : « *ne garde pas* », « *si l'aspirine et le paracétamol guérit, je reste a la maison* »
 - des questions d'habitude : « *pas l'habitude* », « *a l'habitude de suivre les conseils* »,
 - ou encore des réponses vagues : « *rien de tout ça* », « *parfois* », « *véritable suivi* ».

3) Discussion

Concernant la question V204 (« Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites-vous ? »), les réponses dépendent grandement de ce que chaque femme met derrière « se sentir vraiment pas bien » et aussi des représentations de la douleur dans les différentes cultures. En effet, certaines répondent que cela dépend de la gravité de la maladie, si ça persiste ou non etc. Il faut donc avoir cette limite en tête. Les enquêtées malgaches et notamment à Tuléar, semblent aller davantage au centre de santé, lorsqu'elles ne se sentent pas bien, que les enquêtées camerounaises et burkinabé.

Si l'on regarde quelque peu les résultats de la variable V202 qui ne faisait pas partie de nos

variables d'analyse (« pour quel motif? »), on se rend compte que près des trois quarts des enquêtées se sont rendus au centre de santé au cours des 12 derniers mois essentiellement pour des motifs précis. Le principal motif pour s'être rendu au centre de santé au cours des 12 derniers mois, ce sont les problèmes de santé de l'enquêtée elle-même. Cela constitue près de la moitié des motifs cités (49,3%). Puis un quart des femmes vont au centre de santé pour leur(s) enfant(s). 15,6% y vont pour leur grossesse, pour l'accouchement. À cela s'ajoute près de 10 % de motifs « autres » : « accompagner un malade » (parfois le conjoint), « rendre visite à un patient », l'obtention de la contraception (il y a des femmes qui vont au centre de santé pour des motifs de planification familiale). On ne va donc en général au centre de santé que si on est vraiment malade ou pour un motif précis, comme le montrent ces réponses en clair. En effet, si l'on se rend au centre de santé sans motif particulier (pour un contrôle de sa santé par exemple), cela paraît louche, pas normal, on est soupçonné de quelque chose. Ainsi, il faudrait sensibiliser davantage les femmes sur le fait que l'on peut également aller au centre de santé pour la prévention.

Dans les obstacles aux soins (V205), on note le manque de temps ou la « paresse » pour aller au centre de santé. Il faut en effet prendre en compte le contexte de précarité dans lequel vivent ces femmes dans les différents sites. Dans ce cadre là, il est compréhensible que le suivi de santé ne soit pas une priorité, à moins qu'une maladie grave ne les handicape dans la vie de tous les jours. De plus, lorsqu'elles vont aux centres de santé, en plus des coûts liés aux soins eux-mêmes et aux transports pour y aller, elles perdent de l'argent en ne travaillant pas à ce moment là (comme évoqué précédemment). Ce motif est très lié à la modalité de réponse « argent », qui constitue comme nous l'avons vu un obstacle aux soins pour plus de la moitié des femmes enquêtées.

Beaucoup de réponses autres sur les obstacles aux soins (V205) mettent en avant le temps d'attente. On pourrait profiter de ces moments, considérés comme du temps perdu, pour réaliser quelque chose de constructif : sensibiliser les femmes à des questions de santé, à l'importance du suivi médical, au VIH/IST ou à d'autres maladies. Cela a été fait dans la région de Bobo-Dioulasso, mais exclusivement avec une approche VIH/SIDA. Des animatrices du programme RRS venaient faire de la prévention dans les centres de santé, mais par manque de moyens, cela a été arrêté. Il faudrait continuer les efforts dans ce sens.

Les réponses soulignent aussi qu'il faut vraiment faire attention à l'accueil dans les centres

de santé car c'est un obstacle majeur pour beaucoup de femmes. Les femmes (sauf celles ayant un haut statut social ou qui connaissent du personnel de santé) sont généralement mal reçues dans ces structures. Il a déjà été montré les difficiles relations entre soignés et soignants dans les hôpitaux des grandes capitales d'Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Au vu des réponses aux variables V204 (première chose faite quand on ne se sent vraiment pas bien) et V205 (obstacles aux soins), on se rend compte de l'importance de la médecine traditionnelle. Il est d'ailleurs étonnant que cette modalité de réponse n'ait pas été envisagée pour la question V204. Les femmes accordent en effet une grande confiance aux tradipraticiens. À cela s'ajoute une méfiance, une réticence envers la médecine moderne et le corps médical. Ainsi, on peut penser qu'il faudrait davantage de contact entre les médecines traditionnelles et modernes. Par exemple, les tradipraticiens pourraient orienter les femmes lorsqu'elles nécessitent des soins spécifiques que la médecine traditionnelle ne peut leur apporter. Cela semble difficile puisque la médecine traditionnelle dénigre souvent la médecine moderne et que cette dernière ne prend pas au sérieux la première. Les deux sont donc en concurrence. En revanche, l'effort mérite d'être déployé. Il ne faut pas opposer les deux types de médecine, mais plutôt jouer sur l'argument de leur complémentarité. On ne peut dénigrer la médecine traditionnelle, dans la mesure où les femmes dans ces 3 pays y sont attachées et ne vont pas changer leurs pratiques du jour au lendemain. Cependant, il faut valoriser les centres de santé, les soins modernes, montrer que certaines maladies requièrent des traitements modernes, qui sont les seuls efficaces dans ces cas particuliers (cancer, VIH/SIDA, IST...).

Par ailleurs, le travail quantitatif réalisé sur les phases avant de l'enquête des deux sites de Madagascar a permis d'établir des liens entre le recours aux soins de santé et d'autres thèmes du programme RRS. À Antananarivo, il a été montré que les personnes qui estiment que le centre de santé est loin de leur domicile ont 2 fois plus de chance de parvenir à donner au moins deux signes d'IST chez l'homme que les personnes ayant un centre de santé proche de leur domicile. On peut penser ici que les centres de santé ne sont pas les principales sources d'informations pour les signes d'IST chez l'homme. En revanche, à Tuléar, les femmes qui habitaient près d'un centre de santé avaient 2 fois plus de chance de connaître des symptômes spécifiques d'IST. De plus, les femmes qui connaissent les symptômes spécifiques d'infections sexuellement transmissibles (IST) chez la femme sont (entre autres) les femmes qui s'étaient rendues dans un centre de santé au cours des 12 derniers mois (Lenclume, 2011 ; Ravoniharimalala, 2011).

B) Corps et sexualité

1) Contexte

4 variables ont été choisies pour ce thème. Les deux premières concernent la perception de la maturité sexuelle chez les filles et les garçons et les deux autres la perception de la sexualité de manière générale. Ces questions ont été posées à l'ensemble des 4755 enquêtées.

V306 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les filles ? (autre)

1368 ont répondu autre (soit 28,8 % de l'ensemble des femmes)

1259 femmes ont effectivement répondu en clair (26,5%)

V307 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les garçons ? (autre)

1557 réponses autre (soit 32,7 % de l'ensemble des femmes)

1472 femmes ont effectivement répondu quelque chose en clair (31,0%)

V308 : Pour vous, un rapport sexuel c'est (autre)

67 femmes ont répondu oui à la modalité autre (soit 1,4 % de l'ensemble des femmes)

65 femmes ont répondu quelque chose en clair (1,4%)

V348 : Qu'évoquent pour vous les relations sexuelles ? (autre)

123 femmes ont répondu la modalité autre (soit 2,6 % de l'ensemble des femmes)

85 enquêtées ont effectivement indiqué quelque chose en clair (1,8%)

2) Résultats

Les deux premières questions concernent la maturité sexuelle chez les filles et les garçons.

➤ V306 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les filles ?

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Les réponses étaient cumulatives, ce qui signifie que les enquêtées pouvaient citer plusieurs signes.

Lorsque la réponse de la femme ne faisait pas partie des modalités pré-codées, l'enquêteur devait

cocher la case autre et noter la réponse en clair.

Tableau 11 : Signes de la maturité sexuelle chez les filles, en pourcentage des femmes (V306)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Seins	60,3	93,2	73,9	77,4	71,7	77,5	47,5	53,0	82,9	44,7	70,0
Règles	69,9	88,1	72,3	59,5	56,6	57,2	36,0	35,8	52,6	29,8	57,1
Élargissement du bassin	3,4	35,6	10,1	34,4	24,5	24,8	11,1	23,9	27,7	25,5	20,0
Autre	10,6	50,8	19,0	32,6	35,8	38,5	38,1	34,3	24,1	31,9	28,8
Ne sait pas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	3,2	0,0	0,1	0,0	0,5
Non réponse	3,1	0,0	0,8	3,5	1,9	2,0	16,5	14,2	4,2	0,0	5,2
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents signes, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

On se rend compte que 7 femmes sur 10 parlent des seins et près de 6 sur 10 des règles. Deux femmes sur 10 citent l'élargissement du bassin. Près de 6 % des enquêtées ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

Par ailleurs, 28,8 % des femmes ont cité d'autres signes de la maturité sexuelle chez les filles.

Réponses en clair

Tableau 12 : Signes de la maturité sexuelle chez les filles, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V306)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	71	60	119	191	19	266	288	46	184	15	1259
% de l'ensemble	10,6	50,8	19,0	24,1	35,8	33,3	38,1	34,3	24,1	31,9	26,5

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Finalement, 26,5 % des femmes ont indiqué quelque chose en clair. Cette question a donc donné lieu à un très grand nombre de réponses « autre » à savoir 1259.

Beaucoup de réponses sont communes à l'ensemble des sites et phases d'enquêtes.

- Au total, un peu plus de 4 réponses sur 10 concernent des **changements physiques, du corps**. Voyons un peu plus précisément à quoi les femmes font référence.
 - Un grand nombre de femmes parlent de changements physiques, de la puberté au sens large, sans rentrer dans les détails : « *transformation physique* », « *aspect physique* », « *son physique change* », « *évolution du corps* », « *transformation du corps* », « *corps mûrit* », « *la forme du corps* », « *son corps est mature* », « *avoir un corps plus développé* », « *changement du corps* », « *le corps se développe, on le voit à sa façon de faire les choses* », « *apparence* », « *l'aspect morphologique n'est pas le même* », « *apparition de la puberté* », « *le développement de sa puberté* », « *signes de la puberté* ». À Madagascar, ces réponses sont plus présentes que dans les 2 autres pays, notamment la réponse « *le corps se développe* » qui revient très fréquemment. Au Burkina Faso, dans la phase avant, beaucoup de femmes emploient le terme de « *transformation* » ce qui semble plus fort que « *changement* » ou « *développement* ».
 - Certaines réponses évoquent le changement de « *silhouette* » des filles pubères : la taille et le poids changent, leurs formes se développent. Les réponses sont de ce type : « *la taille de la fille* », « *elles grandissent* », « *le corps grandit* », « *grande* », « *paraît plus vieille* », « *prend du poids* », « *grossissent* », « *le corps grossit* », « *grossit ou s'amincit* », « *cuisse grossissent* », « *jambes grossissent* », « *bras s'élargit* », « *visage arrondi* », « *formes développées* », « *la forme du corps...* », « *les courbes se dessinent* », « *courbes ressorties* », « *plus ronde* », « *les fesses bougent* », « *rondeurs au niveau du bassin* », « *fesses* ». Ces dernières réponses auraient pu rentrer dans la modalité de réponse « *Élargissement du bassin* ».
 - Quelques femmes seulement citent le développement des muscles et de la force, l'agilité physique chez la fille mature sexuellement : une femme au Burkina Faso (phase après) dit « *muscles (corpulence)* », sinon c'est surtout à Tuléar (phase avant) que près de 15 femmes disent : « *agiles et vigoureuses* », « *deviennent vigoureuses* », « *deviennent fortes* », « *torse s'élargit* »...
 - L'apparition des poils sur le corps et notamment des poils pubiens et poils sous les aisselles est très citée par les femmes, dans toutes les bases de données : « *apparition des poils* », « *pousse de poils* », « *les petits poils* », « *des poils poussent sur les différentes*

parties du corps », « développement de la pilosité », « pilosité pubienne », « poils sur le sexe », « la poussée des poils pubiens », « poils poussent sur le vagin », « poils sur les parties génitales », « poils poussent sur les organes génitaux », « poils sur l'appareil génital », « poils sous les aisselles », « l'apparition des poils aux aisselles et au pubis », « poils poussent sous les aisselles et sur le vagin ». Certaines réponses à Madagascar et notamment à Antananarivo restent vagues : « poils poussent dans une partie cachée du corps », « présence de poils sur les parties cachées du corps », « pousse de poils sur les parties intimes », cela peut être dû à une sexualité tabou et notamment l'interdit de nommer les parties génitales (rapports de mission du Planning Familial). Cependant, comme on vient de le voir, beaucoup le font tout de même (« vagin », « appareil génital », « pubis »...).

- L'apparition de l'acné est aussi très citée par les femmes : « boutons », « l'apparition de l'acné », « beaucoup de boutons », « présence de boutons », « avoir beaucoup d'acné », « plein d'acné », « apparition des boutons sur le visage », « boutons à la face », « des boutons poussent sur le visage », « apparition des boutons sur le sexe ». Certaines parlent de peau qui devient plus « brillante » : « sa peau brille ». Les boutons sont beaucoup cités au Cameroun et à Madagascar mais presque pas au Burkina Faso.

- Parmi ces changements, on note aussi un changement de la voix : « changement de la voix », « voix devient plus fine », « voix très fine », « voix change », « voix a changé », « voix devient flûte », « la voie devient aiguë », etc. À noter que cela a beaucoup été cité au Burkina Faso et au Cameroun (sur toutes les phases) mais par aucune enquêtée à Madagascar (2 sites).

- Les femmes parlent aussi d'un changement du visage (outre les boutons qui apparaissent) : « visage change », « joli visage », « visage épais », « visage pâlit », « son teint », « visage bouffi », « visage propre », « taches sur le visage », « visage arrondi », « ton visage vieillit », « le visage de la personne devient mou, joli », « elle a des tâches au visage », « elle change de mine »

- Quelques femmes (8) parlent de beauté : quand la fille « devient belle », « joli visage », ou encore lorsqu'elle est « attirante » (Burkina Faso et Cameroun phases après, Antananarivo phase avant, Tuléar phases avant et GP).

- A cela s'ajoutent d'autres changements physiques beaucoup moins cités : « les cheveux s'adoucissent », « vergetures », « le regard de ses yeux », « les pertes blanches », « présence de liquide vaginal », « les caractères sexuels secondaires », l'odeur : « sent mauvais », « le

changement d'odeur corporelle ».

- 17 % des réponses évoquent un **changement de comportement** de manière assez générale soit 237 réponses (des comportements spécifiques seront détaillés par la suite et sont exclus de ce pourcentage). Ce type de réponse se retrouve dans l'ensemble des sites et phases d'enquêtes. Les réponses les plus larges sont les suivantes : « *comportement de la fille* », « *le changement de comportement dans sa façon de réfléchir* », « *le comportement change* », « *le comportement qu'elle affiche* », « *son comportement et sa réflexion* », « *développement du comportement* », « *son comportement de tous les jours* », « *elle change de comportement* », « *manière de se comporter* », « *manière de faire, d'être* », « *manière de faire* », « *sa façon de faire* », « *façon de vivre* », le changement « *de mentalité* », « *d'attitude* », « *d'habitude* », « *de caractère* », « *sa façon de faire les choses* », « *caractère* », « *sa façon de se comporter* », « *sa façon de se comporter sa façon de vivre* », « *le raisonnement change* », « *les agissements* », « *façon de parler et de se comporter* », « *sa façon de parler et de bouger changent* ».

- D'autres femmes citent divers changements de comportements, qui apparaissent parfois contradictoires. Pour certaines, elle devient timide, pudique : « *pudique et ont peur* », « *pudique* », « *commence à avoir honte et cache sa féminité* », « *commence à cacher ses parties intimes* », « *timidité* », « *a peur* », « *peureuse* », « *devient timide* ». Le fait d'être « *timide* » revient une seule fois au Cameroun mais beaucoup dans les 2 sites de Madagascar. Des femmes disent que la fille devient responsable, calme, réfléchie, mature : « *elle devient calme* », « *tranquille* », « *cesse les enfantillages* », « *n'aime plus jouer avec des enfants* », « *ne pensent plus comme des enfants* », « *s'identifie aux aînés* », « *elles deviennent femmes* », « *prend son temps* », « *réflexion* », « *responsabilité* », « *mûrit* », « *devient mure* », « *mature* », « *elle sait ce qu'elle fait* », « *consciente* », « *connaît des choses* », « *qui devient au courant de la vie* », « *sélection des amis* », « *curiosité* », « *sa façon de penser les choses qu'elle fait son opinion* », « *sa façon de penser mûrit* ». Certaines disent que la fille devient coquine, irréfléchie ou impulsive, frivole, taquine : « *elle fait n'importe quoi* », « *bornée* », « *bêtises, cachottière* », « *elle dégamme* »¹, « *provocatrice* », « *la fille est audacieuse* », « *impulsive* », « *elle s'amuse* », « *aime l'alcool* », « *elle est heureuse* », « *coquine* », « *aime taquiner* », « *frivole* », « *tête légère* », « *immature* », « *devient extravertie* », « *le comportement devient séduisant* », « *vulgaire* ».

1 Cela signifie « dire des bêtises » au Cameroun

Quelques femmes disent que la fille devient « *paresseuse* » : « *paresseuse pas en forme* », « *fainéante* », « *elle rêvasse* ». Des choses paradoxales ressortent de ces réponses, notamment les filles ayant atteint la maturité sexuelle deviennent pour les enquêtées tantôt responsables et matures, tantôt irresponsables, tantôt timides tantôt extravertie. En guise d'exemple de la variété de ces réponses, on peut opposer certains termes : « *pas souriante* »/« *souriante* », « *elle sait ce qu'elle fait* »/« *elle fait n'importe quoi* », « *mature/immature* », « *curieuse/paresseuse* », « *n'aime plus jouer/ »s'amuse* », « *taquine* », « *pudique/ »frivole* », « *impulsive/prend son temps* »... Une femme dans la même réponse dit « *timide, fait des bêtises* ». Peut-être la période de l'adolescence n'est-elle pas toujours bien comprise par ces femmes : « *s'habille bizarrement à cause des amis* », « *elle devient bizarre* ».

- Les enquêtées ont beaucoup cité un trait du comportement pouvant révéler la maturité sexuelle chez les filles : **l'agitation, la turbulence**. Mais c'est assez spécifique au Cameroun. Plus de 50 camerounaises ont cité ce trait alors que moins de 10 enquêtées au total dans les deux autres pays. Les réponses sont de ce type : « *devient turbulente* », « *elle bavarde beaucoup* », « *agitation* », « *nervosité* », « *la fille est trop agitée* », « *elle est agitée, dissipée* », « *elle devient très agitée* ». Une femme dit : « *agitée ou calme* », ce qui reconferme l'idée de paradoxe évoquée plus haut. À noter qu'au Cameroun et à Madagascar, les femmes emploient essentiellement le terme d'« *agitation* » alors qu'au Burkina Faso, elle parlent de « *turbulence* ».
- Par ailleurs, une cinquantaine de femmes (encore une fois surtout au Cameroun) parlent d'un autre traits de personnalité spécifique : le **fait d'être têtu, l'insolence, la désobéissance ou encore l'arrogance**. Au Cameroun uniquement, les femmes emploient principalement le terme de « *têtutesse* » : il s'agit du fait d'être têtu (employé uniquement dans le pays). Sinon elles parlent d'« *agressivité* », d'« *insolence* », de « *désobéissance* », de « *mépris* » ou encore d'« *arrogance* » : « *elle devient désobéissante* », « *la fille est têtue* », « *elle devient insolente* », « *elle est sauvage* », « *apparition de l'arrogance* », « *elle devient méprisante* », « *elle devient arrogante et ne respecte personne* », « *elle devient orgueilleuse* ». À Madagascar (deux sites), les quelques femmes emploient uniquement le terme « *insolentes* ». Au Burkina Faso, une seule femme seulement a évoqué cet aspect (phase avant) en disant « *elle n'écoute pas les conseils* ».
- 15 % des réponses concernent la **coquetterie**, la **propreté** de la fille, le fait qu'elle

commence à **prendre soin d'elle, qu'elle change de démarche**. Ces réponses se retrouvent dans toutes les bases de données à l'exception de Tuléar phase GP (cela peut être dû à l'effectif faible de réponses autres dans cette base de données). Les réponses sont les suivantes : « *devient coquette* », « *par coquetterie* », « *aime la mode, coquette* », « *met des boucles d'oreille, coquette* », « *coquette à sa façon de parler et de bouger* », « *coquette, sa façon de s'habiller change* », « *elle se sapes* », « *coquette, met des jupes* », « *coquette, souriante* », « *coquette provocatrice* », « *propres, coquettes* », « *elle est propre* », « *la propreté* », « *elle devient plus propre* », « *visage propre* », « *démarche* », « *changement de la démarche* », « *manière féminine, démarche* », « *la façon de marcher* », « *elle prend bien soin d'elle* », « *elle commence à s'arranger (apparences)* », « *elle fait attention à elle* », « *de plus en plus soignée* », « *elle se fait belle* », « *prend soin de son corps* », « *elle se lave, se coiffe souvent* ».

- Dans la plupart des bases de données (sauf dans les phases GP du Burkina Faso et du Cameroun), les femmes évoquent comme signe de la maturité sexuelle chez les filles leur **rapport changeant aux garçons, le fait qu'elles commencent à s'intéresser à eux ou inversement, le fait qu'elles commencent à « sortir avec des garçons », ou à être amoureuses**. Une cinquantaine de femmes ont donné ce type de réponse. Cette fois, c'est davantage le cas au Burkina Faso et à Madagascar qu'au Cameroun. Les femmes disent qu'elles aiment/s'intéressent aux garçons, qu'elles tombent amoureuses : « *elle est attirée par les garçons* », « *commence à aimer les garçons* », « *elle aime et désire les garçons* », « *aiment parler de garçon* », « *la fièvre de l'adolescence, elle s'intéresse plus aux garçons* », « *regarde les garçons* », « *veut sortir avec les garçons* », « *commence à tomber amoureuse* », « *amoureuses* », « *commence à s'intéresser à l'amour* ». Cela se manifeste par un comportement changeant avec les garçons. Elles leur parlent plus : « *aiment parler avec les garçons* », « *elle bavarde beaucoup avec les garçons* », « *audacieuses, parlent avec les garçons* ». Elles sont entreprenantes avec les garçons : « *lorsqu'elle commence à courir derrière les garçons* », « *elle suit les garçons* », « *quand elle voit les garçons elle se trémousse* », « *elle provoque les garçons* », « *elle taquine les garçons* », « *elles osent aborder les garçons* », « *l'apparition de la séduction* », « *quand elle persiste à suivre les garçons* ». La maturité sexuelle se voit également quand la fille commence à sortir avec des garçons : « *quand la fille commence à fréquenter les garçons* », « *elle a un petit-ami* », « *sort avec son petit copain* », « *elle entretient des relations amoureuses* », « *si elle*

commence à sortir avec les hommes », « quand elle a un copain ». Enfin, c'est aussi lorsque les garçon s'intéressent aux filles : « quand les garçons commencent à lui faire la cour », « les garçons lui font la cour », « les garçons commencent à rôder autour d'elle ».

Un certain nombre de réponses sont spécifiques à des sites et/ou à des phases d'enquête.

- **L'âge** est un signe de maturité sexuelle chez la femme pour plus de 2 femmes sur 10 au Burkina Faso soit 64 femmes mais pour seulement 10 femmes dans les deux autres pays dont 7 à Antananarivo phase avant. Des femmes citent *« l'âge », « par rapport à l'âge », « en se référant à son âge », « on observe son âge »*. La plupart précisent l'âge en question qu'elles considèrent comme celui de la maturité sexuelle. Parfois, c'est plutôt un ordre d'idée approximatif ou un seuil : *« majeur », « vers 12-13 ans », « à partir de 15 ou 16 ans », « à partir de 20 ans »*... Cet âge perçu comme celui de la maturité sexuelle varie beaucoup d'une femme à l'autre, entre 12 et 25 ans, il varie donc du simple au double. À noter cependant que les femmes ont cité essentiellement 15 ans (23 femmes) puis 16, 17, 18 ans (autour de 10 femmes pour chaque âge), 20 ans est déjà moins cité (7 femmes). Une femme a cité 19 ans. Les âge extrêmes ont été très peu cités : 1 femme a cité 12-13 ans, deux 14 ans et une seule 25 ans.
- Au Burkina Faso (phases avant et après), au Cameroun (avant) et à Madagascar (2 sites et toutes phases), une quinzaine de femmes ont cité le **début des rapports sexuels ou du désir** comme un signe de maturité sexuelle chez la fille : *« rapport sexuel, l'envie », « quand elle est capable de faire un rapport sexuel », « si elle a des rapports sexuels », « envie d'avoir des rapports sexuels », « besoin d'homme, en chaleur », « quand elle connaît déjà l'homme », « aiment les garçons, couchent ensemble », « elle est attirée par les garçons », « désire les garçons »*. Certaines réponses sont moins explicites : *« fait des bêtises avec les garçons », « touche les garçons »*.
- Il est intéressant de noter qu'uniquement à Madagascar les femmes emploient le terme de **vagin** (ou en tout cas traduit comme tel). À Antananarivo, des femmes seulement de l'apparition des poils sur le vagin ou de la présence de liquide vaginal. En revanche, à Tuléar, les femmes parlent de « changements » du vagin comme un signe de la maturité sexuelle : *« le vagin se mouille », « organe sexuelle a des températures », « vagin a des températures », « vagin est chaud », « vagin est mou », « vagin grossit », « elle a le vagin »*

chaud », « *elle ressent de la chaleur dans l'utérus* ». Il semble en revanche que ces changements soient intimement liés au désir sexuel.

- Au Burkina Faso seulement (phases avant et après en population), 10 femmes pensent que l'on voit la maturité sexuelle chez la fille quand elle tombe **enceinte** ou **se marie** : « *lorsqu'elle tombe enceinte* », « *lors de l'accouchement quand elle prend sa première grossesse* », « *lorsqu'on la marie* », « *lorsqu'elle se marie* ». Cela peut symboliser le début de la vie adulte, vu l'importance de l'alliance et du rôle reproducteur de la femme, au Burkina Faso.
- Également au Burkina Faso phases avant et après en population, 5 femmes ont cité comme signe le **fait que la femme fasse des travaux notamment les travaux domestiques** : « *quand elles sont capables de faire les travaux champêtres, la cuisine* », « *lorsqu'elle est capable de faire les travaux domestiques* », « *quand elle peut faire les travaux domestiques* », « *qui arrive à bien travailler* ».
- Uniquement au Cameroun (phases avant et après) et à Madagascar (Antananarivo phase GP, Tuléar phase avant), 10 femmes citent l'**indépendance** : au Cameroun les femmes parlent d'« *émancipation* » : « *l'émancipation précoce* », « *émancipée* », à Madagascar, elles disent : « *besoin de liberté* », « *indépendantes* ». Dans le même ordre d'idée, certaines disent qu'elle « *déserte la maison* » ou « *aime sortir* ».
- Enfin, quelques femmes ont répondu **d'autres types de réponses** : « *lors de l'accouchement bassin pas assez large et a du mal a pousser pour faire sortir le bébé* »...
Dans la phase avant de Tuléar, des femmes parlent de « *cahier de chant* », « *aiment les chansons d'amour* », « *aiment les chansons* ».
Deux femmes (Cameroun phase après et Antananarivo phase avant) disent : « *le corps frissonne tout le temps* », « *prise de froid* ».
Certaines restaient évasives : « *le changement* »... 3 femmes à Madagascar (deux sites) parlent du « *comportement du corps* ».
- Au total, 55 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas** (au Burkina Faso et au Cameroun). « *ne sait pas* », « *aucune idée* », une a précisé « *ne sait pas, les enfants sont encore petits* » c'est à dire qu'elle n'a pas encore été confrontée à l'adolescence chez ses enfants. En revanche, elle a vraisemblablement expérimenté sa propre maturité sexuelle. Une enquêtée explique la spécificité des individus : « *c'est la fille seulement qui peut le savoir* ».

➤ **V307 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les garçons ?**

La consigne pour cette question est la même que pour la question précédente concernant la maturité sexuelle chez les filles. L'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Les réponses étaient également cumulatives, ce qui signifie que les enquêtées pouvaient donner plusieurs réponses. Lorsqu'une enquêtée donnait une réponse non-préétablie, l'enquêteur devait cocher la case autre et les retranscrire en clair.

Tableau 13 : Signes de la maturité sexuelle chez les garçons, en pourcentage des femmes (V307)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Voix	18,6	66,1	33,1	71,8	69,8	75,3	51,3	53,7	83,9	48,9	57,6
Poils	14,5	92,4	46,2	46,9	43,4	44,8	25,5	26,1	44,8	38,3	38,6
Production de sperme	6,1	12,7	8,5	22,0	18,9	15,8	4,4	14,2	15,1	23,4	12,6
Autre	45,1	41,5	40,5	30,7	37,7	37,3	25,3	26,9	20,0	27,7	32,7
Ne sait pas	1,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	20,6	11,2	1,8	0,0	4,1
Non réponse	26,2	0,8	8,6	6,8	1,9	5,1	9,7	10,4	4,8	2,1	9,5
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Nb : *puisque les femmes pouvaient citer différents signes, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.*

On se rend compte que 57,6 % des femmes citent la voix. 38,6 % des femmes ont donné les poils comme signe. La production de sperme est citée par 12,6 % des femmes. 4,1 % des enquêtées ne savaient pas et 9,5 % n'ont pas répondu, ce qui est plus que pour les signes de la maturité sexuelle chez les filles. On peut supposer que les femmes n'ayant pas eu de fils ont moins de connaissances de la maturité sexuelle chez les garçons, ne l'ayant pas vécu (la plupart ont en revanche connu leur propre maturité sexuelle, puisque les plus jeunes ont 15 ans).

Par ailleurs, plus de 3 enquêtées sur 10 ont cité d'autres signes de la maturité sexuelle chez les garçons.

Réponses en clair

Tableau 14 : Signes de la maturité sexuelle chez les garçons, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V307).

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	301	49	253	198	20	258	191	36	153	13	1472
% de l'ensemble	45,4	41,5	40,5	25,0	37,7	32,3	25,3	26,9	20,0	27,7	31,0

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

31 % des femmes ont effectivement répondu quelque chose en clair. Cela correspond à un très grand nombre de réponses « autre » à savoir 1472.

Beaucoup de réponses sont communes à l'ensemble des sites et phases d'enquêtes.

- Les différents **changements physiques, du corps** représentent un tiers des réponses « autres » qu'ont données les femmes.
 - Un grand nombre de femmes parlent de changements physiques au sens large, sans rentrer dans les détails : « croissance physique », « transformation physique », « changement physique », « l'aspect physique change », « la forme physique », « ça se sent sur son corps », « transformation du corps », « corps se développe », « corps change », « corps plus développé », « la puberté », « morphologie ». Au Burkina Faso, phase avant, beaucoup de femmes emploient le terme de « transformation physique » ce qui semble plus fort que « changement » ou « développement » (comme pour la maturité sexuelle chez les filles).
 - Beaucoup de réponses sont plus précises sur le changement de « silhouette » des garçons pubères : la taille, le poids changent et leurs muscles se développent, la poitrine s'élargit. Les réponses sont de ce type : « change de stature », « il devient très grand », « grandit de taille », « augmentation de taille », « corps grandit », « grossit et grandit en un temps, devient élancé », « sa silhouette », « lorsqu'il grossit », « devient gros », « dos se développe », « épaules larges », « il fait les épaules carrés », « apparition des pectoraux », « développement des seins », « glandes mammaires », « gonflement des tissus mammaires », « le gonflement des tétons », « développement du torse », « le torse s'élargit », « torse grossit », « torse grandit », « la poitrine devient grosse », « élargissement de la poitrine », « il a une poitrine développée », « développement des muscles surtout au niveau de la

- poitrine* », « *muscles se développent* », « *il devient plus musclé* », « *corps musclé* », « *développement musculaire* », « *les muscles augmentent* », « *muscles grossissent* », « *corpulence musclée* », « *corpulence bien développée* », « *quand ils commencent à prendre la forme, à être musclés* ». Quelques femmes parlent de la force physique qui accompagne ce développement musculaire : « *musculature et force* », « *musclé, a plus de force* », « *il est fort* », « *il devient robuste* », « *il devient un peu plus robuste* », « *ils deviennent vigoureux* ».
- L'apparition de l'acné est très citée par les femmes également comme un signe de maturité sexuelle chez les garçons (un peu plus de 100 femmes) : « *boutons* », « *boutons de puberté apparaissent* », « *l'apparition d'acné* », « *la poussée des boutons* », « *beaucoup de boutons* », « *plein d'acné* », « *boutons sur le visage* », « *apparition des boutons sur la face* », « *apparition des boutons sur le sexe* », « *boutons à l'organe* ».
 - Environ 90 femmes ont cité l'apparition de la barbe : « *barbe* », « *poussée de la barbe* », « *il a une barbiche* ». 3 femmes citent la « *moustache* ». Ces réponses concernent essentiellement le Burkina Faso et le Cameroun.
 - Une quinzaine de femmes (tous sites) citent la pomme d'Adam : « *développement de la pomme d'Adam* », « *pomme d'Adam au cou* », « *il a une pomme d'Adam* », « *la gorge grossit* ».
 - Près de 20 femmes (tous sites également) parlent du développement du sexe et des fonctions sexuelles : « *le sexe se développe* », « *le pénis grossit* », « *le pénis s'allonge* », « *pénis développé* », « *les parties génitales se développent* », « *il peut se mettre en érection* », « *en érection dans la vue d'une fille* », « *érection au réveil* », « *testicules lourds* », « *testicules bien formés* ».
 - Moins de 10 femmes citent l'apparition des poils car il s'agit cette fois d'une modalité de réponse précodée. Elle disent : « *poils sur la poitrine* », « *pousse de poils* », « *pousse de poils sur les parties intimes* ». De la même façon, une seule femme au Cameroun a cité la voix (« *voix grave* ») car c'était aussi une modalité de réponse pré-établie.
 - Quelques femmes citent un changement du visage (outre les boutons qui apparaissent) : « *le visage vieillit* », « *le visage change* », « *visage vieillissant* », « *rides sur le visage* », « *il change de mine* », « *face mûrit* ».
 - Une femme parle de l'odeur corporelle : « *il sent mauvais* ».
 - 14 % des réponses évoquent un **changement de comportement** de manière assez générale soit environ 220 réponses (des comportements spécifiques seront détaillés par la suite et

sont exclus de ce pourcentage). Ce type de réponse se retrouve dans l'ensemble des sites et phases d'enquêtes. Les réponses les plus larges sont les suivantes : « *changement de comportement* », « *par son comportement* », « *le comportement qu'il affiche* », « *les agissements* », le changement « *de mentalité* », « *d'attitude* », « *sa façon de faire* », « *évolution* », « *manière de se comporter* », « *sa façon de se comporter, sa façon de vivre* », « *sa façon de parler* », « *sa façon de penser change* », « *change ses habitudes* ». Ensuite, il y a des changements de comportements divers et qui apparaissent parfois contradictoires : pour certaines, il devient timide, réservé, peureux : « *il a honte* », « *a peur* », « *peureux* », « *très craintif* », « *il est timide* », « *timidité* ». Le fait d'être « *timide* » apparaît seulement à Madagascar (2 sites). Des femmes disent que le garçon devient responsable, calme, réfléchi, mûr : « *a un peu plus honte et ne joue plus avec les plus jeunes comme avant* », « *devenir plus conscient et ne joue plus comme un enfant* », « *devenir plus sage en arrêtant les enfantillages* », « *mature* », « *agit avec plus de maturité* », « *responsabilité* », « *il se calme* », « *son comportement est mature* », « *devenir mûr* », « *devenir sage* », « *s'intéresse à plusieurs choses* », « *mûrit* », « *il se sent homme* », « *la volonté de se sentir homme* », « *commence à être calme* », « *son esprit se développe* ». D'autres expliquent qu'il aime expérimenter de nouvelles choses, qu'il est « *curieux* » : « *aime essayer* », « *aime faire des expériences* », « *essaie de fumer des cigarettes* », « *commence à sortir la nuit* ». Il est aussi selon les femmes « *plus dynamique* », « *heureux* ». Certaines disent que le garçon devient audacieux, impulsif, taquin : « *audacieux* », « *il devient audacieux dans ses actes* », « *il cherche à s'imposer* », « *fume des cigarettes* », « *ose parler* », « *il taquine* », « *il dégamme* »², « *dit souvent des mensonges* ». Certaines disent que le garçons devient autoritaire voire violent (violence physique ou verbale) : « *il devient plus autoritaire* », « *aime gronder* », « *brutal* », « *méchant* », « *il peut même te battre* ». Beaucoup disent qu'il devient « *délinquant* » ou « *difficile* » ; au Cameroun, une femme parle de « *voyoutisme* » (terme local). Des choses paradoxales ressortent de ces réponses, notamment le garçon ayant atteint la maturité sexuelle devient pour les enquêtées tantôt responsable et mature, tantôt délinquant, violent, tantôt timide tantôt audacieux. En guise d'exemple de la variété de ces réponses, on peut opposer certains termes : « *peureux* »/« *audacieux* », « *craintif* »/« *aime faire des expériences* », « *agit avec plus de maturité/dit souvent des mensonges* », « *calme/brutal* », « *rit tout le temps* », « *il est heureux* »/« *tout le temps de mauvaise*

2 Cela signifie « dire des bêtises » au Cameroun.

humeur », « *facilement irritable* »... Une femme dans la même réponse dit « *timide vantard* ». Peut-être la période de l'adolescence n'est-elle pas toujours bien comprise par ces femmes.

- Le **rapport changeant aux filles** est un signe de la maturité sexuelle chez le garçon dans 15 % des réponses. Ces réponses concernant l'intérêt nouveau du garçon pour les filles ou le fait qu'il commence à sortir avec des filles ou à tomber amoureux, ou comme dit une enquêtée « *les relations avec les filles changent* ». Ce type de réponse se retrouve dans toutes les bases de données à l'exception du Cameroun, phase GP. Comme pour la question précédente, ce type de réponse se retrouve davantage au Burkina Faso et à Madagascar (plutôt qu'au Cameroun). Au total, 235 femmes ont donné des réponses de ce type. Selon elles, le garçon devient mature quand il commence à « *s'intéresser aux filles* », « *penser aux filles* », « *regarder les filles* », « *parler des femmes* », « *tomber amoureux* », « *être amoureux* », « *s'intéresser à l'amour* » mais aussi « *draguer les filles* », « *causer beaucoup plus avec les jeunes filles* », « *suivre les filles* », « *fréquenter des filles* », « *courir derrière les filles* », « *courir les filles* », « *faire la cour aux filles, les taquiner* », « *courtiser beaucoup les femmes* ». Son comportement change donc, « *il cause beaucoup plus avec les jeunes filles* », « *il rôde autour des jeunes filles* », « *il courtise les filles, il les approche plus* », « *il provoque les filles* », « *il s'intéresse déjà aux filles* », « *il court après les filles* », « *cherche les femmes* », « *il a un intérêt pour les femmes* », « *rêve sur les femmes* », « *envie de draguer les filles* », il est « *enjôleur* ». Finalement, il aime « *les filles* », « *parler aux filles* », « *parler de filles* », « *la compagnie des filles* », « *taquiner les filles* », les « *importuner et draguer* », les « *regarder* », « *regarder les photos des filles et veut tout savoir sur elles* ». C'est également lorsqu'il commence à « *avoir un copine* », « *avoir une compagne régulière* », « *avoir des petites amies* », « *sortir avec les filles* » et « *entretenir des relations amoureuses* ».
- Légèrement plus de femmes ont cité le **début des rapports sexuels ou du désir** (« *rapport sexuel, l'envie* ») comme un signe de maturité sexuelle chez les garçons que chez les filles (une vingtaine). Ce type de réponse est cette fois réparti dans l'ensemble des bases de données. Il y a d'abord le désir : « *il cherche des femmes pour coucher avec lui* », « *envie de femmes* », « *en érection dans la vue d'une fille* », « *désire les filles* », « *il est excité et cherche les femmes* », « *il fait des rêves et se mouille dans son sommeil* ». Il y a ensuite le début de la vie sexuelle : « *aime toucher les filles* », « *déjà fait des rapports* », « *attire les*

filles coquines », « *entretient déjà les rapports sexuels* », « *lorsqu'il commence à coucher avec les filles* », « *il a des relations sexuelles avec les filles* », « *s'il se couche avec une femme* », « *il appelle les filles chez lui* », « *quand il commence à amener les filles chez lui à la maison* ».

Un certain nombre de réponses sont spécifiques à des sites et/ou à des phases d'enquête.

- **L'âge** est un signe de maturité sexuelle chez les garçons pour près de 2 femmes sur 10 qui ont répondu en clair au Burkina Faso, soit 120 femmes (surtout dans les phases en population générale) mais pour seulement 12 femmes dans les deux autres pays. Des femmes citent « *l'âge* », « *dépend de l'âge* », « *prend de l'âge* », « *en se référant à son âge* », « *son âge* », « *par rapport à l'âge* », « *on regarde son âge* ». La plupart précisent l'âge en question qu'elles considèrent comme celui de la maturité sexuelle. Parfois, c'est plutôt un ordre d'idée approximatif ou un seuil : « *l'âge de la puberté* », « *s'il a au moins 20 ans, 16-17 ans* », « *à partir de 18 ans* », « *de 18 ans et plus* ». Cet âge perçu comme celui de la maturité sexuelle varie pas mal d'une femme à l'autre, puisqu'entre 15 et 25 ans, il y a quand même un intervalle de 10 ans. À noter cependant que les femmes ont cité en grande majorité 20 ans (70 femmes) puis 18 ans (19 femmes). Les âges extrêmes ont été moins cités : 7 femmes ont dit 15 ans et 6 femmes 25 ans. Il semble y avoir un cap autour de 20 ans « *quand il atteint 20 ans* », « *s'il a au moins 20 ans* », « *on regarde son âge à partir de 20 ans* ». À noter que les femmes des groupes de parole (au Burkina Faso) ont dit un âge plus jeune 15-16 ou 17 ans. On se rend compte de manière générale de l'écart entre l'âge à la maturité sexuelle entre fille et garçons, perçu par les femmes. Si elles perçoivent la maturité sexuelle des filles plutôt autour de 15 ans, celle des garçons se situe vers 20 ans selon elles, soit 5 ans plus tard ! Une femme précise justement « *à partir de 18 ans pour les hommes* ».
- Par ailleurs, une quarantaine de femmes parlent de traits de comportements spécifiques : le **fait d'être têtu, l'insolence, la désobéissance ou encore l'arrogance**. Ce type de réponse se retrouve quelque peu dans les phases avant du Burkina Faso, et des deux sites de Madagascar mais essentiellement au Cameroun (phases avant et après). Au Cameroun uniquement, des femmes emploient le terme de « *têtutesse* » (expliqué précédemment). De manière générale, les femmes parlent de « *désobéissance* », « *insolence* », « *arrogance* », de « *l'apparition de la vantardise et du mépris* ». Elles disent qu'il devient : « *têtu et*

désobéissant », « *insolent* », « *plus imposant* », « *rebelle* », « *arrogant* », « *hautain* » ; il « *aime frimer* » et « *s'impose devant les parents* ».

- Seules 4 % des réponses en clair (soit près de 70 réponses) concernent la **coquetterie**, la **propreté** du garçon ou **le fait qu'il commence à prendre soin de lui, son changement de démarche** (contre 15 % des réponses sur la maturité sexuelle des filles). Les réponses ne se retrouvent pas dans toutes les bases de données (pas dans les phases GP du Cameroun et de Tuléar ni dans la phase après du Burkina Faso) mais dans tous les sites. Les femmes ont dit : « *coquet sur sa façon de s'habiller* », « *coquet et propre* », « *il est coquet* », « *il se fait beau* », « *il devient élégant* », « *il suit la mode* », « *il change d'allure* », « *il change de démarche* », « *change souvent d'habits* », « *prend soin de son corps* », « *sa façon de s'habiller* », « *fait de la musculation* », « *changement de look* », « *il se sape* », « *il aime s'habiller bien* », « *quand le garçon commence à prendre soin de lui-même* », « *la propreté* », « *il devient plus propre* », « *il est propre* ».
- Contrairement à la maturité sexuelle chez les filles où environ 60 femmes avaient répondu **l'agitation** ou la **turbulence**, elles ne sont que 15 à citer ce trait pour la maturité sexuelle chez les garçons. Ces réponses sont concentrées au Burkina Faso phase avant et au Cameroun, toutes phases. Les réponses sont les suivantes : « *turbulence* », « *turbulent* », « *agitation* », « *agité* ». À noter l'emploi du terme agitation au Cameroun et turbulence au Burkina Faso.
- Au Burkina Faso seulement (phases avant et après en population), environ 30 femmes pensent que l'on voit la maturité sexuelle chez le garçon lorsqu'**il se marie**, prend une femme ou « **enceinte** » **une femme** : « *le mariage, quand il prend une femme* », « *s'il se marie* », « *se marier* », « *lorsqu'il sait qu'il peut prendre une femme* », « *lorsqu'il se marie et enceinte sa femme* », « *lorsqu'il peut enceinter une fille* », « *lorsqu'il met une fille enceinte* ». Ce type de réponse peut être mis en parallèle avec les réponses sur la fille mûre sexuellement : « *lorsqu'elle se marie* », « *lorsqu'elle prend une grossesse* ». Comme précédemment, cela peut symboliser le début de la vie adulte et montrer l'importance de l'alliance, et de la filiation (notamment reproduction de la lignée par les enfants, le prestige de la famille augmentant souvent avec le nombre d'enfants etc).
- Seules 3 femmes (Burkina Faso et Antananarivo avant) ont cité comme signe le fait que le garçon fasse des **travaux** : quand l'homme peut « *cultiver* », « *capable de faire les travaux champêtres* », « *lorsqu'il est capable de faire les travaux domestiques* », « *quand il*

travaille ».

- Au Burkina Faso et au Cameroun, phases avant et après et à Antananarivo phase GP, 6 femmes seulement parlent d'**indépendance** ou d'**autonomie** : au Burkina Faso une femme parle de l'autonomie (notamment financière) : « *quand il peut prendre la charge (dépenses familiales)* », « *peut se prendre en charge* ». Au Cameroun, les femmes parlent de « *l'émancipation* » ou de « *la recherche de l'indépendance* ». À Antananarivo, une femme parle d'un « *besoin de liberté* ». D'autres femmes expriment différemment cette volonté de liberté : « *jamais a la maison* », « *rentre tard la nuit* », « *aime sortir* ».
- Au Burkina Faso phases avant et après et au Cameroun, phase avant, 5 femmes ont parlé des **rites d'initiation** comme marquant le passage à la maturité sexuelle : « *initiation* », « *initiation (il y a des rites qui montrent que le garçon a atteint la maturité)* », « *circoncision* », « *à partir de 15 ans, ils font les cérémonies d'initiation* », « *quand on l'amène au champ pour faire sacrifices (25 ans) (initiation)* ». À noter la différence d'âge de 10 ans entre les réponses de ces deux femmes (rite d'initiation tantôt à 15 ans, tantôt à 25 ans, toutes deux enquêtées durant la phase après au Burkina Faso).
- Au Cameroun et à Madagascar uniquement, 6 femmes ont donné d'**autres types de réponses** plus ou moins clairs : « *la compagnie* », « *il répond un genre* », « *la fitation* », « *chants d'amour* », « *aiment les posters* », « *il se réserve* ».
- Au total, 238 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas** (au Burkina Faso et au Cameroun seulement), soit plus de 15 % des réponses en clair. Elles ont dit « *ne sait pas* », sauf deux qui ont dit « *aucune idée* » et une « *on ne peut pas savoir* ». 2 enquêtées ont précisé que seule la personne concernée pouvait savoir : « *on ne peut pas le savoir si ce n'est pas le garçon même* », « *c'est lui-même qui sait* ». Une autre a dit « *je n'ai pas remarqué* », 2 ont dit avoir « *oublié* », pensant sans doute qu'on attendait d'elles qu'elles donnent un ou des signes d'ordre « *technique* », physiologique.

Les deux questions suivantes concernent la perception de la sexualité.

➤ **V308 : Pour vous, un rapport sexuel, c'est ?**

A - Caresses sur les parties génitales

B - Pénétration

C - Baiser sur la bouche

D - Contact des parties génitales entre elles sans pénétration

E - Fellation

F - Autre

Cette question a été posée à l'ensemble des enquêtées. L'enquêteur devait lister les différentes possibilités. Plus précisément, il devait poser la question ainsi : « Pour vous un rapport sexuel c'est des caresses sur les parties génitales, une pénétration, des baisers sur la bouche, des contacts des parties génitales entre elles sans pénétration, une fellation ou autre chose » et expliquer à la personne que plusieurs réponses étaient possibles. Puis, il reprenait les items un par un, en demandant si oui ou non la personne pensait qu'il s'agissait d'un rapport sexuel. Si la personne répondait oui, il cochait la ligne correspondante. Si elle répondait oui à la modalité autre, il devait noter en clair la réponse.

Tableau 15 : Significations d'un rapport sexuel, en pourcentage des femmes (V308)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pénétration	96,6	97,5	98,9	90,3	90,6	92,2	90,7	88,1	98,3	100,0	94,2
Caresses sur les parties génitales	17,5	22,0	25,0	22,6	28,3	38,8	11,4	11,2	2,5	36,2	19,8
Contact des parties génitales entre elles sans pénétration	6,0	20,3	1,6	14,5	18,9	17,4	25,9	9,7	6,8	57,5	13,2
Baiser sur la bouche	6,0	21,2	9,6	13,2	22,6	27,0	8,1	5,2	2,4	25,5	11,7
Fellation	1,4	17,8	3,0	4,4	5,7	4,9	8,1	3,0	1,3	6,4	4,3
Autre	0,2	6,8	1,3	4,1	0,0	2,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Nb : *puisque plusieurs réponses étaient possibles, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.*

Presque toutes les femmes ont dit qu'elles considéraient une pénétration comme un rapport sexuel (94,2%). Près de 2 femmes sur 10 estimaient les caresses sur les parties génitales comme un rapport

sexuel. Plus d'une sur 10 (11,7 %) ont répondu oui pour un baiser sur la bouche. Seules 4,3 % approuvaient le fait que la fellation était un rapport sexuel.

Par ailleurs, 1,4 % des femmes ont indiqué qu'un rapport sexuel était autre chose pour elles.

Réponses en clair

Tableau 16 : Significations d'un rapport sexuel, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V308)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	0	7	7	39	0	11	1	0	0	0	65
% de l'ensemble	0,0	5,9	1,1	4,9	0,0	1,4	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

65 femmes ont effectivement répondu en clair à cette question, soit 1,4 % de l'ensemble des 4755 enquêtées. L'effectif de réponses en clair est très faible et de nombreuses bases de données n'ont aucune réponse autre. Les bases ayant des réponses en clair à cette question sont le Burkina Faso phases GP et après, le Cameroun phases avant et après et Antananarivo phase avant. Le Cameroun est sur-représenté (en effectifs) parmi ces réponses autres.

Il n'y a pas de type de réponse commun à l'ensemble des bases de données ni à tous les sites. Voyons maintenant le contenu de ces réponses en clair.

- 3 réponses sur 10 sont en fait une **reformulation** de ce qu'est un rapport sexuel. Ces réponses se retrouvent au Cameroun. 3 femmes ont dit « *faire l'amour* ». À noter que la formulation « *faire l'amour* » sous entend souvent qu'il faut des sentiments pour avoir un rapports sexuel. 2 ont dit « *l'union entre deux personnes par le sexe* ». 11 ont parlé de « *l'intimité entre l'homme et la femme* » et 4 de « *relation intime entre un homme et une femme* ». Ces dernières réponses montrent que les femmes n'envisagent pas la possibilité de rapports sexuels entre personnes du même sexe.
- Dans plus d'une réponse sur 10, les femmes ont **décrit** ce que pouvait être un rapport sexuel. Cela concerne le Burkina Faso (phase GP et après), le Cameroun (phase après) et Antananarivo (phase avant). Les réponses sont les suivantes : « *caresses sur le corps* »,

« *caresses sur tout le corps* », « *caresses sur presque tout le corps* » (les nuances sont intéressantes), « *éjaculation* » (rapport sexuel ramené au seul plaisir masculin), et « *toucher les seins, les pieds et faire jouir* ». À Antananarivo, une femme seulement a répondu quelque chose en clair : « *se masturber avec du savon ou du concombre* ». Cette réponse est à la fois intéressante et surprenante dans un contexte où parler de masturbation est très tabou, et où elle est interdite par la religion sauf dans certains cas très précis. La masturbation féminine est peut-être encore moins bien acceptée, car cela signifie accepter le désir/plaisir féminin.

- Au Burkina Faso, phase groupe de parole, 4 femmes ont indiqué des **parties du corps** : « *les doigts, les seins, les pieds, les mains* », « *seins, aisselles* », « *seins, jambes, etc.* », « *aisselle, jambes, oreilles* ». Cela peut-être dû à une sensibilisation à la sexualité par les animatrices des GP, notamment en montrant aux femmes que le plaisir pouvait être multiple et que différentes parties du corps pouvaient être stimulées.
- Deux femmes au Burkina Faso (phase GP et phase après) ont mis en avant la **communication/connivence/complicité** qui peut accompagner le rapport sexuel « *causer ensemble* », « *fait d'être ensemble* ». Cela pourrait être aussi dû au fait qu'elles sont gênées d'être plus explicites sur le rapport sexuel en lui-même.
- Au Cameroun, phase avant, 5 femmes ont donné des réponses déjà listées, notamment la **combinaison de différentes modalités de réponses** : « *A fait partie du rapport sexuel* », « *c'est à la fois A, B, C* », « *c'est A, B, C, D* », « *c'est A, C, D, E à la fois* », « *tout ça à la fois* ». Il y a donc une erreur de la part de l'enquêteur, car pour cette question plusieurs réponses étaient possibles, l'intérêt de cocher la case autre dans ce cas n'apparaît pas évident.
- 18 femmes, bien qu'ayant répondu oui à « autre chose » ont en fait indiqué en clair qu'elles **ne savaient pas** (dans la plupart des bases de données). Cela révèle sans doute une difficulté et une gêne à parler de sexualité.
- Une femme a simplement répondu « **moral** », ce qui pourrait signifier différentes choses. Peut-être estime-t-elle que les rapports sexuels vont contre la morale, qu'il faut pratiquer l'abstinence, rester fidèle à un seul partenaire ou éviter le vagabondage sexuel, type de réponse en clair qui revient beaucoup pour d'autres variables.
- Enfin, au Cameroun, pour les phases avant et après, 3 femmes parlent d'**amour** : « *sentiment* », « *amour pour son partenaire* », « *amour* ». 4 femmes parlent de **plaisir** (Cameroun phases avant et après) : « *le plaisir naturel* », « *plaisir* », « *plaisir partagé* ». 1 femme dit « **avoir les enfants** ». Il s'agit pour ces réponses davantage de ce qu'évoquent les

relations sexuelles pour la femme puisque ce sont les trois modalités de réponses pré-établies pour la question V348 (Qu'évoquent pour vous les relations sexuelles ?) : amour, plaisir et avoir des enfants.

➤ **V348 : Qu'évoquent pour vous les relations sexuelles ?**

L'amour

Le plaisir

Avoir des enfants

Autre

Pour cette question, l'enquêtee devait lister les réponses. Les réponses étaient cumulatives, c'est-à-dire que les enquêtées pouvaient donner plusieurs éléments. Si la personne citait un autre élément que les modalités de réponse pré-codées, l'enquêteur cochant la case autre et notait en clair la réponse.

Tableau 17 : Perception des rapports sexuels, en pourcentage de femmes (V348)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
L'amour	64,7	91,5	61,3	63,5	71,7	73,8	75,0	73,9	84,8	44,7	71,3
Avoir des enfants	89,4	90,7	95,0	51,2	52,8	51,7	57,4	61,9	58,1	44,7	65,7
Le plaisir	48,8	88,1	56,2	51,1	52,8	63,3	37,3	36,6	33,0	31,9	48,7
Autre	1,5	2,5	1,0	4,8	0,0	2,9	3,2	0,0	2,5	0,0	2,6
Ne sait pas	0,4	0,0	1,3	2,4	0,0	2,1	5,7	0,7	2,5	0,0	2,3
Non réponse	0,7	0,0	0,3	0,8	0,0	1,4	2,8	0,0	1,3	0,0	1,2
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque plusieurs réponses étaient possibles, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Les relations sexuelles évoquent pour à peu près autant de femmes l'amour et avoir des enfants, soit pour environ 7 femmes sur 10 (respectivement 71,3 et 65,7%). Pour près de la moitié des femmes, cela évoque le plaisir (48,7%), ce qui est plutôt un bon résultat au vu des objectifs du programme RRS. 4,5 % des femmes ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

Par ailleurs, 2,6 % des femmes ont indiqué que cela leur évoquait autre chose.

Réponses en clair

Tableau 18 : Perception des rapports sexuels, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V348)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	2	2	6	19	0	13	24	0	19	0	85
% de l'ensemble	0,3	1,7	1,0	2,4	0,0	1,6	3,2	0,0	2,5	0,0	1,8

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Peu de femmes ont répondu en clair à cette question, 85 enquêtées, soit 1,8 % des femmes. À noter qu'aucune femme n'a répondu en clair dans les phases GP du Cameroun et des deux sites de Madagascar. Pour les autres bases de données, l'effectif de réponses en clair est faible. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des sites ou bases de données. Voyons donc les réponses en clair, spécifiques à certains sites/bases de données.

- Près de 3 réponses sur 10 concernent l'**argent**, la **prostitution** ou la **sexualité transactionnelle**. Ces réponses se retrouvent dans les phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar. 4 femmes ont parlé de « prostitution » ou « prostituée ». Sinon, à Antananarivo ou à Tuléar, on retrouve des réponses du type : « argent », « pour l'argent », « pour l'argent fortune », « pour l'argent », « besoin d'argent », « par intérêt et argent », « personnes qui aiment l'argent ».
- Pour 3 femmes au Cameroun (phases avant et après), les rapports sexuels ne passent **pas au premier plan** : c'est une « formalité », c'est « secondaire », « cela n'a plus de sens ».
- Au Burkina et au Cameroun (phases avant et après en population) ainsi qu'à Antananarivo (phase avant), 10 femmes voient les **rapports sexuels comme une obligation dans le couple ou faisant partie du devoir conjugal** : « devoir », « par devoir conjugal », « les exigences du mariage », « ils sont obligés car ils vivent ensemble », « par obligation comme les femmes mariées ».
- Pour deux femmes (Cameroun phase après et Antananarivo phase avant), des femmes ont des rapports sexuels dans le but de **plaire** ou de **maintenir la fidélité du partenaire** : « quand on est jeune c'est pour plaire », « pour avoir la fidélité du mari ». Une enquêtée d'Antananarivo, au contraire, pense que les hommes opposent presque rapports sexuels et

amour/relation de couple : « *quand les hommes demandent des rapports, preuve qu'ils n'aiment pas* ». Autrement dit, elle pense que lorsque les hommes réclament des rapports sexuels, cela prouve qu'ils n'aiment pas la personne à qui ils demandent cela.

Ces réponses sous-entendent des rapports sexuels plutôt contraints ou en tout cas pas désirés, même si cela ne passe pas forcément par la violence.

- En revanche, à Antananarivo (phase avant), 3 femmes vont plus loin en parlant de « **violence** », faisant donc référence à la violence sexuelle, et probablement au viol conjugal.
- Pour une femme au Cameroun (phase avant), les rapports sexuels évoquent les **risques sexuels** : « *maladies et grossesses indésirées* ».

Après ces réponses qui mettent en avant une image négative de la sexualité, ou en tout cas n'incluant pas l'idée de plaisir, des femmes ont mis en avant des aspects plus positifs.

- Au Cameroun (phase avant et après) et à Tuléar (phase avant), 8 femmes voient les rapports sexuels comme un **besoin naturel** : « *naturel* », « *c'est naturel* », « *satisfaction d'un besoin* », « *besoin du corps* », « *développement du corps* », « *le corps a besoin* », « *donne la santé* ».
- Dans le même esprit, au Burkina Faso (phase après), au Cameroun (phases avant et après), 8 femmes également parlent de **sentiments positifs liés à la sexualité, du fait que ce soit bon pour le moral** : « *la bonne humeur* », « *amusement* », « *la communion, l'harmonie, la paix* », « *antistress* », « *moins stressé* », « *satisfaction* », « *avoir le plaisir* ». La dernière réponse pouvait en revanche rentrer dans la catégorie pré-codée « plaisir ».
- Au Burkina Faso (phase GP) et au Cameroun (phase avant et après), 3 femmes parlent du **désir** à travers l'utilisation des termes « *l'envie* » ou « *l'envie d'avoir le plaisir* ».
- 3 réponses montrent aussi une sexualité appréhendée comme assez positive : « *don de Dieu* » (Burkina Faso, phase GP), « *responsabilité* » (Antananarivo phase avant) ou encore « *se sentir femme* » (Cameroun phase après).
- Au Cameroun (avant et après) et à Tuléar (phase avant), 5 femmes évoquent **l'intimité ou la relation de couple** qu'elles perçoivent dans les rapports sexuels : « *l'intimité* », « *intimité entre deux personnes* », « *sortir ensemble* », « *mariage* ». L'emploi du terme « *mariage* » signifie aussi ne pas concevoir la possibilité de rapports sexuels en dehors du mariage.
- On retrouve cette morale (religieuse et sociétale) dans la formule : « *maintenir sa frigidité* »

(Burkina Faso, phase après). Cela peut signifier que l'enquêtée ne souhaite pas parler de sexualité et veut rester frigide. Il est également possible qu'elle ait voulu dire « virginité » et se soit trompée de terme.

- 5 femmes à Tuléar phase avant ont **reformulé** ce qu'était un rapport sexuel en disant toutes : « *coucher ensemble* ».
- 2 femmes au Cameroun (phase après) ont dit que c'était **propre à chaque personne** : « *cela dépend de tout un chacun* ».
- 9 femmes, au Burkina Faso et au Cameroun (phase avant) ont enfin dit qu'**elles ne savaient pas** (bien qu'ayant répondu oui à la modalité « autre chose »). L'une d'entre elle a précisé que c'était par manque d'expérience « *ne sait pas car n'a jamais eu de rapport sexuel* » (cette enquêtée burkinabé a 19 ans).

3) Discussion

Comme on l'a vu, les deux variables V308 (définition d'un rapport sexuel) et V348 (perception des relations sexuelles) ont un pourcentage de réponses « autres » relativement faible. Cela peut s'expliquer par le thème des questions sur lequel les femmes ne veulent pas s'étendre, sachant que dans la plupart des sites de l'enquête, la sexualité est tabou. Cela dit, selon l'équipe locale de Madagascar, la sexualité n'est pas ou est beaucoup moins tabou à Tuléar qu'à Antananarivo. Pourtant, les réponses « autres » à ces questions sont également faibles. Une seconde explication est probablement que les modalités de réponses ont été proposées (il est demandé aux enquêteurs de « lister les différentes possibilités ») ce qui réduit significativement le nombre de réponses « autres » données par les femmes. De plus, la différence entre les deux questions n'a pas été toujours bien perçue comme on l'a vu donc les réponses en clair sont assez similaires et se complètent. Cela permet de pallier le faible effectif de réponses. Les réponses à ces deux variables sont intéressantes sur les représentations de la sexualité et plus particulièrement du rôle des hommes et des femmes dans celle-ci. Il semble que les réponses sont très variés. On voit qu'il y a des femmes voyant les rapports sexuels en lien avec le plaisir/le désir ou l'amour pour son partenaire, qui sont pour l'expérimentation de leur sexualité (autre que la simple pénétration). Certaines d'entre elles ont sûrement été sensibilisées durant les groupes de parole du programme RRS. À côté de cela, certaines semblent être restées dans une vision traditionnelle de la sexualité, où la sexualité est une contrainte, mais que cela fait partie du devoir conjugal et a pour finalité la procréation. Certaines réponses semblent révéler une violence sexuelle dans leur couple. Une étude à Antananarivo a

montré que 10% des femmes mariées avaient subi des violences sexuelles de la part de leur conjoint au cours de l'année 2007 (Gastineau, Gathier, Rakotovao, 2007). Concernant les adolescents, dans une enquête menée dans la banlieue d'Antananarivo en 2006, un quart des filles de 15-24 ans a déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels forcés (Binet, Gastineau, Vololomanana, 2006).

D'autres femmes associent la sexualité à l'argent, à la prostitution ou aux relations sexuelles transactionnelles. Il s'agit d'échange d'argent, de cadeaux, de biens ou de services contre des rapports sexuels, soit une marchandisation du corps. Des adolescentes et des jeunes femmes attendent donc en échange de leur corps un gain sous une forme quelconque (par forcément de l'argent). Contrairement à la prostitution, cette sexualité monnayée a plutôt lieu dans le cadre d'une relation plus ou moins établie et durable et non dénuée d'affects.

Une enquête anthropologique, réalisée entre 2004 et 2006 à Douala, capitale économique du Cameroun, a mis en avant la présence de ce type de sexualité pré-maritale chez certaines jeunes camerounaises (Petit, 2009). On peut donc supposer que la situation est proche à Yaoundé, soit également en milieu urbain. De plus, ce thème a également été abordé à Bobo-Dioulasso durant des focus group (pour évaluer qualitativement le programme). En effet, les hommes se plaignaient que beaucoup de femmes refusaient les rapports sexuels sans contrepartie.

Les variables V306 et V307, qui concernent la maturité sexuelle chez les filles et les garçons, sont des questions assez originales car peu posées dans les questionnaires type sur la sexualité, la contraception, le VIH etc. Ces items ont donné lieu à un grand nombre de réponses autres. Cela peut d'abord s'expliquer par le fait que contrairement aux variables V308 et V348 (définition et perception des rapports sexuels), les modalités réponses n'ont pas été listées. Peut-être ces questions concernaient beaucoup d'enquêtées, des mères de familles ayant des adolescents ou des jeunes filles ayant vécu ou vivant actuellement leur maturité sexuelle voire celle de leur entourage (filles ou garçons). Finalement, on assiste à une grande diversité des réponses « autres » puisque des changements tant d'ordre physiques/physiologiques que des changements de comportement ont été évoqués, les derniers montrant bien certaines normes sociales et donnant des informations sur les comportements attendus des filles et des garçons dans la société (rôles, façon d'être etc). Ainsi, les signes de la maturité sexuelle ne se résument pas à des caractéristiques uniquement biologiques, comme cela était envisagé dans les modalités de réponses pré-codées. On assiste là à un exemple concret de l'apport de l'analyse qualitative.

De plus, on peut mettre en parallèle ces réponses pour détecter les différences entre ce qu'on attend

des filles et des garçons. Cela dit, on se rend finalement compte que les femmes donnent des réponses relativement proches concernant les signes de maturité sexuelle des filles et des garçons. Dans un même site, les terminologies sont similaires pour les deux questions. La répartition des types de réponses est assez proche. En revanche, il y a quand même des différences. Comme on l'a évoqué plus haut, la maturité sexuelle est perçue comme ayant lieu beaucoup plus tôt chez les filles. Peut-être est-ce un moyen de justifier des écarts d'âge importants au mariage dans ces pays (quoique en diminution). Ou alors c'est parce qu'on considère que la fille est mature sexuellement beaucoup plus jeune dans ces sociétés qu'elle se marie plus tôt.

En effet, plus de 8 femmes enquêtées sur 10 (81,7%) pensent que la maturité sexuelle n'a pas lieu au même âge chez le garçon et la fille³. Cette tendance se retrouve dans tous les sites et toutes les phases de l'enquête.

Les rites d'initiation ont été cités par quelques femmes pour la maturité sexuelle chez les garçons mais pas chez les filles. Ces rites de passage (de l'enfance à l'âge adulte) sont moins nombreux pour les filles.

Concernant les changements de comportements, les nombreux paradoxes dans les réponses des femmes ont été soulignés, ou du moins la diversité des réponses. On peut interpréter cela comme une difficulté de la part de certaines enquêtées à comprendre l'adolescence. On se rend compte que les changements de comportements donnés par les femmes sont assez similaires chez les filles et les garçons. On note cependant quelques différences. Par exemple, aucune femme ne dit que le garçon devient paresseux alors que cela avait été cité pour les filles, une enquêtée dit au contraire que le garçon est « *plus dynamique* ». Le rapport changeant pour le sexe opposé est cité pour la maturité sexuelle des filles comme des garçons. On y trouve l'intérêt grandissant envers les personnes de sexe opposé, le comportement plus audacieux à leur égard etc. Cependant, ce signe est cité dans 15 % des réponses concernant la maturité sexuelle chez les garçons et dans seulement 4 % des réponses concernant la maturité sexuelle chez les filles. De plus, dans les réponses de ce type, les garçons sont davantage dans le rôle d'actif car les verbes « *courtiser* », « *faire la cour* » et « *draguer* » sont principalement employés dans la variable V307 (maturité sexuelle chez les garçons) et presque pas dans la variable V306 (maturité sexuelle chez les filles). Il y a toutefois quelques exceptions : « *quand les filles lui courent après* », « *lorsqu'elle commence à courir derrière les garçons* ».

³ Elles ont répondu « non » à la variable V305 : Est-ce que la maturité sexuelle a lieu au même âge chez la fille et le garçon ?

C) Planification familiale, contraception, avortement

1) Contexte

Pour ce thème, 6 variables ont été choisies pour l'analyse. Il existe 2 variables filtre qui précèdent certaines de ces questions. Elles concernent la connaissance des moyens de contraception, les moyens de contraception utilisés actuellement puis les raisons pour lesquelles utiliser ou pas un moyen de contraception. La dernière variable concerne le moyen par lequel les femmes se sont éventuellement fait avorter.

Connaissances des moyens de contraception

V405 : De quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ? (autre)

413 femmes ont répondu qu'elles connaissaient une autre méthode (soit 8,7 % des enquêtées)

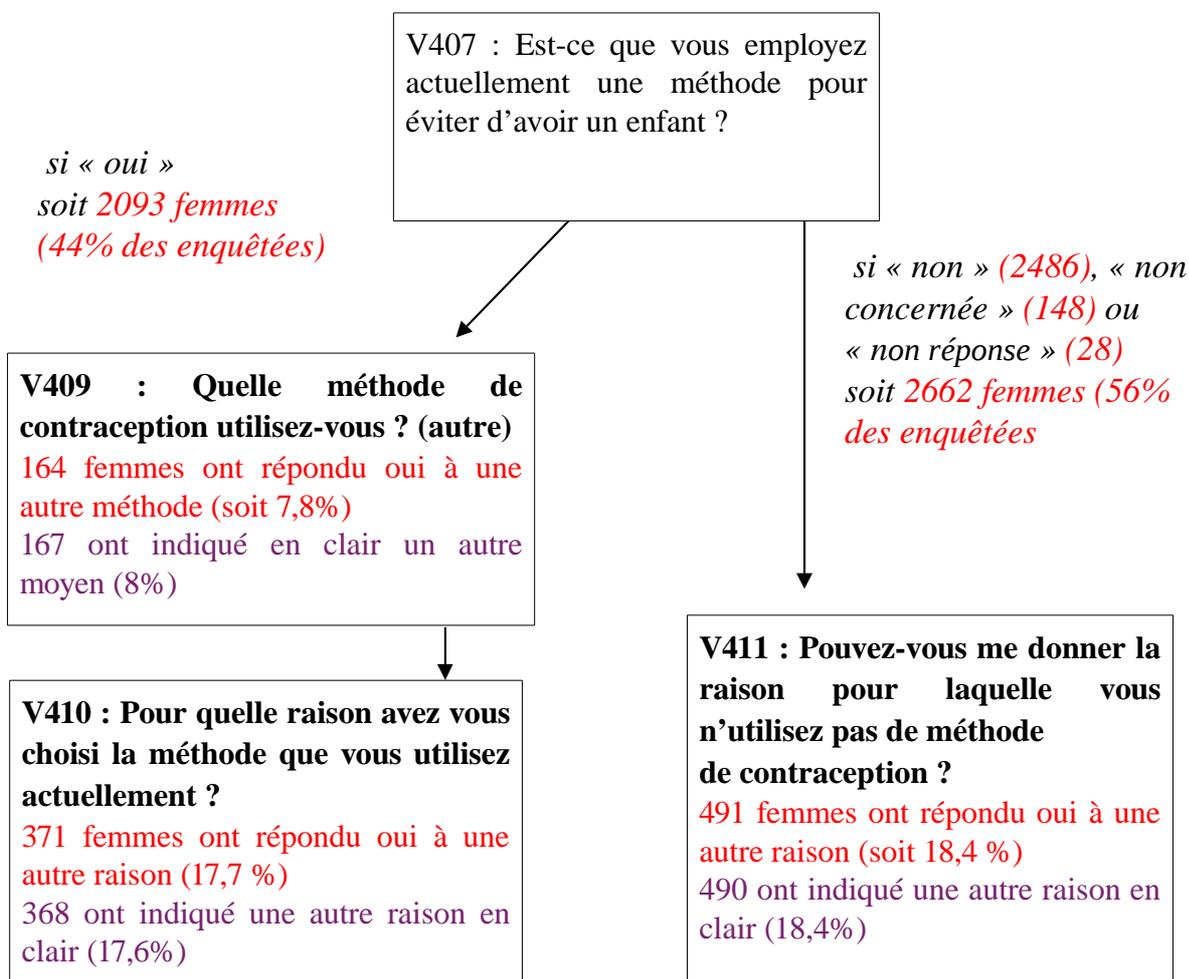
396 femmes ont indiqué quelque chose en clair (8,3% des enquêtées)

V406 : Avez-vous déjà utilisé ?

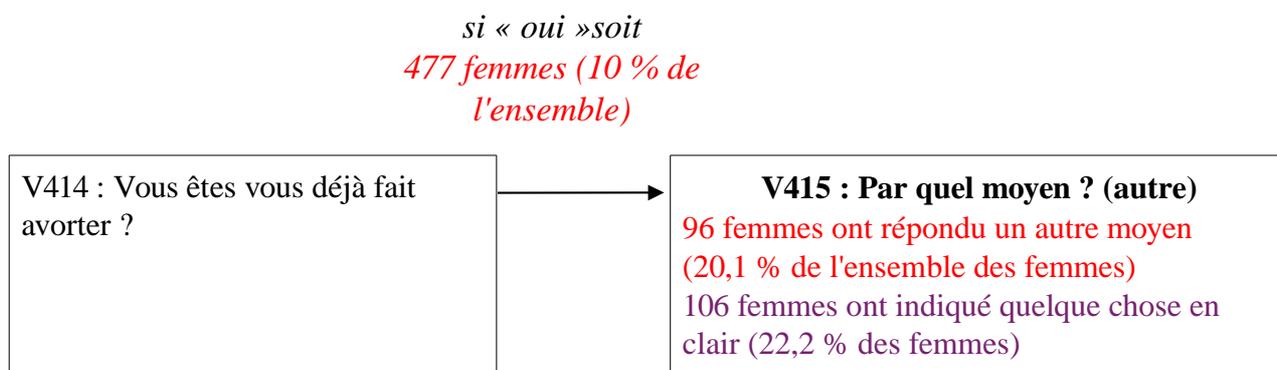
(pour chaque méthode)

233 femmes parmi les 413 ont déjà utilisé la méthode « autre » citée (soit 56,4%).

Raisons pour utiliser ou pas un moyen de contraception



Avortement



2) Résultats

- **V405 : De quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ?**
- **V406 : avez vous-déjà utilisé? (si oui spontané ou oui description)**

Ces questions portent sur les connaissances et l'utilisation des moyens de contraception.

La variable V405 a été posée à l'ensemble des enquêtées. L'enquêteur devait d'abord poser la question « de quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ? » et cocher la case « Oui spontané » en face de chaque méthode de contraceptions citée par les enquêtées. Il devait ensuite lister chaque méthode non citée en donnant le nom et sa description, puis cocher la case « Oui, description » si la méthode est reconnue et non si elle n'est pas reconnue. L'enquêteur devait alors vérifier que toutes les lignes étaient cochées.

On distingue donc dans les bases de données le « oui spontané » et le « oui après description ». Pour plus de simplicité et de lisibilité, les résultats ci-dessous regroupent l'ensemble des réponses « oui » : les femmes ayant répondu oui spontanément lorsqu'on leur énonce le nom de la méthode ou après brève description de cette méthode. De plus, pour les 4 bases de données de Madagascar, il manque le « oui après description » (seul le « oui spontané » est indiqué).

Si un moyen de contraception autre que ceux listés était évoqué par une femme, l'enquêteur devait cocher oui dans la case correspondante et inscrire en clair le moyen de contraception.

Pour chaque moyen de contraception, si l'enquêtée en avait déjà entendu parler (spontanément ou après description), on lui demandait si elle l'avait déjà utilisée (V406).

Tableau 19 : Méthodes dont les enquêtées ont déjà entendu parler, en pourcentage des femmes. (V405)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pilule	93,6	100,0	96,3	92,5	98,1	94,5	86,8	94,0	82,9	91,5	91,3
Injections	90,3	99,2	95,4	82,8	96,2	89,0	81,7	90,3	85,1	95,7	87,6
Condom masculin	86,8	100,0	95,7	97,6	96,2	98,6	45,6	59,0	53,9	76,6	79,5
Implants	79,2	100,0	89,3	67,0	90,6	78,8	33,9	55,2	25,8	42,6	62,3
Condom féminin	56,6	100,0	72,0	85,8	96,2	94,7	4,9	9,7	8,2	12,8	53,7
DIU/stérilet	43,7	94,1	43,7	72,1	90,6	76,2	33,1	38,8	19,1	27,7	49,7
Jour fixe/ continence périodique/ méthode du collier	36,1	98,3	24,6	79,6	88,7	89,4	20,6	28,4	15,8	8,5	46,7
Retrait	13,5	78,8	11,4	71,9	88,7	82,7	0,7	0,7	1,0	0,0	32,5
MAMA	33,8	76,3	9,3	65,0	81,1	69,8	1,1	0,7	5,5	6,4	32,5
Stérilisation féminine	13,5	84,7	26,4	58,2	58,5	55,3	8,7	14,2	11,1	40,4	31,1
Mousse/gelée/ spermicides	22,2	86,4	10,7	41,1	64,2	50,6	3,3	5,2	4,3	0,0	24,1
Pilule du lendemain	4,5	54,2	2,4	54,4	77,4	64,1	0,8	0,7	2,0	0,0	23,4
Diaphragme	19,2	42,4	12,3	42,9	69,8	55,8	1,7	0,7	1,6	0,0	23,2
Méthode des glaires	6,1	61,9	8,3	42,1	54,7	42,8	0,4	0,7	0,1	0,0	18,4
Stérilisation masculine	7,9	59,3	5,6	34,6	41,5	45,6	2,5	5,2	0,4	6,4	17,9
Autre	1,6	4,2	13,4	16,4	15,1	18,9	1,5	2,2	0,9	6,4	8,7
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb. : puisque plusieurs réponses étaient possibles, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Tableau 20 : Pourcentage de femmes ayant déjà utilisé chaque méthode parmi les femmes connaissant la méthode en question (V406)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pilule	26,2	50,0	27,4	28,7	15,4	19,6	30,0	42,9	27,0	62,8	27,7
Injections	24,5	24,8	33,4	20,0	7,8	10,1	36,4	57,0	37,4	46,7	27,4
Condom masculin	32,2	71,2	36,8	69,7	78,4	77,0	41,7	38,0	43,0	25,0	53,9
Implants	10,0	19,5	7,3	10,8	4,2	4,0	10,2	23,0	8,6	25,0	9,0
Condom féminin	2,4	28,0	1,1	15,3	17,6	8,9	10,8	30,8	6,3	16,7	9,4
DIU/stérilet	8,6	4,5	1,5	11,9	4,2	1,0	12,0	0,0	6,8	7,7	6,4
Jour fixe/continence périodique/méthode du collier	18,3	15,5	19,5	62,9	68,1	66,1	53,2	31,6	58,7	0,0	52,1
Retrait	22,2	28,0	29,6	49,7	48,9	46,3	60,0	100,0	75,0	-	44,6
MAMA	27,0	16,7	15,5	47,3	32,6	35,3	0,0	0,0	31,0	0,0	35,8
Stérilisation féminine	1,1	0,0	0,0	3,7	0,0	0,9	9,1	0,0	3,5	42,1	2,6
Mousse/gelée/spermicides	2,7	9,8	4,5	17,8	8,8	4,7	20,0	0,0	21,2	-	9,5
Pilule du lendemain	6,7	10,9	0,0	25,1	12,2	17,8	50,0	100,0	20,0	-	19,7
Diaphragme	0,8	0,0	0,0	9,7	2,7	2,2	0,0	0,0	0,0	-	4,1
Méthode des glaires	0,0	52,1	32,7	27,9	13,8	37,1	0,0	100,0	100,0	-	32,1
Stérilisation masculine	5,7	0,0	0,0	4,4	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
Autre	36,4	0,0	48,8	44,6	75,0	74,2	63,6	33,3	57,1	0,0	56,4

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Les méthodes les plus connues sont la pilule, les injections et le condom masculin puisqu'au moins 8 femmes sur 10 connaissent ces méthodes. Viennent ensuite l'implant (connu par plus de 6 femmes sur 10) et le condom féminin, connu par un peu plus de la moitié des femmes (mais quand même nettement moins connu que son homologue masculin). Près de la moitié des femmes connaissent également le DIU et la méthode du jour fixe. Environ 3 femmes sur 10 connaissent le retrait, la MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) et la stérilisation féminine. Autour de 2 femmes sur 10 connaissent les méthodes suivantes : stérilisation masculine, méthode des glaires, diaphragme, pilule du lendemain, mousse/gelée/spermicides.

De manière générale, on se rend compte que les méthodes les plus connues ne sont pas forcément très utilisées. La pilule et les injections qui sont les moyens les plus connus ne sont utilisés que par un quart des femmes qui les connaissent. En revanche, le condom masculin et le jour fixe sont utilisés par plus de la moitié des femmes qui le connaissent. Pour le retrait, la MAMA, la méthode des glaires (et la pilule du lendemain dans une moindre mesure), bien que connus par moins de femmes, on se rend compte que lorsqu'elles connaissent la méthode, c'est car

un certain nombre d'entre elles l'ont déjà utilisée. Enfin, les méthodes restantes sont utilisées par moins d'une femme sur 10 connaissant la méthode.

Par ailleurs, près de 9 % des enquêtées avaient déjà entendu parlé d'autres moyens de contraception. Parmi ces femmes, plus de la moitié avaient déjà utilisé la méthode citée.

Réponses en clair

Tableau 21 : Méthodes dont les enquêtées ont déjà entendu parler, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V405)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	10	4	84	118	8	148	11	3	7	3	396
% de l'ensemble	1,5	3,4	13,4	14,9	15,1	18,5	1,5	2,2	0,9	6,4	8,3

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

396 femmes ont effectivement répondu quelque chose en clair, soit 8,3 % des enquêtées. On observe un faible effectif de réponses autre dans certaines bases de données.

Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases. En revanche, deux types de réponses apparaissent dans l'ensemble des 4 sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Plus de 4 réponses sur 10 citent comme autre méthode de contraception l'**abstinence** (toutes bases sauf Tuléar avant). En revanche ces réponses sont surtout présentes au Burkina Faso phase après et au Cameroun phase avant et après. Environ 140 femmes disent simplement « *abstinence* ». Une trentaine parlent d' « *abstinence prolongée* », une femme parle d'« *abstinence totale* » et une le formule différemment : « *ne pas avoir de relations sexuelles* ». 5 femmes au Burkina Faso (phases avant et après) parlent de l'abstinence après l'accouchement/pendant l'allaitement : « *abstinence après accouchement* », « *abstinence pendant allaitement* », « *elles font 3 ans d'abstinence après les accouchements* », « *l'abstinence temporaire pour les femmes mariées et qui viennent d'accoucher* », « *abstinence prolongée après une naissance* ». Cela peut montrer qu'elles ne connaissent pas la méthode MAMA (jusqu'à 6 mois après une naissance, allaiter fréquemment avant d'avoir à nouveau ses règles empêche d'avoir une nouvelle grossesse). Cependant,

culturellement, il n'est pas très bien vu d'avoir des rapports à cette période.

- Environ 2 réponses sur 10 font référence à des **méthodes traditionnelles**. Cela se retrouve dans toutes les bases excepté Tuléar GP, mais particulièrement au Burkina Faso phase après et au Cameroun (phases avant et après). À noter que certaines méthodes traditionnelles particulières ont été comptabilisées à part et seront décrites plus loin. Les femmes parlent de : « *médicament traditionnel* », « *les plantes traditionnelles* », « *les remèdes indigènes* », « *pratiques traditionnelles* », « *traditionnel (pygmées)* », « *indigènes, certains comprimés* », « *traitement traditionnel* ». Certaines précisent : « *poudre noire* », « *toile d'araignée et ficelle, morceau de pagne attaché à 1 arbuste* », « *tisanes* », « *se purger avec des plantes bien données pour éviter une grossesse* », « *feuille* », « *les écorces d'arbre comme pilules* », « *des poudres que vendent les tradipraticiens* », « *corde, feuille, poudre* », « *méthodes des herbes indigènes* », « *le roi des herbes* », « *la purge avec certaines plantes* », « *utilisation des herbes* », « *boire des plantes naturelles* », « *laver l'utérus avec des racines* », « *potions indiquées* », « *méthodes traditionnelles à base de plantes* », « *boire des tisanes traditionnelles* », « *branches amères* », « *infusion de plantes et/ou d'écorces* », « *manger des feuilles amères* », « *la méthode des humeurs* », « *prendre le citron après l'acte* », « *miel avant les rapports sexuels* », « *Nescafé citron* », « *on enfonce le coton dans le vagin après les rapports* », « *boire l'eau salée après l'action sexuelle* », « *whisky, vinaigre, miel, après [on est] protégé [à] 1%* », « *boire le vinaigre à sec (matin et soir)* », « *prendre 2 cuillères de miel dans 5 verre d'eau* », « *prendre 2 Nescafé, 5 verres d'eau tiède 2 cuillères* », « *mettre le tabac dans le sexe après le rapport sexuel* », « *faire l'ovule avec le savon, soufre d'allumette* ».

Certaines réponses sont spécifiques à certains sites/bases de données.

- Au Burkina Faso uniquement et surtout dans la phase après, près de 40 femmes parlent de la **méthode de la corde ou du collier, qu'on noue autour de la taille** : « *cordelette magique* », « *corde magique* », « *les cordes pour attacher autour des reins* », « *collier traditionnel* », « *collier traditionnel autour des reins* », « *certaines attachent une corde autour de leur hanche* », « *cordelette à attacher autour de la taille* », « *corde à la hanche* », « *un collier à la taille (cordelette magique)* », « *corde (hanche ou pied)* ». Une enquêtée explique bien de quoi il s'agit et où se le procurer : « *il y a tradipraticiens qui vendent un fil*

a 2500f ou 3000f et quand tu attaches à tes reins, tant que tu ne détaches pas, tu ne tombes pas enceinte ». À ne pas confondre avec la méthode du collier (= méthode du jour fixe).

- Au Cameroun uniquement, phase après mais surtout avant, une dizaine de femmes parlent d'une coutume particulière qui consiste à **enterrer/cacher ses règles** : « enfouir sa garniture dans le sol », « garder une serviette (non jetable) sous la terre », « enterrer les serviettes hygiéniques déjà utilisées », « garder la garniture déjà utilisée », « garder une quantité de règles dans une garniture », « mettre la serviette hygiénique dans la bouteille », « mettre les règles dans la bouteille », « tu attaches et caches les premières règles ».
- Au Cameroun, phases avant et après, et à Tuléar phase GP, une trentaine de femmes parlent de **méthodes déjà pré-établies** : le retrait « coït interrompu », la stérilisation féminine : « ligature des trompes », l'implant « Norplants », la méthode du jour fixe : « calcul du cycle ovarien », « savoir compter son cycle », « abstinence pendant la période féconde », « le contrôle du cycle menstruel », le condom « tout ce qui est préservatif » et la méthode MAMA : « allaiter le plus longtemps possible ».
- Au Cameroun uniquement et surtout dans la phase avant, une quinzaine de femmes citent la **méthode de la température**. Pour cette méthode (qui est souvent associée à la méthode des glaires), la période de fertilité est calculée en fonction d'une courbe de température. La phase fertile correspond aux jours où la température du corps de la femme est légèrement supérieure à 37°C⁴. Les femmes parlent de : « la température du corps », « la méthode de la température », « la prise régulière de la température », « par température », « en prenant sa température », « méthode de la variation de température ».
- Au Burkina Faso phase après, au Cameroun toutes phases et à Tuléar phase avant, une trentaine de femmes parlent de **médicaments** (hors pilules contraceptives) comme moyen de contraception : « médicaments de la rue, on trouve ça ici les jours de notre marché », « certains comprimés », « prendre les ovules vaginaux », « prise de paracétamol après les rapports », « boire des ibuprofènes », « prendre deux comprimés d'aspirine (avant et après) ». Certaines donnent des noms de médicaments : elles préconisent de prendre « Effegril », « l'Efferalgan », « Mentrojen », « milli Anovlar, mini-phase », « Ephedrine », « demi comprimé de quinine », « quinine, nivaquine ». Beaucoup de femmes citent la nivaquine comme moyen de contraception⁵ : « prendre 7 nivaquines après l'acte sexuel »,

4 site du Planning Familial : <http://www.planning-familial.org/articles/les-methodes-naturelles-00361>

5 La nivaquine est utilisé dans le traitement curatif et préventif du paludisme et utilisé dans certains cas en rhumatologie et dermatologie.

« placement de la nivaquine dans le vagin », « mettre la nivaquine jaune dans le verre et boire », « boire 7 nivaquines et 3 dans le vagin », « trois nivaquines avant 24h de la période féconde », « nivaquine avant ou après les rapports », « prendre la nivaquine (3 comprimés) avec un tonic spontanément », « boire six comprimés de nivaquine après les rapports ». Parfois les femmes parlent d'un mélange alcool-nivaquine : « boire un verre de vin rouge bouilli avec la nivaquine », « whisky avec nivaquine à prendre après les rapports sexuels », « alcool 1 cuillère + 3 nivaquine ».

- En effet, Au Cameroun phase avant et après et à Tuléar phase avant, plus de 10 femmes ont dit que consommer de l'**alcool, notamment du whisky avant et/ou après les rapports**, était une méthode de contraception : « prendre le Kitoko⁶ après l'acte », « whisky à prendre après les rapports sexuels », « consommation de l'alcool avant et après les rapports sexuels », prendre 1 Kitoko (une consommation de whisky) avant 24h, « boire le whisky après les rapports sexuels », « boire un verre de whisky ».
- Au Cameroun uniquement, phase avant et après, une quinzaine de femmes parlent de **méthodes en lien avec l'eau : se laver, douche vaginale ou boire de l'eau salée** : « douche vaginale », « se purger avec de l'eau salée après les rapports sexuels », « bain juste après les rapport sexuels », « faire sa toilette intime », « nettoyer le vagin avec l'eau savonneuse », « se laver le vagin avant l'acte sexuel », « la purge avec l'eau salée », « prendre un gobelet d'eau salée », « méthode salée (boire avant et après) », « boire l'eau salée après le rapport sexuel ».
- Quelques femmes ont indiqué d'**autres types de réponses** (Burkina Faso avant, Cameroun avant et après, et Antananarivo avant). Une enquêtée dit : « attend que l'enfant marche », ce qui sous entend probablement qu'elles attend cela avant d'avoir des rapports sexuels à nouveau. Une enquêtée considère le fait de « ne pas se marier » comme une méthode de contraception. Une autre dit qu'un « saignement abondant peut pousser à la conception ». 3 femmes parlent de la « fidélité » comme moyen de contraception. Quelques femmes parlent du planning familial, sous entendant sûrement l'endroit où l'on peut se procurer des moyens de contraception : « Planning familial », « FISA » (= Planning Familial de Madagascar). Deux femmes disent : « une sorte de bande collante qu'on colle », « on colle sur le bras, comme le bouton ». Cela fait peut-être référence au patch contraceptif, bien qu'il soit très peu utilisé en Afrique. Enfin, une femme dit « l'avortement ».

6 Le « Kitoko » est en fait du whisky vendu en sachet.

Les questions suivantes portent sur la contraception actuelle.

➤ **V407 : Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ?**

Cette variable est une variable filtre à nos variables d'analyse. C'est une simple question fermée : oui/non/non concernée/non réponse. À noter que cette question a été posée à l'ensemble des femmes enquêtées. La modalité « non concernée » s'adresse donc probablement aux personnes vierges ou n'ayant pas de rapport sexuel actuellement.

Tableau 22 : Utilisation d'une méthode actuelle de contraception, en pourcentage des femmes. (V407)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Non	68,1	33,9	54,4	44,4	28,3	36,1	63,1	45,5	58,1	31,9	52,3
Oui	29,2	62,7	39,2	50,1	56,6	60,6	34,5	53,0	39,9	68,1	44,0
Non concernée	1,7	3,4	6,4	4,8	13,2	3,0	1,3	0,8	1,7	0,0	3,1
Non réponse	1,1	0,0	0,0	0,8	1,9	0,4	1,1	0,8	0,3	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi nos 4755 enquêtées, on se rend compte qu'un peu plus de 4 femmes sur 10 utilisaient un moyen de contraception au moment de l'enquête (44 %). Un peu plus de la moitié des femmes n'en utilisaient pas. 3,1 % s'estimaient non concernées par cette question et moins de 1 % n'ont pas répondu à la question. La prévalence de la contraception n'est donc pas très élevée, chez cette population en âge fécond (15-49 ans).

Lorsque l'enquêtée répondait oui, les questions V409 (« Quelle méthode de contraception utilisez-vous ? ») et V410 (« Pour quelle raison avez vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ? ») étaient posées. Si elle répondait « non », « non concernée » ou ne répondait pas, la question V411 (« Pouvez-vous me donner la raison pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de contraception ? ») était alors posée.

➤ **V409 : Quelle méthode de contraception utilisez-vous ?**

Cette question s'adresse donc aux 2093 femmes qui utilisaient un/des moyen(s) de contraception au moment de l'enquête. L'enquêteur ne devait pas lister les réponses possibles, mais noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, ils devaient cocher la case autre et noter la réponse en clair.

Tableau 23 : Méthode de contraception utilisée actuellement, en pourcentage des femmes concernées par la question (V409)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Condom masculin	22,1	41,9	22,0	48,2	50,0	44,6	9,2	5,6	20,7	6,2	30,7
Injections	28,2	14,9	34,7	6,1	0,0	4,8	39,9	50,7	52,8	46,9	24,6
Jour fixe/continence périodique/méthode du collier	5,1	9,5	6,9	26,0	16,7	36,0	16,9	4,2	10,5	3,1	18,9
Pilule	22,1	20,3	21,2	8,3	13,3	6,2	25,3	25,4	22,6	50,0	16,5
Implants	6,2	13,5	11,0	2,8	6,7	2,9	5,8	15,5	1,6	3,1	5,2
Condom féminin	1,5	20,3	0,8	2,5	6,7	2,3	0,4	0,0	1,3	0,0	2,3
Retrait	1,5	0,0	0,0	6,3	3,3	3,1	0,8	0,0	0,3	0,0	2,2
MAMA	6,2	1,4	0,0	3,3	0,0	2,1	0,4	0,0	2,6	0,0	2,1
Méthode des glaires	0,0	5,4	0,0	3,3	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Pilule du lendemain	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,4	1,1	0,0	1,0	0,0	0,8
DIU/stérilet	0,0	1,4	0,0	0,5	3,3	0,0	2,7	0,0	1,6	0,0	0,8
Mousse/gelée/spermicides	0,5	0,0	0,0	0,8	0,0	0,2	0,4	0,0	1,0	0,0	0,4
Stérilisation féminine	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,1	0,0	0,3	0,0	0,3
Stérilisation masculine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Diaphragme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre	11,8	1,4	11,8	11,1	13,3	12,6	0,4	0,0	0,3	0,0	7,8
Non réponse	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Total	195	74	245	396	30	484	261	71	305	32	2093

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents moyens de contraception, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Le moyen de contraception le plus utilisé est le condom masculin puisqu'environ 3 femmes sur 10 qui emploient un moyen pour éviter d'avoir des enfants l'utilisent (comparativement, le condom féminin n'est utilisé que par 2 femmes sur 100 soit plus de 10 fois moins). Le condom masculin est suivi d'assez près par les injections, puisque près d'un quart des femmes les utilisent. La méthode

naturelle du jour fixe suit (18,9 % l'utilisent). Ensuite vient la pilule qui est utilisée par 16,5 % des femmes qui emploient un moyen de contraception. Les implants sont utilisés par 5,2 % des femmes. Toutes les autres méthodes sont chacune utilisée par moins de 2,5 % des femmes sous contraception. On y trouve les méthodes naturelles du retrait, de la MAMA et la méthode des glaires. On y trouve également les méthodes modernes suivantes : le diaphragme (1 femme sur 2093), la stérilisation (masculine et féminine), les spermicides, le stérilet et la pilule du lendemain. Seules 0,4 % des femmes n'ont pas répondu.

Par ailleurs, 7,8 % des femmes sous contraception ont déclaré utiliser une autre méthode que celles citées précédemment.

Réponses en clair

Tableau 24 : Méthode de contraception utilisée actuellement, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par la question (V409)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	23	1	29	43	4	65	1	0	1	0	167
% de l'ensemble	11,8	1,4	11,8	10,9	13,3	13,4	0,4	0,0	0,3	0,0	8,0

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

167 femmes ont répondu en clair à cette question, soit 8,0 % de l'ensemble des enquêtées sous contraception. À noter aucune réponse en clair dans les phases GP d'Antananarivo et de Tuléar. Pour les autres bases de données, l'effectif de réponses en clair est faible. Aucun type de réponse n'est commun à tous les sites. Voyons donc maintenant les résultats spécifiques.

- 7 réponses sur 10 donnent comme autre méthode de contraception utilisée actuellement l'**abstinence**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso et au Cameroun toutes phases mais aucune femme n'a dit cela à Madagascar. Près de 90 femmes disent simplement « *abstinence* ». Une trentaine parlent d' « *abstinence prolongée* » et une femme parle d' « *abstinence sexuelle* ». 3 femmes au Burkina Faso (phases avant) parlent de l'abstinence après l'accouchement : « *abstinence (vient d'accoucher)* », « *abstinence 3 ans après accouchement* ».

- 20 femmes utilisent des **méthodes traditionnelles** (incluant cette fois des méthodes spécifiques qui étaient comptabilisées à part pour la question précédente : cordelette, alcool, eau salée). Cela se retrouve au Burkina Faso avant et après, au Cameroun toutes phases et à Tuléar phase avant : « *méthode traditionnelle* », « *pratiques traditionnelles* », « *médicaments traditionnels* », « *méthode indigène* », « *méthodes naturelles* », « *prendre les remèdes indigènes* », « *potions* », « *collier traditionnel* », « *se purger avec de l'eau salée après l'acte sexuel* », « *prendre le Kitoko* », « *tisanes traditionnelles* », « *prendre 2 Nescafé dans 5 verres d'eau tiède* », « *verser de l'eau fraîche a terre en invoquant les ancêtres* », « *Nescafé citron* », « *boire le miel avant les rapports sexuels* », « *la méthode des humeurs* ».
- Au Cameroun, phase avant, 3 femmes utilisent des **médicaments** (autres que la pilule) : « *nivaquine* », « *prise de comprimés* ».
- Une femme seulement déclare utiliser la méthode des « **températures** », dans la phase avant du Cameroun.
- Au Cameroun, phases avant et après, près de 20 de femmes parlent de **méthodes déjà proposées aux enquêtées** : la méthode du jour fixe : « *le calcul du cycle menstruel* », « *abstinence pendant la période féconde* », « *abstinence périodique* », « *contrôle son cycle normalement* » et la méthode MAMA : « *allaitement* ».
- Quelques femmes ont indiqué d'**autres types de réponses** (phases avant du Burkina Faso, du Cameroun et d'Antananarivo). Une a dit « *attendre que l'enfant marche* », ce qui sous entend probablement avant d'avoir des rapports sexuels à nouveau. Quelques femmes semblent plutôt avoir répondu à la question suivante V410 « Pour quelle raison avez vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ? » : « *choix du mari* », « *les conseils* », « *moins chère* », « *en attendant de voir mes règles* » (cette enquêtée utilise le condom). Quelques femmes parlent du Planning Familial, sous entendant sûrement l'endroit où l'on peut se procurer des moyens de contraception : « *Planning familial* », « *FISA* » (Planning Familial de Madagascar).

➤ **V410 : Pour quelle raison avez vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ?**

Cette question s'adresse également aux 2093 femmes qui utilisaient un/des moyen(s) de contraception au moment de l'enquête. L'enquêteur ne devait pas lister les réponses possibles, il

devait en revanche noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochant alors la case autre et notait la réponse en clair.

Tableau 25 : Raison du choix de la méthode actuelle, en pourcentage des femmes concernées par la question (V410)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Facile à utiliser	23,1	46,0	35,9	34,9	13,3	43,8	24,1	23,9	44,6	37,5	35,8
Moins d'effets secondaire	28,2	25,7	24,1	13,6	10,0	18,2	15,7	4,2	11,2	9,4	17,2
Efficacité	7,7	20,3	12,2	27,0	26,7	22,1	7,3	4,2	10,8	6,3	16,2
Disponible	20,5	12,2	14,3	21,5	30,0	19,4	0,0	1,4	2,6	0,0	13,4
Abordable	15,4	6,8	13,5	11,9	10,0	9,5	13,4	16,9	9,2	18,8	11,7
Conseil du médecin	4,1	6,8	4,9	8,1	0,0	6,0	13,4	22,5	13,1	9,4	8,6
Conseil des amis	5,1	2,7	10,6	7,1	3,3	2,9	0,0	1,4	5,9	3,1	4,8
Prescription du médecin	2,6	4,1	2,0	2,8	0,0	2,3	6,9	5,6	6,9	0,0	3,7
Confidentialité	4,6	0,0	9,0	4,6	0,0	1,2	1,2	0,0	6,6	0,0	3,7
Qualité supérieure	4,1	1,4	3,3	2,8	10,0	1,9	2,3	7,0	0,7	9,4	2,7
Attrayant	0,5	2,7	0,4	0,8	6,7	0,2	0,8	2,8	2,0	12,5	1,2
Effet de publicité	0,0	1,4	0,0	0,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	3,1	0,3
Autre	25,6	31,1	22,9	17,7	20,0	12,6	20,3	23,9	9,2	21,9	17,7
Non réponse	1,0	0,0	0,4	2,8	3,3	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Effectif total	195	74	245	396	30	484	261	71	305	32	2093

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : Pour cette question, les femmes pouvaient citer différentes raisons. Il est donc normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Le choix du moyen de contraception par les femmes repose beaucoup sur sa facilité d'utilisation puisque plus d'un tiers des femmes ont choisi leur méthode selon ce critère. Un peu plus de 15 % des femmes ont choisi leur méthode car elle a moins d'effets secondaires que d'autres méthodes ou pour son efficacité. La disponibilité de la méthode détermine ensuite le choix de cette contraception (13,4 % des femmes). Puis suit le fait que la méthode soit abordable (cela constitue une raison pour plus d'une femme sur dix). 8,6 % ont choisi leur méthode sur les conseils du médecin. Les raisons suivantes ont influencé le choix de la contraception pour moins de 5 % de femmes (pour chaque raison) : conseils des amis, prescription du médecin, confidentialité, qualité supérieure. Ce qui influe le moins dans le choix de la contraception pour nos enquêtées, c'est le caractère attrayant de la méthode et l'effet de publicité.

Environ 1 % des enquêtées concernées par cette question n'y ont pas répondu.

Par ailleurs, 17,7 % des femmes ont invoqué une autre raison.

Réponses en clair

Tableau 26 : Raison du choix de la méthode actuelle, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V410)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	50	23	56	67	6	61	53	17	28	7	368
% de l'ensemble	25,6	31,1	22,9	16,9	20,0	12,6	20,3	23,9	9,2	21,9	17,6

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Cette question a donné lieu à 368 réponses autres en clair au total, soit 17,6 % des femmes sous contraceptif. Le pourcentage de réponses en clair est donc relativement élevé pour cette question.

Étant donné la question, il semblait pertinent de regarder, pour chaque réponse en clair, quel moyen de contraception les femmes utilisaient. En effet, les raisons invoquées dépendent grandement du type de contraception. Il sera donc précisé quels types de contraception correspondent à tel ou tel motif invoqué par les femmes.

Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données mais beaucoup sont communs à l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Une soixantaine de réponses mettent en avant le fait que **c'est ce qui leur convient le mieux, ou ce qui convient à leur organisme, leur corps**. On retrouve ces réponses dans l'ensemble des bases de données sauf au Cameroun phases GP et après. Ces réponses se retrouvent beaucoup à Antananarivo (2 phases). Les femmes ont dit : « *cela me convient* », « *ça me convient plus* », « *convient à mon organisme* », « *convient mieux à mon organisme* », « *plus adapté à mon organisme* », « *ça va avec mon organisme* », « *c'est ce qui convient à mon corps* », « *protéger son corps* », « *c'est ça que mon corps supporte* », « *cela convient à ma santé* », « *c'est bon pour ma santé* », « *efficace pour la santé* », « *c'est ce que je supporte et c'est ce qui convient à ma santé* », « *je le supporte bien* ». La majorité des femmes qui ont répondu cela utilisaient la pilule ou les injections, certaines l'implant. Une utilisait le DIU, une le retrait et une le condom. Cette dernière a mis en avant le fait que le

préservatif « *n'a pas d'effet sur l'organisme* ». Quelques unes utilisaient le jour fixe. En plus des citations précédentes, ces dernières ont aussi mis en avant le fait que cette méthode ne comporte « *pas de risque pour la santé* », « *sans effet sur l'organisme* » ou encore que « *son organisme ne supporte pas les autres méthodes* ». Certaines de ces réponses renvoient aussi à un choix par élimination à travers l'utilisation du « *plus* » ou du « *mieux* ».

- Une cinquantaine de réponses mettent en effet en avant un **choix par élimination**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun phases avant et après et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Un certain nombre ont été cités précédemment concernant l'organisme mais beaucoup d'autres choses apparaissent. Voyons ces réponses par méthode de contraception utilisée.

- Les enquêtées qui utilisaient le condom (essentiellement masculin mais parfois féminin) ont dit : « *mise d'implants mais n'a pas pu renouveler après date d'expiration* », « *parce que je ne connais pas d'autres méthodes* », « *pas envie de pratiquer une autre méthode* », « *peur d'utiliser d'autres méthodes* », « *n'aime pas les autres méthodes* », « *trop d'effets secondaires des autres méthodes* », « *n'a pas d'effets secondaires* », « *mon corps n'a pas supporté les piqûres faites avant* », « *ne supporte pas les médicaments* », « *ne supporte pas les autres* », « *pas prête à faire des piqûres* », « *ne supporte pas les pilules* », « *n'a pas d'effet sur l'organisme* », « *je ne suis pas habituée aux autres méthodes* ».

- Les femmes qui utilisent la pilule disent que celle-ci est : « *moins cher* », « *j'ai peur des injections* », « *plus adapté à mon organisme* », « *je préfère la pilule car j'ai déjà fait l'injection et ça fait que mes règles étaient devenues irrégulières* », « *l'injection fait saigner* », « *je ne supporte pas l'injection* ».

- Celles qui utilisent les injections ont dit : « *moins fatiguant* », « *j'ai une mémoire courte* », « *on pique une seule fois or les pilules, on peut oublier d'avalier* », « *n'a pas supporté le stérilet et a changé pour des piqûres* », « *ne supporte pas la pilule* », « *convient mieux à mon organisme* », « *me convient plus* ».

- Celles qui utilisent l'implant ont dit : « *je ne veux pas avoir à avalier les pilules car je peux oublier* », « *si je prenais les pilules, j'oublierai d'avalier certains jours* », « *cela convient plus à mon organisme* »

- Une femme utilise le DIU car on « *ne peut pas oublier comme c'est le cas avec les contraceptifs oraux* » et une car elle « *a un goût* ».

- Une femme a eu une stérilisation féminine pour « *problème de santé* ».

Voyons maintenant les méthodes dites naturelles.

- Celles qui utilisent le jour fixe ont dit : « *j'ai peur car j'ai déjà fait l'injection et j'ai eu des problèmes* », « *plus fiable* », « *peur des autres méthodes* », « *n'a pas les moyens pour les autres* », « *je n'ai pas le choix* », « *sans effet secondaire* », « *les autres ont trop d'effets secondaires* », « *son organisme ne supporte pas les autres méthodes* », « *pour éviter les effets secondaires des autres méthodes* ».

- Une enquêtée dit utiliser une méthode traditionnelle : « *verser de l'eau fraîche à terre en invoquant les ancêtres* » car elle « *ne supporte pas l'injection ni les pilules* ».

- Une enquêtée utilise l' « abstinence prolongée » car elle a « *peur des effets secondaires des autres méthodes* ».

- Une enquêtée utilise la MAMA car elle « *n'aime pas les produits* ».

- Une enquêtée utilise le retrait car c'est « *la seule méthode que j'ai aimée* ».

On verra par la suite, qu'indépendamment de ces réponses, le choix de tel ou tel moyen de contraception se fait toujours un peu par élimination.

- Près de 30 femmes ont simplement dit que c'était **par plaisir ou choix, la méthode qu'elles aimaient ou préféreraient**. Cela se retrouve dans toutes les bases de données sauf les phases GP des deux sites de Madagascar. Elles ont dit : « *c'est un choix personnel* », « *c'est son choix* », « *préférence personnelle* », « *c'est cette méthode que j'aime maintenant* », « *par plaisir* », « *c'est ce que je préfère* », « *plaisir personnel* », « *c'est ce qui me plaît* », « *c'est ce qui est bien* », « *c'est la meilleure* », « *j'aime et j'ai confiance* ». Les femmes ayant répondu cela utilisent surtout la pilule, les injections, le condom masculin. Quelques unes utilisent aussi le condom féminin, l'abstinence, l'implant, le jour fixe ou encore le retrait.
- Une vingtaine de réponses expliquent que c'est le **choix du mari ou au moins un choix de couple** : on retrouve ces réponses au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun avant et après et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Les femmes ont dit : « *c'est le mari qui a choisi* », « *c'est mon mari qui m'autorise à le prendre* », « *choix de mon partenaire* », « *conseil du mari* », « *c'est mon mari qui a choisi l'injection* », « *désir de mon mari* », « *mon mari préfère cela* », « *volonté du mari* », « *imposé par le mari* », « *partenaire qui a fourni* », « *mon mari préfère cette méthode* », « *ce qui nous convient* », « *c'est le mari qui veut* », « *mon mari aime* ». Les femmes ayant dit ça utilisent le condom (surtout masculin mais aussi féminin), les injections, la pilule, l'implant, le jour fixe, le retrait et la méthode des glaires. Celles utilisant les méthodes naturelles ont aussi dit : « *mon mari*

n'aime pas les méthodes modernes », « *refus du condom par le partenaire* », « *mari opposé aux autres méthodes* ». Deux femmes au contraire ont choisi leur moyen de contraception, à savoir les injections pour le cacher à leur partenaire : « *plus facile à cacher à mon mari* », « *peut cacher cette méthode à son mari* ». On se rend compte que le partenaire influence grandement le choix de la contraception. En revanche, ce n'est pas toujours dans un sens négatif. Parfois il conseille à la femme de prendre les injections, il recommande l'utilisation du condom etc. Dans la mesure où il est important d'intégrer les hommes dans les questions de planification familiale, ces dernières réponses sont plutôt bon signe. En effet, cela prouve qu'il y a probablement discussion dans le couple autour de la contraception et que l'homme ne se désintéresse pas mais se sent au contraire concerné par ces problématiques.

- Une vingtaine de femmes ont dit qu'elles avaient choisi leur méthode de contraception pour sa **durée d'efficacité**. C'est le cas au Burkina Faso et à Madagascar (2 sites) toutes phases et au Cameroun phase avant.

- Elles avancent surtout l'argument que cela dure longtemps et que l'on n'a pas besoin d'y penser tout le temps. Ces femmes utilisent majoritairement l'implant. Quelques unes utilisent les injections, une a reçu une stérilisation féminine et 1 a eu DIU. Elles disent : « *durabilité* », « *ça dure* », « *à cause de sa durée* », « *longue durée* », « *durable* », « *dure des années* ». Dans les phases avant du Cameroun, d'Antananarivo et de Tuléar, 6 femmes disent que c'est car elles ne veulent plus d'enfants : « *ne veut plus concevoir* », « *ne veut plus avoir d'enfants* », « *ne veut plus être enceinte* » (3 utilisent l'implant, 2 les injections et une la stérilisation féminine). Celles utilisant des injections disent également : « *comme ça, je vais rarement chez le médecin* », « *car je ne le fais qu'à chaque trois mois* ».

- 3 femmes utilisant des injections avancent l'argument contraire à savoir que cela ne dure pas : « *la piqûre, ça ne dure pas. Juste 3 mois donc on peut arrêter à tout moment* », « *on peut changer si on ne supporte pas* », « *facile à stopper si on veut avoir des enfants* ».

- Une trentaine de femmes ont mis en avant d'autres **aspects pratiques de la méthode** dans tous les sites sauf à Tuléar phase GP. À noter que certaines de ces réponses auraient pu rentrer dans une des catégories pré-codée suivantes : « *moins d'effets secondaire* », « *facile à utiliser* », « *confidentialité* », « *efficacité* ». Voyons les réponses par méthode.

- Pour les injections : « *moins fatigant* », « *facile à gérer* », « *peut cacher cette méthode à son mari* », « *c'est pratique* », « *je vais rarement chez le médecin* », « *je maîtrise bien* », « *donne des forces* », « *cela me donne l'esprit tranquille* », « *je ne veux pas avoir mes*

règles ».

- Le condom : « *c'est pratique* », « *n'a pas d'effet secondaire* », « *pas de produit chimique* », « *ce n'est pas risquant* » (cette dernière enquêtée utilise en association condom et pilule du lendemain).
 - Une femme utilise le condom féminin (une PGP du Burkina Faso) car c'est « *plus mou que le condom masculin* ».
 - Une enquêtée utilise les implants car il n'y a « *pas de risque* ».
 - Celles qui utilisent les pilules ont dit : « *ça n'a pas d'inconvénient* » ou « *le plus indiquée pour les jeunes filles* »
 - Une femme utilise la MAMA car « *c'est sûr* »
 - Pour l'abstinence, « *c'est très relax* », « *le moins de problème* », « *sûreté à 100%* », « *protection totale* », « *le plus sûr pour ne pas avoir des problèmes* », « *c'est plus simple* ».
 - Celles qui utilisent le jour fixe ont dit : « *plus fiable* », « *cette méthode permet de se reposer un peu, d'éviter les rapports sexuels pendant un temps* », « *pour éviter les effets secondaires* », « *sans effet secondaire* », « *pratique* », « *très simple* ».
- Une quinzaine d'enquêtées ont dit utiliser leur méthode de contraception par **habitude**, au Burkina Faso (phases GP et après), au Cameroun (avant et après), à Antananarivo (toutes phases) et à Tuléar (phase avant). Elles disent : « *par habitude* », « *je ne suis pas habituée avec les autres méthodes* », « *ne veut pas changer* », « *je réfléchis encore sur les autres* ». Ces femmes utilisent le jour fixe, la pilule, le condom, la MAMA, le retrait ou l'abstinence. Une femme qui utilise l'abstinence prolongée montre bien le poids de la norme sociale à travers sa réponse : « *habitude (c'est comme ça chez nous)* ». En revanche, quelques unes parlent au contraire de changement fréquent, d'expérience ou de choix au hasard : « *je change de mode de contraception chaque année* » (elle utilise actuellement la pilule), « *j'ai fait un choix au hasard parmi les méthodes proposées par les agents de santé* », « *pour faire l'expérience* » (elles utilisent les injections), « *j'ai essayé la ligature des trompes* ».

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites/bases de données.

- Environ 30 femmes ont mal compris la question et semblent plutôt avoir donné des raisons pour utiliser une méthode de contraception de manière générale. C'est le cas au Burkina Faso, phases avant et après, au Cameroun toutes phases et dans les phases avant d'

Antananarivo et de Tuléar. Elles **justifient donc plutôt le fait d'avoir recours à la planification familiale plutôt que le choix de la méthode**. Cela a donné lieu à des réponses de ce type : « *parce que je ne veux plus être enceinte* », « *je ne veux pas avoir d'enfants* », « *pour éviter de concevoir* », « *je ne veux plus concevoir* », « *pour espacer les naissances* », « *pour avoir l'écart entre les enfants* », « *pour éviter les grossesses* », « *éviter les grossesses non désirées* », « *ne veut plus concevoir car estime qu'elle est âgée* », « *pour que l'enfant se développe bien* », « *l'enfant est encore petit* », « *elle estime que son enfant est encore jeune* », « *l'enfant ne marche pas pour le moment* », « *pour ne pas avoir d'enfants de si tôt* », « *ne veut pas concevoir avant que son enfant n'atteigne 4 ans* », « *veut attendre que son enfant ait 3 ans avant de concevoir* », « *ne désire pas avoir d'enfant hors mariage* ». Ces réponses apparaissent chez des femmes ayant des moyens de contraception très variés : de nombreuses utilisent l'abstinence prolongée mais aussi le jour fixe, le retrait, les condoms masculin et féminin, la pilule, les injections, l'implant et le diaphragme. On voit à travers ces réponses, une volonté des femmes d'espacer les naissances, et ce malgré une fécondité élevée très valorisée dans ces pays (pour des raisons notamment socioculturelles) et un nombre idéal d'enfants des femmes qui reste important.

- 26 réponses concernent les **aspects financiers**. Dans ce cas, les femmes ont choisi la méthode pour son prix peu élevé voire pour sa gratuité. Cela se retrouve au Burkina Faso phase avant et après et au Cameroun toutes phases mais pas du tout à Madagascar. Les femmes ont dit pour les méthodes modernes que sont le condom, la pilule ou les injections : « *moins cher* », « *c'est moins coûteux* », « *pas cher* », « *pas encore les moyens pour payer ce que je souhaite faire* », « *les moins chers* ». Concernant les méthodes naturelles – le jour fixe, l'abstinence prolongée, retrait, glaires, MAMA, ou des remèdes traditionnelles (Nescafé, citron, eau salée...) – les femmes ont dit : « *n'exige aucun moyen financier* », « *manque de moyens financiers* », « *cette méthode ne demande pas de l'argent* », « *problème d'argent* », « *pas besoin d'argent pour faire* », « *ça ne coûte pas 5 F* », « *pas onéreuse* », « *les moins chères* », « *à cause des problèmes financiers* », « *n'a pas les moyens pour les autres* », « *pas coûteux* ». Ces réponses révèlent également un choix par élimination, le critère étant ici le prix. À noter que ces réponses auraient pu rentrer dans la catégorie pré-codée « *abordable* ».
- Une dizaine de femmes au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun phases avant et après mais pas à Madagascar ont dit qu'elles ont choisi ce mode de contraception car **c'est ce**

qu'elles connaissaient. Ces femmes utilisaient principalement le condom, mais aussi la pilule, le jour fixe, la MAMA et l'abstinence prolongée. Elles ont dit : « *parce que c'est ce que je connais* », « *ce n'est que ce qu'elle connaît* », « *c'est la mieux connue* », « *je connaissais juste la capote* », « *parce que je ne connais pas d'autres méthodes* », « *elle ignore comment utiliser les autres* », « *l'incompréhension des autres méthodes* ». Des efforts restent donc à déployer dans la diffusion de l'information relatifs aux différents moyens de contraception.

- Au Burkina Faso uniquement, toutes phases, une quinzaine de femmes ont mis en avant le fait que **leur méthode empêche les oublis**. Ces femmes, qui utilisaient les injections, l'implant ou le DIU, ont dit : « *j'ai une mémoire courte* », « *cette méthode évite les oublis* », « *on pique une seule fois or les pilules, on peut oublier d'avalier* », « *si je prenais les pilules, j'oublierai d'avalier certains jours* », « *je ne veux pas avoir à avalier les pilules car je peux oublier* », « *ne peut pas oublier comme c'est le cas avec les contraceptif oraux* ». En effet, contrairement à la pilule, ces méthodes ne nécessitent pas une prise quotidienne mais se renouvellent seulement de tous les 3 mois à tous les 5 ans (selon la méthode).
- Une quinzaine de femmes, au Burkina Faso toutes phases mais surtout au Cameroun phases avant et après, expliquent qu'elles ont choisi leur mode de contraception car il **protège également contre le VIH/SIDA et les IST** : « *ça protège aussi contre les IST et le SIDA* », « *protège du VIH* », « *protège des maladies et de la grossesse* », « *éviter les IST et les grossesses* », « *pour éviter les maladies* », « *se préserver des IST/SIDA* ». Comme attendu, la plupart de ces femmes utilisent principalement le condom (dont une le condom féminin) et quelques une l'abstinence. En revanche, une a recours au jour fixe et une a un implant, et se croient ainsi protégées contre le VIH.
- Près de 10 femmes expliquent qu'elles utilisent leur méthode car elles ont **accouché récemment et éventuellement car elles allaitent**. Elles ont dit cela au Burkina Faso phases avant et GP, au Cameroun avant et après, à Antananarivo phase avant et GP mais pas à Tuléar. Certaines ont la pilule « *parce que j'allaite* », car c'est « *compatible avec l'allaitement* ». D'autres utilisent le condom masculin ou féminin « *en attendant de voir ses règles* », « *absence de règles depuis l'accouchement, les attend pour prendre pilules* ». Les autres utilisent l'abstinence prolongée ou le jour fixe « *parce qu'elle allaite* », *parce qu'elle* « *vient d'accoucher* », « *j'allaite et l'enfant ne marche pas pour le moment* », « *allaitement* ».

- 6 femmes utilisent une méthode naturelle (abstinence prolongée, jour fixe ou retrait) car elles n'ont **pas de partenaire actuellement, n'ont pas ou peu de rapports ou sont peu fécondes** (ce sont raisons « de circonstances »). Au Burkina Faso avant et après et au Cameroun après, leurs termes exacts sont : « *est actuellement en conflit avec son mari* », « *je suis presque ménopausée et nos rapports sont rares, voilà pourquoi* », « *je n'ai pas de cycle régulier* », « *je veux que mon copain se décide à me marier sinon je ne fais rien* », « *mon mari n'est pas là* », « *ce n'est pas le moment* », « *l'absence de partenaire* », « *les hommes sont méchants* », « *par déception des hommes* », « *mon partenaire me trompe* ».
- 5 femmes ont choisi leur méthode sur des **conseils des proches, notamment la famille** (Burkina Faso phase après, Cameroun phases avant et après et Antananarivo phase avant). Pour la pilule, deux femmes ont dit : « *conseil de sa mère* », « *ma mère qui m'a amenée* », pour l'abstinence prolongée : « *conseil de maman* », « *conseil des aînées et belles-sœurs* », « *les conseils de la famille* ». Cela est proche de la modalité pré-codée « conseil des amis » : on pourrait donc élargir cette modalité à « conseils des amis ou de la famille ».
- Une quarantaine de femmes, au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après mais seulement par 2 femmes à Madagascar (Antananarivo phase avant), choisissent l'abstinence ou l'abstinence prolongée (et quelquefois d'autres méthodes naturelles) **par tradition, morale ou par conviction religieuse** : « *c'est ce que Dieu recommande* », je « *vis dans la crainte de Dieu* », « *par conviction religieuse* », « *moralité chrétienne* », « *c'est naturel* », « *pour l'abstinence* », « *pour la chasteté* », « *abstinence car pas hygiénique* », « *fidélité* », « *c'est propre* », « *pas mariée, attend le mariage* », « *c'est plus naturel* ». Uniquement au Burkina Faso, une dizaine de femmes déclarent pratiquer l'abstinence par « *tradition* » : « *tradition qui le veut ainsi* », « *tradition, je suis en famille chez moi* », « *tradition, en fait nous sommes 3 coépouses donc c'est les autres qui décident* », « *c'est comme ça qu'on fait* », « *c'est comme ça chez nous* ». On se rend alors compte du pouvoir de décision limité des femmes en raison du poids de certaines normes imposées par la société ou la religion.
- Enfin, quelques femmes ont répondu d'**autres types de réponses** (Cameroun phases avant et après) : « *je fais d'une pierre deux coups* » (MAMA), une enquêtée utilise le condom féminin « *parce que je ne suis pas mariée avec lui* », et veut donc sûrement éviter de concevoir hors mariage, ce qui est très mal vu dans la société (Population Council, 2009).
- 3 enquêtées ne **savaient pas** (Cameroun phases GP et après).

➤ **V411 : Pouvez-vous me donner la raison pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de contraception ?**

Aux enquêtées qui ont répondu « non » (2486), « non concernée » (148) ou qui n'ont pas donné de réponse (28) à la question V407 (« *Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ?* »), on a demandé pourquoi elles n'utilisaient pas de moyen de contraception. Cette question a donc été posée à 56 % de l'ensemble des enquêtées (soit 2662 femmes sur 4755). Il a encore une fois été demandé aux enquêteurs de ne pas lister les réponses possibles mais de noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il devait alors cocher la case autre et noter la réponse en clair.

Tableau 27 : Raison de la non-utilisation d'une méthode de contraception, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V411)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Désir de grossesse	18,8	15,9	25,0	26,3	21,7	34,0	8,7	4,8	22,4	13,3	21,0
Pas de rapports sexuels	11,6	11,4	15,3	21,8	30,4	23,8	13,1	6,4	16,8	20,0	16,3
Pas en union	3,6	31,8	3,4	9,4	4,4	5,7	33,5	44,4	24,0	46,7	15,4
Allaitement	14,6	0,0	16,1	4,6	8,7	3,8	3,0	11,1	3,5	0,0	7,5
Mari/partenaire opposé	11,8	0,0	8,2	4,3	4,4	2,2	2,8	3,2	12,0	26,7	7,0
Rapports sexuels peu fréquents	5,5	4,6	9,5	4,6	0,0	1,3	2,4	1,6	3,5	20,0	4,4
Peur des effets secondaires	3,4	2,3	9,5	2,3	4,4	1,6	3,4	3,2	6,1	0,0	4,3
Enquêtée opposée	3,4	0,0	1,3	2,0	0,0	0,3	4,4	4,8	12,2	13,3	4,2
Problèmes de santé	1,3	2,3	2,4	2,3	0,0	1,3	9,1	4,8	7,0	0,0	4,1
Ménopause/ hystérectomie	3,6	6,8	2,4	3,0	8,7	5,1	5,7	3,2	3,3	0,0	3,9
Fataliste	4,7	0,0	2,6	0,3	0,0	0,3	1,4	0,0	8,3	6,7	3,0
Ne connaît aucune méthode	1,3	0,0	2,1	0,8	0,0	0,0	1,6	0,0	1,5	0,0	1,2
Sous féconde/Stérile	1,5	0,0	1,6	2,5	0,0	1,3	0,0	1,6	0,4	6,7	1,2
Aménorrhée post-partum	1,3	2,3	1,3	0,3	0,0	0,0	2,2	3,2	0,7	0,0	1,1
Interdits religieux	0,0	0,0	0,3	1,3	0,0	1,3	0,8	0,0	1,5	0,0	0,8
Trop cher	1,3	0,0	0,8	0,5	0,0	0,3	0,2	3,2	0,7	0,0	0,7
Interfère avec des fonctions normales du corps/ ce n'est pas naturel	0,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,3	1,6	0,0	0,7	0,0	0,6
Ne sait pas comment se le procurer	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,1	0,0	0,4
Autres personnes opposées	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,3	0,6	0,0	0,4	0,0	0,3
Pas pratique à utiliser	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,7	0,0	0,3
Pas accessible/trop loin	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
Autre	27,1	36,4	20,3	22,0	26,1	26,7	12,1	11,1	5,2	13,3	18,4
Ne sait pas	4,0	0,0	0,8	5,1	4,4	1,3	0,8	0,0	1,7	0,0	2,2
Non réponse	1,7	0,0	1,3	2,5	0,0	0,6	1,8	1,6	0,7	0,0	1,4
Effectif total	473	44	380	395	23	315	495	63	459	15	2662

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : Les femmes pouvaient encore une fois, donner diverses raisons. Il est donc normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Les principales raisons pour ne pas utiliser un moyen de contraception sont le désir de grossesse (pour 2 femmes sur 10), le fait de ne pas avoir de rapports sexuels (16,4 % des femmes) ou le fait de ne pas être en union (15,6 % de femmes).

Les raisons secondaires sont le fait d'allaiter actuellement (7,5 % des femmes), le fait d'avoir un mari ou partenaire opposé à la contraception (c'est le cas pour 7 % des femmes), le fait d'avoir des rapports sexuels peu fréquents (4,5%), d'avoir peur des effets secondaires (4,4%), d'être opposée à la contraception (4,2 %), d'avoir des problèmes de santé (4,1%), d'être ménopausée ou d'avoir eu

une hystérectomie (3,9%) ou d'être fataliste (3%).

Les facteurs suivants jouent très peu sur le choix de ne pas utiliser de moyen de contraception (entre 0,1 et 1,2 % des femmes citent ces moyens) : le fait de ne connaître aucune méthode, d'être sous féconde ou stérile, en aménorrhée post-partum, les interdits religieux, le fait que la contraception soit trop chère, que cela interfère avec des fonctions normales du corps ou que ce ne soit pas naturel, le fait que les femmes ne sachent pas comment se procurer une méthode, que la contraception ne soit pas pratique à utiliser, que d'autres personnes (autre l'enquêtée et son mari/partenaire) y soient opposées ou encore que les moyens de contraception ne soient pas accessibles ou trop loin.

1,5 % de ces femmes n'ont pas donné de raison et 2,2 % ne savaient pas.

Par ailleurs, 18,4 % d'entre elles ont invoqué une autre raison.

Réponses en clair

Tableau 28 : Raison de la non-utilisation d'une méthode de contraception, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V411)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	128	16	77	86	6	84	60	7	24	2	490
% de l'ensemble	27,1	36,4	20,3	21,8	26,1	26,7	12,1	11,1	5,2	13,3	18,4

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

490 femmes ont répondu quelque chose en clair, soit 18,4 % des femmes ayant répondu à cette question. Nous verrons que beaucoup de ces réponses auraient pu rentrer dans une catégorie déjà établie. Aucun type n'est commun à l'ensemble des bases de données mais un certain nombre sont communs à l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Le motif largement en tête, puisque près d'une réponse sur 3 l'évoque, c'est la **grossesse de la femme**. Cela se retrouve en effet dans toutes les bases de données excepté Tuléar phase GP, même si davantage ont répondu cela au Burkina Faso et au Cameroun. Dans la phase GP du Cameroun, c'est même le seul motif donné dans les réponses en clair à cette question. Les femmes disent : « *je suis enceinte* », « *actuellement en grossesse* », « *enquêtée déjà*

enceinte », « *présentement l'enquêtée est enceinte* », « *grossesse en cours* », « *porte une grossesse* ». Au Cameroun phase après, les femmes disent « *elle est en gestation* ».

- Une vingtaine de femmes disent ne pas utiliser de contraception car elles sont **soit mariées, soit fidèles au partenaire soit car elles ont confiance en leur partenaire**. On retrouve ces réponses dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Elles disent : « *je suis mariée* », « *mariée légalement* », « *elle vient de se marier, pas besoin de contraception* », « *elle vit avec son partenaire* », « *je suis chez un homme* », « *fidèle à son mari* », « *fidèle à son partenaire* », « *n'a des rapports qu'avec son mari* », « *confiance mutuelle* », « *les deux partenaires se comprennent* », « *confiance au mari* », « *amour et confiance au partenaire* », « *partenaire responsable* », « *elle a confiance au partenaire* ». Cela suppose donc que pour elles, on n'a pas besoin de contraception dans le cadre du mariage, où une fécondité haute est valorisée. Ne pas avoir d'enfant dans le cadre du mariage est mal vu, la femme doit prouver sa fertilité. Avoir des enfants lui donne de l'importance.
- Une trentaine de femmes dans toutes les bases de données sauf dans la phase GP du Cameroun, ont donné comme motif le fait qu'elles n'avaient **pas encore pris cette décision, n'y avaient pas encore pensé ou n'avaient pas l'habitude/pas le temps**. Elles ont dit : « *je ne me suis pas encore décidée* », « *décision pas encore prise* », « *je n'y suis pas habituée* », « *pas l'habitude de l'utiliser* », « *ce n'est pas dans mes habitudes* », « *pas coutume* », « *je n'ai pas encore commencé à utiliser, pas encore le moment* », « *je n'y ai pas encore pensé* », « *elle n'y pense pas pour le moment* », « *je ne pense pas encore à ça* », « *n'a pas encore eu le temps* », « *la paresse* », « *négligence* », « *pas encore prête* », « *pas pressée* ». 3 enquêtées ont dit « *je n'ai pas encore eu la permission* » ce qui est ambigu car elles ne précisent pas de la part de qui (cela pourrait signifier la permission du partenaire ou la permission de sa famille si elle est jeune, ces femmes ayant entre 16 et 22 ans). De manière générale, ces réponses témoignent sûrement de l'appréhension des femmes qui n'ont jamais utilisé de moyen de contraception. Certaines ont peut-être donné ce type de réponse car elles sont jeunes.
- Une trentaine de femmes parlent en effet de leur **jeune** âge pour justifier le fait qu'elles n'utilisent pas de contraception. Beaucoup car elles n'ont **pas encore eu leurs règles** ou sont **vierges**. Cela se retrouve au Burkina Faso phases avant et après, et dans les phases avant du Cameroun, d'Antananarivo et de Tuléar. Ces réponses se retrouvent surtout à Madagascar.

Les femmes disent : « encore jeune », « trop jeune », « mineure », « encore à l'école », « écolière », « collégienne », « encore lycéenne », « je n'ai pas encore vu mes règles », « n'a pas encore eu ses règles », « les règles n'ont pas encore commencé », « vierge », « pas encore de petit ami », « pas encore mariée et n'a jamais eu de rapport sexuel », « n'a pas encore commencé les rapports sexuels », « je n'ai eu qu'un seul rapport ». Une femme tananarivienne dit : « encore jeune, ne sait rien », ce qui révèle bien qu'elles ne se sentent pas encore concernées par la contraception, probablement car elles manquent d'informations sur la question. En effet, les jeunes filles « ont une mauvaise connaissance des méthodes de contraception à l'âge où elles sont susceptibles d'entrer en vie sexuelle. À Madagascar, comme ailleurs, les jeunes pas encore sexuellement actifs sont oubliés dans les programmes de sensibilisation à la planification familiale » (Gastineau, Rajaonarisoa, 2010, p : 231).

- Plus de 60 femmes ont dit qu'elles **pratiquaient l'abstinence ou avaient peu de rapports, qu'elles étaient célibataires ou que leur partenaire était absent ou encore qu'elles étaient âgées ou ménopausées**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun phases avant et après, et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Mais on les trouve en plus faible effectif dans les deux sites de Madagascar. La plupart de ces réponses auraient pu rentrer dans une des catégories suivantes : « Pas en union », « Pas de rapport sexuels », « Rapports sexuels peu fréquents » ou « Ménopause/hystérectomie ». Certaines parlent d'abstinence ou du peu de rapports sexuels : « l'abstinence », « abstinence prolongée », « rapports pas très fréquents », « n'a pas de relation avec un homme », « plus de rapport sexuel », « rapports sexuels espacés ». La plupart disent qu'elles sont célibataires, que le mari est absent, qu'elles vivent seules, qu'elles sont séparées, divorcées ou veuves : « pas de copain », « je n'ai pas de partenaire », « je suis seule », « pas de partenaire disponible », « mari absent », « mon partenaire est parti en voyage », « le mari est en déplacement », « mari pas à côté », « mari vit ailleurs dans une autre ville », « mari vit ailleurs depuis 2 ans », « vit seule », « mon fiancé n'habite pas encore avec moi », « mon mari a quitté le domicile conjugal pour vivre avec une fille dehors », « séparée de son mari depuis une année », « je suis en séparation de corps », « veuve », « veuve non remariée », « époux décédé et pas de petit ami », « je suis veuve et je ne suis pas avec un homme ». Cela semble aussi sous-entendre qu'elle ont peu ou pas de relations sexuelles. Quelques unes disent également qu'elles sont âgées ou ménopausées : « ménopause », « ménopause précoce », « ne peut plus accoucher », « a arrêté d'accoucher », « n'est pas intéressée car

âgée », « *tend vers la ménopause* », « *ne pense plus avoir d'enfant* », « *n'a plus ses règles donc n'utilise pas* », « *déjà vieille* », « *vieille* », « *elle estime qu'elle a dépassé l'âge, alors que son cycle est fini la veille* ». Concernant cette dernière réponse, ce ne sont pas les propos de l'enquêtée qui sont retranscrits comme cela est préconisé (guide destiné aux enquêteurs) mais l'enquêtrice a émis son opinion, un jugement de valeur. Ces femmes plus âgées sont une potentielle population à risque car si elles ne risquent plus de tomber enceinte, elles peuvent néanmoins avoir une IST ou être contaminées par le VIH, si elles n'utilisent pas de condom.

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites / bases de données.

- Une quarantaine de femmes donnent comme motif le fait qu'elles **ont accouché récemment** (phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et phase avant d'Antananarivo). Ces réponses auraient souvent pu rentrer dans une des deux catégories « *aménorrhée post-partum* » ou « *allaitement* ». Les femmes s'expriment ainsi à ce sujet : « *l'accouchement récent* », « *mon enfant est encore petit* », « *mon enfant n'a pas encore un mois* », « *son bébé n'a pas un an* », « *à cause de sa progéniture* », « *j'ai un bébé en main* », « *elle vient d'enfanter* », « *vient de mettre au monde* », « *parce qu'elle vient d'accoucher* », « *enfant en bas âge* », « *était en grossesse et vient d'accoucher* », « *a accouché récemment* », « *j'ai un enfant (aménorrhée)* », « *parce qu'elle allaite en ce moment* », « *après mon accouchement, j'ai fait 2 ans sans voir mes règles* ». Il est difficile de savoir si les femmes n'utilisent pas de contraception parce qu'elles pratiquent l'abstinence post-partum ou car elles utilisent la MAMA mais ne la considèrent pas comme une méthode de contraception. Les deux cas de figure sont probablement présents. Dans le cas de l'abstinence post-partum, la reprise de la sexualité semble avoir lieu lorsque l'enfant fait ses premiers pas : « *l'enfant ne marche pas pour le moment* », « *l'enfant a 3 mois, je reste ainsi jusqu'à ce que l'enfant fasse ses premiers pas* », « *j'attends que mon enfant marche avant de reprendre les activités sexuelles* ». La norme semble donc être l'abstinence prolongée à la naissance de l'enfant, qui peut s'expliquer par des motifs socioculturels.
- À Antananarivo seulement, toutes phases, une dizaine de femmes ont donné comme motif le fait qu'elles **n'avaient pas encore eu d'enfant** : « *encore jeune donc pas encore eu d'enfant* », « *n'a jamais accouché* », « *je n'ai pas encore eu d'enfant* », « *je ne suis pas*

encore tombée enceinte ». Il semble donc que les femmes n'imaginent pas utiliser un moyen de contraception avant d'avoir eu au moins un enfant.

- Dans le même ordre d'idée au Burkina Faso toutes phases et au Cameroun phase avant, une dizaine de femmes également disent qu'elles **veulent actuellement un enfant ou attendent d'en avoir un certain nombre avant d'utiliser la contraception** :
 - Certaines femmes disent éprouver l'« *envie d'avoir un enfant* », « *veut concevoir* », « *besoin d'enfant* », « *désir de grossesse* », « *aime les enfants* » (sorte de morale). Ces réponses auraient pu rentrer dans la catégorie pré-établie « *désir de grossesse* ».
 - Au Burkina Faso phase avant essentiellement, d'autres expliquent : « *elle n'a qu'un seul enfant* », « *elle voulait avoir 6 enfants avant d'utiliser une méthode* », « *je veux avoir au moins 5 enfants avant [d'utiliser un moyen de] contraception* », « *elle veut avoir 4 enfants avant d'utiliser une méthode* », « *attend d'avoir 4 enfants avant d'utiliser une méthode contraceptive* ». Cela révèle un fort désir de maternité et un nombre idéal d'enfant souhaité important. Actuellement l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) au Burkina Faso est autour de 6 enfants par femme et le nombre d'enfants idéal par femme est de 5,5 (EDS, 2010). Il reste donc élevé et proche du nombre véritable d'enfant par femme. La fécondité est fortement valorisée au Burkina Faso.
- Une dizaine de femmes n'utilisent pas de moyen de contraception car elles sont **sous fécondes, elles ont du mal à tomber enceinte** (phases avant et après du Burkina Faso et phase avant du Cameroun). Elles disent à ce propos : « *je suis tombée enceinte tardivement après le mariage donc j'ai peur* », « *je tardais à tomber enceinte donc je n'ai jamais utilisé* », « *je tarde à tomber enceinte donc j'ai peur d'en utiliser* », « *après son accouchement elle a fait 2 ans sans voir ses règles* », « *grossesses naturellement espacées car fait deux ans après une naissance avant de voir ses règles* », « *tombe difficilement enceinte* », « *règles irrégulières* », « *peut faire 3 ans avant de tomber enceinte* », « *pas très féconde* », « *parce que je ne conçois pas* ». Il existait cependant déjà une modalité de réponse : « *Sous féconde/Stérile* ».
- Une quinzaine de femmes **ont fait l'expérience d'effets secondaires liés aux contraceptifs**. C'est le cas au Burkina Faso (toutes phases) et au Cameroun (phase avant) : « *[ça] me rend malade* », « *enquêtée a déjà utilisé l'injectable et dit que ça l'a rendue malade* », « *les méthodes qu'elle a utilisées ont eu des effets secondaires* », « *trop d'inconvénients* », « *ça me crée des problèmes de santé* », « *n'a pas supporté l'injection* », « *ne supporte pas la*

contraception du fait des effets secondaires », « *troubles de cycles après usage du condom* », « *parce que les injections font troubler* », « *les injections et la pilule ne m'aiment pas* ». Deux femmes ne l'ont pas forcément expérimenté mais ont peur : « *peut entraîner des complications* », « *peur que ça ne me donne des maladies* ». Ces dernières réponses auraient pu rentrer dans la catégorie « peur des effets secondaires ». Cette catégorie pourrait d'ailleurs être élargie au vu des réponses en clair, par exemple « peur des effets secondaires/ont arrêté car trop d'effets secondaires ».

- 7 femmes ont invoqué des **problèmes de santé** (opérations, IST...) pour expliquer le fait qu'elles ne prennent de contraception (Burkina Faso phases avant et après, et Cameroun phase après) : « *a subi une intervention chirurgicale* », « *elle a été opérée* », « *on m'a enlevé l'utérus* », « *malade fréquemment* », « *le problème d'accouchement* », « *une grosse boule dans le vagin* », « *elle a le chlamydia* ». Une enquêtée dit « *malade pour aller au planning (crise de paralysie)* », ce qui peut également révéler une angoisse liée au fait d'utiliser la contraception. Ces réponses auraient pu rentrer dans la catégorie pré-codée « problèmes de santé ».
- Une vingtaine de femmes expliquent qu'elles n'utilisent pas de contraception par **manque d'argent**. C'est le cas au Burkina Faso toutes phases et dans la phase avant du Cameroun mais pas à Madagascar. Elles disent cela principalement dans la phase avant du Burkina Faso. Elles disent : « *problème d'argent* », « *manque de moyens financiers* », « *manque d'argent* », « *elle veut utiliser l'implant mais elle n'a pas l'argent* », « *pas encore les moyens* », « *veut faire l'injection mais a peur de ne pouvoir continuer par manque d'argent* ». Cela se rapproche de la modalité de réponse « Trop cher ».
- Une dizaine mettent en avant le fait qu'elles **utilisent des méthodes naturelles**, ce qui est intéressant du point de vue des représentations car on se rend compte qu'elles ne considèrent pas ces méthodes comme des moyens de contraception. On retrouve cela au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après et dans la phase avant d'Antananarivo (mais pas à Tuléar). Elles disent : « *sans contraception, il y a des manières naturelles* », « *je surveille mon cycle* », « *je sais calculer mon cycle* », « *je connais mon corps* », « *je fais un contrôle personnel de mon cycle* », « *préfère la contraception naturelle* », « *contraception naturelle* », « *j'ai un contraceptif naturel* », « *boire des tisanes amères* ».
- 4 femmes parlent d'un **manque de connaissance sur la contraception** (Burkina Faso phase après, Cameroun phases avant et après, et Antananarivo phase avant) : « *n'a pas*

d'information sur les méthodes », « *je ne connais pas* ». Cela est très proche de la modalité de réponse « *ne connaît aucune méthode* ».

- Dans les phases avant du Burkina Faso et du Cameroun, 7 femmes sont **fatalistes, elles disent qu'avoir des enfants est naturel, ou invoquent Dieu** : « *pour moi c'est naturel* », « *préparée à toute éventualité* », « *interdiction traditionnelle* », « *je suis témoin de Jéhovah* », « *je prends ce que Dieu me donne* », « *confiance au seigneur* ». Ces réponses sont parfois proches des modalités de réponse : « *Interdits religieux* », « *Fataliste* », « *Interfère avec des fonctions normales du corps/ ce n'est pas naturel* ».
- 2 femmes (phase avant du Cameroun) disent que leur **partenaire y est opposé ou que c'est un refus du couple** : « *refus du partenaire* », « *nous ne voulons pas* ». Ces réponses auraient pu rentrer dans la catégorie pré-codée : « *mari/partenaire opposé* ». À cela s'ajoutent les 3 femmes évoquées précédemment qui avaient dit « *pas encore la permission* » mais on ne peut confirmer que cette autorisation doit venir du partenaire.
- Une vingtaine de femmes se disent **pas intéressées par la contraception, expliquant qu'elles n'en ont pas besoin ou pas envie**. On retrouve cela au Burkina Faso (toutes phases), au Cameroun (avant et après) et à Antananarivo phase avant. Elles disent : « *pas intéressée* », « *je ne trouve pas ça nécessaire* », « *convenance personnelle* », « *je n'en éprouve pas la nécessité* », « *ça ne m'intéresse pas* », « *je ne veux pas* », « *je n'aime pas* », « *je n'en ai pas besoin* », « *manque de volonté* », « *je ne pense pas utiliser une contraception* ». Quelques unes, outre le fait qu'elles ne souhaitent pas de contraception, émettent aussi un jugement de valeur sur la contraception en général : « *ce n'est pas bien* », « *ce n'est pas bon* ». Ces dernières réponses se rapprochent de la modalité de réponse « *enquêtée opposée* ». De manière générale, ces réponses sont peu informatives et explicites sur les raisons profondes, mais traduisent tout de même des réticences à l'égard de la contraception.
- Quelques femmes ont indiqué d'**autres types de réponses** (phases avant et après du Cameroun, phases avant du Burkina Faso, d'Antananarivo et de Tuléar) : « *conseils du médecin : revenir dans 6 mois pour qu'il la mette sous contraception* », « *trop de risque d'oublier* », « *j'ai trop de problèmes* », « *faire attention à soi* », « *tabou* ».
- Près de 20 femmes n'ont **pas répondu** (Burkina Faso phases avant et après et Cameroun phase après) : elles ont dit « *pour rien* », « *pas de raison* », « *pour aucune raison* ». Cela peut révéler une gêne de s'étendre sur la question ou alors car cela ne leur paraît vraiment

pas naturel d'utiliser un moyen de contraception, donc elles ne ressentent pas le besoin de se justifier.

➤ **V414 : Vous êtes vous déjà fait avorter ?**

Cette question sert de filtre pour notre variable d'analyse V415 (moyen d'avortement utilisé). Il s'agit d'une simple question fermée « oui/non/non réponse ». À noter l'ambiguïté entre les deux modalités « non réponse et « pas de réponse ».

Tableau 29 : Recours ou non à un avortement, en pourcentage de femmes (V414)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Non	99,0	99,2	98,7	79,4	81,1	79,9	93,7	97,0	87,4	74,5	89,3
Oui	0,2	0,9	0,8	19,2	17,0	19,9	5,7	3,0	11,9	25,5	10,0
Pas de réponse	0,9	0,0	0,5	0,9	1,9	0,3	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif Total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Seules 10% de l'ensemble des enquêtées déclarent s'être fait avorter, ce qui est probablement très loin de la réalité (voir la partie discussion plus loin).

Aux femmes ayant répondu s'être déjà fait avorter, on a posé la question suivante.

➤ **V415 : Par quel moyen ?**

Pour cette question, il était demandé à l'enquêteur de cocher toutes les réponses données. En effet, les réponses étaient cumulatives, ce qui signifie que les enquêtées pouvaient citer plusieurs moyens, notamment si elles avaient eu recours à plusieurs avortements. Si la réponse citée par la femme ne faisait pas partie des modalités pré-codées, l'enquêteur devait cocher la case autre et retranscrire en clair la réponse donnée.

Tableau 30 : Moyen d'avortement utilisé, en pourcentage de femmes concernées par cette question (V415)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Centre de santé	100,0	0,0	20,0	73,0	77,8	71,7	44,2	75,0	40,7	75,0	63,3
Plantes	0,0	0,0	20,0	8,6	11,1	13,2	9,3	50,0	18,7	16,7	12,8
Nivaquine	0,0	0,0	20,0	2,6	0,0	15,7	0,0	25,0	6,6	0,0	7,8
Aiguilles	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,3	0,0	0,0	4,4	0,0	1,5
Tessons de bouteille	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,2
Autre	0,0	100,0	40,0	13,2	33,3	10,1	46,5	0,0	37,4	0,0	20,1
Ne sait pas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Non réponse	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
Effectif total	1	1	5	152	9	159	43	4	91	12	477

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque plusieurs réponses étaient possibles, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Le moyen d'avortement le plus « utilisé » parmi nos enquêtées est l'avortement dans un centre de santé, puisque plus de 6 femmes sur 10 ont déclaré s'être fait avorter là bas (63,3%). Puis vient bien après l'utilisation des plantes (par 12,8% des femmes). La nivaquine est utilisée par 7,8% des femmes ayant déclaré s'être fait avorter. Les aiguilles et les tessons de bouteilles sont très peu utilisés (respectivement par 1,5% et 0,2 % des femmes).

Enfin, 2,5 % des femmes n'ont pas répondu. Peut-être ont-elles parfois du mal à s'exprimer sur cette question.

Par ailleurs, 20,1 % des femmes ont indiqué un autre moyen que ces modalités de réponses pré-codées.

Réponses en clair

Tableau 31 : Moyen d'avortement utilisé, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V415)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	0	1	2	21	3	20	20	0	34	5	106
% de l'ensemble	0,0	100,0	40,0	13,8	33,3	12,6	46,5	0,0	37,4	41,7	22,2

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

106 femmes ont répondu en clair à cette question, soit 22,2 % des femmes ayant déclaré avoir avorté. À noter aucune réponse en clair dans la phase avant du Burkina Faso et la phase GP d'Antananarivo ainsi qu'un faible effectif de réponses en clair pour les autres bases de données. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données. Certains types de réponses sont en revanche communs aux 4 sites.

- Plus de 4 femmes sur 10 ont cité le **recours à des professionnels de santé exerçant le plus souvent en libéral ou se rendant à domicile** : c'est le cas au Burkina Faso phase après, au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phase avant et à Tuléar phases avant et GP. Ces réponses ont été très citées à Madagascar (deux sites). Les femmes ont dit : « aide d'un infirmier », « chez une infirmière à la maison », « infirmier du quartier », « fait dans une maison par un médecin », « sages femmes », « sage femme à domicile », « sage femme libérale », « docteurs », « chez le docteur », « docteur à la maison », « docteur libéral », « faire des piqûres chez le docteur », « piqûres chez un docteur privé ».
- 18 femmes ont parlé de la **prise de médicaments ou de produits** (autres que la nivaquine) C'est le cas au Burkina Faso GP, au Cameroun toutes phases, à Antananarivo et Tuléar avant. Elles ont parlé de « comprimés mais ne se souvient plus lesquels », « pris les comprimés à la maison », « manger des comprimés », « les comprimés donnés par les vendeurs ambulants », « les comprimés donnés par une amie », « les comprimés à la maison », « consommer plusieurs variétés de médicaments », « pilules », « médicaments », « médicaments prescrits par le docteur ». Certaines ont précisé : « quinimax »⁷ ; à Madagascar, les femmes ont beaucoup cité le médicament « cytotec »⁸. Quelques une parlent de produits à mettre dans le vagin : « produit introduit dans mon vagin », « prendre le permanganate ».

Certains types de réponse sont spécifiques à certains sites/bases de données.

- Près de 20 femmes ont parlé de la **technique d'avortement** c'est à dire : « injection », « injection d'un produit », « sonde », « sonde », « tige », « aspiration manuelle intra-

7 Médicament utilisée dans le traitement du paludisme.

8 Prévention ou traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal évolutif, de lésion gastroduodénale induite par les AINS.

utérine », « *aspiration* », « *par curetage* », « *piqûres* ». Ces réponses ont été citées au Cameroun (avant, après), à Antananarivo (avant) et à Tuléar (avant et GP). Des tradipraticiens pratiquent en effet des manipulations physiques de la région pelvienne (comme l'insertion d'une sonde ou de tige). Certains praticiens seulement, qui appartiennent au secteur moderne de la santé proposent le curetage, qui est une intervention chirurgicale (Rossier, 2006).

- Uniquement au Cameroun (toutes phases), 5 femmes ont cité **la feuille de manioc** : « *bouture de manioc* », « *tige de la feuille de manioc* », « *la tige de manioc* », « *prendre les feuilles de manioc* ». Ces réponses pourraient rentrer dans la catégorie pré-établie des plantes. Certaines plantes ont des propriétés abortives, et ce savoir constitue dans certaines populations l'objet d'une transmission entre femmes (Dehne, 1999). Les tradipraticiens utilisent certaines plantes qui provoquent des contractions ou un empoisonnement du fœtus (et de la femme) (Rossier, 2006).
- Uniquement au Cameroun (phase avant et GP), 3 femmes ont parlé d'« **hôpital** » ou de « *clinique* ». Ces réponses auraient pu être incluses dans la modalité « centre de santé ».
- Au Cameroun (phase avant et après) et à Tuléar phase avant, 7 femmes ont parlé de *méthodes traditionnelles, comme des potions, d'absorption de substances d'usage courant* (des excitants comme le café, l'alcool): « *pris les remèdes* », « *remèdes* », « *sel de cuisine* », « *artisanale* », « *traditionnelle* », « *Nescafé et Kitoko 5 sachets/produits* », « *le whisky avec le Coca-Cola* », « *alcool* », « *alcool traditionnel* ».
- 8 femmes ont répondu d'**autres types de réponses** (Burkina Faso phase après, Cameroun phases avant et après). Une enquêtée dit avoir avorté par le « *sport (en pratiquant les exercices physiques)* ». En effet, l'effort physique exagéré est utilisé par certaines femmes pour avorter (Rossier, 2006). Une femme l'a fait « *clandestinement par quelqu'un de confiance* ». Une autre explique « *la première fois, c'est sorti seul* », une a eu « *sept avortements et a eu des problèmes* ». En effet, les avortements clandestins mettent en péril la santé de la femme et peuvent s'accompagner de nombreuses complications. Deux femmes ont sûrement compris la question différemment, par exemple en répondant à la question : « *pourquoi avorter ?* » : « *dans le cas de viol par exemple* », « *c'est arrivé* ». Enfin, une enquêtée parle de « *pilule contraceptive* » et une autre de « *pilule du lendemain* ». Il est possible que pour ces réponses, les femmes aient confondu l'avortement par voie médicamenteuse avec la pilule ou pilule du lendemain. Pour le cas de la pilule du

lendemain, celle-ci est peut-être perçue par la femme comme une manière d'avorter, s'agissant d'une contraception d'urgence, a posteriori d'un éventuel risque encouru.

3) Discussion

On peut mettre en relation les réponses en clair des variables V405 : « De quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ? » et V409 : « Quelle méthode de contraception utilisez-vous ? ». Les réponses bien qu'en effectifs beaucoup plus restreints pour la variable V409 (beaucoup de femmes connaissent d'autres moyens de contraception, ce qui ne signifie pas qu'elles les utilisent pour autant), sont similaires pour les deux questions. L'abstinence ou abstinence prolongée dominant largement. Les femmes donnant ce type de réponse considèrent donc l'abstinence comme un moyen de contraception. Celles qui déclarent l'utiliser actuellement comme méthode de contraception (V409) donnent différents motifs : pas de partenaire sexuel ou en conflit avec celui-ci, l'habitude, c'est ce qu'elle connaissent, c'est gratuit, ça n'a pas d'effet secondaire, c'est le plus sûr et ça ne cause pas de problème, ça empêche les maladies et les grossesses. D'autres évoquent leurs convictions religieuses « *c'est ce que Dieu recommande* », par tradition « *c'est comme ça chez nous* », « *conseil des aînées et des belles sœurs* ». On voit le poids de la norme sociale et religieuse lorsqu'une enquêtée explique cela ainsi : « *abstinence car pas hygiénique* ». Il semble que certaines de ces femmes restituent les discours religieux. Les jeunes semblent aussi avoir intériorisé le discours de l'abstinence avant le mariage « *je veux que mon copain se décide à me marier sinon je ne fais rien* », la sexualité apparaissant ici comme du chantage pour accéder à la sécurité et la reconnaissance sociale que procure le mariage.

Par ailleurs, quelques enquêtées ne considèrent pas l'abstinence comme un moyen de contraception ; à la variable V411 « Pouvez-vous me donner la raison pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de contraception ? », elles expliquent justement qu'elles n'utilisent pas de moyen de contraception car elles n'ont pas de rapports sexuels.

On peut s'interroger cependant sur le décalage entre abstinence déclarée et les pratiques réelles des femmes en termes de sexualité. Prenons l'exemple de l'abstinence post-partum. L'étude qualitative réalisée par l'équipe locale du Burkina Faso a révélé que les femmes n'utilisent presque plus cette méthode, qu'elle était perçue comme une méthode « *ancienne* », que leurs mères utilisaient. Les enquêtées expliquaient qu'aujourd'hui ni les hommes ni elles mêmes n'accepteraient une période d'abstinence de 3 ans. (Tou, Berthe et al., 2010). Cela est un peu du même ordre d'idée que les

avortements sous-déclarés. En effet, selon l'étude qualitative sur le programme RRS, réalisée par l'équipe locale du Burkina Faso sur le site de Bobo Dioulasso, il est particulièrement tabou de parler d'avortement et notamment du sien, dans ce pays, ce qui peut expliquer des avortements déclarés plus faibles que la réalité (Tou, Berthe et al., 2010). Un article s'intéresse au secret qui entoure l'avortement au Burkina Faso et aux raisons de la sous-déclaration : « *si une femme tait son avortement, c'est moins parce qu'elle est consciente d'avoir commis un acte répréhensible par la société que parce qu'elle gère son image sociale, dans une société où cette pratique est contestée par certains, à certains moments, et à certains niveaux de la structure sociale.* » (Rossier, 2006, p : 64). On observe donc souvent un décalage entre le discours imposé par la religion et les pratiques.

Comme pour l'abstinence, il est intéressant de voir que les femmes considèrent parfois des méthodes naturelles ou traditionnelles comme des méthodes de contraception (elles répondent à la variable V410, qui concerne la raison du choix de la méthode actuelle), ou parfois non (elles répondent à la variable V411, qui concerne la raison de la non-utilisation d'une méthode de contraception, mais utilisent pourtant une méthode naturelle pour espacer/limiter les naissances). Certaines types de réponses se recoupent donc.

Le choix de la contraception se justifie pour des raisons pratiques (simplicité, sûreté, la méthode convient à leur organisme, le fait de supporter ou non les méthodes, la durabilité de la méthode, prix du condom), le choix se fait souvent par élimination. Le choix du partenaire est aussi décisif. L'habitude et la connaissance des différents moyens justifient aussi ce choix. Pour le condom, les femmes ont souligné le fait qu'il protège également contre le VIH/SIDA et les IST. Certaines méthodes (injections, implant, stérilet) ont été choisies pour leur durabilité et le fait qu'elles empêchent les oublis (contrairement à la pilule).

On voit à travers certaines réponses la volonté de la part des femmes si ce n'est de limiter, au moins d'espacer les naissances.

En revanche, on peut noter la proportion importante des femmes qui justifient le fait de ne pas utiliser la contraception par leur état de grossesse (dans les réponses à la V411 : « Pouvez-vous me donner la raison pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de contraception ? »). Cela révèle une fécondité forte dans ces pays et valorisée mais éventuellement aussi une demande en planification familiale insatisfaite. À cela s'ajoutent des réticences vis à vis de la contraception moderne (diverses peurs et freins), le manque d'habitude, la non information sur les moyens.

Certaines femmes en effet n'utilisent pas de contraception en raison d'un manque d'information. Il s'accompagne souvent de peurs non justifiées, peur des effets secondaires notamment la peur que les méthodes rendent stériles, très présente parmi les non-utilisatrices de contraception et les jeunes hommes qui redoutent la stérilité de leur copine si elles utilisent la contraception. (Guegant, 2011 ; Gastineau, Rajaonarisoa, 2010). En effet, le choix de la contraception, surtout chez les jeunes filles, dépend grandement de la volonté du partenaire. Il leur est difficile de négocier la contraception (Gastineau, Rajaonarisoa, 2010).

Par ailleurs, les femmes ont parfois l'image d'une contraception réservée à certaines catégories de la population. Certaines se considèrent trop jeunes, d'autres trop âgées donc ne se sentent pas concernées. Il est souvent associé à des relations non stables, éventuellement avant le mariage mais pas dans le cadre du mariage où l'une des finalités est de concevoir. La contraception est bien tolérée également pour des femmes ayant déjà eu beaucoup d'enfants et qui ont le droit de « se reposer ».

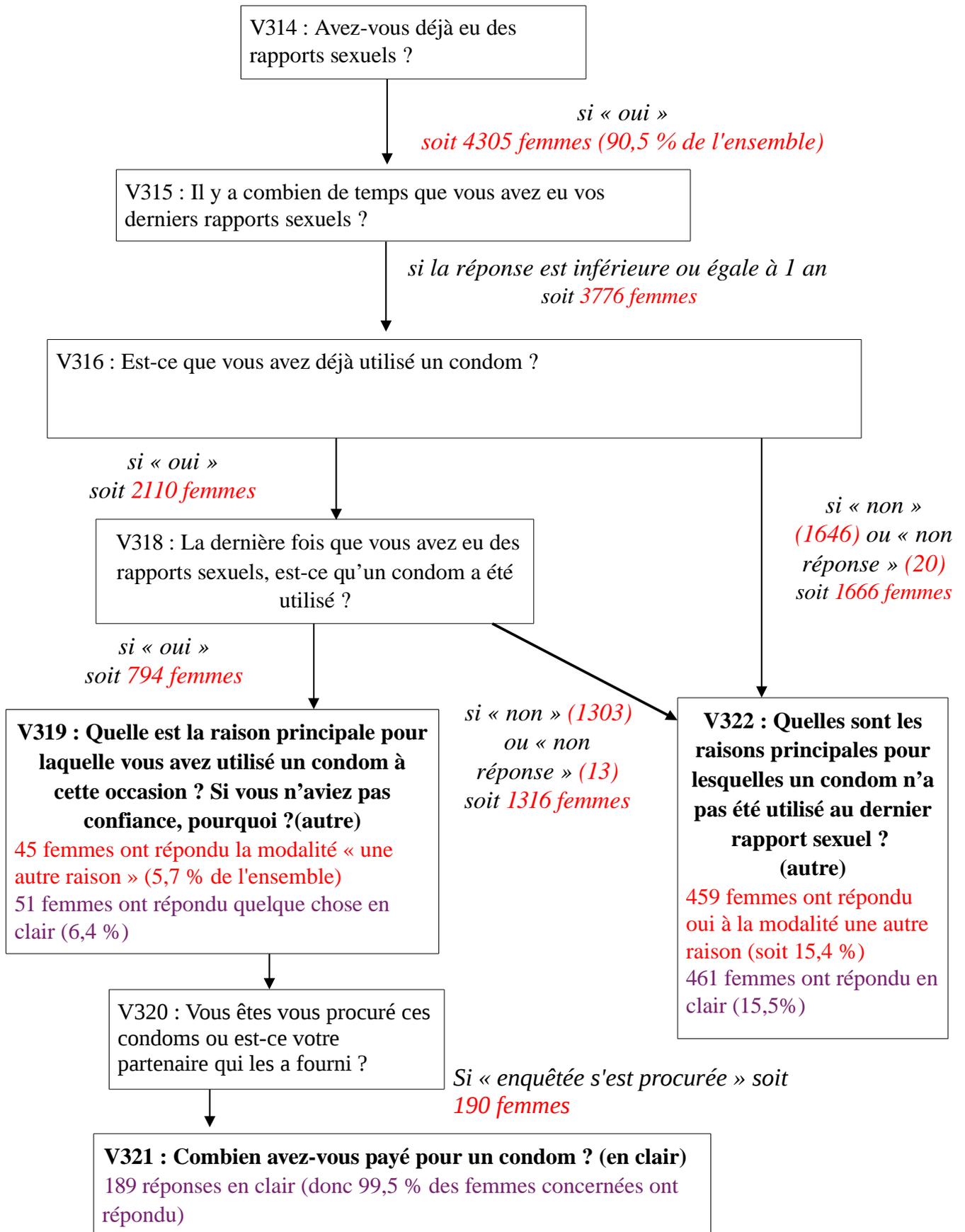
Par ailleurs, si l'on compare les moyens « autres » de contraception (V405 et V409 : moyens de contraception connus et moyens employés actuellement) et d'avortement (V415 : méthode d'avortement utilisée), beaucoup sont similaires : notamment la prise de substances, de médicaments, de remèdes traditionnels (café, citron...), d'alcool, l'utilisation de plantes etc.

D) Image du préservatif et comportement vis-à-vis de celui-ci

1) Contexte

8 variables ont été choisies pour ce thème. 9 variables filtre précèdent certaines de ces variables.

Raisons de l'utilisation ou non du condom



Rôle de la femme dans l'achat, la fourniture du condom.

si « non »
soit **982 femmes**

V331 : Est-ce acceptable qu'une femme achète un condom ?

V332 : Si non pourquoi ? en clair)

964 réponses en clair (soit 98,2 % des femmes ayant répondu non)

V335 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom masculin ?

si « non »
soit **1727 femmes**

V336 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom masculin ? (autre)

462 ont répondu la modalité autre (soit 26,8%)

472 enquêtées ont indiqué quelque chose en clair (27,3%)

si « oui »
soit **3016 femmes**

V337 : Avez-vous déjà entendu parler du condom féminin ?

V340 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom féminin?

si « non »
soit **832 femmes**

V341 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom féminin ? (autre)

267 femmes ont répondu la modalité « autre » (soit 32,1 % de l'ensemble des réponses)

259 femmes ont répondu quelque chose en clair (31,1%)

Autres remarques condom

V432 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif masculin ? (en clair)

2789 femmes ont donné une réponse en clair (soit 58,7 % des enquêtées)

V433 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif féminin ? (en clair)

2788 femmes ont donné une réponse en clair (soit 58,6 % des enquêtées)

2) Résultats

Pour analyser les variables V319 (« Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ? »), V321 (« Combien avez-vous payé pour un condom ? ») et V322 (« Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé au dernier rapport sexuel ? »), regardons au préalable la répartition des variables filtre qui les précèdent.

Les premières portent sur l'activité sexuelle et les derniers rapports.

➤ V314 : Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Si oui, à quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?

L'enquêteur devait poser cette question aux femmes, et cocher la case « jamais eu de rapport » si la réponse était non. Si la réponse était oui, il devait demander l'âge au premier rapport sexuel. En revanche, cet âge ne constituant pas un filtre pour vos variables d'analyse, il n'est pas présenté ci dessous.

Tableau 32 : Activité sexuelle, en pourcentage de femmes (V314)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	97,8	98,3	97,9	89,8	83,0	90,4	81,0	86,6	88,7	89,4	90,5
Jamais	2,2	1,7	2,1	10,2	17,0	9,5	19,1	13,4	11,3	10,6	9,4
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

On se rend compte qu'environ 9 femmes sur 10 ont déjà eu des rapports sexuels (90,5%). À celles-ci, on a posé la question suivante.

➤ **V315 : Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ?**

Pour cette variable, l'enquêteur devait retranscrire en fonction de la réponse de l'enquêtée soit le nombre de jours soit le nombre de semaines soit le nombre de mois soit le nombre d'années. Celles qui avaient eu leurs derniers rapports sexuels depuis plus d'un an ne répondaient pas aux questions qui nous intéressent dans cette partie (sur les raisons de l'utilisation ou de la non-utilisation d'un condom au dernier rapport sexuel et sur le prix payé pour un condom). Le fait que le dernier rapport sexuel ait eu lieu les derniers jours, les dernières semaines ou les derniers mois, bref il y a moins d'un an, importe peu pour notre analyse. Cette variable a donc été recodée et les résultats ont été dichotomisés en « moins d'un an »/« plus d'un an ».

Tableau 33 : Derniers rapports sexuels, dichotomisée en « moins d'un an », « plus d'un an », en pourcentage de femmes concernées par cette question (V315)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Moins d'un an	87,3	84,5	84,8	81,8	93,2	92,2	88,4	94,0	90,0	97,6	87,7
Plus d'un an	12,7	15,5	15,2	18,2	6,8	7,8	11,6	6,0	10,0	2,4	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	653	116	612	710	44	722	612	116	678	42	4305

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les enquêtées ayant déjà eu des relations sexuelles, la grande majorité (87,7%) avaient eu leur dernier rapport il y a moins d'un an. 12,3% l'avaient eu il y a plus d'un an et n'ont donc pas répondu aux questions suivantes.

Les questions qui suivent portent sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

➤ **V316 : Est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ?**

Cette question a donc été posée aux femmes ayant répondu que leurs rapports sexuels dataient de moins d'un an. C'est une question filtre pour nos variables d'intérêt.

Tableau 34 : Utilisation d'un condom, en pourcentage de femmes concernées par cette question (V316)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	33,3	72,5	40,3	83,0	82,9	88,3	42,3	38,5	39,8	53,7	55,9
Non	66,1	27,6	59,5	16,7	14,6	11,7	57,3	57,8	59,0	46,3	43,6
Non réponse	0,5	0,0	0,2	0,3	2,4	0,0	0,4	3,7	1,2	0,0	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	570	98	519	581	41	666	541	109	610	41	3776

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

On se rend compte ici que parmi les enquêtées ayant eu des rapports sexuels depuis moins d'un an, plus de 4 sur 10 ont déclaré n'avoir jamais utilisé un condom (43,6%). Plus de la moitié (55,9%) en avaient déjà utilisé. Les 0,5% restantes n'ont pas répondu à la question. Aux femmes n'en ayant jamais utilisé, notre variable d'analyse V322 a été directement posée (« *Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé au dernier rapport sexuel ?* »). À celles ayant répondu oui, la question suivante a été posée.

- **V318 : La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels est-ce qu'un condom a été utilisé ?**

Il s'agit d'une simple question fermée « Oui/non/non réponse ».

Tableau 35 : Utilisation d'un condom aux derniers rapports sexuels, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V318)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Non	63,2	57,7	64,6	54,6	35,3	60,9	76,9	71,4	63,0	68,2	61,8
Oui	36,3	40,8	35,4	45,2	64,7	39,1	20,1	28,6	35,8	31,8	37,6
Non réponse	0,5	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0	3,1	0,0	1,2	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	190	71	209	482	34	588	229	42	243	22	2110

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi nos enquêtées ayant déjà utilisé un préservatif, plus de 6 femmes sur 10 ont déclaré ne pas en avoir utilisé au dernier rapport sexuel. Moins de 1% n'ont pas répondu. Plus d'un tiers des femmes (37,6%) ont en revanche déclaré avoir utilisé un préservatif au dernier rapport. À ces dernières on a posé la question suivante (qui est une de nos variables d'analyse).

- **V319 : Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ?**

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Il devait cocher une seule case. Si la réponse de l'enquêtée ne correspondait à aucune modalité de réponse, il devait cocher « autre » et retranscrire en clair sa réponse.

Tableau 36 : Raison de l'utilisation d'un condom, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V319)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Enquêtée veut éviter grossesse	69,6	58,6	77,0	29,4	45,5	36,1	73,9	75,0	63,2	42,9	47,9
Enquêtée veut éviter IST/SIDA	13,0	31,0	10,8	49,1	31,8	40,0	6,5	16,7	25,3	57,1	33,1
Le partenaire à demandé/insisté	13,0	3,4	6,8	11,9	18,2	17,8	10,9	8,3	10,3	0,0	12,7
Autre	2,9	6,9	4,1	9,2	4,5	6,1	6,5	0,0	0,0	0,0	5,7
Ne sait pas	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Non réponse	1,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,2	0,0	1,1	0,0	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	69	29	74	218	22	230	46	12	87	7	794

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les enquêtées ayant utilisé un condom au dernier rapport sexuel, près de la moitié (47,9%) déclarent l'avoir fait pour éviter une grossesse. Le préservatif est alors utilisé comme une (quelconque) méthode de planification familiale. Un tiers d'entre elles déclarent l'avoir utilisé pour éviter les IST/SIDA. 12,7% ont dit que leur partenaire avait demandé ou insisté. Moins de 1% des femmes ayant utilisé un condom au dernier rapport ne savaient pas pourquoi elles l'avaient fait ou n'ont pas donné de raison (« ne sait pas » et « non réponse »).

Par ailleurs, 5,7% de ces femmes ont déclaré qu'elles l'avaient utilisé pour une autre raison.

Réponses en clair

Tableau 37 : Raison de l'utilisation d'un condom, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V319)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	2	2	3	24	1	14	3	0	0	2	51
% de l'ensemble	2,9	6,9	4,0	11,0	4,5	6,1	6,5	0,0	0,0	28,6	6,4

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Il a été retranscrit quelque chose en clair à cette question pour 51 femmes, ce qui correspondait à 6,4% de l'ensemble des réponses. À noter qu'aucune femme n'a répondu en clair dans la phase GP d'Antananarivo et dans la phase avant de Tuléar. Pour les autres bases de données, l'effectif de réponses en clair est faible. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des sites. Voyons donc les résultats spécifiques (à certains sites ou bases de données).

- 8 enquêtées ont dit qu'elles n'avaient **pas confiance en leur partenaire ou qu'il était infidèle**, au Cameroun toutes phases et à Tuléar phase GP : « *manque de confiance entre les partenaires* », « *parce qu'il n'est pas fidèle* », « *ne sait ce qu'il fait dehors* », « *n'a pas confiance* », « *parce qu'il a des relations extraconjugales* ». Une femme dit que c'est en raison de **rapports sexuels peu fréquents** avec ce partenaire : « *il y a longtemps qu'on n'avait pas eu de rapport sexuel* ». Peut-être doutait elle de la fidélité de son partenaire, ou il s'agissait d'un partenaire non fixe, ou alors elle avait eu des rapports avec d'autres hommes. Cela sous entend probablement qu'elles veulent éviter le VIH/SIDA et/ou les IST.
- 9 femmes déclarent avoir utilisé un condom car elles étaient **enceintes et/ou voulaient protéger le futur enfant** (Burkina Faso toutes phases et Cameroun phase avant) : « *parce que l'enquêtée était enceinte* », « *pour protéger l'enfant* », « *protéger l'enfant car est enceinte* », « *protéger enfant et femme enceinte contre maladie* ». Une femme explique d'où elle a reçu ce conseil : « *j'étais enceinte et le docteur m[']a conseillé* ».

- 6 femmes utilisent un condom car elles **allaitent** actuellement (Burkina Faso phase après et Cameroun phases avant et après) : « *j'allaite en ce moment* », « *allaitement* », « *ne veut pas gâter le lait du bébé* ».
- 7 expliquent qu'elles **suivent actuellement un traitement (pour IST ou autres)**. C'est le cas au Cameroun, phases avant et après, et à Antananarivo, phase avant : « *sous traitement IST* », « *était encore malade et prenait des médicaments qui nettoyaient l'utérus* », « *suit un traitement médical* », « *elle est en cours de traitement* », « *elle prend des médicaments* ».
- 4 femmes au Cameroun phase avant disent qu'elles utilisent le condom comme **planification familiale, pour espacer ou éviter les naissances** : « *éviter de concevoir à nouveau* », « *bébé de 6 mois* », « *a un bébé* », « *éviter les grossesses non désirées* ». Cela aurait dû rentrer dans la modalité « Enquêtée veut éviter grossesse ».
- 5 femmes ont dit que c'était **pour se protéger** (Cameroun phases avant et après, Antananarivo phase avant et Tuléar phase GP) : « *pour se protéger* », « *par précaution* ». Ces réponses ne sont pas très explicites, un peu vagues, hormis une qui dit « *pour me protéger des maladies* ». Cette dernière réponse aurait néanmoins dû être dans la catégorie « Enquêtée veut éviter IST/SIDA ». La citation suivante renvoie probablement à cette même préoccupation, bien que plus ambiguë : « *elle ne veut pas s'exposer à des choses qui peuvent lui rendre la vie difficile* ».
- 2 femmes au Cameroun phase après, semblent sous entendre qu'elles **ont le VIH/SIDA ou une IST** et voulaient donc sûrement protéger leur partenaire du risque de transmission : « *protéger mon partenaire du SIDA* », « *j'avais fait le prélèvement* ».
- Une enquêtée camerounaise, dans la phase après en population, **prône l'utilisation du condom** : « *parce qu'il faut l'utiliser* ».
- Dans le même esprit, 2 femmes ont dit que c'était leur **envie/volonté** (phase GP du Burkina Faso et phase avant d'Antananarivo) : « *juste pour le plaisir* », « *veut l'utiliser* ».
- Une enquêtée au Cameroun, phase avant, révèle qu'elle voulait **tenter l'expérience** : « *savoir l'effet que ça fait* ».
- 2 femmes camerounaises (phases avant et après) disent qu'elles n'ont **pas l'habitude** ce qui est peu explicite : « *elle n'en a pas l'habitude* ». Elles ont pourtant déclaré avoir utilisé un condom au dernier rapport sexuel.

- Quelques femmes ont donné d'**autres types de réponse** (au Cameroun dans les phases avant et après) : « j'ai demandé », « mettre son partenaire à l'épreuve », « parce qu'ils sont allés une fois », « un peu de tout ça ».
- Une n'a **pas donné de réponse** : « pour rien » (au Cameroun, phase après).

➤ **V320 : Vous êtes vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis ?**

Cette question concerne également les enquêtées qui ont dit oui à V318 : « La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels est-ce qu'un condom a été utilisé ? ». L'enquêteur devait cocher une seule case.

Tableau 38 : Personne ayant fourni les condoms, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V320)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Le partenaire a fourni	94,2	82,8	94,6	75,2	72,7	80,4	63,0	33,3	27,6	14,3	73,3
Enquêtée s'est procuré	2,9	13,8	4,1	22,0	27,3	17,0	30,4	66,7	69,0	85,7	23,9
Quelqu'un d'autre a fourni	2,9	3,5	1,4	2,8	0,0	2,2	2,2	0,0	3,5	0,0	2,4
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	4,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	69	29	74	218	22	230	46	12	87	7	794

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Pour près des trois quarts des enquêtées qui ont utilisé un condom au dernier rapport sexuel, c'est le partenaire qui l'a fourni (73,3%). Près d'un quart des enquêtées se le sont en revanche procuré elles-mêmes (23,9%). Seules 2,4% des femmes ont déclaré qu'une autre personne avait fourni les préservatifs et 0,4% n'ont pas répondu à cette question. Lorsque l'enquêtée s'était procuré les condoms, notre variable d'analyse qui suit a été posée.

➤ **V321 : Combien avez-vous payé pour un condom ? (en clair)**

Il s'agit d'une question en clair. Plus précisément, une partie en clair était destinée à recevoir l'information brute, et une partie avec les cases devait comporter un recodage effectué par l'enquêteur pour obtenir le prix d'un préservatif. Par exemple, si en clair la femme donnait le prix d'un paquet de 4 condoms, dans les cases l'enquêteur devait recoder pour avoir le prix d'un seul condom.

La variable V328 est la même question « Combien avez-vous payé pour un condom ? » mais concerne cette fois un autre partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. Étant donné le peu de femmes affirmant avoir eu un autre partenaire sexuel, l'effectif de réponses à cette question est faible. Mais lorsqu'il y a des réponses à cette question, elles complètent celles de la variable V321 dans l'analyse qui suit.

Réponses en clair

Tableau 39 : Prix payé pour un condom, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V321)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	2	5	3	46	6	39	13	8	60	7	189
% de l'ensemble	100,0	125,0	100,0	95,8	100,0	100,0	92,9	100,0	100,0	116,7	99,5

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

189 femmes ont répondu en clair à cette question, soit près de l'ensemble des femmes qui se sont procuré elles-mêmes un condom au dernier rapport sexuel (99,5%).

- 3 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas** ou ne se souvenaient plus.
- Dans toutes les bases de données sauf dans les phases avant et après du Burkina Faso et dans la phase GP du Cameroun, près de 12 % des femmes expliquent qu'elles ne l'ont en fait pas acheté mais **l'ont reçu par don d'un proche ou d'une association**. Les femmes disent à ce propos : « *c'est un don de l'association* », « *c'est ma sœur qui m'en donne* », « *gratuit* », « *on nous en distribuait lors de la sensibilisation* », « *elle a reçu ses*

préservatifs à Tsinga », « un don d'un paquet de 3 prudences plus », « distribué sur le lieu de travail », « donné gratuitement par SAF FJKM », « distribué mais pas acheté », « on a donné mais pas acheté », « reçu gratuitement ».

- Le reste des femmes (164) ont répondu un **prix en clair**. Elles précisait le plus souvent s'il s'agissait du prix pour un condom ou un paquet de condoms (dans ce cas elles donnaient le nombre de préservatifs par paquet). L'enquêteur pouvait alors recoder le prix pour un condom. C'est ce dernier chiffre qu'il a fallu observer afin d'être en mesure de comparer les résultats.

Voyons maintenant les résultats pays par pays, puisque la monnaie ou du moins le coût de la vie est différent dans les trois pays.

- **Au Burkina Faso**, la monnaie est le franc cfa (f cfa)⁹. Dans la phase après de l'enquête, une femme a payé « 25 » et une « 20 » f cfa pour un condom. (Concernant la variable V328, une femme a payé « 15 » et deux « 25 » f cfa). On se situe donc dans le même ordre de prix ; cela est également cohérent avec la phase groupe de parole, où les femmes parlent de « 15 », « 17 » ou « 19 » f cfa pour un préservatif. Cependant, pour la phase avant, une femme parle de « 1000 f cfa le grand paquet » et une de « 75 f cfa ». La colonne à l'unité n'est pas remplie, on ne peut donc pas comparer les résultats. Cependant, même pour un grand paquet, 1000 f cfa paraît excessif au regard des autres réponses (à moins qu'il ne s'agisse d'un paquet de 40 condoms). La variable V328 a donné lieu aux deux mêmes réponses par les mêmes enquêtées (« 75 f cfa » et « 1000 f cfa le grand paquet ») ce qui élimine la possibilité de l'erreur de frappe du « 1000 » pour la variable V321 (prix du condom payé, lors de l'utilisation avec le partenaire actuel).
- **Au Cameroun**, la monnaie est également le franc cfa. Dans la phase avant, 21 femmes ont dit avoir payé « 25 » f cfa pour un condom, deux ont dit « 35 », deux « 50 », neuf « 100 », deux « 125 », une « 175 », une « 200 », une « 250 », une « 300 », une « 350 » et une « 3200 ». On se rend compte de la dispersion dans ces résultats. Même si « 3200 » était une erreur de frappe et qu'il s'agissait en fait de « 320 », le prix d'un condom acheté varie tout de même selon les femmes de « 25 » à « 350 » f cfa, c'est-à-dire que le prix le plus haut cité est 14 fois plus important que le plus bas! (Pour la variable V328, 14 femmes ont payé « 25 » f cfa, une « 100 », deux « 125 » et une « 175 »). Dans la phase GP, deux femmes ont payé « 25 f cfa » pour un condom, une « 100 », une « 125 » et une « 205 ». Cela fait encore une fois un écart important,

⁹ Actuellement, 1 euro= 655 f cfa

même parmi les PGP, normalement davantage sensibilisées et informées sur ces questions. Dans la phase après, 21 femmes ont payé « 25 f cfa », dix ont payé « 33 » f cfa, une « 50 », deux « 65 », deux « 165 » et une « 650 » pour un condom. (Pour la variable V328, 11 femmes ont payé « 25 f cfa », trois « 33 », une « 50 », une « 100 », une « 165 » et une « 175 »). Encore une fois, l'écart de prix varie beaucoup selon les réponses des femmes. 25 f cfa semble le plus proche de la réalité car cité par la majorité des femmes. Mais régulièrement, dans les différentes bases de données (et pour la variable V328), des femmes donnent des prix nettement plus élevés.

- **À Madagascar**, la monnaie est l'ariary¹⁰.

- **À Antananarivo**, dans la phase avant, 7 femmes ont payé un préservatif « 100 ariary » et une « 200 ariary ». Les réponses pour les groupes de parole sont « 0,04? » et « 0,07? ». L'enquêteur n'ayant pas dû comprendre (ces chiffres étant très faibles), il n'a pas recodé ces réponses pour le prix d'un condom à l'unité. On ne peut donc comparer les deux phases.

- **À Tuléar**, phase avant, une femme a payé son condom « 10 ariary », six femmes « 20 » ariary, une femme « 30 », deux femme « 50 », 41 femmes « 100 » et une femme « 200 ». (Comparativement, pour la variable V328, quatre femmes ont répondu « 20 », une « 50 » et onze « 100 »). Il semble donc que 100 ariary soit le plus proche du prix réel. L'écart oscille tout de même entre 10 et 200 ariary le condom, c'est-à-dire que le prix le plus haut cité est 20 fois plus élevé que le plus bas! Dans la phase GP, 5 femmes ont dit « 0,04 » et une « 0,07 ». Ces réponses sont identiques à celles des PGP dans la capitale malgache. Peut-être cela est-il lié à un aspect des groupes de parole... Cela n'a encore une fois pas été recodé en prix pour un condom. Mais pour la variable V328, deux PGP ont dit 100 ariary.

À Madagascar en général, il semble qu'un préservatif coûte en moyenne 100 ariary (réponse la plus citée par les femmes).

En raison de réponses peu claires et de recodage pas toujours réalisé, on ne peut trop s'avancer dans nos conclusions. En revanche, on peut dire que de manière générale, pour chaque pays, on observe facilement le mode (valeur la plus citée). Cela se rapproche probablement de la réalité du prix d'un condom. Cependant, on a déjà souligné la présence d'un intervalle très important entre le prix le moins élevé et le plus élevé cité par les femmes. On peut se demander si cela révèle

10 Actuellement, 1 euro= 3004 ariary

une perception erronée des femmes sur le prix du préservatif, s'il s'agit d'erreurs lors de la saisie des données et principalement lors du recodage, ou s'il y a réellement de tels écarts de prix selon les lieux de vente. Selon les déclarations des femmes, cela peut aller d'un don (de la part d'associations essentiellement) à un prix très élevé dans certains commerces. Cependant, on ne dispose pas de l'information qui permettrait de vérifier cela, à savoir l'endroit où on le condom a été acheté/fourni.

➤ **V322 : Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé au dernier rapport sexuel ?**

Cette question a été posée aux femmes ayant répondu non ou n'ayant pas répondu soit à V316 : « Est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ? » soit à V318 : « La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ? ». L'enquêteur devait poser la question sans lister les réponses possibles et noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochait la case autre et notait la réponse en clair.

Tableau 40 : Raisons de la non-utilisation d'un condom, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V322)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pas l'habitude	33,1	8,7	32,1	19,0	21,1	20,4	16,6	32,0	36,5	50,0	26,8
confiance en mon partenaire	5,4	36,2	10,3	36,1	36,8	35,8	19,0	17,5	24,9	32,4	21,6
Fidèle à mon partenaire	7,4	23,2	20,0	27,3	5,3	27,3	5,1	4,1	6,1	14,7	14,3
Refus du partenaire	14,2	11,6	9,9	12,4	21,1	17,2	13,7	16,5	16,4	23,5	14,3
N'aime pas les condoms	8,6	7,3	7,6	6,1	10,5	6,4	18,4	11,3	16,8	14,7	11,0
Veut concevoir	12,2	8,7	13,7	7,7	5,3	14,2	2,4	3,1	12,2	17,7	10,2
Nous avons un autre contraceptif	7,4	31,9	12,1	1,1	0,0	1,8	19,0	20,6	11,1	11,8	10,1
Ça réduit le plaisir	0,2	1,5	0,5	1,9	5,3	0,7	2,0	1,0	6,3	17,7	2,2
Condom pas sous la main	0,0	0,0	1,4	1,4	0,0	0,7	1,8	0,0	0,4	0,0	0,8
Condom dégage une certaine odeur	0,0	0,0	0,5	0,3	0,0	0,2	0,4	1,0	1,9	0,0	0,6
Pas osé en acheter	0,8	0,0	0,9	0,3	0,0	0,7	0,2	1,0	1,0	0,0	0,6
Condom était introuvable/nous n'avons pas pu en obtenir	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	0,0	0,0	1,9	0,0	0,5
Peur que mon partenaire me soupçonne	0,4	0,0	0,5	1,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	2,9	0,5
Condom est associé au contact avec les prostituées	0,0	0,0	0,7	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,4
Condom se déchire	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	1,3	0,0	0,4
Condom n'est pas bien lubrifié	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	0,6	0,0	0,2
Condom est associé aux IST	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2
Condom coûte trop cher	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	17,6	27,5	18,9	22,0	36,8	17,0	11,9	5,2	7,3	14,7	15,4
Ne sait pas	9,4	0,0	2,0	0,6	0,0	0,2	0,4	1,0	0,8	0,0	2,2
Non réponse	2,8	1,5	0,7	3,0	0,0	0,7	3,2	4,1	0,8	0,0	1,9
Total	501	69	445	363	19	436	495	97	523	34	2982

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : Étant donné que les femmes pouvaient citer plusieurs réponses, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Les raisons les plus invoquées pour ne pas avoir utilisé un condom au dernier rapport sexuel sont le manque d'habitude (évoqué dans plus d'un quart des réponses) et la confiance en son partenaire (plus de 2 réponses sur 10). Suivent ensuite ex-æquo le refus du partenaire d'utiliser un condom ou la fidélité de la femme envers son partenaire (14,3%). Puis, cité dans environ 1 réponse

sur 10, on retrouve le fait que la femme n'aime pas les condoms, qu'elle ait un autre contraceptif ou qu'elle souhaite actuellement avoir un enfant. Les autres motifs ont été très peu cités. 2,2 % des femmes ont déclaré que cela réduit le plaisir sexuel. Tous les autres motifs ont été cités chacun par moins de 1 % des femmes : le condom se déchire, dégage une certaine odeur, n'est pas bien lubrifié, il coûte trop cher, il était introuvable, pas sous la main, elle n'a pas osé en acheter, elle avait peur que son partenaire la soupçonne, le condom est associé aux IST ou au contact avec les prostituées. Environ 2 % des femmes qui n'avaient pas utilisé de condom au dernier rapport sexuel ne savaient pas pourquoi et 2 % également n'avaient pas répondu à la question.

Par ailleurs, 15,4% des femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas utilisé de condom pour un autre motif.

Réponses en clair

Tableau 41 : Raisons de la non-utilisation d'un condom, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V322)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	90	19	84	79	7	74	59	5	38	6	461
% de l'ensemble	18,0	27,5	18,9	21,8	36,8	17,0	11,9	5,2	7,3	17,6	15,5

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

461 femmes ont répondu en clair à cette question, ce qui représente 15,5% de l'ensemble des enquêtées concernées par la question.

Certains types de réponses sont communs à l'ensemble des bases de données ou au moins aux 4 sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Plus d'un quart des enquêtées ont expliqué ne pas avoir utilisé de condom au dernier rapport sexuel car elles étaient **enceintes** à ce moment là. Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de données : « l'enquêtée était en grossesse », « l'enquêtée est enceinte », « grossesse en cours », « j'étais déjà enceinte », « porte une grossesse », « était enceinte lors du dernier rapports sexuel », « elle est en gestation », « je suis enceinte actuellement », « quand j'étais enceinte, je n'utilisais pas de condom ». Une ajoute le motif

de la peur : « *par peur car grossesse en cours* ». Quelques femmes parlent de l'effet bénéfique du sperme pour la femme enceinte : « *le sperme permet l'ouverture du col* », « *a entendu dire que le fœtus a besoin de sperme* », « *les femmes enceinte ont besoin du sperme* ». Une a dit « *vient d'accoucher* ». Cela signifie sûrement qu'elles voient le préservatif uniquement comme un moyen de contraception et non comme un moyen de protection du VIH/SIDA et des IST.

- Près de 20 femmes (phases avant des 4 sites et phase après du Burkina Faso) ont dit qu'elles **étaient seules, que leur partenaire était absent, qu'elles avaient peu ou pas de rapports**. Plus précisément elles ont dit : « *partenaire absent* », « *mari vit ailleurs* », « *mari va partir en tournée* », « *partenaire décédé* », « *célibataire* », « *veuve* », « *divorcée/séparée* », « *je ne suis pas souvent à la maison* », « *rapports sexuels peu fréquents* », « *abstinence* », « *n'a pas de rapport* », « *n'a pas encore eu de rapports* ». Une enquêtée explique sa situation particulière (polygamie) : « *comme les femmes sont 3 quand l'une d'entre elles accouche, tant que son enfant ne marche pas, le monsieur ne fait plus de rapport avec elle* ». Ces réponses révèlent que la question n'a pas été bien comprise puisqu'il était demandé « au dernier rapport sexuel ».
- Près de 40 femmes (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun et Tuléar toutes phases et Antananarivo phase avant) ont dit qu'elles **n'aimaient pas, qu'elles ne voyaient pas l'utilité, qu'elles n'avaient pas besoin ou pas envie d'utiliser un condom** : « *pas envie de voir* », « *c'est une perte de temps* », « *je n'aime pas ça* », « *corps étranger* », « *le couple ne voyait pas l'utilité du condom* », « *pas d'intérêt, convenance personnelle* », « *n'a pas trouvé utile de l'utiliser* », « *ce n'était pas nécessaire* », « *elle n'a pas besoin* », « *pas envie de l'utiliser* », « *elle ne veut pas utiliser* », « *pas utile* », « *elle n'est pas convaincue* », « *pas envie* », « *pas nécessaire et n'a pas voulu* », « *n'a pas de raison pour utiliser le condom* », « *refus de l'enquêtée* », « *parce que ce n'était pas nécessaire* », « *parce que je savais que je n'avais pas envie* », « *on ne voulait pas l'utiliser* ». Certaines de ces réponses auraient pu rentrer dans la modalité pré-codée « N'aime pas les condoms ».
- Une quinzaine de femmes déclarent n'y avoir **jamais pensé ou jamais utilisé le condom, n'avoir pas l'habitude** (phases avant des 4 sites, phases après du Burkina Faso et du Cameroun) : « *elle n'a jamais pensé à ça* », « *je n'y ai pas pensé* », « *elle n'a jamais utilisé le condom* », « *elle n'utilise jamais le préservatif* », « *parce qu'ils ont fait longtemps sans* », « *n'a pas eu l'idée d'utiliser un condom* », « *elle a oublié* », « *utilise par occasion* ».

Certaines de ces réponses se rapprochent de la modalité « pas l'habitude ».

- Une cinquantaine de réponses (soit une réponse sur 10) indiquent que les **femmes sont mariées ou dans une relation stable, que le mari/partenaire est responsable, qu'il y a fidélité et confiance dans leur couple donc qu'ils n'utilisent pas de condom**. Cela se retrouve au Burkina Faso et au Cameroun toutes phases, à Antananarivo phase avant et à Tuléar phase GP. Elles disent : « *parce que je suis une femme mariée* », « *l'enquêtée est mariée donc ne veut plus utiliser le condom* », « *mon mari est correct* », « *mon mari est devenu une grande personne* », « *vit avec mon mari* », « *j'ai un seul partenaire que j'aime* », « *c'est mon gars* », « *n'a pas connu d'homme avant le mari* », « *n'a pas d'autre partenaire* », « *nous sommes ensemble depuis longtemps* », « *je ne vais pas dehors* », « *parce que c'était mon partenaire* », « *c'était avec mon mari* », « *décision réciproque, confiance* », « *nous vivions maritalement* », « *parce qu'elle vit avec lui* », « *avec le père de son fils* », « *avec son titulaire* », « *elle a maintenant un partenaire* », « *car mon mari m'est fidèle, il tient à moi, il m'est attaché* ». Certaines réponses révèlent l'infidélité de femmes : « *elle l'utilise dehors, mais pas avec son mari* », « *je n'utilise plus ça et jamais avec mon mari* ». Ces réponses révèlent une forte idée reçue : le condom ne s'utilise qu'en dehors du mariage ou d'un couple stable, avec des partenaires occasionnels. En témoigne cette citation d'une enquêtée : « *condom associé à la fornication pour le mari* ». Certaines de ces réponses auraient pu rentrer dans une des catégories pré-établies : « confiance en mon partenaire » ou « fidèle à mon partenaire ».
- Environ 1 enquêtée sur 20 argue qu'elle **manque de connaissances sur le condom**. C'est le cas dans les phases avant des 4 sites, au Burkina Faso et au Cameroun phases après et à Antananarivo phase GP. Les femmes ont dit : « *connait pas l'existence du condom* », « *ne connaît pas le condom* », « *ne connaît pas les préservatifs féminins* », « *elle n'a jamais vu ça* », « *c'est la première fois que je vois des préservatifs* », « *ne sait pas pourquoi on utilise le condom* », « *ne sait pas utiliser* », « *je ne sais pas m'en servir* ».

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites ou bases de données.

- Une trentaine de femmes (Burkina Faso phase GP, Cameroun phases avant et après et Tuléar phase avant) ont dit qu'elles n'en avaient pas utilisé car ce n'était **pas leur période féconde** : « *les règles venaient de finir* », « *c'était pas le moment de mon ovulation* », « *c'était pas ma*

période dangereuse », « *[je connais ma] période de fertilité et il n'y avait pas de risque de grossesse* », « *sûre que jours non fertile* », « *n'était pas exposée à concevoir* », « *elle n'était pas en période féconde* », « *elle sait compter son cycle* », « *dépend de la période de fécondation* », « *calcul du jour fixe* ». Une femme explique qu'« *elle utilise le condom en période féconde* ».

- Près de 20 femmes ont répondu que c'est car elles **désiraient avoir un enfant ou avaient besoin d'enfants** (au Burkina Faso toutes phases et au Cameroun, phase après) : « *voulait concevoir* », « *désir de grossesse* », « *désir d'enfant* », « *besoin d'enfant* », « *besoin d'un enfant* ». Ces réponses auraient néanmoins pu rentrer dans la modalité de réponse « *Veut concevoir* ».
- Une vingtaine de femmes arguent ne pas avoir utilisé de préservatif car cela relève du **domaine du mari et non du leur ; c'est le mari qui doit prendre cette décision. Certaines expliquent que c'est car le mari n'aime pas utiliser des condoms**. C'est le cas au Burkina Faso (toutes phases), au Cameroun (phases avant et après) et à Antananarivo phase GP. Les femmes ont beaucoup donné ce type de réponse dans la phase avant du Burkina Faso. Elles s'expriment en ces termes : « *c'est mon mari qui doit acheter* », « *ça ne dépend pas de moi* », « *l'utilisation du condom est du domaine du mari* », « *parce que c'est le mari qui doit utiliser* », « *si mon mari ne parle pas de condom, moi je ne peux rien lui dire* », « *son mari n'a jamais parlé de condom* », « *le mari ne lui a jamais proposé cela* », « *c'est l'homme qui décide du port du condom* », « *c'est l'affaire des hommes* », « *c'est mon mari qui décide* », « *le mari ne voit pas l'utilité* », « *le mari ne travaille pas avec* », « *partenaire n'aime pas les condoms* », « *mon partenaire ne veut pas utiliser* ». Cela révèle le peu d'autonomie des femmes dans cette décision. Cependant, peut-être qu'elles se déresponsabilisent également de la question en se disant que de toute manière ce n'est pas leur décision. Quelques unes de ces réponses se rapprochent de la modalité : « *Refus du partenaire* ».
- Une douzaine de femmes pensent que le **condom est réservé aux gens malades et se croient sûres d'être en bonne santé, immunisées contre les IST/VIH** (Burkina Faso toutes phases, phases avant et après du Cameroun, phase avant d'Antananarivo): « *on met le condom à cause des maladies* », « *je n'allait pas, je suis en bonne santé, mon mari également* », « *n'est pas malade donc n'a en pas besoin* », « *il n'est pas malade* », « *j'ai confiance en moi* », « *je suis en sécurité* », « *je suis en bonne santé* ». Cela sous-entend

qu'elles se sentent à l'abri du danger concernant ces maladies. 2 femmes semblent penser que les préservatifs sont réservés à des périodes de maladies/d'IST : « *j'avais fini mon traitement* », « *n'est plus sous traitement* ». Cela se rapproche alors de la modalité de réponse : « Condom est associé aux IST ».

- 6 femmes (Burkina Faso toutes phases et Cameroun phase après) ont dit qu'elles **avaient une autre contraception** : « *j'ai arrêté avec les condoms pour la pilule* », « *je fais une autre contraception (l'injection)* », « *est sous contraception donc pas besoin de condom* », « *sous pilule* », « *utilise un autre contraceptif* ». Ces réponses auraient pu rentrer dans la modalité « Nous avons un autre contraceptif ». Une enquêtée semble voir le condom uniquement comme un moyen de planification familiale : « *condom utilisé comme contraceptif* ».
- Près de 10 femmes ont dit que c'était car elles étaient **sous-fécondes ou ménopausées** (Burkina Faso et Cameroun, phases avant et après, et Antananarivo, phase avant) : « *sous féconde* », « *ne voit pas son cycle depuis 2 ans* », « *grossesses naturellement espacées donc pas besoin de contraceptif (condom)* », « *plus peur, ménopause atteinte* », « *elle a les problèmes pour concevoir* », « *ménopause* ». Cela montre également une vision du préservatif vu comme un contraceptif « quelconque ».
- 6 femmes ont dit que ça **donnait des maladies** (phases avant du Burkina Faso, d'Antananarivo et de Tuléar) : « *le condom cause des maladies* », « *il provoque des maladies* », « *pas bon pour ma santé* », « *peur que ça rende malade* », « *peur que le condom [ne] transmette des maladies* », « *ne connaît pas le condom, il donne des maladies* ». C'est en effet souvent la mauvaise connaissance du moyen de contraception qui crée des craintes injustifiées de ce type.
- 10 femmes au Cameroun phase avant et après et à Tuléar phase avant, ont dit qu'elles ne l'avaient pas utilisé en raison d'**effets indésirables du condom ou de crainte de ces effets** : « *dilate le vagin* », « *peut faire mal* », « *peur que ça coince à l'intérieur, dans l'utérus* », « *fait mal au vagin* », « *le condom fait mal* », « *le condom dessèche le vagin* ». Cette dernière réponse peut être en lien avec la modalité pré-établie : « condom n'est pas bien lubrifié ». Une précise que c'est en raison d'une infection : « *elle a peur d'utiliser le condom parce que c'est infecté* ».
- Une dizaine de femmes, dans les phases avant du Burkina Faso, d'Antananarivo et de Tuléar, évoquent l'**interdit religieux et la morale** (condamnation du condom) : « *ce n'est pas*

bien », « interdit religieux », « pas compatible avec ma religion », « église n'approuve pas », « prier ». 4 femmes parlent de « tabou ». Une enquêtée affirme qu'« on ne porte le condom que lorsqu'on a un enfant en bas âge ». Cela montre également le poids des normes sociales et notamment l'intériorisation par les femmes de la morale religieuse.

- Quelques femmes disent qu'elles sont **âgées**, au Burkina Faso phase après et dans les phases avant du Cameroun et de Tuléar. Elles disent : « nous sommes déjà vieux », « c'est réservé aux jeunes », « ça arrive car nous sommes vieux », « vieille ». Ces personnes ne se sentent donc pas concernées par le port du condom en raison de leur âge. Quelques autres réponses (au Cameroun phases avant et après et à Antananarivo phase avant) pourraient sous-entendre un âge avancé des femmes à travers l'utilisation du « plus » mais ce n'est pas évident : « je n'utilise plus ça », « elle n'a plus besoin », « ce n'était plus nécessaire », « ne veut plus en utiliser ».
- Uniquement au Cameroun (phases avant et après), 7 femmes ont dit qu'elles n'en utilisaient pas car elles **avaient déjà fait les tests de dépistage du VIH ou étaient suivies pour leur santé** : « contrôles nécessaires ont été faits », « les examens ont été faits », « les tests ont été faits », « nous connaissons notre état de santé », « je connais mon état de santé », « elle voit un médecin ». Cela s'explique probablement par le fait que le Cameroun étant un pays où l'épidémie du VIH est généralisée, le recours au dépistage doit également être plus fréquent que dans les deux autres pays.
- Quelques femmes ont dit que c'était en raison d'un **rapport non prévu ou précipité**. C'est le cas au Cameroun uniquement, phase avant et après : « c'était arrivé d'un coup », « par emportement et par négligence », « rapport non programmé », « la précipitation », « c'est arrivé comme ça ». Une des réponses de ce type aurait pu rentrer dans la catégorie pré-établie « condom pas sous la main » : « parce qu'elle n'avait pas cela à côté ».
- À Antananarivo phase avant uniquement, 5 femmes disent n'avoir **pas peur d'être enceintes** : « pas peur d'être enceinte quand les règles arrivent », « je viens juste d'avoir mes règles », « pas peur de tomber enceinte », « ne pense pas tomber enceinte ». Cela pourrait signifier différentes choses : qu'elles désirent des enfants, qu'elles surveillent leur cycle, qu'elles sont sous-fécondes voire ménopausées.
- Une enquêtée du Burkina Faso phase avant a dit « **manque d'argent** » ce qui aurait dû rentrer dans la réponse pré-codée « condom coûte trop cher ».
- 2 enquêtées (Cameroun phase après et Antananarivo phase avant) disent que le **condom**

entraîne l'infidélité : « *cela pousse le partenaire à tromper* », « *pousse à l'infidélité* ».

- Une PGP du Burkina Faso dit qu'elle « *n'était pas encore sensibilisée* ». Cette réponse révèle les répercussions positives possibles des groupes de parole RRS sur les CACP des participantes, en matière de santé sexuelle et reproductive.
- À Tuléar phase GP, deux femmes disent que le condom réduit le plaisir sexuel : « *le condom diminue le plaisir* », « *ce n'est pas intéressant avec la capote* ». Il existait cependant déjà la modalité de réponse « *ça réduit le plaisir* ».
- 4 femmes ont évoqué la **peur** ou la **honte** (phases avant des 2 sites de Madagascar) : « *peur* », « *peur des parents* », « *peur des préservatifs* », « *honte* ».
- 3 femmes ne l'ont pas utilisé en raison de la **mésentente/ des disputes entre les partenaires** (Cameroun phase avant et Tuléar phase GP) : « *nous nous sommes disputés* », « *on ne s'entend pas très bien* ». Une enquêtée révèle même la violence conjugale et sexuelle qu'elle subit dans sa réponse : « *à cause de la violence (au moment de l'acte)* ».
- Quelques femmes ont donné d'**autres types de réponses** : « *a un retard* », « *j'étais fermée* ».
- Près de 30 femmes n'ont **pas vraiment répondu** car elles ont dit « *pour rien* », « *pas de raison* », « *aucune raison* », « *comme ça* », « *ne sait pas* » (phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun, phases avant et GP d'Antananarivo). Cela a été mal codé car il existait des modalités « *non réponse* » ou « *ne sait pas* ».

Les questions suivantes portent sur le rôle de la femme dans l'achat, la fourniture du condom.

➤ **V331 : Est-ce acceptable qu'une femme achète un condom ?**

Pour cette question, il n'y a plus de filtre lié aux derniers rapports sexuels de la femme. Elle a donc été posée à l'ensemble des enquêtées (4755). Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur cochait la case « *non réponse* ».

Tableau 42 : Acceptabilité de l'achat d'un condom par une femme, en pourcentage des femmes. (V331)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	50,6	95,8	61,9	88,1	94,3	91,6	65,1	70,2	74,2	93,6	73,9
Non	42,8	4,2	34,9	8,6	5,7	7,3	24,7	26,9	15,6	4,3	20,7
Ne sait pas	5,8	0,0	3,2	3,2	0,0	1,0	9,1	3,0	8,5	2,1	4,9
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	1,1	0,0	1,7	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Près des trois quarts des femmes enquêtées estiment qu'il est acceptable qu'une femme achète des condoms (73,9%). Plus de 2 femmes sur 10 estiment en revanche que ça ne l'est pas. Près de 5% des femmes ne savaient pas (cette question bousculant sans doute la norme sociale) et moins de 1% n'ont pas répondu à la question. Aux femmes qui ont dit que ce n'était pas acceptable, on a demandé pourquoi dans la question suivante (une de nos variables d'analyse).

➤ **V332 : Si non pourquoi ? (en clair)**

Il s'agit d'une question en clair, sans modalité de réponse pré-codée. L'enquêteur devait demander à l'enquêtée de synthétiser la réponse puis noter mot pour mot sa réponse en clair dans l'espace réservé à cet effet. S'agissant d'une question libre, le nombre de réponses est très important (bien que cette question s'adresse uniquement aux femmes ayant répondu non à la question précédente).

Tableau 43 : Raison pour laquelle il n'est pas acceptable qu'une femme achète un condom, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V332)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	286	5	218	64	3	48	184	36	118	2	964
% de l'ensemble	100,0	100,0	100,0	94,1	100,0	82,8	98,4	100,0	99,2	100,0	98,2

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

964 femmes ont répondu en clair à cette question soit près de l'ensemble des femmes qui avaient répondu non à la question précédente (98,2%).

Certains motifs sont communs à l'ensemble des bases de données ou au moins des 4 sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Le motif qui revient le plus fréquemment, à savoir dans près de la moitié des réponses, c'est la **honte d'aller acheter des condoms, le fait que cela soit mal vu**. Cela se retrouve dans l'ensemble des bases de données. Plus précisément, les femmes ont dit : « *car j'ai honte* », « *à cause de la honte* », « *c'est une honte pour moi* », « *ça fait honte* », « *c'est honteux pour elle d'acheter un condom masculin* », « *j'aurais honte d'aller acheter* », « *elle ne doit pas le faire car c'est honteux* », « *c'est mal vu et honteux* », « *c'est mal vu* », « *c'est gênant* », « *humiliant* », « *la pudeur* », « *timidité* ». Certaines enquêtées évoquent la honte vis à vis du vendeur : « *la honte du regard du vendeur* », « *humiliant et honteux envers le vendeur* », « *tu auras honte d'aller payer* », « *honte de s'en procurer à la boutique* ». Une solution pourrait alors consister à ce que des femmes vendent les condoms. D'autres parlent plutôt de la honte par rapport à l'entourage : « *à cause des regards, c'est honteux* », « *c'est honteux et cela attire les regards* », « *elle se ridiculise, ce n'est pas conseillé* », « *par peur et honte de l'entourage* », « *honte et mal vu par les autres* », « *honte car on est au village, c'est mal vu* », « *comme il y a des gens, c'est honteux* », « *elle va perdre le respect du voisinage* », « *c'est mal vu par les voisins* », « *les autres vont mal la considérer* », « *les gens vont se moquer* », « *mal vu par la société* ». La honte vient aussi du fait qu'acheter un condom sous entend des choses : « *honteux sauf si on l'utilise à la maison* », « *honteux car c'est comme si on cherchait les hommes* », « *les gens vont me considérer comme une prostituée et c'est honteux* », « *c'est le garçon qui doit acheter sinon on va croire que tu es bordelle* », « *elle sera traitée d'infidèle, de femme facile, c'est honteux* », « *honte car mariée* », « *c'est honteux, on peut penser que tu refuses d'enfanter* ». L'idée principale qui ressort est que cela fait honte si c'est une femme qui achète : « *la femme doit avoir honte d'acheter* », « *c'est honteux si c'est la femme qui achète* », « *je suis une femme et j'ai honte d'en acheter* », « *c'est honteux pour une femme, stigmatisant* », « *cela ne présente pas bien pour la femme* », « *mauvaise impression ce n'est pas élégant* », « *mauvaise perception de*

l'homme », « *ce n'est pas bien vu ici à Koumi qu'une femme fasse cela* », « *pas respectable* », « *elles seront injuriées* », « *mal vu car c'est l'homme qui doit acheter le condom* », « *ce n'est pas bien pour une femme, c'est l'homme qui doit acheter* », « *c'est au mari de fournir car lui il ne se gêne pas d'en acheter* ».

- En effet, le second motif très cité par les femmes (dans presque un quart des réponses), c'est qu'**acheter un condom relève du domaine de l'homme : c'est lui qui l'utilise donc c'est à lui de l'acheter**. Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de données. Elles expliquent d'abord que c'est « une affaire d'homme » : « *parce que l'achat du condom est du domaine du mari* », « *c'est le rôle des hommes* », « *c'est la propriété des hommes* », « *c'est fait pour les hommes* », « *je pense que ça, c'est l'affaire du mari* », « *c'est la possession des hommes* », « *c'est pour les hommes* », « *parce que c'est réservé aux hommes* », « *ça appartient aux hommes* », « *c'est bien si c'est les hommes* ». C'est donc eux qui devraient l'acheter/le fournir : « *c'est aux hommes de payer les condoms* », « *c'est le chef de ménage qui doit payer* », « *c'est le partenaire qui devrait acheter ça* », « *seuls les hommes doivent en acheter* », « *normalement, ce sont les hommes seulement qui l'achètent* », « *c'est l'homme qui doit aller acheter* », « *c'est l'homme qui doit s'occuper de ces choses là* », « *à mon avis c'est le mari qui doit acheter les condoms* », « *c'est le garçon qui doit acheter* », « *c'est au mari d'en fournir* », « *elle pense que c'est l'homme qui doit le faire* », « *ne me convient pas, c'est mieux si c'est mon amoureux qui achète* », « *c'est mieux que ce soit le copain* », « *c'est l'homme qui doit faire ces choses là* ». Les femmes expliquent ensuite pourquoi, notamment en disant que puisque les hommes l'utilisent, c'est à eux de l'acheter : « *celui qui utilise achète* ». Elles disent plus précisément que les hommes doivent l'acheter car : « *l'homme a la possibilité d'avoir l'argent* », « *ce sont les hommes qui utilisent qui doivent s'en procurer* », « *ça sert à l'homme* », « *ce n'est utile qu'aux hommes* », « *normalement c'est l'homme qui est le premier responsable* », « *ça concerne les hommes seulement car c'est eux qui en ont besoin* », « *c'est lui qui porte* ». Beaucoup de femmes disent aussi que l'homme doit l'acheter/le fournir « *s'il veut l'utiliser avec toi* », « *s'il veut le mettre* », « *s'il désire l'utiliser* ». En bref, « *est l'homme qui décide du port de condom donc c'est à lui de fournir* ». Certaines femmes mettent l'accent sur le fait que ce n'est pas leur rôle à elles. (puisque'elles ne l'utilisent pas) : « *normalement, les femmes ne devraient pas l'acheter, ce sont les hommes seulement* », « *la femme ne l'utilise même pas* », « *ce n'est pas elle qui le porte* », « *ce n'est pas elle qui l'utilisera* », « *ce n'est pas moi qui l'utilise* », « *normalement*

les filles ne devraient pas l'acheter si les garçons ne l'achètent pas », « ce n'est pas à la femme de s'occuper de ça », « ce n'est pas fait pour les femmes », « ce n'est pas le rôle de la femme que de fournir des condoms », « la femme ne doit pas payer la capote », « normalement ce n'est pas moi qui achète ». À noter l'emploi fréquent du terme « normalement », qui révèle le fort l'attachement à la norme sociale et la difficulté à s'en éloigner. D'ailleurs, une enquêtée dit : « dans les normes, c'est l'homme qui doit acheter les condoms ». Ces normes sont parfois véhiculées par les médias : « on a dit à la télévision que c'est l'homme qui achète ». Ces réponses révèlent de fortes idées reçues : « c'est l'homme qui a besoin de la femme donc c'est lui qui doit acheter », « parce que c'est l'homme qui prend l'initiative pour les rapports sexuels », « parce que c'est l'homme qui vient vers la femme ». La femme doit donc être dans un rôle passif en ce qui concerne le port du condom et la sexualité de manière plus large. Ces enquêtées semblent penser que c'est l'homme qui souhaite les rapports sexuels et décide donc de ceux-ci ainsi que du port ou non du condom. On voit donc que cette décision revient à l'homme : « c'est le chef de famille qui doit décider », « c'est le mari qui doit décider », « c'est le mari qui décide du port du condom donc c'est à lui d'acheter ».

- Environ 80 femmes mettent en avant des **principes moraux, elle disent que ce n'est pas bien ou interdit que la femme achète des condoms, notamment dans le cadre du mariage**. Cela se retrouve au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phases avant et GP et à Tuléar phase avant. Elles disent : « on peut penser que tu refuses d'enfanter », « c'est mieux ainsi », « ça ne fait pas bien », « on ne doit pas utiliser le condom », « ce n'est pas bon », « ce n'est pas permis », « je ne sais pas mais ce n'est pas possible qu'une femme l'achète », « les femmes ne doivent pas, c'est interdit », « n'a pas le droit », « tabou », « acte inconcevable », « pas éduquée a cela », « enseigne de mauvaises choses », « signe d'impolitesse », « parce que le condom n'est pas bien », « n'aime pas que les femmes achètent », « cela ne convient pas aux mineurs », « ça ne devrait pas être une habitude », « ça ne donne pas une bonne image de la femme », « c'est ma devise », « la femme ne peut pas aller vers l'homme », « c'est très sale, pas présentable », « ce n'est pas une attitude digne », « ce n'est pas digne d'une femme », « ce n'est pas du tout acceptable, elle ne doit pas le faire », « pas raisonnable », « pas respectable », « il est mieux d'éviter les préservatifs », « on ne peut pas l'accepter seulement », « c'est scandaleux », « la femme ne doit même pas toucher au condom », « c'est se diminuer, ne pas se faire respecter ». D'autres

femmes soulignent le fait que ce n'est pas concevable/pas bien pour les femmes mariées : « *ce n'est pas bien pour une femme mariée* », « *si on est marié légalement, on n'a pas besoin d'acheter* », « *les rapports sexuels doivent être entre conjoints* », « *le rapport sexuel est réservé aux mariés* », « *honte car mariée* », « *pour une femme mariée, c'est inconcevable* », « *si tu as un mari, ce n'est pas acceptable* », « *parce que la femme doit respecter le mari* ».

- Une dizaine de femmes mettent en avant le fait que **c'est interdit par la religion**, au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, et à Tuléar phase avant : « *notre religion interdit ça* », « *Allah ne veut pas* », « *contre les principes bibliques* », « *en contradiction avec la religion* », « *père religieux* », « *interdits religieux* », « *interdit par l'Église* », « *ne convient pas à mes convictions religieuses* ».
- Près de 50 femmes donnent un motif lié à la **fidélité**. Cela se retrouve dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun, dans les phases avant et GP d'Antananarivo et dans la phase avant de Tuléar. Il y a d'abord celles qui disent que seules les infidèles en achètent/en ont besoin : « *ce sont les infidèles qui les achètent* », « *une fille fidèle n'a pas besoin de cela* », « *quand on a un seul [partenaire] envers lequel on est fidèle, on n'a pas besoin d'en acheter* ». Pour certaines, l'achat du condom est donc utile uniquement dans le cadre de l'adultère : « *ne devrait pas sauf si la femme est infidèle* », « *pour faire l'adultère seulement* », « *à moins que la femme ne soit infidèle* ». Une enquêtée dit au contraire que c'est acceptable seulement si on est fidèle : « *honteux sauf si on l'utilise à la maison* ». En acheter semble donc en général sous-entendre qu'on est infidèle ou en tout cas met en doute la fidélité de la femme envers son partenaire : « *acheter une capote est un signe d'infidélité* », « *démontre que la femme est infidèle* », « *prouve qu'elle n'est pas fidèle* », « *parce que le mari peut penser qu'elle est infidèle* », « *considérée comme infidèle* », « *car soupçons du mari* », « *peur qu'on croit qu'elle est une femme adultère* », « *elle sera traitée d'infidèle* », « *crée des doutes sur la fidélité de la femme* ». Des enquêtées rappellent donc le « devoir » de fidélité envers son partenaire : « *on doit rester fidèle* », « *il faut être fidèle à son partenaire* », « *je suis fidèle à mon mari* », « *il est mieux d'être fidèle à son partenaire* », « *la femme doit être a son mari* ». Ne pas en acheter est donc « *un signe de fidélité* » selon ces femmes. Quelques femmes parlent de confiance entre partenaires : « *l'achat de condom est synonyme de manque de confiance au mari* », « *je me fais confiance et je fais confiance à mon mari* », « *j'ai confiance en mon mari* », « *les partenaires doivent se faire confiance* ». D'autres disent que le condom rend infidèle : « *c'est une tentation pour les hommes* »,

« rend infidèle car l'achat des préservatifs est libre », « pousse les gens à être infidèle », « pousse les jeunes à avoir des rapports avec d'autres partenaires », « cela favorise l'infidélité dans le couple », « ça encourage l'infidélité ».

- Dans le même ordre d'idée, une trentaine de femmes disent que **le condom entraîne perversité ou désordre sexuel, que la femme sera considérée comme une femme facile, une femme qui aime les rapports sexuels ou encore comme une prostituée** : (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun et Antananarivo phases avant et GP et Tuléar phase avant). Elles s'expriment ainsi à ce propos : « ça encourage la perversité », « pour éviter le désordre sexuel », « pousse à avoir des rapports précoces », « pousse à avoir des rapports sexuels », « c'est comme si c'était la femme qui demandait à avoir des rapports », « les gens ont déjà une idée de ce que je vais faire : coucher avec un homme », « jugée [comme quelqu'un qui a] des rapports », « c'est comme si on cherchait des hommes », « le partenaire peut mal l'interpréter, il peut se dire que tu as sûrement l'habitude de l'utiliser avec d'autres hommes », « on te traitera de dévergondée », « démontre que la femme aime faire l'amour », « tu seras traitée de femme facile ». Une quinzaine de femmes expliquent que c'est « réservé aux prostituées » : « on va croire que tu es bordelle », « si tu n'es pas bordelle, tu ne dois pas aller acheter ça en tant que femme », « pour ne pas être traitée de pute », « seules les prostituées peuvent le faire », « je ne suis pas une prostituée », « c'est pour les prostituées », « juger comme une prostituée par les autres », « les gens vont me considérer comme une prostituée », « considérée comme prostituée par le voisinage ».
- Une quinzaine de femmes (phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun, phases avant d'Antananarivo et de Tuléar) disent qu'elles n'en achètent pas car **elles n'ont pas besoin de condom, qu'elles n'en utilisent pas ou ne les aiment pas** : « n'en a pas besoin », « le condom ne m'intéresse pas », « je ne me suis jamais intéressée », « ne me sert à rien », « pas utile », « je ne l'utilise pas ça », « je ne veux pas l'utiliser ». Certaines n'en achètent pas pour une raison liée au condom lui-même : « ce n'est pas joli à voir ni à entendre », « je ne l'apprécie pas », « je n'aime pas les condom », « le condom cause des maladies », « le condom ne donne pas de plaisir au mari ». Elles n'arrivent donc pas à se projeter dans le fait d'acheter des condoms.

D'autres raisons sont en revanche spécifiques à certains sites, bases de données.

- Près de 20 femmes mettent en avant le fait que c'est **inhabituel, pas normal ou bizarre** : on retrouve cela au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après et à Tuléar phase avant. Elles disent : « *parce que ce n'est pas normal* », « *ça ne peut pas être comme ça* », « *c'est inhabituel* », « *je n'ai pas l'habitude* », « *parce que je ne le fais pas* », « *c'est bizarre* », « *c'est bizarre pour une femme* », « *cela semble être bizarre* ».
- Une quinzaine de femmes disent qu'elles **ne veulent pas ou n'aiment pas en acheter**, dans les phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar et dans la phase GP d'Antananarivo. Elles disent : « *je n'aime pas ça* », « *je n'aime pas acheter* », « *je n'aime pas le faire tout simplement* », « *cela ne me convient pas d'acheter* ».
- 7 femmes seulement ont dit que **leur partenaire ne voulait pas ou qu'il fallait l'accord du mari**, au Burkina Faso phases avant et après et à Antananarivo et Tuléar phases avant : « *mari pas d'accord* », « *mon partenaire ne veut pas* », « *mon mari n'aimerait pas que j'aille acheter* », « *ça dépend de la réponse du mari* », « *il faut que le mari soit d'accord* ».
- 2 femmes seulement dans la phase avant de Tuléar disent que **ce choix ou l'achat doit se faire entre conjoints** : « *normalement les partenaires achètent ensemble* », « *accord entre époux* ».
- Au Cameroun phase après et dans la phases avant de Tuléar, 3 femmes ont dit qu'elles **n'avaient pas rapports, qu'elles étaient célibataires ou âgées** : « *je préfère m'abstenir des rapports sexuels* », « *je ne sors pas avec quelqu'un* », « *je suis vieille et je ne l'utilise plus* ».
- Une dizaine de femmes disent ne **pas connaître le condom ou manquer d'informations à ce sujet** (phases avant des 4 sites et phase après du Burkina Faso) : « *je ne connais pas le condom* », « *je ne le connais même pas* », « *n'a jamais vu de condom* », « *je ne connais pas et jamais utilisé* », « *je ne sais pas l'utiliser* », « *je ne l'ai pas encore utilisé* », « *je ne l'ai pas encore acheté* ».
- 3 femmes au Burkina Faso phase après et à Tuléar phase avant ont dit qu'elles avaient **une autre contraception** : « *je suis sous contraception* », « *j'utilise d'autres moyens de contraception* », « *j'ai des [moyens de] contraception* ».

- Près de 10 femmes évoquent la **peur de l'achat**, au Burkina Faso phases avant et après et à Antananarivo phase GP (notamment la peur du qu'en dira-t-on) : « *par peur de l'entourage* », « *parce qu'il y a la peur, on va croire que tu es infidèle* », « *de peur d'être vue ou grondée* », « *j'ai peur* », « *elle a peur de son mari* », « *j'ai peur de faire n'importe quoi* ». À noter que cette peur semble souvent liée à la honte d'acheter.
- Pour 4 femmes camerounaises (phase avant de l'enquête), l'achat du condom est **réservé à un certain type de population** (hors infidèles, prostituées, filles faciles, déjà évoqué précédemment) : « *c'est pour les blancs* », « *c'est pour les enfants* », « *parce que c'est pour les jeunes filles* », « *c'est pour les gens qui ne sont pas en couple* ». Cela montre que souvent, les femmes ne se sentent pas concernées par ces questions (contraception mais également VIH/SIDA et IST).
- 2 femmes burkinabé (phase après) ont indiqué que **l'achat du condom dépendait de la relation de couple et des sentiments dans le couple** : « *c'est la mésentente entre l'homme et la femme qui entraîne l'achat par celle-ci* », « *quand le monsieur achète le condom aussi ça prouve qu'il t'aime* ».
- Une trentaine de femmes n'ont **pas donné de réponse ou ne savaient pas** (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun toutes phases, Antananarivo phases avant et GP) : « *ne sait pas* », « *pas de raison* », « *pour rien* », « *rien à signaler* », « *pas de réponse* », « *n'a pas répondu* », « *je ne sait pas expliquer pourquoi* », « *aucune réponse* ».

On se rend compte que toutes ces raisons se recoupent souvent et ne sont pas indépendantes les unes des autres. C'est souvent un mélange de honte, de peur du qu'en dira-t-on, du fait que cet achat est relégué à la responsabilité de l'homme, du poids des normes et de la morale (religieuse ou sociétale). Cela fait qu'une grande majorité des femmes ne se voient pas acheter des condoms. On voit l'importance de l'image que veut garder la femme.

Les deux questions suivantes portent sur le préservatif masculin.

➤ **V335 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom masculin ?**

Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ».

Tableau 44 : Capacité des femmes à se procurer elles-mêmes un condom masculin, en pourcentage des femmes (V335)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	33,2	84,7	47,0	76,1	75,5	80,4	52,4	57,5	60,3	76,6	60,4
Non	64,8	14,4	50,6	21,0	22,6	18,0	41,7	41,8	33,6	23,4	36,3
Ne sait pas	1,2	0,8	1,6	2,4	0,0	1,3	3,3	0,0	3,1	0,0	2,0
Non réponse	0,7	0,0	0,8	0,5	1,9	0,4	2,6	0,7	2,9	0,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Environ 6 femmes sur 10 ont répondu qu'elles se sentaient capables de se procurer un condom masculin. En revanche, plus d'un tiers ont répondu que non. Par ailleurs, 2% ne savaient pas et 1,3% n'ont pas répondu.

Aux femmes qui ne s'en sentaient pas capables, on a demandé pourquoi dans la question suivante (variable d'analyse).

➤ **V336 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom masculin?**

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Si une réponse était différente de la honte, il devait cocher la case autre et noter en clair la réponse de l'enquêtée.

Tableau 45 : Raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom masculin, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V336)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Honte	75,5	64,7	84,2	48,8	75,0	45,1	68,6	67,9	59,5	45,5	67,8
Autre	20,3	35,3	14,9	37,3	16,7	50,0	25,7	21,4	33,9	45,5	26,8
Ne sait pas	2,8	0,0	0,3	6,6	8,3	0,7	2,5	3,6	1,6	0,0	2,3
Non réponse	1,4	0,0	0,6	7,2	0,0	4,2	3,2	7,1	5,1	9,1	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	433	17	316	166	12	144	315	56	257	11	1727

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Deux tiers des enquêtées qui ne se sentaient pas capables d'acheter un condom masculin ont dit que c'était car elles avaient honte. 2,3 % ne savaient pas pourquoi et 3,1 % n'ont pas répondu.

Par ailleurs, plus d'un quart des femmes (26,8%) ne se sentaient pas capables d'acheter un condom masculin pour une autre raison que la honte.

Réponses en clair

Tableau 46 : Raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom masculin, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V336)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	92	6	51	65	2	71	81	13	87	4	472
% de l'ensemble	21,2	35,3	16,1	39,2	16,7	49,3	25,7	23,2	33,9	36,4	27,3

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

472 femmes ont répondu en clair à cette question, ce qui correspond à 27,3 % de l'ensemble des réponses à cette question. À noter un faible effectif de réponses en clair pour certaines bases de données. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases. En revanche, certains se retrouvent dans l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Plus d'un quart des enquêtées ont dit qu'elles ne se sentaient pas capables d'en acheter car

elles n'avaient **pas besoin de condom ou que ce n'était pas utile, qu'elles n'en utilisaient pas**. Cela se retrouve dans l'ensemble des bases de données sauf à Tuléar, phase avant. Les femmes ont dit : « *n'a pas besoin de ça* », « *je n'ai pas besoin de condom* », « *parce que je n'en ai pas besoin, je ne veux pas utiliser* », « *n'a pas besoin d'utiliser* », « *car je ne l'utiliserai jamais* », « *ne va pas l'utiliser* », « *car je n'utilise jamais le condom* », « *je n'en utilise pas donc je n'y jamais pensé* », « *n'utilise pas donc difficile d'acheter* », « *je n'en vois pas l'utilité* », « *nous n'utilisons pas le condom* », « *parce que le condom ne me sert à rien* », « *je ne m'en sers pas* », « *je ne sais pas pour qui en acheter* », « *je n'ai pas affaire au condom* », « *pas d'intérêt* », « *je n'en veux pas* », « *car le condom ne m'intéresse pas* », « *elle ne pense pas au préservatif* », « *je n'ai pas envie d'utiliser* », « *le condom n'est pas important pour moi* », « *je ne fais rien avec* », « *car je n'aime pas l'utiliser* ». Certaines précisent les raisons pour lesquelles elles n'en ont pas besoin : « *je ne ne sais pas avec qui l'utiliser* », « *pas besoin car trop âgée* », « *je ne l'utilise plus* », « *pas besoin car n'a pas encore eu de rapport sexuel* », « *je n'en ai pas encore besoin* », « *ce n'est pas encore important pour elle* », « *elle n'en a pas besoin car fidèle a son mari* », « *j'utilise déjà les injections, donc pas besoin d'acheter des condoms* ». Ces raisons seront approfondies plus loin.

- Une réponse sur 10 indique que l'enquêtée **ne veut pas ou n'aime pas en acheter**. Cela se retrouve dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et dans l'ensemble des phases et sites de Madagascar. Ces réponses sont les plus fréquentes dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Elles ont dit : « *je ne veux pas* », « *je ne veux pas y aller* », « *je n'aime pas en acheter* », « *je n'aime simplement pas en acheter* », « *cela ne me convient pas* ».
- Une vingtaine de femmes ne veulent pas en acheter **car elles n'aiment pas le condom**. Cela se retrouve au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après et dans les phases avant des 2 sites de Madagascar. Elles ont dit : « *je n'aime pas les condoms* », « *je ne l'apprécie pas* », « *je n'aime pas la capote* », « *je déteste le condom* », « *n'aime pas les préservatifs* », « *le condom n'est pas bien* ». Une femme explique qu'elle a « *peur d'en faire usage* ». Et une précise ce qu'elle n'aime pas : « *il sent mauvais* ».
- Près d'une réponse sur 10 indique que les femmes considèrent que c'est du **domaine de l'homme**. Cela se retrouve dans toutes les bases de données, excepté dans la phase GP de

Tuléar. Elles disent d'abord que c'est « une affaire d'hommes » : « c'est bon pour les hommes », « c'est fait pour les hommes », « je pense que c'est réservé aux hommes », « il est destiné à l'homme ». C'est donc à l'homme d'en acheter/d'en fournir : « c'est l'homme qui doit jouer ce rôle (acheter le préservatif) », « c'est à mon mari de l'acheter », « c'est les hommes qui le fournissent », « c'est à l'homme de le faire », « c'est les hommes qui devraient l'acheter », « c'est les hommes seulement qui achètent ». Une enquêtée explique que son « partenaire en a toujours ». Les femmes justifient aussi le fait que c'est aux hommes de jouer ce rôle : « celui qui utilise achète », « c'est l'homme qui a besoin des condoms », « c'est lui qui utilise », « si on doit l'utiliser c'est mon mari qui achète ». D'autres mettent l'accent sur le fait que ce n'est pas leur rôle à elles, principalement car elles ne l'utilisent pas : « ce n'est pas le travail des femmes », « ce n'est pas pour les femmes », « normalement ce n'est pas les femmes qui achètent », « ce n'est pas moi en tant que femme qui dois en acheter », « ce n'est pas les femmes qui devraient l'acheter », « ce n'est pas moi qui l'utilise », « ce n'est pas elle qui porte ». On observe une réponse un peu différente de la part d'une PGP tananarivienne : « si c'est un condom masculin, c'est l'homme qui en achète ». Cette enquêtée a répondu qu'elle se sentait en revanche capable de se procurer un condom féminin, à la variable V340 (« Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom féminin? »).

- Une quarantaine de femmes ont dit que **c'était anormal, bizarre ou qu'elles n'en avaient pas l'habitude**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso phase avant, au Cameroun phase avant et après, à Antananarivo phase avant et à Tuléar phase avant et GP. Beaucoup de femmes ont répondu cela dans la phase avant de Tuléar. Elles ont dit : « ce n'est pas normal », « pas normal pour une femme », « elle n'en a pas l'habitude », « je n'y suis pas habituée », « c'est bizarre », « ça paraît bizarre », « jamais acheté », « jamais fait », « pas coutume ».
- Une vingtaine de femmes ont dit que **leur partenaire ne voulait pas ou qu'il fallait l'accord/l'avis du mari** : (au Burkina Faso toutes phases, phases avant du Cameroun, d'Antananarivo et de Tuléar et phase GP de Tuléar). Elles ont dit : « le partenaire ne veut pas », « mon mari ne va pas accepter », « le mari ne veut pas », « mon mari n'aimerait pas ça », « mon mari n'aime pas ça », « le mari peut se fâcher ». Certaines expliquent qu'il faut l'accord du mari : « cela dépend du mari », « ce n'est pas normal, sauf si c'est ton mari qui t'autorise », « il faut demander l'avis du mari », « elle ne peut pas prendre la décision toute

seule », « elle ne peut pas si ce n'est pas un accord mutuel », « si ce n'est pas l'homme, il faut acheter ensemble ». Une enquêtée explique : « il ne veut pas que je l'achète toute seule ». Pour une autre, ce n'est pas tant l'achat que le refus du partenaire du port du condom : « refus du mari d'utiliser ».

- Une quinzaine de femmes disent qu'elles **ne connaissent pas le condom masculin, manquent d'informations sur celui-ci, ou n'en ont jamais utilisé** ; c'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Elles disent : « je ne connais pas le condom », « je ne connais même pas », « n'a jamais vu de condom », « n'a jamais vu ni utilisé », « parce qu'elle n'en a jamais utilisé », « je ne sais pas l'utiliser ». Une enquêtée burkinabé a une opinion très négative du préservatif, bien qu'elle ne l'ait jamais vu : « même sans l'avoir vu, je déteste le condom ».
- 45 femmes ont dit qu'elles étaient **célibataires, trop jeunes ou trop âgées, avaient pas encore, pas, peu ou plus de rapports sexuels**. On retrouve ces réponses dans toutes les bases de données sauf les phases GP du Cameroun et des deux sites de Madagascar. Certaines expliquent qu'elles sont célibataires : « mon mari a déserté le foyer conjugal et je n'ai pas de petit ami », « pas de partenaire », « célibataire », « divorcée », « ne sort pas avec quelqu'un », « ne sort plus avec quelqu'un ». D'autres évoquent leur âge : « encore à l'école », « ce n'est pas de mon âge », « je suis vieille pour ces choses là », « je suis âgée », « déjà âgée », « déjà vieille », « elle est assez âgée », « attend la ménopause », « ménopause », « elle n'a plus l'âge », « pas besoin car trop âgée ». On peut noter que les enquêtées qui font référence à leur âge « avancé » se trouvent exclusivement au Burkina Faso et au Cameroun (aucune à Madagascar). D'autres femmes font référence à des rapports sexuels inexistant ou peu fréquents : « pas besoin car n'a pas encore eu de rapport sexuel », « vierge », « car elle n'a pas de rapport sexuel », « n'est pas sexuellement active », « abstinence », « fait pas de rapport », « n'a pas de rapport sexuel fréquent », « pas besoin car plus de rapports sexuels », « j'ai arrêté d'accoucher et depuis lors, je n'ai plus de rapports sexuel ». On peut noter dans cette dernière réponse une perception de la sexualité uniquement à visée reproductive.

Certains types de réponses sont eux spécifiques à certains sites ou bases de données.

- Une dizaine de femmes ont invoqué la **gêne** ou le fait que c'était **mal vu**. On retrouve ces réponses au Burkina Faso (phases avant et après) et au Cameroun (phase après). Les femmes ont dit : « *c'est mal vu* », « *peur d'être stigmatisée* », « *peur d'être injuriée* », « *je serai dérangée* », « *le regard des voisins* », « *peur des critiques* », « *femme mal vue par l'homme* », « *pudeur* », « *honte* ». Cette dernière réponse aurait dû rentrer dans la modalité pré-établie à cet effet (« *honte* »).
- Une douzaine de femmes dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun (mais pas à Madagascar) ont mis l'accent sur le fait que **c'était interdit, principalement par la religion mais aussi parfois par la société/la culture** : « *c'est interdit par la religion* », « *parce que ma religion l'interdit* », « *interdits religieux* », « *mes convictions religieuses ne le permettent pas* », « *ce n'est pas biblique* », « *je suis chrétienne* », « *c'est interdit (société)* », « *ce n'est pas permis* », « *interdit chez nous* », « *interdiction* ».
- 25 femmes (phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun, et phases avant et GP d'Antananarivo) ont mis en avant des **principes moraux**, par exemple en insistant sur le fait qu'elles étaient mariées. Elles ont dit : « *pour elle, le condom n'est pas bien* », « *signes de manque d'éducation* », « *pas digne* », « *c'est ma devise* », « *elle n'encourage pas* », « *pas très élégant* », « *par principes* », « *ça ne devrait pas être une habitude* », « *pas d'accord avec l'utilisation des préservatifs* », « *je suis une femme mariée* », « *une femme mariée ne doit pas acheter une capote* », « *je suis mariée et fidèle* », « *réservé aux mariés* ».
- 4 femmes (phases avant du Burkina Faso et de Tuléar) ont dit qu'elles avaient un **autre moyen de contraception** : « *j'utilise déjà les injections, donc pas besoin d'acheter des condoms* », « *j'ai déjà des contraceptions* », « *utilise d'autres moyens contraceptifs* ».
- Près de 20 femmes parlent de **peur**. C'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun phase avant et après, et à Tuléar phase avant et GP. Ces réponses se retrouvent majoritairement dans la phase avant du Burkina Faso. Elles ont dit : « *par peur* », « *peur d'être injuriée* », « *peur d'être stigmatisée* », « *peur de mon conjoint* », « *j'ai peur de me faire gronder par mon mari* », « *je n'ai pas ce courage* », « *manque de courage* », « *peur des critiques* », « *peur d'en faire usage* ».

- Près de 30 femmes parlent de **fidélité**, à travers différentes dimensions. C'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun, phases avant et après, et à Antananarivo phase avant. Il y a d'abord celles qui disent que seules les infidèles en achètent/en ont besoin : « *je n'en ai pas besoin car je suis fidèle à mon mari* », « *n'a pas l'intention d'aller dehors* », « *ne veut pas être infidèle* ». L'achat du condom est donc utile uniquement dans le cadre de l'adultère : « *pour faire l'adultère seulement* ». Elles expliquent donc qu'elles n'ont pas besoin de l'acheter car elles sont fidèles : « *femme mariée, fidèle au partenaire* », « *je suis mariée et fidèle à mon mari* », « *fidélité envers son partenaire* », « *je suis fidèle, c'est mon mari qui achète* », « *fidélité l'un à l'autre* », « *a des rapports avec son mari donc n'a pas besoin* ». En acheter met donc en doute la fidélité de la femme envers son partenaire : « *ça crée des doutes sur la fidélité de la femme* », « *parce que son partenaire peut mal l'interpréter* », « *pour que le mari ne pense pas que je suis infidèle* », « *peur d'être traitée de femme infidèle* », « *pour que mon partenaire ne me soupçonne pas* ». Dans ce cadre, ne pas en acheter est « *un signe de fidélité* ». Quelques femmes parlent de confiance entre partenaires : « *je fais confiance à mon mari* », « *confiance mutuelle* », « *respect mutuel dans le couple* ». D'autres disent enfin que le condom rend infidèle : « *cela pousse l'homme à l'infidélité* », « *rend infidèle* », « *pousse le mari à être infidèle* », « *c'est un moyen d'encourager les hommes à être infidèles* ».
- Dans le même ordre d'idée, 6 femmes pensent que **le condom entraîne perversité, désordre sexuel, que la femme qui achète sera considérée comme une fille facile ou une prostituée**. C'est le cas au Burkina Faso phases avant et GP, et au Cameroun phase avant. Elles disent : « *tu seras traitée de femme facile* », « *je serai traitée de bordelle* », « *condom confondu [avec] la prostitution* », « *je ne drague pas l'homme* », « *parce qu'elle ne marche pas en désordre* ».
- 2 femmes (Cameroun phase après et Antananarivo phase GP) ont dit qu'elles **ne savaient pas où l'acheter** : « *ne connaît pas ou on l'achète* », « *je ne sais pas ou on peut en acheter* ».
- 2 femmes ont invoqué des **raisons financières** dans la phase avant du Burkina Faso : « *pas d'argent* », « *problème d'argent au village* ».
- Près de 10 femmes ont donné d'**autres types de réponses** (phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar, phases après du Burkina Faso et du Cameroun) : « *ils doivent être distribués* », « *c'est pour les jeunes qui imitent les adultes* », « *c'est quelque chose de*

parent », « à cause de mon enfant », « elle a des problèmes avec le mari », « ne peut plus », « ne peut pas », « pas encore le moment ».

- 7 femmes n'ont **pas voulu répondre** (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun et Antananarivo phases avant) : « pour rien », « rien », « non », « pas de raison », ce qui aurait pu rentrer dans la catégorie « Non réponse ».

Les trois questions suivantes portent sur le préservatif féminin.

➤ **V337 : Avez-vous déjà entendu parler du condom féminin ?**

Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ». Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées.

Tableau 47 : Connaissance du condom féminin, en pourcentage des femmes (V337)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	64,1	100,0	71,4	84,5	96,2	94,6	25,8	61,2	30,8	78,7	63,4
Non	35,3	0,0	28,6	15,5	3,8	5,4	73,0	38,1	67,5	21,3	36,0
Ne sait pas	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,9	0,0	0,3
Non réponse	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,8	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

On peut noter que les participantes aux groupes de parole (tous sites) connaissent en grande majorité le condom féminin puisque sa promotion et sa distribution sont faites durant les groupes de parole.

De manière générale, parmi l'ensemble des enquêtées tous sites et phases d'enquêtes confondus, plus de 6 femmes sur 10 (63,4%) ont déjà entendu parler du condom féminin. Plus d'un tiers n'en ont en revanche jamais entendu parler (36%). Moins de 1 % des femmes ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

Aux femmes qui avaient déjà entendu parler du condom féminin, on a posé la question suivante.

- **V340 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom féminin?**

Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ».

Tableau 48 : Capacité des femmes à se procurer elles-mêmes un condom féminin, en pourcentage des femmes (V340)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	49,3	90,7	62,3	74,1	84,3	74,5	68,7	81,7	69,8	94,6	69,5
Non	49,1	9,3	36,8	20,1	15,7	23,3	25,1	18,3	27,2	2,7	27,6
Ne sait pas	1,6	0,0	0,4	5,4	0,0	1,9	4,6	0,0	3,0	2,7	2,5
Non réponse	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,4	1,5	0,0	0,0	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	428	118	446	668	51	756	195	82	235	37	3016

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les 3016 femmes qui avaient déjà entendu parler du condom féminin, plus d'un quart ne se sentaient pas capables d'en acheter elles-mêmes (27,6%). 2,5 % ne savaient pas et 0,4 % n'ont pas répondu. Près de 7 femmes sur 10 (69,5%) se sentaient en revanche capables de se procurer elles-même un condom féminin. À noter que pour le condom masculin, c'était seulement 6 femmes sur 10. En revanche, cette question concerne un sous groupe, soit les femmes ayant déjà entendu parler du condom. On peut donc supposer que cette sous-population est plus informée sur le condom et donc un peu plus susceptible de s'en procurer. Aux femmes qui ne se sentaient pas capables de se procurer un condom féminin, on a demandé pourquoi dans la question suivante (variable d'analyse).

➤ **V341 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom féminin?**

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Si une réponse était différente de la honte, il devait cocher la case autre et noter en clair la réponse de l'enquêtée.

Tableau 49 : Raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V341)

	BURKIN FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Honte	73,8	90,9	86,0	23,9	75,0	36,9	57,1	80,0	46,9	0,0	57,6
Autre	22,4	9,1	12,8	47,8	25,0	47,7	36,7	13,3	42,2	100,0	32,1
Ne sait pas	3,3	0,0	1,2	19,4	0,0	7,4	2,0	0,0	4,7	0,0	6,2
Non réponse	0,5	0,0	0,0	9,0	0,0	8,0	4,1	6,7	6,2	0,0	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	210	11	164	134	8	176	49	15	64	1	832

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les enquêtées qui ne se sentaient pas capables de se procurer un condom féminin, 57,6 % ont invoqué le motif de la honte. À noter un grand nombre de femmes qui ne savaient pas expliquer la raison (6,2 %) et qui n'ont pas répondu (4,1 %).

Par ailleurs, près d'un tiers des femmes (32,1 %) ont donné une autre raison pour laquelle elles ne se sentaient pas capables de se procurer un condom féminin.

Réponses en clair

Tableau 50 : Raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V341)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	48	1	16	58	2	85	18	2	27	2	259
% de l'ensemble	22,9	9,1	9,8	43,3	25,0	48,3	36,7	13,3	42,2	200,0	31,1

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

259 enquêtées ont répondu quelque chose en clair soit 31,1 % de l'ensemble des réponses à cette question. À noter un faible effectif de réponses en clair pour certaines bases de données. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases. En revanche, certains se retrouvent dans l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Près de 3 réponses sur 10 indiquent que la femme n'a **pas besoin de condom, ne voit pas l'intérêt d'en acheter puisqu'elle n'en utilise pas**. On retrouve cela au Burkina Faso phases avant et après, au Cameroun toutes phases, dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Les femmes ont dit : « *parce que je n'en utilise pas* », « *je ne l'utiliserai jamais* », « *j'ai pas besoin de l'utiliser* », « *je n'en ai pas besoin* », « *parce que je ne compte pas l'utiliser un jour* », « *parce que je ne veux pas utiliser* », « *n'a pas envie de l'utiliser* », « *ne va jamais l'utiliser* », « *cela ne m'intéresse pas* », « *je n'en ai que faire* », « *à quoi cela me sert ?* », « *c'est inutile* », « *il ne me sert à rien* », « *je n'ai rien à faire avec* », « *pas utile* », « *ce n'est pas nécessaire* ». 2 femmes expliquent pourquoi selon elles n'en ont pas l'utilité : « *elle n'en a pas besoin car fidèle à son mari* ».
- Une quarantaine de femmes ne veulent pas en acheter pour des **raisons internes au condom féminin**. C'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun, phases avant et après, et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. C'est le cas principalement au Cameroun, peut-être car davantage de femmes l'ont testé (dans un contexte de plus grande prévalence du VIH/SIDA). Certaines disent simplement qu'elles ne l'aiment pas : « *il ne m'inspire pas* », « *je n'aime pas les condoms* », « *je déteste les préservatifs* », « *je n'aime pas le préservatif féminin* », « *je ne l'aime pas* », « *il ne lui plaît pas* ». D'autres expliquent ce qu'elles n'aiment pas dans le condom féminin : « *c'est compliqué à utiliser* », « *problème d'utilisation* », « *l'utilisation est difficile* », « *je n'aime pas l'utiliser* », « *il n'est pas pratique* », « *il y a beaucoup d'inconvénients* », « *ce n'est pas trop sécurisant* », « *il a beaucoup de risques* », « *c'est moche* », « *il est trop grand* », « *il est très grossier* », « *n'aime pas sa forme* ». Certaines femmes préfèrent le préservatif masculin : « *je préfère le condom masculin au condom féminin* », « *l'homme utilise pour lui et ça va* », « *pour l'homme ça suffit* », « *j'utilise des préservatifs masculins* ».
- Une trentaine de femmes disent qu'elles **ne connaissent pas le condom féminin ou son**

utilisation, n'en ont jamais utilisé. On retrouve ces réponses au Burkina Faso (phase avant et après), au Cameroun toutes phases et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Certaines enquêtées disent tout d'abord ne pas connaître ce condom : « *je ne connais pas le condom féminin* », « *elle ne connaît pas ce préservatif* ». Cela semble étonnant car cette question a été posée à celles qui ont dit le connaître (à la variable V337 : Avez-vous déjà entendu parler du condom féminin ?). Une enquêtée dit même : « *je ne crois pas à son existence* ». Des femmes soulignent leur manque de connaissances sur la question : « *elle ne connaît pas l'utilisation* », « *je ne sais pas l'utiliser* », « *parce que je ne sais pas comment on l'utilise* », « *je ne sais même pas à quoi ça ressemble* », « *parce que je ne l'ai jamais vu* », « *parce que je ne l'ai pas encore vu* », « *jamais vu, jamais utilisé* ». Certaines disent en effet ne l'avoir « jamais utilisé » : « *je ne l'utilise pas pour l'instant* », « *je n'ai pas encore utilisé* ».

- Une quinzaine de femmes ont dit qu'elles étaient **célibataires, trop jeunes ou trop âgées, avaient pas encore, pas, peu ou plus de rapports sexuels.** On retrouve ces réponses au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, et dans les phases avant des deux sites de Madagascar. Une enquêtée explique qu'elle « *n'a plus de mari* ». Certaines évoquent leur âge : « *encore jeune* », « *n'a plus besoin de préservatif à son âge* », « *trop âgée pour cela* », « *parce que je suis vieille* », « *ménopause* », « *elle n'a plus l'âge* », « *vieille* ». On peut noter que les enquêtées qui font référence à leur âge « avancé » se trouvent exclusivement au Burkina Faso et au Cameroun (aucune à Madagascar), comme pour la question précédente. D'autres font allusion à leurs rapports sexuels inexistants ou peu fréquents : « *j'ai arrêté les rapports sexuels, on s'est entendu il fait avec sa deuxième femme* », « *pas de rapport sexuel* », « *fait rarement les rapports sexuels* ».

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites/bases de données.

- 25 enquêtées disent qu'elles **ne veulent pas ou n'aiment pas acheter des condoms féminins.** C'est le cas au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phase avant et GP et à Tuléar phase avant. Elles disent : « *je n'aime pas ça* », « *elle ne veut pas l'acheter* », « *elle ne désire pas y aller* », « *jamais eu l'envie d'acheter* », « *ça ne me convient pas* », « *je n'aime pas et cela ne me convient pas* ».

- Une dizaine de femmes ont dit que **leur partenaire ne voulait pas qu'elles en achètent ou qu'il ne voulait pas l'utiliser** (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun et Tuléar phases avant) : « *partenaire ne veut pas* », « *mon mari ne veut rien utiliser* », « *mon mari n'aime pas* », « *mari n'aime pas et ne veut pas* ».
- Une dizaine de femmes ont dit que ce n'était **pas normal, que c'était bizarre ou inhabituel** : on retrouve ces réponses au Burkina Faso phase avant, au Cameroun et à Tuléar toutes phases. Elles ont dit : « *ce n'est pas normal* », « *pas normal pour une fille* », « *je ne l'ai jamais fait, c'est bizarre* », « *je n'y suis pas habituée* », « *elle n'en a pas l'habitude* ».
- Uniquement au Burkina Faso (phases avant et GP) et au Cameroun (phases avant et après), 6 font référence à des **principes moraux** : « *le condom n'est pas bien* », « *je n'ai pas d'enfant en bas âge* », « *pas digne* », « *c'est indigne* », « *inapproprié* », « *réservé aux mariés* ».
- Uniquement au Burkina Faso (phase avant) et au Cameroun (phases avant et après), 8 femmes ont dit que c'était **interdit par la religion ou la société/la culture**. Elles ont dit : « *contraire à sa religion* », « *la religion interdit hors mariage* », « *contre les principes religieux* », « *Dieu refuse ces pratiques* », « *interdits religieux* », « *interdit chez nous* », « *ce n'est pas permis* ».
- Une douzaine de femmes ont parlé de la **fidélité** (Burkina Faso et Cameroun phases avant et après et Tuléar phase GP). Elles expliquent qu'elles n'en ont pas besoin puisqu'elles sont fidèles : « *elle est fidèle à son mari* », « *fidèle à son titulaire* », « *il suffit d'être fidèle l'un envers l'autre* », « *pas besoin car je suis fidèle* ». Une femme parle de confiance dans le couple : « *car la confiance règne* ». D'autres soulignent qu'acheter un condom mettrait en doute la fidélité de la femme envers le partenaire : « *démontre que la femme est infidèle* », « *parce que mon conjoint peut mal l'interpréter* », « *peur d'être traitée d'infidèle* ».
- Une dizaine de femmes évoquent la **peur (notamment du qu'en dira-t-on)**, dans les phases avant du Burkina Faso, du Cameroun et de Tuléar : « *j'ai peur* », « *par peur* », « *peur d'être fichée par les voisins* », « *mal vu* », « *peur d'être traitée d'infidèle* », « *peur du conjoint* ». Une autre réponse sous entend la peur car « *les parents surveillent* ».
- Au Cameroun phase après, 3 femmes ont dit « **la honte** », ce qui aurait dû rentrer dans la modalité pré-établie à cet effet (« honte »). Dans le même ordre d'idée, une enquêtée parle du « *complexe* ».

- Seules 2 femmes ont dit que c'était du **domaine de l'homme**, contrairement aux questions précédentes où les réponses de ce type étaient très nombreuses. Au Cameroun après et à Tuléar avant, elles ont dit : « *c'est une affaire d'hommes* », « *j'achète pas des choses utilisées par les hommes* ». La dernière réponse est ambiguë, puisqu'il est fait ici référence à un préservatif pour les femmes.
- 5 femmes (phases avant du Burkina Faso, du Cameroun et d'Antananarivo) ont dit qu'elles **ne savaient pas où l'acheter ou ont mis en avant le fait que c'était difficile à trouver/rare** : « *ne connaît pas le lieu de vente* », « *ne sait pas ou l'on peut s'en procurer* », « *ne connaît pas d'endroit* », « *ce n'est pas facile à trouver* », « *c'est encore rare* ».
- 4 femmes (phases avant du Burkina Faso et du Cameroun) ont invoqué des **raisons financières** : « *plus cher que le préservatif masculin* », « *manque d'argent* », « *il manque les moyens* », « *pas d'argent* ».
- 2 femmes (Cameroun phase après et Tuléar phase avant) ont dit : « *ce n'est pas encore le moment* ».
- 5 femmes ont donné d'**autres types de réponse** (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun phase après et Tuléar phase avant) : « *ne peut pas utiliser* », « *ne peut pas* », « *ne peut plus* », « *pas ma vie* ». Une enquêtée dit : « *si c'est vendu par une femme, je peux acheter* ». Cela rappelle la recommandation faite plus haut à la question V332 (pourquoi n'est-il pas acceptable qu'une femme achète un condom), à savoir que la honte vis-à-vis du vendeur pourrait être atténuée s'il s'agissait d'une femme.
- 1 seule enquêtée camerounaise n'a **pas répondu** (phase après) puisqu'elle a dit « *pour rien* ». Cela aurait dû rentrer dans la catégorie « Non réponse ».

Les deux variables qui suivent permettent de compléter les précédentes sur la thématique du préservatif ; de nouvelles choses apparaissent également, que les femmes n'ont pu exprimer auparavant.

➤ **V432 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif masculin ?**

La réponse est libre et non précodée. L'enquêtrice devait écrire mot pour mot tout ce que disait la personne enquêtée. Cette question en clair a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. Le nombre de réponses est donc très élevé.

Tableau 51 : Autres remarques sur le préservatif masculin, réponses en clair et pourcentage sur l'ensemble des femmes (V432)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	425	90	451	553	45	754	179	65	196	31	2789
% de l'ensemble	63,6	76,3	72,2	69,9	84,9	94,4	23,7	48,5	25,7	66,0	58,7
Ensemble	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

2789 femmes ont répondu en clair, soit 58,7 % de l'ensemble des 4755 enquêtées. Cependant, environ 7 réponses sur 10 sont en fait des non réponses mais l'enquêtrice a retranscrit cela : « pas de remarque », « aucune remarque », « non », « rien à signaler », « je ne sais pas », « rien à dire », « rien » , « pas de réponse », « néant », etc. En mettant de côté ces non réponses, on trouve un **nombre de réponses valides de 741**. La suite de l'analyse concerne donc uniquement ces réponses valides.

Faisons d'abord l'analyse thématique. À noter que les femmes ont souvent donné 2 voire 3 ou 4 idées différentes dans leur réponse. Certains types de réponses sont communs à l'ensemble des bases de données ou sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Une soixantaine de femmes disent de manière générale que le préservatif masculin est **bien ou une bonne chose** (même si elles complètent le plus souvent leur réponse avec une autre idée). C'est le cas au Burkina Faso phase avant et après, au Cameroun toutes phases, dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Ces réponses se retrouvent surtout dans la phase après du Burkina Faso. Elles disent : « bon », « bien à utiliser », « c'est bien de l'utiliser », « c'est un avantage », « elle trouve ça bien », « les préservatifs masculin et féminin sont les

meilleurs », « il est très bien, moral », « il est très important », « c'est mieux », « c'est quelque chose de bien », « les hommes doivent utiliser », « c'est une bonne chose », « il est bon d'utiliser les préservatifs », « bien car protège de beaucoup de choses », « le préservatif masculin est bon », « la capote est bien », « c'est bien fait », « je préfère le condom », « c'est très bien, je n'ai aucun problème avec ça », « ça nous aide ». Nous verrons par la suite, dans de nombreuses réponses les aspects positifs que les femmes attribuent au condom masculin.

- Environ 75 femmes parlent de l'**efficacité, du degré de protection, de sûreté du condom**. On retrouve ces réponses dans l'ensemble des 10 bases de données. À noter qu'on ne comptabilise ici que celles qui en parlent de manière générale. Celles qui précisent protection contre les grossesses non désirées et/ou protection contre le VIH et les IST sont dans des catégories à part et sont en grand effectif (voir paragraphes suivants).

- Environ la moitié des femmes mettent en avant l'aspect protecteur/sûr du condom : « il est efficace », « condom très efficace », « moyen efficace », « il paraît être bien efficace », « taux d'efficacité élevé », « moyen fiable pour se protéger », « cela me protège », « protège bien la femme », « épargne de beaucoup de choses », « on est tranquille après », « c'est une protection efficace », « utile pour se protéger », « protège contre les différents soupçons », « efficace et protège », « beaucoup qui l'utilisent car efficace ». Une précise : « il est efficace quand il est bien utilisé ».

- L'autre moitié met en revanche l'accent sur le fait qu'il ne protège pas totalement, sur les risques de non efficacité, certaines affirmant même qu'il n'est pas du tout fiable. Leurs réponses sont les suivantes : « il ne me protège pas à 100% », « le condom n'est pas sûr à 100% », « il n'est pas fiable à 100% », « a 1 % d'inefficacité », « le préservatif n'est pas toujours efficace », « l'efficacité n'est pas totale », « pas trop efficace », « n'est pas tout à fait efficace », « pas très sûr », « pas sûr des fois », « le condom n'est pas un moyen efficace », « il n'est pas fiable », « il n'est pas sûr ». Beaucoup expliquent qu'il n'est pas du tout ou pas très efficace car il n'est pas solide et se déchire facilement durant les rapports : « pas très sûr car ça peut percer », « ce n'est pas efficace car ça peut se déchirer lors des rapports », « pas toujours fiable : peut se rompre au cours de l'acte », « on dit que ça peut se percer donc ce n'est pas efficace », « pas tout à fait efficace car ça se déchire ». Ces remarques sur la solidité seront développées plus loin (autre paragraphe).

- Environ 75 femmes parlent de la **protection du condom contre les maladies, les IST ou le**

VIH/SIDA. On retrouve ces réponses au Burkina Faso et à Tuléar toutes phases, au Cameroun, phases avant et après et à Antananarivo phase avant. Ces réponses se retrouvent néanmoins majoritairement (une cinquantaine) dans la phase après du Burkina Faso. Seules deux femmes parlent d'une protection limitée contre les maladies : « ne protège pas vraiment contre les maladies », « ne protège pas de toutes les maladies ». Les autres mettent l'accent sur une protection efficace contre les maladies : « empêche les maladies sexuelles », « assurance d'une bonne santé sexuelle », « c'est bien pour la santé », « c'est une grande protection pour éviter les maladies », « réduit les maladies », « c'est bien pour lutter contre les maladies », « ça permet de se protéger des maladies », « efficace par rapport aux maladies », « protection efficace contre les maladies », « le préservatif masculin est une bonne chose car ça permet d'éviter les maladies », « protège contre de nombreuses maladies », « efficace contre les maladies et les IST ». Certaines mettent l'accent sur la protection contre les IST : « moyen très efficace contre les MST », « c'est une garantie pour éviter les IST », « ça protège l'homme contre les MST », « ça protège les gens contre les IST ». D'autres parlent de la protection contre la transmission sexuelle du VIH/SIDA : « efficace pour se protéger contre le SIDA », « c'est un bon moyen de lutte contre le SIDA », « bien car protège des maladies comme le VIH/SIDA », « permet d'éviter le VIH/SIDA ». Quelques femmes évoquent la protection simultanée VIH et IST : « favorise la baisse du taux du VIH SIDA, des IST », « protège contre les IST et le SIDA ». Deux femmes parlent d'éviter la contamination : « évite de contaminer son partenaire », « permet aux hommes de se protéger et de ne pas contaminer les femmes à la maison ».

- Près de 70 femmes ont mis l'accent sur la **protection du condom contre les grossesses non désirées et le fait qu'il s'agissait d'un bon moyen de contraception**. On retrouve ces réponses au Burkina Faso phases avant et après, au Cameroun et à Tuléar phases avant, et à Antananarivo phases avant et GP. Ces réponses se retrouvent également majoritairement (près de 60) dans la phase après du Burkina Faso. Seules deux femmes ont dit qu'il n'était pas un moyen très sûr pour éviter les grossesses : « on a déjà utilisé le condom masculin et je suis tombée enceinte, depuis lors on a arrêté », « même si on l'utilise il est possible de tomber enceinte ». Les autres ont mis l'accent sur une protection efficace : « c'est un bon moyen de contraception », « bon contraceptif », « pratique pour la contraception », « moyen efficace de contraception », « bonne méthode de planning familial », « le préservatif masculin est bon car c'est un moyen de contraception ». Elles ont dit plus

précisément que cela permettait d'espacer, de contrôler les naissances : « ça aide à espacer les naissances », « la capote est une bonne chose car ça permet d'espacer les naissances », « c'est bien parce que ça permet de contrôler les naissances », « ça aide à séparer les naissances ». Il évite en effet les grossesses rapprochées selon certaines : « empêche les grossesses rapprochées », « protège contre les grossesses rapprochées ». D'autres ont dit que cela permettait d'éviter les grossesses de manière générale : « le préservatif masculin est bon car permet d'avoir des rapports sexuels avec ton mari sans qu'il n'y ait une grossesse », « ça empêche le sperme de te toucher, ainsi tu peux éviter la grossesse », « bon moyen pour éviter les grossesses », « le condom m'aide pour éviter les grossesses », « très efficace pour ne pas tomber enceinte », « empêche de prendre une grossesse ». Certaines ont souligné qu'il permettait d'« éviter les grossesses non désirées » : « bonne protection contre la grossesse non désirée », « moyen efficace pour éviter les grossesses indésirées », « ça empêche les grossesses indésirées ». Enfin, des enquêtées expliquent dans quelles circonstances c'est un bon moyen contraceptif, selon elles : « bon contraceptif surtout pour les femmes qui accouchent nouvellement et qui n'ont pas de contraceptif », « il y a des femmes qui ne supportent pas les produits contraceptifs donc le condom est bien pour ces femmes », « permet à des femmes qui ont déjà des enfants de pouvoir éviter les grossesses ».

- Près de 70 femmes ont souligné la **double protection du condom : protéger contre les maladies (VIH/SIDA, IST) et éviter les grossesses non désirées**. C'est le cas au Burkina Faso (phases GP et après) au Cameroun (phase après) et dans les phases avant des deux sites de Madagascar. Encore une fois c'est essentiellement le cas dans la phase après du Burkina Faso (60 femmes). Leurs propos sont les suivants : « efficace pour contraception et contre le SIDA », « ça protège aussi bien contre les IST /SIDA que les grossesses », « la capote est une bonne chose car ça permet d'éviter les maladies et ça permet aussi d'espacer les naissances », « bon contraceptif et protège du SIDA », « je préfère car ça protège contre les IST/SIDA et grossesses non désirées », « bien car protège des maladies telles que les IST et VIH et des grossesses indésirées », « il prévoit les maladies et les grossesses », « protège de beaucoup de choses : maladies et grossesses indésirées », « ça protège certains contre les IST et d'autres les grossesses indésirées », « protège contre les maladies et permet un espacement des naissances », « évite les grossesses et protège contre les maladies », « moyen efficace permettant d'éviter les maladies et les grossesses rapprochées », « ça protège contre les maladies et permet de ne pas tomber enceinte », « bonne protection

contre les IST et grossesses non désirées », « moyen simple pour éviter les IST et grossesses indésirées », « moyen efficace de contraception et de lutte contre les IST », « évite de se faire contaminer par les maladies et les grossesses indésirées », « ça empêche de tomber en grossesse et permet d'éviter les IST ».

- Près de 30 femmes disent qu'elles n'ont **jamais utilisé, jamais vu ou ne connaissent pas ou peu le condom**. C'est le cas au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phase avant et GP et à Tuléar phase avant. Elles disent : *« jamais vu », « célibataire, jamais vu », « a utilisé une seule fois », « n'a pas l'habitude », « n'a pas encore utilisé », « je ne l'ai jamais utilisé », « je ne les connais pas », « n'a pas encore utilisé car jamais eu de rapports sexuels »*. Une enquêtée semble manquer d'informations sur le condom : *« il paraît que ça protège du SIDA mais n'a pas d'information sur ça »*.
- Une douzaine de femmes, dans les phase après du Burkina Faso et du Cameroun et les phases avant du Cameroun et des 2 sites de Madagascar ont indiqué qu'elles **ne l'utilisaient pas ou n'aimaient pas le condom** : *« je ne l'utilise pas », « je n'aime pas », « les gens qui l'utilisent ne sont pas convaincus », « je préfère faire des rapports sexuels non protégés car je déteste le préservatif », « n'aime pas les préservatifs »*. 1 femme au Cameroun a dit : *« il n'intéresse pas beaucoup d'hommes »*.
- Près de 50 femmes sont **contre le condom (par principe) et révèlent ici des principes moraux** : cela se retrouve dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun, dans les phases avant et GP de Tuléar et dans la phase avant d'Antananarivo. Les femmes disent : *« pas bien », « ne doit être vendu n'importe où », « je pense qu'il [ne] faut pas [faire] confiance au condom », « on ne devrait même pas l'utiliser », « il ne devrait pas exister », « tous ces caoutchoucs créent des problèmes », « attendre le mariage », « il faut pratiquer l'abstinence », « c'est mieux de ne pas utiliser des préservatifs quand on a des rapports », « ce n'est pas bon de l'utiliser », « on ne devrait pas envoyer les enfants [en] acheter », « on ne devrait pas trop éparpiller les préservatifs masculins », « n'aime pas parler des préservatifs », « on ne devrait pas les vendre »*.
- Pour quelques enquêtées, essentiellement burkinabé, le condom ne doit pas être utilisé dans le cadre du mariage ou d'une relation de couple ou lorsque les femmes n'ont pas encore d'enfant : *« ceux qui n'ont pas d'enfant ne doivent pas utiliser le préservatif », « les personnes mariées ne doivent pas utiliser le préservatif », « pas bien surtout dans un couple car lorsqu'on accepte de se marier c'est pour faire des enfants », « pas bien dans un*

couple », « pour moi ce n'est pas bien lorsqu'on est marié », « pas nécessaire dans un couple », « je pense qu'on en a pas besoin dans un couple ».

- Pour une dizaine de femmes (dans les 4 sites), le condom entraîne l'infidélité : *« ne pas trop utiliser car peut créer des soupçons », « ça crée l'infidélité dans le couple », « ça entraîne l'infidélité », « pas bien car encourage l'infidélité », « le condom a amené trop d'infidélité », « ce sont ceux qui ne sont pas fidèles à leur partenaire qui utilisent la capote », « amène l'infidélité », « moyen d'infidélité », « on devrait [l']interdire car ça rend les gens infidèles », « pousse à l'infidélité », « pousse les hommes à être infidèles », « pas bon car favorise l'infidélité ».*

- Pour une dizaine de femmes, également dans les 4 sites, le condom masculin entraîne le vagabondage ou désordre sexuel : *« ça entraîne le vagabondage sexuel », « il est utilisé par ceux qui font du désordre », « il favorise les mauvaises habitudes sexuelles », « n'aime pas les préservatifs car poussent les jeunes à faire n'importe quoi », « ce n'est pas bien car donne tout le temps envie d'avoir des rapports ». Il pousse « les gens à avoir des rapports sexuels », les jeunes à avoir des rapports sexuels « avant le mariage », « précoces ». Deux disent : « le nombre de prostituées augmente de jour en jour », « prostitution FFP », ce qui montre qu'elles associent le condom à la prostitution. En revanche, la signification du sigle FFP n'a pas été identifiée.*

- Plus de 150 femmes ont parlé de la **solidité du condom, du fait qu'il se déchire, se perce facilement durant les rapports** : *« le problème c'est que ça se déchire quelques fois ».* Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de données sauf dans la phase GP de Tuléar. Mais elles sont surtout présentes dans les phases GP et après du Burkina Faso et dans les phases avant et après du Cameroun. Les enquêtées ont dit que le condom « se déchire facilement », *« peut se déchirer à certains moments », « se déchire souvent », « se déchire quelques fois », « se déchire pendant les rapports sexuels », « se perce », « n'est pas résistant (peut se percer) », « se perce lors de l'utilisation », « se perce vite », « se perce parfois », « peut se péter », « se perce au moment des rapports sexuels », « éclate beaucoup », « a des risques de rupture lors des rapports », « peut se casser », « peut se détruire au cours des rapports sexuels ».* Certaines précisent pourquoi selon elles il se déchire : *« trop fin », « défauts de fabrication », « les nouveaux ne sont pas solides », « certains ne sont pas solides », « très fragile », « il est très léger », « il est délicat », « plastique léger », « quelque fois de mauvaise qualité », « parfois pas assez lubrifié ».*

Certaines disent aussi qu'il se perce « *si on ne l'utilise pas bien* », « *quand on l'utilise mal* » voire « *si l'homme est brutal* ». La conséquence est que les femmes ont peur, elles craignent qu'il se déchire et ont peu confiance : « *pas trop utiliser car peut déchirer* », « *j'ai peur quand ça se déchire* », « *je n'ai pas confiance parce que ça peut se percer* », « *pas toujours fiable : peut se rompre au cours de l'acte* », « *pas tout à fait efficace car ça se déchire* », « *la capote n'est pas un bon moyen de contraception car ça peut se déchirer* », « *peut se perforer, pas confiant* », « *pas très rassurant, peut se déchirer* », « *pas solide, se perce, pas rassurée* », « *prudence, il se perce vite* », « *il faut prendre des précautions pour que ça ne se déchire pas* », « *faire attention car peut [se] déchirer* ». Une femme affirme même que « *certaines viennent étant percés* ». Dans ce contexte, une enquêtée propose de « *revoir la fabrication pas solide* ». Le risque que le condom se perce semble donc important. Cela est très lié à la chaleur dans les pays qui rend les condoms plus fragiles, les détériore, d'autant plus s'il se passe longtemps avant qu'ils soient utilisés. Bien que ces réponses montrent plutôt une vision négative du condom masculin par les femmes, on peut aussi y voir un aspect très positif, à savoir que les femmes sont à la recherche d'une protection la plus efficace possible (soit pour la planification familiale soit contre les maladies, VIH et IST, soit pour les deux raisons, comme on l'a vu précédemment).

- Une certaine de femmes parlent d'**aspects pratiques liés au condom à savoir facilité d'utilisation, matière, forme, taille etc**, hormis certains aspects qui apparaissent beaucoup et sont donc détaillés dans d'autres paragraphes (lubrifiant, odeur, solidité...). On retrouve cela dans toutes les bases de données sauf la phase avant du Burkina Faso. Tout d'abord, plus de 20 femmes (tous sites) disent qu'il est « simple à utiliser » ou « *facile à utiliser* ». Puis, également concernant l'utilisation, quelques unes disent : « *son usage est pratique* », « *c'est bien fait* » ou au contraire « *un peu difficile à enfiler* », « *pas trop pratique* », « *il est très compliqué à utiliser* », « *utilisation pas très claire* ». Certaines réponses sous-entendent aussi qu'il peut être difficile à utiliser, à bien placer : « *si le préservatif masculin n'est pas bien mis, cela peut créer des problèmes* », « *il est efficace quand il est bien utilisé* », « *ça blesse quand c'est mal placé* », « *quand il est mal utilisé, il se perce* », « *si l'on sait s'en servir, il n'y a pas de problème* », « *bien suivre la notice d'utilisation* », « *bien suivre le mode d'emploi* ». Certaines femmes expliquent l'absence de contact avec le sperme ou entre sexes : « *ça empêche le sperme de te toucher* », « *empêche le contact réel des sexes* », « *on pince le bout du condom pour que le sperme ne sorte pas* », « *peut stopper le sperme* ».

Certaines parlent de différents aspects du condom (matière, forme, consistance, taille etc) : « sans effet secondaire », « c'est mou », « le préservatif masculin est petit », « il est parfois trop petit », « il faut le fabriquer par taille », « il est trop long », « élargit », « doit être plus souple », « trop dur », « il est dur, il serre », « serre trop », « très fin », « on doit le rendre plus fin », « il est trop épais », « en qualité il faut améliorer », « mauvaise qualité », « ça peut quitter », « il glisse beaucoup », « c'est élastique », « ça chauffe », « il n'est pas agréable », « il est agréable », « transparent », « la partie qui tient la verge est dure », « il y a des fuites », « ça gêne », « certaines sont légers et doux », « c'est doux », « c'est trop léger ». Enfin, certaines enquêtées le comparent avec le préservatif féminin : « il n'est pas aussi doux que le préservatif féminin », « moins large que le condom féminin », « il est plus facile que celui féminin ». On se rend donc compte qu'il n'y a pas de consensus dans ces réponses des femmes sur les aspects pratiques du condom.

- Une vingtaine de femmes ont parlé du **prix du condom** : au Burkina Faso phases GP et après, au Cameroun phase après, à Madagascar tous sites et phases. Beaucoup ont dit que c'était pas cher ou abordable : « abordable », « pas cher », « moyen abordable pour se protéger ». Un certain nombre de femmes ont dit « moins cher » : parlent-elles comparativement au condom féminin ? À d'autres méthodes de contraception ? Certaines enquêtées soulignent une différence de qualité selon le prix : « la capote de 75 f chez les hommes est trop épaisse », « il faut revoir le prix des bonnes marques à la baisse ». Des PGP d'Antananarivo et de Tuléar proposent qu'ils soient en libre accès : « doivent être distribués », « on ne devrait pas les vendre mais les distribuer gratuitement ».
- Une cinquantaine de femmes mentionnent des **maladies, infections, démangeaisons, douleurs causées par le condom masculin**. Cela se retrouve dans toutes les bases de données sauf dans la phase après du Burkina Faso et les phases GP du Burkina Faso et de Tuléar. Elles ont surtout donné ce type de réponse au Cameroun. Tout d'abord, des enquêtées disent que l'usage du condom entraîne des maladies : « cause des maladies », « le condom peut créer d'autres maladies aux gens », « il donne les maladies », « risque d'avoir le cancer de l'utérus », « il donne des nausées », « provoque des maladies pour celui qui l'utilise ». Quelques unes parlent d'infections : « infections chez certaines filles », « certains condoms viennent déjà infectés ». D'autres enquêtées évoquent des démangeaisons : « cause les démangeaisons après les rapports », « provoque des démangeaisons vaginales », « le condom me démange parfois », « Il est irritant à cause des pertes blanches ». Certaines

soulignent des douleurs durant les rapports ou après : « *cela fait parfois mal* », « *ils blessent la femme* », « *ça blesse quand c'est mal placé* », « *le condom me blesse et c'est risqué* », « *le préservatif masculin chauffe et me fait mal* », « *il blesse à chaque fois que je l'utilise* », « *cela me blesse et après j'ai très mal* », « *douleur après rapport sexuel* ». D'autres parlent de douleurs au ventre : « *maux de ventre* », « *cause les douleurs abdominales* », « *provoque le mal de bas ventre à la femme* », « *il fait mal au bas ventre* », « *il cause des douleurs au bas ventre* ». Enfin, certaines enquêtées rendent le lubrifiant du condom responsable de maladies, infections ou douleurs : « *les femmes y sont allergique à cause du lubrifiant* », « *au soleil un liquide apparaît et ce n'est pas bon* », « *le liquide m'a déjà causé une IST* », « *le lubrifiant peut causer des maladies* », « *le liquide peut causer des maladies* », « *le lubrifiant contamine* », « *liquide du condom donne les nausées* », « *si pas suffisamment lubrifié, rapports douloureux* ».

- En effet, près de 50 femmes font allusion au **lubrifiant** dans leurs commentaires. On retrouve ces réponses dans l'ensemble des 10 bases de données, mais particulièrement au Cameroun. Certaines disent que c'est trop lubrifié, d'autres pas assez. Outre les réponses précédentes sur le condom causant des maladies, douleurs ou autres effets néfastes, les femmes ont souligné d'autres aspects. Quelques enquêtées ont juste mentionné la présence du lubrifiant : « *c'est humidifié (huileux)* », « *c'est huileux* », « *c'est lubrifié* », « *la poudre qui est sur le condom* », « *le produit imbibé au dessus* ». Certaines ont dit qu'il y avait peu ou pas assez de lubrifiant : « *il n'est pas lubrifié souvent* », « *quelques fois pas bien lubrifié* », « *pas de lubrifiant* », « *c'est sec* », « *pas assez lubrifié* », « *doit être plus lubrifié* ». D'autres ont indiqué au contraire qu'il y avait beaucoup voire trop de lubrifiant : « *il y a trop d'huile* », « *trop lubrifié* », « *il y a trop de lubrifiant* », « *très lubrifié* », « *abondance d'huile* », « *certains ont beaucoup d'huile* », « *il est parfois très huileux* », « *je n'aime pas le lubrifiant* ». Ce dernier type de réponse se retrouve beaucoup à Madagascar (tous sites et phases). En effet, selon l'équipe locale de Madagascar, des hommes sur l'île auraient tendance à aimer les rapports vaginaux secs, rappelant probablement le rapport sexuel avec une fille vierge. Pensant cela, après l'accouchement, des femmes utilisent même certaines plantes pour rétrécir leur vagin. Ainsi, il n'est pas étonnant que les femmes malgaches disent qu'il y a trop de lubrifiant. Par ailleurs, une enquêtée parle de « *problème de lubrifiant* » sans préciser. Deux trouvent cela sale : « *le liquide salit* », « *le liquide lubrifiant est dégoûtant* ». À Antananarivo uniquement, 3 femmes disent que « *le lubrifiant*

des préservatifs fait pousser les cheveux ». En effet, selon les formatrices du Planning Familial qui travaillent à Madagascar, des femmes malgaches utilisent le lubrifiant comme gel de cheveux. Enfin, deux enquêtées parlent de l'odeur du lubrifiant : « *le lubrifiant sent mauvais* », « *le lubrifiant a une mauvaise odeur* ».

- Une vingtaine de femmes abordent en effet la **mauvaise odeur du condom** (Burkina Faso toutes phases, Cameroun phases avant et après, Antananarivo et Tuléar phases avant). Quand elles ne parlent pas de l'odeur du lubrifiant comme ci-dessus, elles disent : « *le condom sent mauvais* », « *mauvaise odeur* », « *ça n'a pas une bonne odeur* », « *une petite odeur gênante* », « *odeur pas agréable* », « *malodorant* », « *il paraît que ça sent* », « *dégage parfois des odeurs* », « *il sent le caoutchouc* », « *il ne sent pas bon* ». Une enquêtée camerounaise propose donc : « *il faut les parfumer* ».

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites ou certaines bases de données.

- 26 femmes sous-entendent des **différences de qualité entre condoms** (différentes marques, lieux d'achat). On retrouve cela au Burkina Faso et au Cameroun toutes phases, à Antananarivo phase avant. Elles disent : « *c'est sec et ça n'a pas une bonne odeur (celui acheté en boutique)* », « *souvent pas bien lubrifié* », « *la capote de 75 f chez les hommes est trop épaisse* », « *quelque fois de mauvaise qualité (rupture)* », « *ils blessent ; ça dépend des marques* », « *certains ont beaucoup d'huile* », « *dégage parfois des odeurs* », « *certains ne sont pas solides* », « *d'autres glissent et quittent* », « *certains sont fins* », « *certains viennent étant percés* », « *il y en a qui éclatent souvent* », « *parfois trop fragile* », « *il y a des mauvaises qualités et certains gênent* », « *certains sont légers et doux* », « *les nouveaux ne sont pas solides* », « *certaines sont durs d'autres ne le sont pas* », « *il faut revoir le prix des bonnes marques à la baisse* », « *celui de pharmacie est mieux* », « *défauts de fabrication et se déchire* ». Il est quand même étonnant qu'il y ait de telles différences de qualités soulignées.
- Environ 20 femmes (phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et phase avant de Tuléar) parlent du **plaisir ou du désir**. La plupart du temps, elles disent qu'il les réduit ou les anéantissent : « *si pas suffisamment lubrifié, rapport douloureux et sans plaisir* », « *procure pas beaucoup de plaisir* », « *ce n'est pas bien, on ne ressent aucun plaisir* », « *il doit être fin pour augmenter le plaisir* », « *réduction du plaisir* », « *ne donne pas le*

plaisir », « *on ne se sent pas bien avec comme si l'homme n'a rien mis* », « *on ne sent pas bien l'homme avec ça* », « *ça diminue le plaisir sexuel* », « *ça réduit le plaisir sexuel* », « *pas de goût, de sensation* », « *l'acte n'est pas agréable* », « *va couper le désir et empêche le plaisir* », « *coupe quelque fois le désir* », « *le temps d'enfiler réduit le désir* ». Certaines parlent du plaisir du partenaire : « *la sensation ne lui plaît pas au partenaire* », « *il empêche l'homme d'éjaculer rapidement* ». Quelques réponses sont ambiguës et peuvent être interprétées de façon positive ou négative : « *il empêche l'homme d'éjaculer rapidement* », « *retarde la jouissance* », « *il garde l'orgasme* ». Une enquêtée dit quelque chose de positif : « *c'est bien fait, c'est presque comme si il n'y avait rien* ».

- Une dizaine de femmes parlent de **peur ou de manque de confiance vis-à-vis du condom**. On retrouve cela au Burkina Faso (phases GP et après) et au Cameroun (phases avant et après) mais pas du tout à Madagascar. Elles disent : « *pas confiant* », « *je n'ai pas confiance* », « *je pense qu'il faut pas avoir confiance au condom* », « *ne rassure pas totalement* », « *le préservatif est bizarre* », « *le préservatif me gêne et me laisse mal à l'aise* ». Une demande : « *n'a t-il pas d'effet néfaste?* ». Souvent elles n'ont pas confiance car il n'est pas solide comme on l'a vu précédemment : « *pas très rassurant, il peut se déchirer* », « *pas solide, se perce, pas rassurée* », etc. En raison de ce manque de confiance envers le condom, elles remettent donc en cause son efficacité, son degré de protection.
- Une quinzaine de femmes parlent de la **disponibilité du condom masculin, du fait qu'il soit accessibles** : on retrouve ces réponses dans la phase après du Burkina Faso et dans les deux phases de Tuléar. Les femmes ont dit que c'était un « *moyen disponible* », « *accessible* », « *beaucoup qui l'utilisent* », « *facile de les trouver* », « *facile à trouver, très nombreux sur le marché* ».
- Un certain nombre de femmes ont donné d'**autres types de réponses** (Burkina Faso phase après, Cameroun phases avant et après, Madagascar tous sites et phases) : « *j'en ai chez moi* », « *marque de respect* », « *marque de respect entre couple* », « *on a les mêmes résultats en les utilisant* », « *devrait utiliser si la piqûre et la pilule sont expirés* », « *c'est honteux si c'est la femme qui en achète* », « *protège des maladies surtout les jeunes* », « *fabriqué par les hommes et a 1 % d'inefficacité* », « *tout se passe dans sa tête quand on est ensemble* », « *le condom masculin est différent* », « *c'est trop brouillant* », « *le contact de deux corps* », « *bien lorsque le mari accepte* », « *le préservatif masculin permet de garder*

ton mari quand tu accouches », « permet aux hommes de se protéger et de ne pas contaminer les femmes à la maison », « moyen efficace de contraception, allonge la durée de vie ».

Les réponses des femmes ont ensuite été réparties selon qu'elles étaient positives ou négatives.

Pour cela, quatre catégories ont été réalisées :

- « réponse positive » si la réponse comportait une ou plusieurs idées positives sur le condom
- « réponse négative » si la réponse comportait une ou plusieurs idées négatives sur le condom
- « réponse neutre » si la réponse ne comportait pas de jugement de valeur sur le condom
- « réponse mitigée » si la réponse comportait à la fois des idées positives et négatives sur le condom.

Tableau 52 : Répartition des autres remarques sur le préservatif masculin, en fonction de leur positionnement vis-à-vis du condom, en pourcentage des femmes ayant répondu en clair (V432)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Négatif	57,1	61,9	24,4	75,5	60,0	67,9	54,8	15,4	36,5	38,1	47,6
Positif	14,3	28,6	67,9	14,3	30,0	19,3	30,6	38,5	38,5	52,4	39,8
Neutre	28,6	0,0	0,7	6,1	10,0	10,1	12,9	38,5	15,4	0,0	7,3
Mitigé	0,0	9,5	7,0	4,1	0,0	2,8	1,6	7,7	9,6	9,5	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	35	21	271	147	10	109	62	13	52	21	741

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Ainsi, on peut observer que sur les 741 femmes qui ont répondu en clair à cette question (après avoir exclu les non réponses et ne sait pas), environ 40 % ont donné une « réponse positive », 48 % une « réponse négative », 7 % une « réponse neutre » et 5 % une « réponse mitigée ». Il y a cependant de grandes différences selon les bases de données. On ne peut pas dire grand choses sur certaines bases de données où les effectifs sont trop faibles (notamment les phases GP). En revanche, on observe que dans la phase après du Burkina Faso, le positif l'emporte largement : en effet dans cette base de données, dans la moitié des réponses, les femmes ont insisté sur l'aspect protecteur du condom : protection contre le VIH/SIDA et les IST, contre les grossesses non désirées

et double protection. Par contre, au Cameroun, dans les phases avant et après, c'est le négatif qui domine largement cette fois, puisqu'un quart des femmes dans ces bases insistent beaucoup sur le fait que les condoms se déchirent, sur la lubrification pas adaptée, sur d'autres aspects pratiques gênants ou encore sur le fait qu'ils ne sont pas totalement fiables.

Les **réponses positives** représentaient donc environ 4 réponses sur 10. On les retrouve dans toutes les bases de données mais principalement dans la phase après du Burkina Faso. Comme on l'a vu précédemment, les femmes ont dit entre autres que le préservatif était une bonne chose, qu'il était efficace, protégeait contre les maladies, le VIH/SIDA, les IST, qu'il empêchait les grossesses non désirées, qu'il était facile à utiliser, disponible et assez bon marché. Les femmes donnaient donc une ou plusieurs idées de ce type dans leurs réponses. Prenons quelques exemples : « *c'est une bonne chose, un bon moyen de contraception* », « *c'est un bon moyen de lutte contre le SIDA* », « *condom bien et très efficace, facile à utiliser* », « *c'est pratique ; léger et doux* », « *assurance d'une bonne santé sexuelle* », « *facile à utiliser, réduit les maladies* », « *c'est une garantie pour éviter les IST* », « *le condom m'aide pour éviter les grossesses* », « *il est très important et son usage est pratique* », « *les préservatifs masculin et féminin sont les meilleurs* », « *il est très bien, moral et tranquille après* », « *il est facile à utiliser et pas cher* », « *il est bien agréable* », « *efficace pour se protéger contre le SIDA et moins cher* », « *c'est bien de l'utiliser* », « *cela me protège* », « *facile à trouver, facile à utiliser, très nombreux sur le marché* », « *efficace, facile à utiliser, facile à trouver, moins cher, protège* », « *marque de respect entre couple* », « *accessible et simple à utiliser* », « *moyen disponible et efficace* », « *moyen fiable et abordable pour se protéger* », « *le préservatif masculin est bon car permet d'avoir des rapports sexuels avec ton mari sans qu'il n'y ait une grossesse. permet de garder ton mari quand tu accouches* », « *la capote est une bonne chose car ça permet d'éviter les maladies et ça permet aussi d'espacer les naissances* », « *bien car bon contraceptif* », « *disponible et pas cher* », « *pratique et sans effet secondaire en plus c'est disponible* ».

Les **réponses négatives** représentaient près de 5 réponses sur 10. Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de données. Les femmes ont dit entre autres que le préservatif masculin n'était pas totalement efficace ou fiable voire pas du tout, qu'elle n'avaient donc pas confiance, notamment car il n'était pas solide et se déchirait facilement durant les rapports sexuels, qu'il sentait parfois mauvais, était pas assez ou trop lubrifié, trop épais parfois, qu'il réduisait ou supprimait le plaisir, qu'il causait des maladies, douleurs, effets indésirables, qu'il était immoral, ne devrait pas être

utilisé dans un couple ou pour les personnes n'ayant pas encore d'enfant, qu'il entraînait l'infidélité et parfois le désordre sexuel. Les femmes donnaient donc une ou plusieurs idées de ce type dans leurs réponses. Voyons maintenant des exemples. Ces réponses peuvent parfois paraître redondantes. En revanche, plus de 350 femmes ayant donné des réponses négatives, on se rend finalement compte que beaucoup des remarques des femmes se ressemblent, même après sélection de citations représentatives. Les enquêtées ont donné ce type de remarques négatives : « le préservatif n'est pas toujours efficace, il se déchire souvent ; il n'est pas lubrifié souvent », « le condom peut créer d'autres maladies aux gens », « le condom n'est pas sûr à 100% », « on a déjà utilisé le condom masculin et je suis tombée enceinte, depuis lors on a arrêté », « ne protège pas de toutes les maladies », « ceux qui n'ont pas d'enfant ne doivent pas utiliser le préservatif », « pas bien surtout dans un couple car lorsqu'on accepte se marier c'est pour faire des enfants », « les personnes mariées ne doivent pas utiliser le préservatif », « le condom masculin a amené trop d'infidélité et je pense qu'on en a pas besoin dans un couple », « ça entraîne le vagabondage sexuel », « on devrait interdire car ça rend les gens infidèles », « on ne devrait pas trop éparpiller les préservatifs masculins », « n'aime pas les préservatifs car poussent les jeunes à faire n'importe quoi », « c'est pas bien car donne tout le temps envie d'avoir des rapports », « il est utilisé par ceux qui font du désordre », « réduction du plaisir, moyen d'infidélité », « pas bon car favorise l'infidélité », « tous ces caoutchoucs créent des problèmes », « on ne devrait pas les vendre », « ce n'est pas bon de l'utiliser », « il ne devrait pas exister », « je préfère faire des rapports sexuels non protégés car je déteste le préservatif », « je pense qu'il faut pas avoir confiance au condom », « ce n'est pas bien, on ne ressent aucun plaisir », « le condom est trop épais et sent mauvais », « le condom n'est pas résistant et peut se percer », « c'est sec et ça n'a pas une bonne odeur », « peut se perforer, pas confiant », « il blesse et l'acte n'est pas agréable », « cela me blesse et après j'ai très mal », « dure, ça serre », « n'aime pas le lubrifiant », « il y a trop d'huile », « le liquide lubrifiant est dégoûtant », « le préservatif me gêne et me laisse mal à l'aise », « pas pratique », « procure pas beaucoup de plaisir et ça fait mal », « il ne faut pas trop utiliser car peut déchirer », « la capote n'est pas un bon moyen de contraception car ça peut se déchirer », « pas très efficace, ne doit être vendu n'importe où », « pas bien lubrifié et on ne sent pas bien l'homme avec ça », « se déchire quelque fois et c'est un peu difficile à enfiler », « ça fait mal et ça salit », « certains viennent déjà infectés », « risque d'avoir le cancer de l'utérus », « au soleil un liquide apparaît et ce n'est pas bon ».

Environ 7 % des réponses, soit une cinquantaine de femmes ont donné une **opinion plutôt neutre** sur le condom masculin. On les retrouve dans toutes les bases de données sauf les phases GP du Burkina Faso et de Tuléar. Il y a notamment toutes celles qui disent qu'elles ne l'ont pas encore utilisé ou ne le connaissent pas, ou celles qui indiquent juste des faits. Les réponses sont de ce type : « *jamais vu* », « *je ne les connais pas* », « *n'a pas encore utilisé* », « *a utilisé une seule fois* », « *le condom masculin est différent* », « *il peut stopper le sperme* », « *on pince le bout du condom pour que le sperme ne sorte pas* », « *il a du lubrifiant* », etc.

Enfin, 5 % des réponses révèlent une **opinion mitigée** des femmes puisqu'elles donnent des éléments à la fois positifs et négatifs dans leurs réponses. Dans ce cas, le ou les aspects négatifs sont le plus souvent la fragilité du condom ou le fait que ça réduise le plaisir sexuel, et non des femmes qui sont contre le condom (car dans ce dernier cas, elles ne donnent pas d'aspect positif du tout). Cependant, un certain nombre de femmes disent que c'est bien mais « pour les autres », pas pour elles et pas pour les couples stables, qui n'ont pas encore eu d'enfants. On retrouve les réponses mitigées dans toutes les bases de données sauf au Burkina Faso phase avant et au Cameroun phase GP. Un assez grand nombre de ces réponses se trouvent dans la phase après du Burkina Faso. Elles disent par exemple : « *efficace mais se perce parfois* », « *d'accord qu'on peut utiliser mais ne sait pas* », « *il est bien mais a des risques de se percer* », « *il chauffe mais il épargne de beaucoup de choses* », « *efficace quand il est bien utilisé* » (cela sous-entendant qu'il n'est pas forcément évident à utiliser), « *disponible et abordable mais quelque fois de mauvaise qualité (rupture)* », « *c'est bien fait, c'est presque comme si il n'y avait rien, mais le problème c'est que ça se déchire quelques fois* », « *une petite odeur gênante sinon c'est bien* », « *ça se déchire quelques fois, sinon ça protège aussi bien contre les IST /SIDA que les grossesses* », « *moyen simple pour éviter les IST et grossesse, risque de rupture* », « *abordable mais pas toujours fiable : peut se rompre au cours de l'acte* », « *ça se déchire quelques fois, sinon c'est très bien, je n'ai pas de problème avec ça* », « *je préfère le condom mais j'ai peur quand ça se déchire* », « *ça gêne, pas bon de mettre une capote mais on l'utilise pour se protéger* », « *il coupe quelque fois le désir mais protège des IST* », « *ça protège mais on ne se sent pas bien avec comme si l'homme n'a rien mis* », « *permet d'éviter les IST et les grossesses indésirées mais réduit le plaisir sexuel* », « *ça nous aide mais ça diminue le plaisir sexuel* », « *bien car permet à des femmes qui ont déjà des enfants de pouvoir éviter les grossesses, mais pour moi ce n'est pas bien lorsqu'on est marié* », « *permet de se protéger des maladies mais pas bien dans un couple* », « *bien mais pas bon dans un couple* ».

➤ **V433 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif féminin ?**

La réponse est libre et non précodée. L'enquêteur devait écrire mot pour mot tout ce que disait la personne enquêtée. Cette question en clair a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. Le nombre de réponses est donc très important.

Tableau 53 : Autres remarques sur le préservatif féminin, réponses en clair et pourcentage sur l'ensemble des femmes (V433)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	424	94	451	553	46	751	178	65	193	33	2788
% de l'ensemble	63,5	79,7	72,2	69,9	86,8	94,0	23,5	48,5	25,3	70,2	58,6
Ensemble	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

2788 femmes ont répondu en clair à cette question soit 58,6 % de l'ensemble des 4755 enquêtées. Cependant, environ 7 réponses sur 10 sont en fait des non réponses mais l'enquêteur a retranscrit cela : « pas de remarque », « aucune remarque », « non », « rien à signaler », « je ne sais pas », « rien à dire », « rien », « rien d'autre », « pas de réponse », « néant », etc. En mettant de côté ces non réponses, on trouve un **nombre de réponses valides de 737**. À noter que ce nombre de réponses valides est presque équivalent à celui concernant la question précédente sur le condom masculin (741). Les femmes ont donc environ autant de choses à dire sur les deux types de condom. La suite de l'analyse concerne donc uniquement ces réponses valides.

Faisons d'abord l'analyse thématique. À noter que les femmes ont souvent donné 2 voire 3 ou 4 idées différentes dans leurs réponses. Certains types de réponses sont communs à l'ensemble des bases de données ou sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Environ 34 femmes disent que **le préservatif féminin est bien ou mieux que le préservatif masculin**. C'est le cas au Burkina Faso phases GP et après, au Cameroun toutes phases, dans

les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Ces réponses se retrouvent surtout au Burkina Faso dans la phases après, en effectif, mais dans la phase GP en proportion, ce qui montre une forte adhésion des PGP au condom féminin : *« les femmes en raffolent et témoignent de cela dans les groupes de parole »*. En général, les femmes disent : *« il est bien », « bon », « c'est très bien », « c'est une bonne chose », « il est important », « très bien et appréciable », « c'est bien de l'utiliser », « ça nous aide », « il paraît qu'il est bien », « bien aussi », « une bonne chose aussi », « il paraît être également bien », « meilleur, agréable », « c'est meilleur d'après les femmes qui ont utilisé », « il est [meilleur] que le condom masculin », « il est mieux que le condom masculin », « plus préférable au préservatif masculin », « meilleur que le condom masculin », « je préfère »*. Nous verrons par la suite dans certains types de réponses les aspects positifs que les femmes attribuent au condom féminin.

- Près de 40 femmes parlent de **l'efficacité, du degré de protection, de sûreté du condom**. On retrouve ces réponses dans l'ensemble des 10 bases de données, hormis dans la phase GP du Cameroun. À noter qu'on ne comptabilise ici que celles qui en parlent de manière générale. Celles qui précisent protection contre les grossesses non désirées et/ou protection contre le VIH et les IST sont dans des catégories à part et sont en grand effectif (voir paragraphes suivants). Deux tiers de ces femmes mettent en avant l'aspect protecteur/sûr du condom : *« condom très efficace », « il protège bien car il couvre tout le sexe », « aussi efficace que le condom », « protège contre les différents soupçons », « efficace et protecteur », « il protège aussi », « ça aide les femmes à se protéger », « il est plus sûr que le masculin », « plus efficace », « cela me protège », « bien pour se protéger »*. Un tiers des femmes mettent en revanche l'accent sur le fait qu'il ne protège pas totalement voire pas du tout ou sur les risques de non efficacité : *« ça ne me protège pas à 100% », « n'est pas tout à fait efficace », « peu fiable », « pas fiable », « il est risqué », « pas trop efficace », « a 1 % d'inefficacité », « pas sûr non plus », « il n'est pas sûr »*. 2 enquêtées expliquent qu'il n'est totalement fiable car il risque de se déchirer durant les rapports : *« pas très sûr car ça peut percer »*.
- Près de 60 femmes ont mis l'accent sur la **protection du condom contre les grossesses non désirées et le fait qu'il s'agisse d'un bon moyen de contraception**. On retrouve ces réponses au Burkina Faso phases GP et après, au Cameroun phase après, à Antananarivo phases avant et GP et à Tuléar phases avant. Ces réponses se retrouvent majoritairement

dans la phase après du Burkina Faso (près de 50). Toutes les femmes ont mis l'accent sur le fait que c'était un moyen efficace de contraception : « bon contraceptif », « pratique pour la contraception », « très efficace comme contraceptif », « aide les femmes pour la contraception », « peut aussi être efficace pour la contraception ». Certaines précisent que cela permet de contrôler/d'espacer les naissances : « la capote est une bonne chose car ça permet d'espacer les naissances », « ça aide aussi à espacer les naissances », « c'est bien parce que ça permet de contrôler les naissances ». Certaines disent que cela empêche les grossesses, de manière générale : « très efficace pour ne pas tomber enceinte », « il permet d'éviter les grossesses », « pour protéger contre la grossesse », « c'est un avantage pour ne pas être enceinte », « évite les nombreuses grossesses ». D'autres précisent qu'il s'agit d'éviter les grossesses non désirées ou rapprochées : « protège les femmes contre les grossesses non désirées », « moyen efficace pour éviter les grossesses indésirées », « évite les grossesses rapprochées », « protège contre les grossesses rapprochées ». Beaucoup d'enquêtées expliquent dans quelles circonstances c'est un bon moyen contraceptif, selon elles : « bien car bon contraceptif surtout pour les femmes qui accouchent nouvellement et qui n'ont pas de contraceptif », « bien car permet à des femmes qui ont déjà des enfants de pouvoir éviter les grossesses », « permet aux femmes dont les maris refusent le préservatif masculin de se préserver des grossesses », « bon contraceptif surtout pour les femmes », « bien car lorsqu'on a un bébé on l'utilise pour ne pas prendre une autre grossesse », « ce préservatif est bien accepté d'une femme mariée car si tu accouches récemment et que ton mari t'oblige à avoir des rapports, tu peux l'utiliser pour éviter [une] grossesse ». Cette dernière réponse révèle la violence conjugale et plus précisément la violence sexuelle/le viol conjugal, que nous aborderons dans une autre partie.

- Près de 150 femmes disent qu'elles n'ont **jamais utilisé, jamais vu ou ne connaissent pas ou peu le condom féminin** (seules une trentaine de femmes avaient dit cela pour le condom masculin). C'est le cas dans toutes les bases de données sauf dans les phases GP du Cameroun et de Tuléar. Ces femmes disent : « je n'ai jamais vu le préservatif féminin », « elle en a déjà entendu parler mais elle ne l'a jamais vu », « elle entend les gens en parler mais ne l'a pas encore vu », « célibataire jamais vu », « désir de voir le préservatif féminin », « n'a jamais vu de près ni utilisé », « je n'ai jamais utilisé le préservatif féminin », « n'utilise pas encore », « n'a pas encore utilisé car jamais eu de rapports sexuels », « a utilisé une seule fois ». Beaucoup d'enquêtées semblent manquer

d'informations/de connaissances sur ce condom : « n'a pas d'information sur ce préservatif », « absence d'information sur le condom féminin », « pas encore clair pour certaines personnes », « il faut faire connaître car elle ne connaît pas encore », « je ne connais pas le condom féminin », « c'est la même chose je crois car je n'ai jamais utilisé ça », « ignore comment l'utiliser », « je ne sait pas l'utiliser », « ne connaît pas bien », « voit pas beaucoup les gens, connaît pas », « je n'ai pas de détails à ce sujet ». Une enquêtée demande : « protège-t-il de la grossesse? ». Les réponses du type « ne connaît pas » sont assez étonnantes puisque cette question devait être posée uniquement aux femmes qui en avaient déjà entendu parler. Certaines enquêtées expliquent le fait qu'elles ne l'aient jamais vu par la faible de disponibilité de ce condom : « non disponible, je ne l'ai jamais vu », « pas disponible à Koumi donc n'a jamais vu ».

- Une cinquantaine de femmes parlent en effet de la **disponibilité du condom, du fait qu'il soit accessibles ou pas** (une quinzaine seulement avaient parlé de cela pour le condom masculin). On retrouve ces réponses dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et dans tous les sites et phases de Madagascar. Contrairement au condom masculin où les femmes ont dit qu'il était accessible/disponible/facile à trouver, ici, une seule femme dit qu'il est « facile à trouver ». Toutes les autres disent du condom féminin qu'il est non disponible et peu accessible, peu connu : « il y a beaucoup qui ne connaissent pas », « pas encore très connu comme celui des hommes », « non disponible », « pas disponible ici », « n'est pas tellement disponible », « on n'en trouve pas partout », « on n'en trouve pas », « distributeur limité et difficile à trouver », « pas beaucoup qui l'utilisent difficile à trouver », « difficile à trouver, peu nombreux », « n'est pas accessible », « il est extrêmement rare », « c'est un peu rare », « il n'est pas à notre portée ». Dans ce contexte, beaucoup proposent qu'il soit rendu plus accessible/plus connu : « il doit être vulgarisé », « il faut le rendre plus populaire », « doit être accessible comme celui pour les hommes », « il faut le faire connaître », « devrait mieux faire connaître aux gens comme celui des hommes », « devrait être vendu dans les épiceries aussi ».
- Une quinzaine de femmes, dans la phase après du Burkina Faso et les phases avant du Cameroun et des 2 sites de Madagascar ont dit qu'elles **ne l'utilisaient pas ou n'aimaient pas le condom** : « je ne l'utilise pas », « je n'aime pas ça », « les femmes n'aiment pas ça », « je ne crois pas l'utiliser un jour ça », « je n'aime jamais utiliser cela », « je n'aime pas le préservatif », « je préfère faire des rapports sexuel non protégés car je déteste les

préservatifs ». Deux évoquent l'opinion du partenaire ou de l'homme : « *ça ne plaît pas au partenaire* », « *ne convient pas aux hommes* ».

- Une trentaine femmes sont **contre le condom et révèlent ici des principes moraux** : cela se retrouve dans les phases avant des 4 sites, dans les phases après du Burkina Faso et du Cameroun et dans la phase GP de Tuléar. Les femmes disent d'abord de manière générale que « *ce n'est pas bon de l'utiliser* », « *il ne devrait pas exister* », « *on ne devrait pas trop éparpiller les préservatifs féminins* », « *n'aime pas parler des préservatifs* », « *on ne devrait pas les vendre* », « *il est inutile* », « *abstinence* », « *l'abstinence est mieux* », « *c'est le bas peuple qui est souvent contaminé* ». Cette dernière réponse révèle que beaucoup de femmes ne se sentent pas concernées par le VIH ou les IST (avec l'idée sous-jacente que cela n'arrive qu'aux autres). Pour quelques femmes, uniquement au Burkina Faso, le condom ne doit pas être utilisé dans le cadre du mariage ou d'une relation de couple ou lorsque les femmes n'ont pas encore d'enfant : « *c'est fait pour les célibataires* », « *pas bon dans un couple* », « *ne doit pas être utilisé par les femmes mariées car les préservatifs ne sont pas bien dans un couple* », « *pas bien surtout dans un couple car lorsqu'on accepte se marier c'est pour faire des enfants* », « *pour moi ce n'est pas bien lorsqu'on est marié* », « *pas nécessaire dans un couple* », « *je pense qu'on en a pas besoin dans un couple* ». Pour quelques femmes, le condom entraîne l'infidélité : « *c'est pour les infidèles* », « *ne pas trop utiliser car peut créer des soupçons* », « *pas bien car encourage l'infidélité* », « *le condom a amené trop d'infidélité* », « *ce sont ceux qui ne sont pas fidèles à leur partenaire qui utilisent la capote* », « *on devrait interdire car ça rend les gens infidèles* », « *pousse à l'infidélité* ». Selon d'autres enquêtées, il entraîne le désordre sexuel : « *ça entraîne le vagabondage sexuel* », « *il favorise les mauvaises habitudes sexuelles* », « *pousse les gens à avoir des rapports sexuels* », « *pousse les jeunes à avoir des rapports sexuels avant le mariage* ». Une enquêtée parle de « *prostitution FFP* », ce qui montre qu'elle associe le condom à la prostitution. En revanche, la signification du sigle FFP n'a pas été identifiée.
- Près de 240 femmes parlent soit d'**aspects pratiques liés au condom comme la facilité d'utilisation ou la matière du condom** soit de **caractéristiques spécifiques du condom féminin** (qu'elles n'avaient pas du tout cité pour le masculin) : **il est large, grand, gros, peu esthétique (a une forme étrange) ou encore fait du bruit**. On retrouve cela dans l'ensemble des 10 bases de données, avec beaucoup de réponses au Burkina Faso phase GP et après, au Cameroun phase avant et surtout phase après (en très grand effectif dans cette

dernière base). Contrairement au préservatif masculin, seules 9 femmes disent du féminin, qu'il est facile à utiliser (la plupart de ces réponses se trouvant dans la phase avant de Tuléar) : « *appréciable et facile à utiliser* », « *facile à utiliser* ». Près de 130 parlent en revanche d'une utilisation « difficile », « *trop difficile* », « *pas facile* », « *compliquée* », « *un peu compliquée* », « *complexe* », « *pas clair pour certaines personnes* », « *pénible* ». Elles disent aussi qu'il est « *difficile à porter* », « *trop compliqué à porter* », « *très difficile à mettre* », « *pas facile à mettre* », « *compliqué à mettre* », « *pas simple à mettre* », « *très compliqué à placer* », « *il faut beaucoup de précaution pour l'utiliser* », « *manque de mode d'emploi* ». Une enquêtée recommande alors de « *bien suivre la notice d'utilisation* ». Ainsi beaucoup d'enquêtées le trouvent « *pas du tout pratique* », « *pas très pratique* » ou « *moins pratique* ». Seules 6 femmes donnent des aspects pratiques positifs sur le préservatif féminin (phase GP du Burkina Faso et phase avant du Cameroun): « *c'est mou et agréable* », « *ça ne serre pas l'homme* », « *il protège bien car il couvre tout le sexe* », « *plus doux selon les affirmations des femmes* », « *rend le vagin tendre* ». Une trentaine de femmes parlent en revanche d'aspects négatifs divers, de ce type : « *un échec car il peut rester dans le vagin de la femme* », « *un peu épais* », « *il risque de coller* », « *vraiment inconfortable* », « *manque de finesse* », « *pas du tout agréable* », « *il est gênant* », « *il y a des fuites* », « *difficile, n'adhère pas à la vulve* », « *la pose prend du temps* », « *pas fixe, peut se déplacer pendant l'acte* », « *n'est pas stable, bouge beaucoup* », « *ça quitte* », « *il peut glisser* », « *il ne peut pas tenir longtemps* », « *il est contraignant et nous empêche de mieux nous caresser* », « *n'est pas bien parce qu'il faut le soutenir durant* », « *il est compliqué car il faut tenir le bout pendant l'acte sexuel* », « *il est difficile à manipuler et ennuyeux pendant l'acte* », « *il s'utilise sur une seule position* ». Certaines de ces réponses éclairent ce que les femmes trouvaient de compliqué dans l'utilisation du condom, mentionné ci-dessus. Quelques femmes proposent d'« *améliorer la manière d'utilisation* » ou « *d'améliorer l'adhésion* » de ce condom. Par ailleurs, quelques femmes ont comparé le préservatif féminin avec le masculin : « *moins pratique que le condom masculin mais plus mou* », « *c'est beaucoup trop large par rapport au condom masculin* », « *défaillant, moins bon que l'autre* ». Selon une enquêtée, « *le mieux c'est de choisir celui qui est facile à utiliser* » mais elle ne précise pas duquel elle parle. D'autre part, des femmes ont cité des aspects spécifiques au condom féminin, qu'elles considèrent comme négatifs la plupart du temps. Beaucoup ont d'abord dit que le condom féminin était trop grand, large ou gros : « *aspect*

trop lourd », « *ouverture trop grande et épaisse* », « *trop encombrant et large ouverture* », « *trop grand et encombrant* », « *c'est grand* », « *un peu large* », « *très large* », « *trop large* », « *volumineux* », « *il est gros* », « *c'est un peu gros* », « *il est très gros* ». Au Cameroun, les femmes emploient le terme de « *grossier* » pour dire en fait qu'il est gros : « *il est trop grossier* », « *il est grossier et ça ne plaît pas au partenaire* », « *c'est très grossier* ». Certaines trouvent sa forme étrange ou peu esthétiques, quelques femmes affirment même que cela leur fait peur : « *fait peur car trop gros* », « *il est très bizarre* », « *il est trop sauvage et effrayant* », « *c'est laid à voir* », « *il est gros et laid* », « *sa forme fait peur* », « *il ne donne pas envie* ». Une se demande : « *pourquoi le cerceau sur le préservatif?* ». Quelques femmes recommandent alors : « *il faut affiner et réduire le diamètre pour le mettre* ». Enfin, des enquêtées font allusion dans leurs remarques au bruit que fait le condom féminin (durant les rapports) : « *fait les bruits lors des rapports* », « *fait trop de bruit pendant l'acte sexuel* », « *fait du bruit* », « *fait des bruits* ».

- Une quinzaine de femmes ont parlé du **prix du condom** : au Burkina Faso phases avant et après, au Cameroun phase après, à Madagascar tous sites et phases. Seules 3 femmes malgaches ont dit qu'il n'était « *pas cher* » ou « *moins cher* » (comparativement au condom masculin ou à d'autres moyens de contraception ?). Une enquêtée a dit au contraire qu'il était « *plus cher que le préservatif masculin* ». La plupart ont en effet souligné son prix excessif : « *trop cher* », « *peu abordable* », « *coûte cher* », « *il est cher* », *très cher* ». Une propose : « *doit être vendu a un prix moindre* ». 4 PGP d'Antananarivo et de Tuléar vont plus loin en suggérant qu'il soit en libre accès : « *on ne devrait pas les vendre mais les distribuer gratuitement* », « *il faudra les distribuer gratuitement* ».
- Une quinzaine de femmes parlent de **maladies, douleurs ou autres effets liés au condom** (une cinquantaine avaient évoqué cela pour le condom masculin). Cela se retrouve dans la phase avant et GP du Burkina Faso, dans toutes les phases du Cameroun, dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar. Elles disent : « *il y a des risques car le fil ne tient pas ça peut rester dans l'utérus* », « *fait mal au col* », « *ça fait mal* », « *ça fait très mal pendant l'acte sexuel* », « *Le féminin fait beaucoup plus mal au conjoint et à la femme* », « *après le rapport, il y a avait du sang* », « *peut être douloureux* », « *cause des maladies, maux de ventre* », « *il donne des maladies* », « *provoque des maladies pour celui qui l'utilise* », « *donne des maux de ventre* », « *le lubrifiant peut causer des maladies* », « *le condom a un lubrifiant qui peut provoquer des maladies* ».

D'autres types de réponses sont spécifiques à certains sites ou certaines bases de données.

- Environ 55 femmes parlent de la **protection du condom contre les maladies, les IST ou le VIH/SIDA**. On retrouve ces réponses au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun, phases avant et après, à Tuléar toutes phases, mais pas du tout à Antananarivo. Ces réponses se retrouvent majoritairement (une quarantaine) dans la phase après du Burkina Faso. L'ensemble des femmes mettent l'accent sur une protection efficace: « *c'est une grande protection pour éviter les maladies* », « *évite également les maladies* », « *il est important pour la santé* », « *efficace également par rapport aux maladies* », « *la capote est une bonne chose parce que ça protège contre les maladies* », « *il est bon d'utiliser les préservatifs à cause des maladies* », « *empêche les maladies sexuelles* », « *empêche les maladies (IST)* », « *ça protège les gens contre les IST* », « *protège toutes la vie contre les MST* », « *ça protège la femme contre les IST* », « *la capote est bien parce que ça permet d'éviter les MST* », « *efficace contre IST* », « *peut réduire les IST* », « *bien car protège des maladies comme le SIDA* », « *ça protège du VIH/SIDA* », « *favorise la baisse du taux du VIH SIDA, des IST* », « *ça protège contre les IST et le SIDA* ». Deux femmes parlent d'éviter la contamination entre partenaires : « *évite de contaminer son partenaire* », « *le préservatif féminin est bon car permet à la femme de se protéger quand son partenaire est malade (IST)* ».
- 53 femmes ont souligné la **double protection du condom : protéger contre les maladies (VIH/SIDA, IST) et éviter les grossesses non désirées**. C'est le cas au Burkina Faso (phases GP et après) au Cameroun (phase après) et dans la phase avant de Tuléar. Encore une fois, ces réponses se retrouvent essentiellement dans la phase après du Burkina Faso (49 femmes). Elles disent à ce propos : « *bien car protège du SIDA et permet d'éviter des grossesses* », « *bien pour la contraception et protège contre le SIDA* », « *la capote est une bonne chose car ça permet d'éviter les maladies et ça permet aussi d'espacer les naissances* », « *c'est bien aussi car ça empêche les grossesses et les maladies* », « *efficace aussi contre les maladies et grossesses indésirées* », « *plus efficace dans la protection contre les maladies et les grossesses indésirées* », « *évite de se faire contaminer par les maladies et les grossesses indésirées* », « *protège contre beaucoup de maladies et grossesses indésirées* », « *évite les maladies et permet un espacement des naissances* », « *ça protège contre les maladies (IST) et permet de ne pas tomber enceinte* », « *ça empêche de tomber en*

grossesse et permet d'éviter les IST », « protection efficace contre les IST et grossesses indésirées », « moyen de lutte contre les IST et les grossesses indésirées », « moyen efficace de contraception et de protection des IST », « ça protège contre les IST et ça peut permettre de contrôler les naissances », « protège contre les IST et évite les grossesses rapprochées ». Certaines expliquent dans quelle circonstance cette double protection est importante : *« bien car permet à une femme de se protéger des maladies (IST et SIDA) et des grossesses indésirées même si son mari refuse le condom masculin », « bien car si l'homme refuse le préservatif masculin la femme peut toujours se protéger contre maladies, IST, SIDA et les grossesses ».* On constate une absence des remarques comportant la protection du VIH/SIDA à Antananarivo. On peut s'interroger sur les raisons : pas de campagnes de prévention sur la maladie ? Partie importante de la population croyant que le SIDA n'existe pas, qu'il s'agit d'un mythe?

- Une vingtaine de femmes dans les phases GP et après du Burkina Faso et dans la phase avant de Tuléar ont dit que le condom féminin était un **bon moyen de contraception pour la femme, lui permettant de se protéger même sans l'accord de son partenaire, cela la rendant donc plus autonome, plus responsable.** Cependant ces réponses se retrouvent presque exclusivement dans la phase après du Burkina Faso. Les femmes ont dit : *« il est plus rassurant car c'est la femme qui doit mettre », « je cherche pour moi car on peut cacher aux hommes », « bien car protège aussi et surtout les femmes », « bon contraceptif surtout pour les femmes », « ce préservatif est bien accepté d'une femme mariée car si tu accouches récemment et que ton mari t'oblige à avoir des rapports, tu peux l'utiliser pour éviter [une] grossesse », « permet aux femmes dont les maris refusent le préservatif masculin de se préserver des grossesses », « bien car si l'homme refuse le préservatif masculin la femme peut toujours se protéger contre maladies, IST, SIDA et les grossesses », « la femme peut se protéger elle-même », « bien, permet aux femmes de vraiment se protéger », « permet à la femme de mieux se protéger si son mari refuse », « permet aussi à la femme de se protéger même si l'homme refuse le préservatif masculin », « le préservatif féminin est bien car la femme peut se protéger si l'homme refuse », « permet à la femme de prendre ses responsabilités », « permet à la femme de prendre elle-même des dispositions ».*
- 10 femmes (phases GP et après du Burkina Faso et du Cameroun et phase avant de Tuléar) parlent du **plaisir**. 7 femmes disent que le condom féminin le réduit ou l'anéantit : *« condom réduit le plaisir », « ça diminue le plaisir sexuel », « il nous empêche de mieux*

nous caresser », « *ne donne pas le plaisir* ». Une enquêtée parle plus spécifiquement du plaisir masculin : « *je pense qu'il peut réduire le plaisir chez l'homme* ». 3 femmes (notamment dans la phase GP du Burkina Faso) dit qu'il donne du plaisir : « *il n'empêche pas le plaisir sexuel* », « *procure du plaisir* », « *la jouissance rapide* ».

- Seules 7 femmes évoquent dans leurs remarques **la solidité du condom, le fait qu'il se déchire** (contre plus de 150 pour le condom masculin). Les femmes ont donné ces réponses au Burkina Faso (phases avant et après) et à Tuléar phase avant mais ni au Cameroun ni à Antananarivo. Elles ont dit : « *ce n'est pas résistant* », « *pas très sûr car ça peut se percer* », « *la capote n'est pas un bon moyen de contraception car ça peut se déchirer* », « *on dit que ça peut se déchirer* ». Une propose : « *on devrait améliorer la qualité car ça déchire facilement* ». On peut avancer l'hypothèse que le condom féminin est nettement plus résistant, mais l'explication la plus plausible est qu'il est considérablement moins utilisé donc les femmes ont beaucoup moins été confrontées aux risques de rupture du condom.
- Près de 10 femmes parlent de **peur ou de manque de confiance vis-à-vis du condom féminin**. On retrouve cela au Burkina Faso (toutes phases), au Cameroun et à Antananarivo (phases avant). Elles disent : « *j'ai peur de ça, je ne fais pas confiance [en] ça* », « *pas confiance non plus* », « *ça fait peur de l'utiliser* », « *fait peur* », « *ça met mal à l'aise* ». Certaines expliquent pourquoi elles ne sont pas rassurées : « *fait peur car trop gros* », « *il est trop sauvage et effrayant* », « *sa forme fait peur* », « *il est très bizarre et non sécurisant* », « *je n'ai pas confiance [en] ça parce que ça peut se percer* ». Une PGP burkinabé dit en revanche qu'il « *[inspire plus confiance] que le condom masculin* ». Nous avons en effet constaté à maintes reprises que les PGP au Burkina Faso semblent avoir très bien reçu le condom féminin.
- Seules 6 femmes font allusion au **lubrifiant** dans leurs commentaires (contre environ 50 pour le condom masculin). On retrouve ces réponses dans les phases avant du Burkina Faso et du Cameroun et la phase GP de Tuléar : « *le lubrifiant peut causer des maladies* », « *le condom a un lubrifiant qui peut provoquer des maladies* », « *Il produit un liquide sous le soleil* », « *ils se foutent du produit sur leur hygiène et leurs sexes* », « *il y a trop d'huile sur ça, c'est sale* », « *trop lubrifié* ».
- Une dizaine de femmes ont donné d'**autres types de réponses** (Burkina Faso phase après, Cameroun et Antananarivo phases avant, Tuléar toutes phases) : « *je n'en ai pas chez moi* »,

« devrait utiliser si la piqûre et la pilule sont expirés », « fabriqué par les hommes et a 1 % d'inefficacité », « le frottement de deux corps ». 2 femmes à Antananarivo avant pensent que : « c'est seulement le docteur qui peut le mettre dans le vagin », qu' « il faut aller chez le docteur pour le mettre ». Certaines enquêtées parlent des jeunes : « bien car protège des maladies, surtout les jeunes », « Autre chose pour aider les jeunes ». Certaines femmes semblent donc avoir une opinion positive du condom mais elles le voient comme réservé au jeune, ne les concernant pas elles-mêmes. En revanche, d'autres femmes étaient contre les condoms, avançant l'argument qu'il poussait les jeunes à avoir des rapports sexuels « avant le mariage » ou « précoces ».

Les réponses des femmes ont ensuite étaient réparties selon qu'elles étaient positives ou négatives.

Pour cela, quatre catégories ont été réalisées :

- « réponse positive » si la réponse comportait une ou plusieurs idées positives sur le condom
- « réponse négative » si la réponse comportait une ou plusieurs idées négatives sur le condom
- « réponse neutre » si la réponse ne comportait pas de jugement de valeur sur le condom
- « réponse mitigée » si la réponse comportait à la fois des idées positives et négatives sur le condom.

Tableau 54 : Répartition des autres remarques sur le préservatif féminin, en fonction de leur positionnement vis-à-vis du condom, en pourcentage des femmes ayant répondu en clair (V433)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Négatif	22,4	48,7	14,1	64,2	90,9	80,9	32,0	38,5	23,3	65,2	43,1
Positif	6,1	38,5	75,0	9,8	9,1	6,4	17,3	23,1	34,9	17,4	32,6
Neutre	71,4	5,1	5,5	26,0	0,0	12,1	48,0	30,8	39,5	0,0	21,0
Mitigé	0,0	7,7	5,5	0,0	0,0	0,7	2,7	7,7	2,3	17,4	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	49	39	220	123	11	141	75	13	43	23	737

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Ainsi, on peut observer que sur les 737 femmes qui ont répondu en clair à cette question (après avoir exclu les non réponses et ne sait pas), environ un tiers ont donné une « réponse positive »

(32,6%), 43 % une « réponse négative », 21 % une « réponse neutre » et 3 % une « réponse mitigée ». Les réponses positives sont bien moins nombreuses que pour le condom masculin mais les réponses négatives ne sont pas tellement plus nombreuses. Cela s'explique par la forte proportion de réponses neutres. En effet, beaucoup plus de femmes n'ont jamais vu le condom féminin (par rapport aux femmes qui n'ont jamais vu le condom masculin) et ces réponses sont comptabilisées dans la catégorie des « réponses neutres ».

Il y a cependant d'importantes différences selon les bases de données. On ne peut pas dire grand chose sur certaines bases de données où les effectifs sont trop faibles (notamment les phases GP). En revanche, on observe que dans la phase après du Burkina Faso, le positif l'emporte largement : en effet dans cette base de données, dans plus la moitié des réponses, les femmes ont insisté sur l'aspect protecteur du condom : protection contre le VIH/SIDA et les IST, contre les grossesses non désirées et double protection. En revanche, au Cameroun, dans les phases avant et après, c'est le négatif qui domine largement cette fois, puisqu'environ trois quarts des réponses dans ces bases insistent sur la difficulté d'utilisation du condom féminin, sa rareté ou d'autres aspects qui font qu'elles ne le jugent pas pratique, bizarre, pas esthétique, bruyant, ou encore trop gros.

Les **réponses positives** représentaient donc environ un tiers des réponses. On les retrouve dans toutes les bases de données mais principalement dans les phases GP et après du Burkina Faso et dans la phase avant de Tuléar. Comme on l'a vu précédemment, les femmes ont dit entre autres que le préservatif féminin était une bonne chose, qu'il était efficace, protégeait contre les maladies, le VIH/SIDA, les IST, qu'il empêchait les grossesses non désirées, qu'il permettait l'autonomie de la femme sur sa contraception, et pour quelques unes qu'il était mieux que le condom masculin, qu'il était facile d'utilisation, agréable et n'empêchait pas le plaisir. Les femmes donnaient donc une ou plusieurs idées de ce type dans leurs réponses. Voyons maintenant des exemples. Ces réponses peuvent parfois paraître redondantes. En revanche, environ 240 femmes ayant donné des réponses positives, on se rend finalement compte que beaucoup des remarques des femmes se ressemblent, même après sélection de citations représentatives. Les enquêtées ont donné ce type de remarques positives : « *il est mieux et plus sûr que le condom masculin* », « *c'est bien de l'utiliser pour se protéger* », « *il est important pour la santé* », « *la jouissance rapide* », « *protège toute la vie contre les MST* », « *autre chose pour aider les jeunes* », « *cela me protège bien* », « *facile à trouver, facile à utiliser, moins cher* », « *je cherche pour moi car on peut cacher aux hommes* », « *il protège bien car il couvre tout le sexe* », « *les femmes en raffolent et témoignent de cela dans les groupes de*

parole », « *c'est mou et agréable, meilleur* », « *appréciable et facile à utiliser* », « *il n'empêche pas le plaisir sexuel et est très efficace comme contraceptif* », « *plus efficace dans la protection contre les maladies et les grossesses indésirées* », « *il est plus rassurant car c'est la femme qui doit [le] mettre, il est [meilleur] que le condom masculin* », « *très bien et procure du plaisir* », « *ça ne serre pas l'homme, c'est meilleur d'après les femmes qui [l']ont utilisé* », « *plus doux selon les affirmations des femmes* », « *bien car si l'homme refuse le préservatif masculin la femme peut toujours se protéger contre maladies, IST, SIDA et les grossesses* », « *permet à la femme de prendre ses responsabilités* », « *le préservatif féminin est bon car permet à la femme de se protéger quand son partenaire est malade (IST)* », « *il est bon d'utiliser les préservatifs à cause des maladies* », « *bien car protège des maladies comme le SIDA* », « *la capote est une bonne chose car ça peut éviter les maladies et ça permet aussi d'espacer les naissances* », « *moyen de lutte contre les IST et les grossesses indésirées* ».

Les **réponses négatives** représentaient plus de 4 réponses sur 10. On les retrouve dans toutes les bases de données mais un grand nombre se trouve dans les phases avant et après du Cameroun. Les femmes ont dit entre autres que le préservatif féminin n'était pas totalement efficace ou fiable voire pas du tout, donc qu'elles n'avaient pas confiance, qu'il était peu disponible, rare, trop cher, qu'il était difficile à utiliser, à placer, qu'il bougeait durant l'acte, qu'il était trop gros ou large, peu esthétique, bizarre, qu'il faisait des bruits, qu'il réduisait ou supprimait le plaisir, qu'il causait des maladies, douleurs, effets indésirables, qu'il était immoral, ne devrait pas être utilisé dans un couple ou pour les personnes n'ayant pas encore d'enfant, qu'il entraînait l'infidélité et parfois le désordre sexuel. Les femmes donnaient donc une ou plusieurs idées de ce type dans leurs réponses.

Voyons maintenant des exemples. Ces réponses peuvent parfois paraître redondantes. En revanche, près de 320 femmes ayant donné des réponses négatives, on se rend finalement compte que beaucoup des remarques des femmes se ressemblent, même après sélection de citations représentatives. Les enquêtées ont donné ce type de remarques négatives : « *ça entraîne le vagabondage sexuel* », « *ce n'est pas bon de l'utiliser* », « *il ne devrait pas exister* », « *je préfère faire des rapports sexuels non protégés car je déteste le préservatif* », « *pas bien surtout dans un couple car lorsqu'on accepte se marier c'est pour faire des enfants* », « *le condom féminin a amené trop d'infidélité et je pense qu'on en a pas besoin dans un couple* », « *on devrait interdire car ça*

rend les gens infidèles », « on ne devrait pas trop éparpiller les préservatifs féminins », « j'ai peur de ça, je ne fais pas confiance à ça », « n'aime pas le préservatif », « pousse les gens à avoir des rapports sexuels », « pas bien car encourage l'infidélité », « favorise les mauvaises habitudes sexuelles », « est inutile », « je n'aime jamais utiliser cela », « n'aime pas et pas très efficace », « ne convient pas aux hommes », « difficile à trouver, difficile à utiliser, trop cher », « est plus cher que le préservatif masculin », « la capote n'est pas un bon moyen de contraception car ça peut se déchirer », « trop lubrifié », « le féminin fait beaucoup plus mal au conjoint et à la femme », « ça fait très mal pendant l'acte sexuel et c'est très compliqué à placer », « n'est pas bien parce qu'il faut le soutenir durant », « je n'ai pas confiance à ça parce que ça peut se percer », « le condom a un lubrifiant qui peut provoquer des maladies », « c'est compliqué à utiliser, ce n'est pas résistant », « peut rester dans le vagin de la femme, donne des maux de ventre », « compliqué à utiliser, aspect trop lourd et difficile à porter », « ouverture trop grande et épaisse », « trop grand et encombrant », « compliqué et pas du tout pratique », « ne respecte pas le corps », « provoque des maladies pour celui qui l'utilise », « ne donne pas envie », « fait peur car trop gros », « c'est beaucoup trop large que le condom masculin », « difficile et ça fait peur de l'utiliser », « il y a trop d'huile sur ça, c'est sale », « il est très bizarre et non sécurisant », « difficile à utiliser et fait mal au col », « peu confortable, peu fiable », « il est trop sauvage et effrayant », « les femmes n'aiment pas ça, il est grossier », « pas fixe, peut se déplacer pendant l'acte », « un échec car peut rester dans le vagin », « défaillant, moins bon que l'autre », « il est bizarre et fait trop de bruit », « il est difficile à manipuler et ennuyeux pendant l'acte », « il est gros et laid », « il est trop grossier et pas fiable », « il est cher et grossier », « ne donne pas le plaisir », « pas du tout agréable », « c'est encombrant c'est gênant », « vraiment inconfortable », « il est grossier et ce n'est pas pratique », « pénible et très large, difficile à utiliser », « très large, peut glisser ».

Environ 21 % des réponses, soit une cinquantaine de femmes ont donné une **opinion plutôt neutre** sur le condom féminin (contre 7% pour le condom masculin). Cela s'explique par le fait que cette catégorie comprend entre autres toutes les enquêtées ayant déclaré qu'elles ne l'avaient pas encore utilisés ou ne le connaissaient pas (sachant que le préservatif féminin est nettement moins répandu et connu que son homologue masculin). On retrouve ces réponses dans toutes les bases de données sauf les phases GP du Cameroun et de Tuléar. Les réponses sont de ce type : « je n'ai jamais vu le préservatif féminin », « je ne connais pas le condom féminin », « je n'ai jamais utilisé le préservatif féminin », « pas encore utilisé », « j'en ai entendu parler mais je ne l'ai jamais vu », « pas

d'information sur ce préservatif », « c'est la même chose je crois car je n'ai jamais utilisé ça », « je n'ai pas de détails à ce sujet », « pas encore vu ou entendu », « célibataire, jamais vu », « jamais eu de rapport sexuel », « absence d'information sur le condom féminin », « a utilisé une seule fois », « par rapport à la forme », « ça empêche le contact avec le sperme », « il produit un liquide sous le soleil ».

Enfin, 3 % des réponses révèlent une **opinion mitigée** des femmes puisqu'elles donnent des éléments à la fois positifs et négatifs dans leurs remarques. On retrouve cela au Burkina Faso phases GP et après, au Cameroun phase avant et après et à Madagascar tous sites et phases. Certaines disent qu'il est bien/important ou efficace pour se protéger mais défaille sur des aspects pratiques : « bien mais pas très sûr car peut se percer », « c'est bien mais pour [le] mettre c'est difficile », « il est important mais risque de coller », « protège des maladies mais compliqué à utiliser », « moins pratique que le condom masculin mais plus mou », « protège contre les grossesses indésirées mais il est gros », « condom réduit le plaisir, difficile à porter, protège contre les maladies ». D'autres enquêtées soulignent comme aspect négatif le fait qu'il réduise le plaisir, bien qu'il soit important : « ça nous aide mais ça diminue le plaisir sexuel », « permet d'éviter les IST et les grossesses indésirées mais réduit le plaisir sexuel ». Beaucoup de femmes disent qu'elles sont favorables au condom mais pas pour elles et surtout pas dans le cadre du mariage ni pour des couples n'ayant pas encore eu d'enfants : « permet de se protéger des maladies mais pas bien dans un couple », « bien car permet à des femmes qui ont déjà des enfants de pouvoir éviter les grossesses, mais pour moi ce n'est pas bien lorsqu'on est marié », « protège des maladies aussi mais ne doit pas être utilisé par les femmes mariées car les préservatifs ne sont pas bien dans un couple », « bien car aide les femmes à se protéger mais pas bon dans un couple ». Par ailleurs, une enquêtée dit qu'on « devrait utiliser si la piqure et la pilule sont expirées », ce qui sous-entend que le préservatif ne devrait être utilisé qu'en dernier recours ; de plus, cette femme ne mentionne pas le fait que c'est le seul moyen de contraception qui protège contre le VIH/SIDA et les IST. Quelques enquêtées estiment que le condom est trop cher mais c'est justement parce qu'elles sont favorables à son utilisation et souhaiteraient qu'il soit plus abordable voire gratuit : « on ne devrait pas les vendre mais les distribuer gratuitement », « doivent être vendus à prix moindre », « efficace mais coûte cher ». Dans le même ordre d'idée, certaines donnent comme aspect négatif la rareté et le manque de disponibilité ou d'informations sur le condom féminin mais avec la volonté qu'il soit plus accessible et plus connu de tous : « il faut faire connaître car elle ne connaît pas encore »,

« efficace mais on n'en trouve pas partout », « mieux faire connaître aux gens comme celui des hommes », « doit être accessible comme celui pour les hommes », « devrait être vendu dans les épiceries aussi », « il faut le rendre plus populaire », « il doit être vulgarisé ».

3) Discussion

Les réponses en clair à toutes nos variables ouvertes sont intéressantes sur le plan des rapports hommes/femmes dans la sexualité et plus généralement sur les rôles attribués à chaque sexe. Cela montre aussi la marge de manœuvre de chacun dans le port du préservatif « *mon mari ne voulait pas* » et la négociation sur la sexualité en général.

On peut souligner le fait que les questions V336 (raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom masculin) et V341 (raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin) soient proches de la précédente V332 (raison pour laquelle l'achat du condom par une femme n'est pas acceptable). En revanche, la variable V332 est d'ordre général, assez abstraite alors que la variable V336 concerne plus spécifiquement le condom masculin et la variable V341 le condom féminin. Finalement, les réponses sont relativement similaires. Cependant, les questions V336 et V341 permettent de compléter la variable V332 et apportent des éléments nouveaux. De plus, si les mêmes motifs sont cités, ils ne se retrouvent pas dans la même ampleur. Par exemple pour la variable V332, le motif de la honte revenait dans 4 réponses sur 10 alors qu'il s'agissait d'une modalité pré-établie pour les questions V336 et V341. L'idée que l'achat du condom est du domaine de l'homme est prépondérante dans les réponses à la variable V332, un peu moins pour la variable V336 et elle est presque inexistante pour la variable V341 (voir plus loin). De plus, on ne retrouve pas les motifs « la femme ne sait pas où l'acheter » ou « la femme ne peut acheter le condom pour des raisons financières » dans les réponses à la variable V332 (alors qu'on retrouve quelques réponses de ce type pour les deux autres questions). En effet, la variable V332 est sur l'idée d'acheter, elle est abstraite par rapport aux deux autres, comme on l'a dit plus haut. Enfin, on retrouve certains motifs pour la variable V336 et non pour la variable V341 : « la femme a un autre moyen de contraception », « le condom entraîne perversité, désordre sexuel, et la femme qui achète sera considérée comme une fille facile ou une prostituée ».

Comme on l'a dit au dessus, l'idée qu'acheter un préservatif relève du domaine de l'homme ne revient presque pas dans la variable V341 (qui concerne l'achat du condom féminin). On peut interpréter cela de deux manières : d'une part, l'achat de préservatifs féminins par les hommes est moins répandu, ce condom étant beaucoup moins disponible et utilisé jusqu'à présent. D'autre part, les femmes se sentent peut-être davantage concernées par un condom qu'il leur est destiné et pensent que cela relève moins du domaine du partenaire. En effet, une vingtaine de femmes à la variable V433 (« Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif féminin ? ») ont insisté sur le fait que le condom féminin rendait les femmes plus autonomes, plus responsables de leur contraception. Il est intéressant de voir les représentations sur le sujet. Une enquêtée dit *du condom féminin* « ça protège la femme contre les maladies sexuellement transmissibles » (V433) alors qu'elle disait du condom masculin « ça protège l'homme contre les maladies sexuellement transmissibles ».

On se rend compte que pour les variables V432 et V433 (autres remarques sur le préservatif masculin et féminin), un certain nombre de commentaires sont sensiblement les mêmes. La répartition par type de réponse est assez proche pour certaines catégories (pour la protection contre les maladies ou les grossesses, prix du condom...) mais pas pour l'ensemble. La catégorie « n'a jamais vu ou utilisé, ne connaît pas » est beaucoup plus importante pour la question V433, ce qui est normal vu que le préservatif féminin est beaucoup moins répandu et accessible, indisponible. Ainsi beaucoup plus de femmes ont dit « *peu disponible* », « *rare* », « *peu accessible* » pour le condom féminin alors qu'elles ont dit du masculin qu'il était « *disponible* », « *facile à trouver* », « *accessible* ». Beaucoup de femmes (plus de 150) ont parlé de la solidité du condom pour le masculin mais presque pas (moins de 10) pour le féminin : est-il plus solide ou seulement nettement moins utilisé ? De la même façon, plus de femmes ont parlé du lubrifiant pour le condom masculin, du fait qu'il provoquait des douleurs ou des maladies. Une vingtaine de femmes ont parlé de l'odeur du condom masculin et aucune pour le condom féminin. Des femmes ont également évoqué des différences de qualité entre préservatifs (selon la marque, le lieu d'achat etc) pour les condoms masculins (26) mais on ne retrouve aucune réponse de ce type pour les condoms féminins. Cela est logique puisqu'il est beaucoup moins disponible donc on suppose bien sûr un choix de marques très restreint...

Pour le condom masculin, beaucoup d'enquêtées soulignent sa simplicité d'utilisation. Sur le condom féminin en revanche, les femmes ont beaucoup plus insisté sur sa difficulté d'utilisation, de mise en place, son déplacement durant les rapports, sa forme et son aspect esthétique (« *large* »,

« gros », « grand », « laid », « sa forme fait peur »), ses bruits etc. Il s'agit d'aspects souvent cités sur le condom féminin. On pourrait en revanche informer les femmes sur comment pallier ces « biais » et insister sur les aspects positifs : excitation plus grande avec ce condom, autonomisation de la femme citée par certaines, possibilité d'utiliser ce condom si le partenaire n'est pas d'accord, etc. En effet, des guides existent expliquant ce qu'est le condom féminin, avec des photos montrant comment l'utiliser, soulignant les avantages, proposant des solutions à ce que les femmes lui reprochent etc (SWAA, 2009).

Concernant la comparaison entre les deux types de préservatif, on peut noter que dans les phases avant du Cameroun et de Tuléar mais essentiellement dans la phase après du Burkina Faso, près de 100 femmes pour la variable V433 (remarques sur le condom féminin) ont dit : « *c'est la même chose* », « *idem* », « *pareil* », « *il en est de même* », « *même remarque que la q432* ». Ces réponses identiques entre condom masculin et féminin concernent essentiellement la protection contre les maladies, IST ou VIH, la protection contre les grossesses non désirées, la double protection, mais aussi dans une moindre mesure le fait que le préservatif soit une bonne chose ou au contraire qu'il aille contre la morale (il ne doit pas être utilisé dans le cadre du mariage etc).

De plus, une quinzaine de femmes au Burkina Faso phase après, au Cameroun phases avant et après et à Tuléar phase avant disent qu'ils sont similaires. Pour cela ils emploient notamment les termes « aussi » ou « également » pour la variable V433 (remarques sur le condom féminin) : « *autre chose pour aider les jeunes* », « *une bonne chose aussi* », « *efficace également par rapport aux maladies* », « *ça protège aussi contre les maladies* », « *ça aide aussi à espacer les naissances* », « *pas confiance non plus* », « *ça protège également contre les maladies* », « *aussi efficace que le condom* », « *les préservatifs masculin et féminin sont les meilleurs* ».

Si l'on regarde la deuxième analyse réalisée (positionnement vis-à-vis du condom), on se rend compte que l'opinion sur le préservatif masculin est un peu meilleure que celle sur le préservatif féminin (bien que dans certaines réponses, les femmes indiquent leur préférence pour le condom féminin, comme dans la phase GP du Burkina Faso). Les opinions neutres sont plus nombreuses pour le condom féminin puisqu'un grand nombre de femmes ne l'ont jamais vu, utilisé ou ne le connaissent pas.

Une quarantaine de femmes ont indiqué leur **préférence pour l'un ou l'autre des préservatifs** dans leurs réponses ou en tout cas soulignent des aspects différents (Burkina Faso phases GP et après, Cameroun toutes phases, Antananarivo et Tuléar phases avant).

Elles ont dit sur le masculin : « plus pratique et mou que le féminin », « il n'est pas aussi doux que le préservatif féminin », « c'est mieux », « moins large », « le condom masculin est différent », « il est plus facile à utiliser que celui féminin et moins cher », « moins cher que le condom féminin », « beaucoup qui l'utilisent car moins cher que le féminin et efficace ».

Elles ont dit sur le féminin : « plus préférable au préservatif masculin », « plus que le condom masculin et plus confiant », « c'est mou et meilleur », « plus efficace dans la protection contre les maladies et les grossesses indésirées », « plus doux selon les affirmations des femmes », « c'est meilleur d'après les femmes qui ont utilisé », « il est plus rassurant car c'est la femme qui doit mettre, il est [meilleur] que le condom masculin », « c'est meilleur que le condom masculin », « le féminin fait beaucoup plus mal au conjoint et à la femme », « utilisation complexe et moins pratique », « moins pratique que le condom masculin mais plus mou », « il est mieux et sur que le masculin », « plus efficace », « moins bon que l'autre », « c'est beaucoup trop large que le condom masculin », « il est plus large et plus compliqué », « je préfère », « moins cher », « est plus cher que le préservatif masculin ». Quelques femmes indiquent qu'il devrait être aussi connu que celui des hommes : « mieux faire connaître aux gens comme celui des hommes », « pas encore très connu comme celui des hommes », « devrait être vendu dans les épiceries aussi », « le mieux c'est de choisir celui qui est facile à utiliser ».

Certains parallèles sont intéressants à faire entre des réponses de femmes sur les deux types de condom. On peut opposer les nombreux : « facile d'utilisation », « simple à utiliser » du condom masculin avec les nombreux « très compliqué à utiliser », « difficile à mettre » du condom féminin ». De la même façon, les « disponible », « accessible », « facile à trouver » aux « rare », « difficile à trouver », « pas disponible ici » etc. Certaines disent « beaucoup qui l'utilisent » du masculin et « pas beaucoup qui l'utilisent » du féminin. Prenons aussi l'exemple d'une enquêtée dans la phase GP de Tuléar. Elle dit « j'en ai chez moi » concernant le condom masculin et « je n'en ai pas chez moi » concernant le condom féminin.

Certaines femmes disent du condom féminin qu'il est « très cher » ou « peu cher » mais du condom masculin qu'il est « abordable », « peu cher ». Quelques femmes disent que le condom masculin est

« petit » ou « trop petit », un grand nombre disent en revanche du féminin qu'il est « trop gros » ou « trop large ».

Environ 35 femmes dans l'ensemble des sites (Burkina Faso phase GP et après, Cameroun phases avant et après, Antananarivo phases avant et GP et Tuléar phase avant) ne semblent **pas sûres d'elles dans leurs réponses** (« il paraît que », « peut-être »...) **ou se fient à ce qu'elles ont entendu** (« on dit que »...). On retrouve ces réponses réparties également pour le condom masculin et féminin (V432 et V433). Elles disent par exemple : « *peut être que c'est efficace car il y a des protections* », « *il se perce beaucoup, c'est ce qu'en disent les gens* », « *les femmes en raffolent et témoignent de cela dans les groupes de parole* », « *plus doux selon les affirmations des femmes* », « *c'est meilleur d'après les femmes qui ont utilisé* », « *je pense qu'il peut réduire le plaisir chez l'homme* », « *on dit que ça permet de contrôler les naissances* », « *il paraît que ça sent* », « *on dit que ça peut se déchirer* », « *il paraît être bien efficace* », « *ça peut permettre d'espacer les naissances, à ce qu'on dit* », « *il paraît que ça protège du SIDA mais n'a pas d'information sur ça* », « *il paraît être également bien* », « *il doit être efficace* », « *on dit que ça peut empêcher la grossesse* », « *il paraît difficile à utiliser* », « *c'est la même chose je crois car je n'ai jamais utilisé ça* », « *il se perce beaucoup, c'est ce qu'en disent les gens* », « *il se déchire vite (selon les gens)* », « *n'a-t-il pas d'effet néfaste?* », « *protège-t-il de la grossesse* », « *on dit qu'il est trop large* », « *les gens qui l'utilisent ne sont pas convaincus* ». Ainsi, il semble que l'information manque parfois sur les condoms. Les gens se fient beaucoup à ce qu'ils en entendent.

Une quarantaine de femmes font des **recommandations sur le condom féminin ou masculin** (en effectifs similaires pour les 2 types de condom). On retrouve cela dans toutes les bases de données sauf les phases GP du Burkina Faso et du Cameroun.

Elles recommandent pour le masculin : « *en qualité il faut améliorer* », « *doit être plus souple et lubrifié* », « *il faut revoir la fabrication (solidité)* », « *on doit le rendre plus fin pour augmenter le plaisir* », « *il faut le fabriquer par taille* », « *il faut les parfumer* », « *revoir la fabrication pas solide* », « *il faut revoir le prix des bonnes marques à la baisse* », « *bien suivre la notice d'utilisation* », « *on ne devrait pas les vendre mais les distribuer gratuitement* », « *il faudra les distribuer* », « *il doit être distribué gratuitement* ».

Elles recommandent pour le féminin : « *il doit être vulgarisé* », « *il faut le rendre plus populaire* », « *doit être accessible comme pour les hommes* », « *améliorer la manière [de les utiliser]* », « *doit être amélioré* », « *manque de mode d'emploi* », « *il faut affiner et réduire le diamètre pour le*

mettre », « *on devrait mieux [le] faire connaître aux gens comme celui des hommes* », « *devrait être vendu dans les épiceries aussi* », « *il faut [le] faire connaître car elle ne [le] connaît pas encore* », « *doit être distribué gratuitement* », « *devrait améliorer la qualité car [se] déchire facilement* », « *bien suivre la notice d'utilisation* », « *on ne devrait pas les vendre mais les distribuer gratuitement* », « *il faudra les distribuer gratuitement* ». À la variable V341 (raison de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin), une enquêtée propose également quelque chose de façon sous-entendue : « *si c'est vendu par une femme je peux acheter* »

On peut souligner que beaucoup des remarques en clair sur les condoms masculins et féminins (V432 et V433) se rapprochent des modalités de réponses de la variable V322 (qui concerne les raisons de la non utilisation du condom au dernier rapport sexuel) : odeur, lubrification, coût, disponibilité du condom, le condom se déchire etc. Ces réponses avaient été en général peu citées comme freins à l'utilisation du condom, mais ressortent en revanche dans les remarques des femmes. Ainsi, les questions ouvertes telles les autres remarques sur le condom masculin et féminin (V432 et V433) complètent effectivement bien nos autres variables d'analyse.

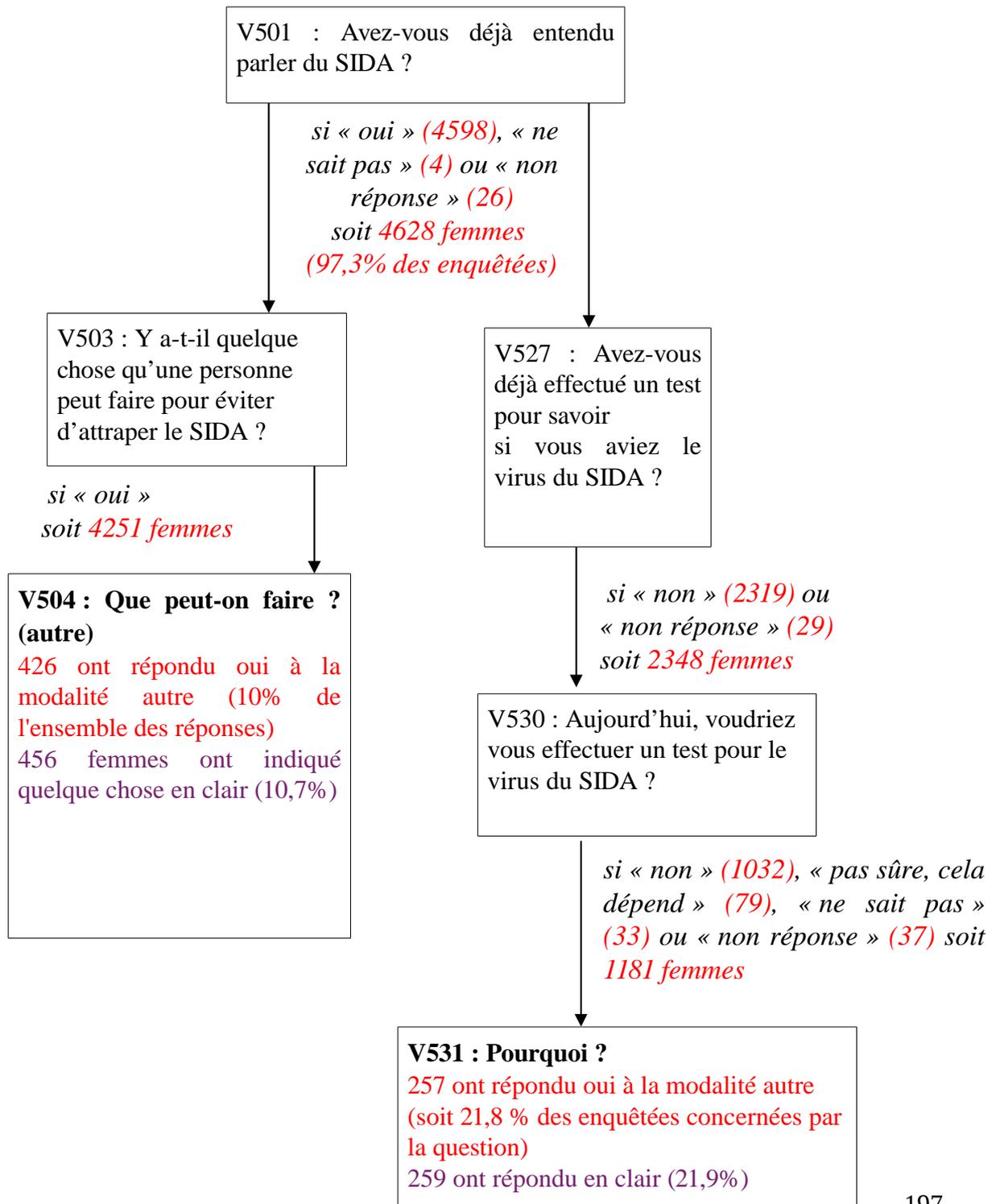
Certaines réponses montrent que les femmes voient le condom comme un contraceptif comme un autre. Beaucoup de réponses en revanche et notamment dans la phase après du Burkina Faso mettent l'accent sur la double protection du condom : en plus d'être une méthode de planification familiale (il permet d'espacer/de limiter les naissances), il s'agit de la seule méthode qui protège efficacement contre les IST et la transmission du VIH/SIDA.

E) VIH/SIDA et IST

1) Contexte

7 variables ont été retenues sur ce thème. 9 variables filtre précèdent certaines d'entre elles.

Prévention et dépistage du VIH/SIDA



IST

V544 : Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible ? (autre)

480 personnes ont répondu oui à autre soit 10,1 % des enquêtées

477 ont répondu autre chose en clair (10,0%)

V545 : Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible ? (autre)

424 personnes ont répondu oui à autre soit 8,9 % des enquêtées

422 ont répondu autre chose en clair (8,9%)

V546 : Si vous présentiez l'un de ces symptômes, iriez-vous dans un centre de santé ? (autre)

si « non » (63),
« ne sait pas » (78) ou « non réponse » (82)
soit 223 femmes

V547 : Si non, pour quelle raison ? (autre)

61 ont répondu « autre » (soit 27,4 % de l'ensemble des réponses)

39 femmes seulement ont indiqué une autre raison en clair (17,5%)

V548 : Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/ infection sexuellement transmissible ?

V549 : Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?

V550 : Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?

si « oui » à au moins une des trois questions précédentes
soit 991 femmes ou 20,8 % des enquêtées

V551 : La dernière fois que vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital) comment l'avez vous traitée ? (autre)

27 ont répondu oui à la modalité autre (2,7% d'entre elles)

28 ont répondu un autre traitement en clair (2,8%)

V553 : Quand vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaires sexuels ?

si « oui »
soit 545 femmes

V554 : Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre partenaire sexuel ? (autre chose)

37 ont répondu oui à la modalité autre (soit 6,8 % de ces 545 femmes).

44 femmes ont indiqué quelque chose en clair (8,1% des femmes concernées)

2) Résultats

➤ V501 : Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?

Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ». C'est une question filtre pour la suite. Elle a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. Si la personne répondait oui, la question V502 était alors posée. Si elle répondait non ou ne savait pas, l'enquêteur devait reformuler la question ainsi : « Avez-vous déjà entendu parler d'un virus appelé VIH ou HIV ? ou d'une maladie appelée AIDS¹¹ ». Si la réponse était toujours non, les questions sur le VIH n'étaient pas posées et l'on passait directement aux questions sur les IST (à partir de la variable V543). Si la personne répondait oui, ne savait pas ou n'avait pas répondu, les questions sur le SIDA (de la question V502 à la question V542) étaient alors posées.

Tableau 55 : Connaissance du SIDA, en pourcentage des femmes (V501)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	97,8	100,0	99,4	99,6	100,0	99,5	94,1	95,5	89,7	97,9	96,7
Non	0,5	0,0	0,6	0,3	0,0	0,3	4,9	4,5	9,4	2,1	2,7
Ne sait pas	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1
Non réponse	1,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	1,1	0,0	0,5	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi nos 4755 enquêtées, la très grande majorité avait déjà entendu parler du SIDA soit 96,7 %. 2,7% n'en avaient en revanche jamais entendu parler (même après reformulation). 0,1 % des enquêtées ne savaient pas et 0,6 % n'avaient pas répondu.

La question suivante a été posée aux femmes qui avaient déjà entendu parler du SIDA, ne savaient pas ou n'avaient pas répondu.

11 « AIDS » est le mot anglais pour « SIDA » ; c'est l'abréviation de : « Acquired Immunodeficiency Syndrome ».

➤ **V503 : Y a t il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ?**

Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ».

Tableau 56 : Existence de moyens de prévenir le SIDA, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V503)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	89,6	100,0	94,7	96,8	100,0	96,0	92,5	93,8	77,9	93,5	91,9
Non	3,3	0,0	2,9	1,0	0,0	2,0	4,2	6,2	13,4	6,5	4,3
Ne sait pas	5,3	0,0	2,4	1,8	0,0	1,6	2,2	0,0	6,9	0,0	3,0
Non réponse	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	1,1	0,0	1,7	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	665	118	621	789	53	797	719	128	692	46	4628

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi nos enquêtées ayant déjà entendu parler du SIDA, plus de 9 sur 10 savaient qu'il y avait quelque chose à faire pour éviter d'attraper la maladie (91,9%). Seules 4,3 % pensaient qu'il n'y avait rien à faire. 3 % ne savaient pas, et 0,8 % n'ont pas répondu à la question.

Aux enquêtées ayant répondu oui (soit la grande majorité d'entre elles), il a été posé la question suivante (qui fait partie de nos variables d'analyse).

➤ **V504 : Que peut-on faire ?**

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses possibles mais il devait noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochait la case autre et notait la réponse en clair.

Tableau 57 : Moyens de protection du VIH/SIDA, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V504)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Utiliser des condoms	64,6	92,4	74,0	82,2	71,7	78,0	46,3	62,5	68,1	90,7	70,1
Limiter les rapports sexuels à un partenaire/ rester fidèle à un seul partenaire	60,2	48,3	53,9	50,4	30,2	44,2	67,8	45,0	73,5	81,4	56,7
S'abstenir de rapports sexuels	21,8	16,1	25,7	62,4	45,3	65,8	16,4	22,5	28,4	39,5	37,9
Éviter de partager rasoirs/lames	39,8	83,1	57,5	32,2	26,4	37,1	5,1	7,5	9,7	23,3	31,1
Éviter l'utilisation de matériel médical sale	3,4	15,3	13,1	18,9	13,2	17,7	20,8	9,2	9,5	20,9	14,4
Limiter le nombre de partenaires sexuels	5,9	12,7	5,1	14,3	9,4	8,1	2,9	4,2	9,5	34,9	8,1
Éviter les transfusions de sang	2,7	6,8	2,0	10,6	15,1	15,6	2,9	7,5	8,7	48,8	8,0
Éviter les rapports sexuels avec les personnes ayant beaucoup de partenaires	4,5	6,8	8,3	8,3	0,0	6,3	1,4	5,0	4,5	27,9	5,8
Éviter les rapports sexuels avec les prostituées	2,0	7,6	7,5	5,5	3,8	3,0	0,3	5,8	10,0	39,5	5,0
Éviter les injections	5,4	5,9	3,1	6,5	22,6	9,5	0,6	3,3	0,6	16,3	4,9
Éviter les rapports sexuels homosexuels	0,0	0,0	0,0	3,7	1,9	2,4	0,6	4,2	1,1	18,6	1,7
Éviter les rapports sexuels avec des personnes qui se font des injections intraveineuses de drogue	0,0	0,0	0,5	3,1	11,3	2,5	0,0	2,5	0,6	18,6	1,6
Éviter les piqûres de moustiques	1,7	0,0	5,6	0,1	0,0	0,8	0,2	0,8	0,4	2,3	1,3
Parler des risques sexuels dans le couple	0,3	0,9	0,9	1,8	0,0	2,1	0,0	0,0	0,4	2,3	1,0
Éviter d'embrasser	0,5	1,7	0,3	0,4	1,9	0,7	0,2	0,0	0,6	7,0	0,5
Éviter de serrer la main à quelqu'un qui a le SIDA	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	7,0	0,2
Chercher la protection des guérisseurs traditionnels	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre	9,1	24,6	14,1	9,7	5,7	5,5	10,5	20,0	7,8	11,6	10,0
Ne sait pas	1,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Effectif total	596	118	588	764	53	765	665	120	539	43	4251

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents moyens, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Parmi les 4251 enquêtées qui pensaient qu'une personne pouvait faire quelque chose pour éviter d'attraper le SIDA, environ 7 sur 10 savaient qu'on pouvait utiliser des condoms (70,1%).

Plus d'un tiers voyaient l'abstinence comme une solution (37,9%). Plus de la moitié pensait que limiter les rapports sexuels à un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire permettait de ne pas attraper le SIDA (56,7%). Pour plus d'une femme sur 3, éviter de partager lames et rasoirs est un moyen de se protéger. (31,1%). Puis assez loin derrière, éviter d'utiliser le matériel médical sale est cité par 14,4 % des femmes. Viennent ensuite, avec environ 5 à 8 % de femmes citant ces moyens de protection, des moyens contre la contamination par le sang (« éviter les transfusions de sang », « éviter les injections ») et des moyens contre la contamination par rapports sexuels (« éviter les rapports sexuels avec les personnes ayant beaucoup de partenaires », « limiter le nombre de partenaires sexuels », « éviter les rapports sexuels avec les prostituées »).

Enfin, certains moyens sont cités par moins de 2 % des femmes à chaque fois, sur le choix des partenaires sexuels (« éviter les rapports sexuels homosexuels », « éviter les rapports sexuels avec des personnes qui se font des injections intraveineuses de drogue »), sur des idées fausses de la transmission du virus (« éviter d'embrasser », « éviter de serrer la main à quelqu'un qui a le SIDA », « éviter les piqûres de moustiques ») sur des moyens de protection traditionnelle (« chercher la protection des guérisseurs traditionnels »), ou encore sur la communication entre partenaires (« parler des risques sexuels dans le couple »).

Seules 0,3 % des femmes ne savaient pas et 0,1 % n'ont pas répondu à la question.

Par ailleurs, environ 1 femme sur 10 a dit qu'il y avait un autre moyen.

Réponses en clair

Tableau 58 : Moyens de protection du VIH/SIDA, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V504)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	54	29	83	74	3	42	100	24	42	5	456
% de l'ensemble	9,1	24,6	14,1	9,7	5,7	5,5	15,0	20,0	7,8	11,6	10,7

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Au total, 456 femmes ont répondu en clair à cette question, c'est-à-dire que 10,7 % des femmes concernées par cette question ont répondu quelque chose en clair.

Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données mais certaines concernent les 4 sites de l'enquête. Voyons d'abord ceux ci.

Deux types de réponses apparaissent en effectifs similaires (constituant chacun environ 29 % des réponses) : faire le test du dépistage et éviter la contamination par le sang.

- L'un des deux est **faire le dépistage du VIH** (moyen indiqué par 145 femmes). Il a été cité dans l'ensemble des bases de données sauf dans la phase GP du Cameroun. Les femmes ont dit : « *faire des dépistages* », « *il faut se faire dépister* », « *se dépister* », « *faire son test de dépistage* », « *faire le test du VIH* », « *faire le test du SIDA* », « *faire le test* », « *chercher à connaître son statut* », « *on fait des analyses* », « *dépistage du sang* », « *il doit effectuer des examens de sang* ». Certaines ont précisé qu'il fallait le faire régulièrement : « *faire régulièrement un test de dépistage* », « *faire son test régulièrement* », « *faire régulièrement le test du SIDA* », « *se dépister fréquemment* », « *se faire dépister après chaque 3 mois* », « *faire un test tous les 3 mois* », « *il faut faire le test tout le temps* », « *dépistages réguliers* ». Certaines ont précisé dans quelles circonstances le faire notamment quand/avec qui le faire (seule ou avec son partenaire, avant les rapports sexuels principalement) : « *pour les jeunes demander toujours le test à son partenaire avant les rapports sexuels* », « *faire le test avec son partenaire avant les rapports sexuels* », « *faire le test avant de coucher avec son partenaire* », « *exiger le test de dépistage avant le mariage* », « *faire le test à chaque fois qu'on change de partenaire* », « *faire des dépistages avant d'avoir des rapports* », « *faire des dépistages avec sa femme et sa maîtresse* », « *dépistages pour le couple* ». Par ailleurs, à Madagascar (toutes bases), beaucoup d'enquêtées associent ce dépistage à un suivi de santé : « *aller vers un centre de santé pour faire un dépistage* », « *aller chez le médecin faire un dépistage* », « *on fait des analyses, on va à l'hôpital* », « *dépistages, docteurs* », « *faire un dépistage et suivre les conseils du centre de santé* », « *faire des dépistages et aller dans un centre de santé* ».
- En effet, près de 40 femmes parlent d'un **suivi de santé** pour se protéger du VIH/SIDA (au Burkina Faso phase GP, au Cameroun phase après, mais surtout à Madagascar (toutes bases). Au Burkina Faso, deux PGP parlent de « *soigner les IST* » ou « *soigner vite les IST* » ce qui montre qu'elles ont assimilés durant les GP le lien entre IST et VIH/SIDA. Au Cameroun et à Madagascar, les femmes disent : « *il faut faire son bilan et le PCV¹²* », « *se faire vacciner chez le médecin* », « *aller chez le médecin* », « *il faut consulter un médecin régulièrement* », « *consulter le docteur de temps en temps* », « *faire des consultations régulières pour la santé* », « *consulter le docteur et surveiller sa santé* », « *surveiller sa santé dans un centre de soin* »,

12 Pneumococcal conjugate vaccine

« suivre les conseils du centre de santé », « il faut faire un bilan de santé avec son partenaire », « aller dans un centre médical », « aller dans un centre de santé », « on va à l'hôpital », « se soigner chez le médecin ». Une femme précise qu'il faut y aller seulement en cas de doute/risque : « si on a des soupçons il faut aller à l'hôpital ». Pour une autre enquêtée, ce sont les personnes contaminées seulement qui doivent y aller, elle n'a donc pas bien compris la question qui concerne la prévention et non le traitement : « si les personnes ont le SIDA elles doivent aller consulter le docteur pour demander quoi faire ». Trois enquêtées disent : « accoucher à l'hôpital », « aller dans un hôpital sûr », « il faut aller dans un hôpital public pour enlever les dents », ce qui sous-entend sûrement une peur de la contamination par le sang. Cela nous amène au deuxième type de réponse le plus cité.

- **Éviter le contact avec le sang** d'une manière ou d'une autre a été cité par plus de 140 femmes dans toutes les bases de données sauf dans la phase GP d'Antananarivo. C'est au Burkina Faso, phase après que ce type de réponse revient le plus (puisque ce type de réponse correspond à deux tiers des réponses autres données par les femmes burkinabé dans cette phase de l'enquête). À noter que certaines de ces réponses auraient pu rentrer dans l'une des catégories suivantes : « Éviter de partager rasoirs/lames », « Éviter les transfusions de sang », « Éviter l'utilisation de matériel médical sale », « Éviter les injections ».

- Il y a d'abord des réponses très générales sur l'évitement du contact avec le sang : « ne pas toucher du sang », « faire attention au sang d'autrui », « ne pas être en contact avec le sang d'autrui », « porter des gants lorsqu'on touche du sang ». Elles préconisent d'éviter le contact « direct avec le sang », « avec du sang », « avec le sang », « avec du sang d'autrui », « avec d'autre sang » etc. D'autres femmes précisent dans leurs réponses différents moyens pour éviter la contamination par le sang.

- D'abord, il y a l'évitement de la contamination par certains objets. Elles disent qu'il faut éviter de toucher des objets tranchants ou souillés par le sang, les stériliser ou utiliser des gants, ne pas partager certains objets comme des peignes, des brosses à dent. Leurs mises en garde sont les suivantes : « il faut faire attention aux choses qui tranchent telles que le couteau », « éviter l'utilisation des couteaux souillés », « attention aux ciseaux, aiguilles », « il faut éviter les objets tranchants souillés », « objets souillés à éviter », « ne pas utiliser des instruments tachés de sang », « éviter de manipuler des objets souillés de sang », « éviter de toucher avec les mains nues les objets souillés de sang », « mettre toujours des gants avant de toucher à des objets souillés de sang ». Des femmes pensent qu'il faut faire stériliser : « tout matériel

tranchant », « le matériel dans de l'eau de javel », « les objets avant de les utiliser », mais aussi « nettoyer les instruments utilisés par les coiffeurs ». Beaucoup de femmes parlent du fait qu'il ne faut pas partager certains objets notamment les brosses à dent et le matériel de coiffage : « ne pas partager sa brosse à dent », « on ne se prête pas les brosses a dents », « éviter d'utiliser les mêmes brosses à dents », « usage unique des brosses a dents », « ne pas utiliser ce que les autres ont déjà utilisé », « on ne se prête pas les instruments de toilette », « ne prêter/n'emprunter ni rasoir ni vêtement », « éviter l'usage collectif d'aiguille, de peigne, de ciseaux chez le coiffeur », « éviter les fils de tresses déjà utilisés », « éviter d'utiliser les mêmes aiguilles pour se coiffer ». Les femmes recommandent d'éviter de partager « les brosses à dent », « les objets piquants qui sont contaminants », « aiguilles, ciseaux et peignes », « les aiguilles dans les salons de coiffure », « peignes et aiguilles pour se coiffer ».

- Ensuite, les femmes parlent d'éviter les risques de contamination lors de l'accouchement : éviter de laver les habits d'une femme qui vient d'accoucher ou utiliser des gants, utiliser des gants pour toucher le placenta. Elles expliquent d'abord qu'il faut faire attention « sur les lieux d'accouchement », « en cas d'accouchement sur une table non stérilisée à la maternité », « accouchement sur une table sale », « en cas de plaie lors de l'accouchement », « attention au sang lors de l'accouchement ». Une enquêtée dit d' « éviter de se faire accoucher à la maison ».

- Quelques femmes conseillent d'« éviter de laver les vêtements d'une nouvelle accouchée », « ne pas laver le linge sale d'une accouchée ». Mais un grand nombre d'enquêtées préconisent de porter des gants : « porter aux mains des gants avant de laver les habits d'une femme qui a accouché », « protéger les mains de gants pour laver les habits d'une femme qui vient d'accoucher », « ne pas laver les pagnes d'une accouchée avec les mains nues et sans désinfectant », « éviter de laver les couches d'une accouchée avec les mains nues » etc. Une dizaine de femmes, uniquement dans la phase après du Burkina Faso ont parlé des précautions à prendre avec le placenta. Elles ont dit d' « éviter de toucher au placenta » mais surtout d'utiliser des gants : « ne pas manipuler le placenta avec mains nues » ou « éviter de toucher le placenta sans gants ».

- D'autres femmes ont parlé d'éviter de toucher un blessé ou de faire attention : « faire attention aux blessures », « ne pas toucher les personnes tâchées de sang, « il faut éviter de toucher une personne blessée », « faire attention en cas d'accident avec le blessé ».

- Quelques femmes parlent de précautions de ce type mais à prendre spécialement avec des personnes séropositives : « utiliser des gants pour laver le linge d'un malade du VIH », « éviter

d'utiliser les mêmes ustensiles qu'un malade du SIDA », « éviter de laver le corps d'une personne décédée du VIH ».

- Quelques enquêtées parlent des transfusions : *« on ne doit pas faire des transfusions sanguines », « transfusion sanguine douteuse », « transfusion sanguine contrôlée »*

- Peu de femmes parlent des injections, piqûres : *« acheter une seringue personnelle », « emmener des sérums quand on fait des piqûres ».*

- Enfin, certaines parlent de faire attention à certaines pratiques : *« ne pas faire de tatouage », « ne pas avorter avec des objets souillés ».*

- Outre cette crainte de la contamination par le sang où les risques de transmission paraissent parfois minimes (éviter de partager les brosses à dent par exemple) une quinzaine d'autres réponses témoignent de la **mauvaise connaissance sur les modes de prévention ou de transmission du virus**. C'est le cas au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phase GP et à Tuléar phase avant. Concernant la prévention, certaines croient qu'un vaccin peut protéger du VIH : *« faire le [...] PCV »* (pneumococcal conjugate vaccine), *« se faire vacciner chez le médecin », « vaccin »*. Certaines parlent des contraceptifs comme moyen de protection : *« les moyens contraceptifs », « il faut respecter les méthodes de contraception », « faire des contraceptions »*. D'autres pensent qu'il y a des médicaments : *« il faut prendre des médicaments », « il y a des médicaments mais j'ignore à quoi ils servent »*. Ces femmes font sûrement référence aux traitements ARV pour les personnes déjà infectées (il y a peu de chance qu'elles parlent des médicaments préventifs « prophylaxie...», surtout donnés en Occident aux personnes à risques et sûrement pas disponibles en Afrique). Sur les modes de transmission, apparaissent des réponses de ce type : *« éviter de boire avec un récipient déjà utilisé », « éviter d'utiliser les WC sales », « éviter d'utiliser les toilettes publiques », « éviter de partager les sous-vêtements », « ne pas manger quelque chose que quelqu'un coupe avec ses dents [pour] te [le] donner », « ne pas embrasser si la bouche a des plaies », « éviter la salive d'autrui »* (renvoie à la modalité « éviter d'embrasser »), *« pour les moustiques surtout l'anophèle »* (renvoie à la modalité « éviter les piqûres de moustique »). À cela s'ajoutent d'autres idées fausses sur la contamination par les personnes séropositives, mais que nous verrons plus loin (car cela ne concerne pas tous les sites).

D'autres types de réponse (recommandations faites pour éviter d'attraper le SIDA) sont spécifiques à certains sites ou bases de données

- Quelques femmes (5) parlent de **campagnes de prévention/information/sensibilisation sur le VIH** au Cameroun phases avant et après et dans les phases GP d'Antananarivo et de Tuléar : « *sensibilisation* », « *il faut sensibiliser les gens* », « *informer sur la maladie* », « *médiatiser* ». Une PGP à Tuléar souhaite même s'engager dans cette communication : « *je vais faire une campagne pour l'usage des capotes* » ce qui est encourageant (bien qu'elle dise également « *on ne doit pas avoir des relations extra-conjugales* », ce qui montre qu'elle est tout de même empreinte de la morale religieuse ou culturelle ambiante).
- Seules 2 femmes camerounaises (phase avant) ont évoqué la **prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)** : « *éviter d'allaiter quand on est malade* », « *faire le test pour protéger le bébé* ».
- Au Cameroun et à Antananarivo (toutes phases), près de 25 femmes restent **évasives** en mettant en avant la prudence, la protection sans plus de détails : « *se protéger* », « *il faut être prudent* », « *se préserver* », « *prendre des précautions nécessaires* », « *faire attention à soi* », « *respecter son corps* », « *faire attention à son corps* », « *observer une attention* », « *prudence* ». Certaines de ces réponses et notamment les nombreux « *se protéger* » renvoient peut-être à l'utilisation de condoms durant les rapports sexuels.
- Au Burkina Faso (phase GP) et au Cameroun (phases avant et après), 6 femmes parlent de **l'hygiène** : « *l'entretien des sexes* », « *il faut beaucoup d'hygiène* », « *la bonne hygiène sexuelle* », « *respecter les règles d'hygiène* ». Ces réponses révèlent des idées reçues sur la transmission et les personnes infectées, en sous-entendant que ces dernières ne seraient pas hygiéniques. Une idée sous-jacente est que seuls les autres peuvent être infectés. Au Cameroun phase après, une enquêtée dit « *il faut être moral et civilisé* ». L'idée qui ressort est que si on a une « *bonne hygiène de vie* », on ne risque pas d'attraper la maladie. Par exemple, 2 enquêtées parlent de « *faire du sport* ».
- Près de 15 femmes (Burkina Faso et Cameroun, phases avant et après et Tuléar phase GP) parlent du fait d'**être fidèle** ou d'**éviter le vagabondage sexuel**. Ces réponses auraient pour la plupart pu rentrer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories : « *limiter les rapports sexuels à un partenaire/ rester fidèle à un seul partenaire* » ou « *limiter le nombre de partenaires sexuels* ». Les premières parlent de se protéger par le moyen de la « *fidélité* » :

« être fidèle », « sensibiliser les hommes sur la fidélité », « on reste avec un seul partenaire », « on ne doit pas avoir des relations extraconjugales », « il ne faut pas dormir dehors ». D'autres expliquent qu'il faut « éviter le vagabondage sexuel », « arrêter le vagabondage sexuel ».

- 6 femmes ont dit d'**éviter les rapports non protégés** au Burkina Faso phase GP et au Cameroun phase avant, ce qui se rapproche de la modalité de réponse « utiliser des condoms ». Les femmes ont dit : « éviter les rapports sexuels non protégés », « éviter les rapports sans protection », « se protéger pendant les rapports ». Une autre précise « éviter le contact avec du sperme ».
- 6 femmes à Antananarivo phase avant ont déclaré qu'il fallait **bien choisir ou connaître son partenaire, avoir confiance en lui** : « choisir son partenaire », « ne pas avoir de rapport avec des gens en qui on n'a pas confiance », « ne pas avoir de rapport avec quelqu'un qu'on ne connaît pas », « ne pas avoir de rapport si on ne connaît pas bien le partenaire ». Cela renvoie un peu aux modalités de réponse « Limiter le nombre de partenaires sexuels », « Éviter les rapports sexuels avec les personnes ayant beaucoup de partenaires », « Éviter les rapports sexuels avec des personnes qui se font des injections intraveineuses de drogue » etc...
- 6 femmes (Burkina Faso phase avant, Cameroun phases avant et après et Antananarivo phase avant) ont dit d'**éviter les rapports sexuels avec des gens séropositifs** : « éviter les rapports sexuels avec un malade du SIDA », « éviter les rapports avec les sidéens », « il faut éviter d'avoir les rapports avec un séropositif », « avoir des rapports avec des personnes qui n'ont pas le SIDA », « ne pas avoir de rapports avec des hommes qui ont le SIDA ». Cela suppose que l'on sache qui est atteint du VIH et donc que les personnes ayant le VIH semblent malades, que cela se voit. Cette réponse d'une enquêtée en est un bon exemple : « éviter les rapports avec les gens qui maigrissent ». Ce type de réponse participe à la stigmatisation et à l'isolement des personnes séropositives. De plus, aucune n'envisage la possibilité de rapports sexuels avec des personnes séropositives grâce à l'utilisation des condoms. On voit donc les idées reçues persistantes sur la maladie et les personnes malades.
- De surcroît, outre le refus de rapports sexuels avec des personnes séropositives, on voit la **persistance de la stigmatisation face à cette maladie et la discrimination que doivent subir les personnes séropositives**, malgré de nombreuses ONG/associations, présentes dans les sites, intervenant dans le champ du VIH/SIDA. En effet, une dizaine de femmes (Burkina

Faso et Cameroun phases avant et après et Antananarivo phase GP) donnent des réponses de ce type : « *il faut éviter de manger avec quelqu'un qui est contaminé* », « *éviter de manger avec un malade du SIDA* », « *ne doit pas manger dans le même plat avec une personne qui a le SIDA* », « *éviter de boire l'eau dans le même verre qu'un malade* », « *éviter le contact des personnes vivant avec le VIH* », « *éviter les personnes infectés* », « *isoler les personnes infectées* », « *éviter de toucher les personnes gravement contaminées* », « *ne pas utiliser les habits ni objets appartenant au sidéen* », « *utiliser des gants pour laver le linge d'un malade du VIH* », « *prendre des précautions pour s'occuper d'un malade du SIDA* », « *éviter d'utiliser les mêmes ustensiles qu'un malade du SIDA* ». Cela est dans le même ordre d'idée que la modalité de réponse pré-établie « Éviter de serrer la main à quelqu'un qui a le SIDA ». Certaines de ces réponses témoignent également de la crainte très présente de la contamination par le sang, vue précédemment.

- Dans les phases avant de Madagascar et essentiellement à Antananarivo, une quinzaine de femmes parlent de l'**abstinence avant le mariage/pour les jeunes** : « *ne pas avoir de rapport avant le mariage* », « *préserver sa virginité donc pas de rapports sexuels avant le mariage* », « *par respect pour le couple pas de rapports avant le mariage* », « *ne pas avoir de rapports trop jeune* ».
- Au Cameroun phase avant et après, 5 femmes parlent de l'**abstinence**, ou de la **chasteté**, ce qui aurait dû rentrer dans la catégorie « s'abstenir de rapports sexuels ».
- Près de 10 femmes (au Burkina Faso phase avant et au Cameroun phases avant et après) ont évoqué la **religion/Dieu** comme moyen de protection : « *c'est Dieu qui nous protège* », « *prier et demander la protection de Dieu* », « *demander la protection du seigneur* », « *la crainte de Dieu* », « *prier* », « *prières* ».
- On observe enfin d'**autres types de réponses** (une dizaine) au Burkina Faso toutes phases, au Cameroun phases avant et après et à Antananarivo phase avant : « *n'a jamais eu de rapport* », une « *refuse de citer* », une parle du retrait : « *il faut se retirer avant d'éjaculer* ». Certaines parlent des préservatifs : « *il faut éviter les préservatifs usés* », « *utiliser les capotes vendues à la pharmacie au lieu de celles vendues à la boutique* ». Une parle d'« *utiliser des plantes, des potions* » et une propose de « *suivre les conseils des autres* ». Certaines sont fatalistes : « *quoi qu'on fasse, on n'est pas assez à l'abri* », « *ça dépend, parfois c'est la malchance* ». Une enquêtée pense qu'il faut « *trouver le médicament du SIDA* ». Dans la phase GP du Burkina Faso, deux femmes disent « *éviter le viol* » et une dit

« *pas de brutalité lors des rapports* ». Cela montre qu'elles ont assimilé le fait qu'on ne peut accepter la violence notamment sexuelle. Cependant, la formulation « *éviter le viol* » est assez ambiguë (comment éviter un viol?).

Certaines réponses ne se retrouvent que dans un pays en raison de pratiques culturelles spécifiques.

- Dans les phases avant de Madagascar mais surtout à Tuléar, 17 femmes parlent d'**éviter la cérémonie de fraternité par le sang** : « *pas de cérémonie de fraternité par le sang* », « *ne pas faire de cérémonie de fraternité de sang* ». Une enquêtée préconise plutôt d'être prudent : « *pas de cérémonie de fraternité par le sang avec un inconnu* ». Bien que cela se rapproche des réponses concernant l'évitement de la contamination par le sang, ces réponses sont propre à Madagascar, car elles se réfèrent à un rite (d'initiation?) de l'île.
- Au Burkina Faso uniquement, toutes phases, 6 femmes notamment des PGP ont dit qu'il fallait « **éviter l'excision** » : « *ne pas exciser les filles* ». Une autre enquêtée dit qu'il faut pratiquer l'excision mais « *avec une seule lame* ». Puisque sur nos trois pays d'étude, l'excision est principalement pratiquée au Burkina Faso, il est normal que ces réponses ne reviennent que pour les enquêtées burkinabé.
- Au Burkina Faso phase avant, une enquêtée propose de « **bannir le lévirat** ». Le lévirat est le remariage d'une femme avec le frère de son époux décédé. Or, il a été montré que le lien entre lévirat et SIDA est plus complexe que ce que certains messages veulent faire croire (à savoir pour combattre le VIH, il faut combattre le lévirat). En effet, ces messages contribuent à stigmatiser les femmes en sous entendant qu'elles sont responsables de la propagation de la maladie et diffusent des idées fausses et alarmantes sur les modes de transmission (Taverne, 1996).

➤ **V527 : Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA ?**

Cette question a été posée à toutes les femmes ayant déjà entendu parler du SIDA, qui ne savaient pas ou n'avaient pas répondu à la variable V501 (« Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ? »). Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ».

Tableau 59 : Recours à un test du VIH, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V527)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Non	66,2	27,1	45,1	27,9	26,4	17,3	73,6	57,8	82,2	50,0	50,1
Oui	32,3	72,9	54,9	71,9	73,6	82,7	25,2	42,2	16,6	50,0	49,3
Non réponse	1,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	665	118	621	789	53	797	719	128	692	46	4628

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les 4628 enquêtées ayant déjà entendu parler du SIDA, près de la moitié avaient déjà fait un test de dépistage du VIH au moment de l'enquête (49,3%), la moitié n'en avait jamais fait (50,1%) et les 0,6 % restantes n'ont pas répondu à la question.

Aux femmes qui ont répondu non ou n'ont pas répondu, la question qui suit a été posée.

➤ **V530 : Aujourd'hui, voudriez vous effectuer un test pour le virus du SIDA ?**

Pour cette question, l'enquêteur devait cocher une seule case. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur cochait la case « Non réponse ».

Tableau 60 : Volonté d'effectuer un test du VIH aujourd'hui, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V530)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	60,4	87,5	71,1	75,7	78,6	81,2	25,8	29,7	36,0	34,8	49,7
Non	32,9	12,5	25,7	18,0	21,4	12,3	67,3	64,9	56,2	60,9	44,0
Pas sure/cela dépend	3,1	0,0	2,5	3,6	0,0	4,3	2,8	2,7	4,7	0,0	3,4
Ne sait pas	1,3	0,0	0,4	2,3	0,0	1,4	1,1	2,7	1,9	0,0	1,4
Non réponse	2,2	0,0	0,4	0,5	0,0	0,7	3,0	0,0	1,2	4,3	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	450	32	280	222	14	138	538	74	577	23	2348

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les femmes n'ayant pas encore effectué un test de dépistage du VIH ou n'ayant pas répondu, près de la moitié ont dit qu'elles voudraient aujourd'hui effectuer un test pour le virus du SIDA (49,7%). Mais 44 % ont en revanche dit qu'elles ne voudraient pas. 3,4 % ont dit qu'elles n'étaient

pas sûres ou que cela dépendait et 1,4 % ne savaient pas. Enfin, 1,6 % des femmes concernées par la question n'y ont pas répondu.

La question suivante (variable d'analyse) a ensuite été posée, sauf pour les femmes ayant répondu « oui » à cette question. Autrement dit, elle a été posée aux enquêtées ayant répondu « non », « pas sûr cela dépend », qui ne savaient pas ou n'avait pas répondu.

➤ V531 : Pourquoi ?

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses, il devait cocher toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochant la case autre et notait la réponse en clair.

Tableau 61 : Raison pour être réticente à faire le test du VIH, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V531)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
L'enquêtée a confiance en elle	34,3	0,0	46,9	38,9	0,0	34,6	55,4	57,7	52,0	26,7	48,8
Peur	43,3	25,0	37,0	16,7	0,0	23,1	11,3	9,6	27,4	40,0	23,7
Honte	0,6	25,0	2,5	1,9	0,0	0,0	3,8	1,9	11,1	46,7	5,8
Manque de confiance envers la personne qui fait le test	1,7	0,0	1,2	11,1	0,0	0,0	0,3	0,0	2,4	6,7	1,8
Le SIDA n'existe pas	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,9	3,5	6,7	1,7
Contraire à la religion	0,6	0,0	0,0	3,7	0,0	3,9	0,5	0,0	1,1	0,0	0,9
Non existence de lieu de dépistage	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,7
Lieu de dépistage trop loin	1,1	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Autre	13,5	50,0	9,9	27,8	100,0	30,8	29,6	23,1	17,6	13,3	21,8
Non réponse	1,7	0,0	4,9	5,6	0,0	7,7	6,3	7,7	0,8	0,0	3,7
Effectif total	178	4	81	54	3	26	399	52	369	15	1181

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents motifs, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Parmi les 1181 femmes qui ne voudraient pas effectuer un test de dépistage du VIH aujourd'hui, qui n'étaient pas sûres, ne savaient pas ou n'avaient pas répondu, près de la moitié expliquent que c'est parce qu'elles ont confiance en elles (48,8%). Près d'un quart expliquent qu'elles ont peur (23,7 %) et 5,8 % qu'elles ont honte. Les autres modalités de réponse sont très peu citées par les femmes, soit par moins de 2 % d'entre elles à chaque fois. Cela concerne les motifs suivants : l'enquêtée a pas/peu confiance envers la personne qui fait le test , elle pense que le SIDA n'existe pas, il n'y a pas de lieu de dépistage ou il est trop loin, faire un test de dépistage est contraire à la religion.

3,7 % des femmes concernées par cette question n'y ont pas répondu.

Par ailleurs, plus de 2 femmes sur 10 (21,8 %) ont invoqué un autre motif.

Réponses en clair

Tableau 62 : Raison pour être réticente à faire le test du VIH, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V531)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	24	2	8	15	3	8	118	12	65	4	259
% de l'ensemble	13,5	50,0	9,9	27,8	100,0	30,8	29,6	23,1	17,6	26,7	21,9

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Au total, 259 femmes ont répondu en clair à cette question, c'est à dire que 21,9 % des femmes concernées par cette question ont répondu quelque chose en clair.

Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données mais certaines sont communs à l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Une trentaine de femmes (Burkina Faso phase après, Cameroun, Antananarivo et Tuléar phases avant) ont dit qu'elles n'avaient **pas le temps** notamment en raison d'un travail, que c'était par **paresse ou négligence**. Ce type de réponse se retrouve surtout à Antananarivo. Les femmes ont dit : « n'a pas le temps », « par négligence », « paresse », « n'a pas le temps car travaille », « n'a pas le temps pour ça », « ne peut pas car travaille », « pas le temps car

occupée à faire le ménage ». Ce type de réponse se retrouvait également dans la variable V205, comme obstacle aux soins.

- 26 enquêtées expliquent qu'elles n'y **ont pas (encore) pensé** (phases avant des 4 sites et phase GP d'Antananarivo). Ces réponses se retrouvent également principalement dans la phase avant d'Antananarivo. Elles disent : « *elle n'y a jamais pensé* », « *elle n'y a pas pensé* », « *je n'y pense pas* », « *ne pense pas faire ça* », « *je n'y ai pas pas encore pensé* », « *n'a pas la tête à ça* », « *ne pense pas encore à le faire* », « *ça ne passe pas dans ma tête* », « *ça ne m'a pas encore effleuré* ». Cela rappelle donc ce qui a été dit précédemment pour la variable V205 (obstacles aux soins) à savoir que les femmes ont d'autres priorités dans leur vie quotidienne. Certaines n'iront sûrement pas au centre de santé si elles ne présentent pas de symptôme. Or, la première phase de la maladie (VIH) est asymptomatique.
- Une vingtaine d'enquêtées se disent **pas encore prête, n'ont pas encore pris cette décision** (Burkina Faso phase après, Cameroun phases avant et après, Antananarivo phases avant et GP et Tuléar phase avant). Ces réponses se retrouvent surtout à Madagascar (deux sites). Les femmes expliquent pourquoi elles ne voudraient pas aujourd'hui effectuer un test de dépistage en ces termes : « *elle n'a pas encore décidé de cela* », « *je ne suis pas prête* », « *n'a pas encore eu l'occasion de faire le test* », « *pas encore dans le programme* », « *je ne suis pas encore prête* », « *pas encore programmé* », « *je ne suis pas encore décidée* », « *hésite* ». Selon une enquêtée, le test doit se faire : « *avant de se marier* ».
- Une vingtaine de femmes, en revanche, **ne veulent simplement pas faire le test** (phases avant des 4 sites, phase GP du Burkina Faso et phase après du Cameroun). Les femmes s'expriment ainsi à ce propos : « *je n'ai pas envie* », « *pas envie* », « *cela ne m'intéresse pas* », « *ne veux pas* », « *ne veut pas le faire* ».
- 13 femmes expliquent qu'elles **préfèrent ignorer ce diagnostic sérologique** lourd de conséquences (Burkina Faso toutes phases, Cameroun phases avant et après, phases avant des deux sites de Madagascar). Elles disent : « *préfère ignorer son statut, on vit mieux ainsi* », « *préfère ne pas savoir sa sérologie* », « *ne veut pas savoir* », « *si le test se révèle positif, tu peux mourir avant ta période prévue* », « *ne se sent pas prête à affronter le résultat* », « *quand on le sait, on fait la maladie* », « *tant qu'on ne sait pas qu'on est infecté* », « *ne veut pas penser à ça* », « *ne veut pas se soucier* », « *détruit le moral* », « *démoralise* ». Cela est bien sûr lié à la peur du résultat. Cela montre que l'accent doit être mis dans les campagnes de prévention sur l'importance d'être dépisté à temps et sur la

possibilité de vivre bien avec la maladie lorsqu'on prend les traitements ARV à temps (si bien sûr ils sont disponibles et accessibles à la population).

- Dans les phases avant des 4 sites et la phase après du Cameroun, une quinzaine de femmes ont expliqué que **faire le test nécessitait l'accord/l'avis du mari** : « *il faut l'accord de mon mari* », « *il faut l'avis du mari* », « *cela dépend de la décision de son mari* », « *la décision doit venir du chef de famille* », « *ne pas faire sans l'accord du mari* », « *cela dépend de son mari* », « *parler d'abord avec son mari* », « *c'est lui qui commande* », « *il faut encore en parler avec le mari* », « *mari ne veut pas* ». Cela montre le peu d'autonomie des femmes dans ce choix de dépistage, et rappelle la situation similaire sur le choix de la contraception.

Certaines réponses sont quant à elles spécifiques à certaines phases/sites.

- Près de 50 femmes ont indiqué qu'elles ne voudraient pas effectuer un test de dépistage aujourd'hui (au moment de l'enquête), car elles étaient **vierges ou n'avaient pas de rapports sexuels actuellement, étaient célibataires, se considéraient trop jeunes pour certaines ou au contraire trop âgées pour d'autres**. Elles évoquent donc le motif contextuel de leur situation actuelle (âge, statut matrimonial...). C'est le cas au Cameroun et à Antananarivo toutes phases et dans la phase avant de Tuléar, mais pas au Burkina Faso. La grande majorité des femmes ayant donné ce type de réponse se retrouvent à Antananarivo, phase avant de l'enquête (32 femmes). Elles disent : « *n'a pas de rapport sexuel* », « *n'a pas eu de rapports sexuels* », « *n'a jamais eu de rapport* », « *je suis encore vierge* », « *je n'ai pas encore eu de rapport sexuel* », « *éviter les relations sexuelles fréquentes* », « *plus de rapport* », « *célibataire* », « *n'a pas de petit ami* », « *n'a pas encore de petit copain* », « *je suis mineure* », « *encore en bas âge* », « *encore jeune* », « *encore trop jeune* », « *ça ne me sert à rien à mon âge* », « *veuve* », « *vieille* », « *divorcée/veuve et n'a plus de rapports sexuels* ». En raison de ce contexte, elles semblent donc ne pas se sentir concernées par le VIH ou ne pensent pas être dans une situation à risques (en termes de risques sexuels). Ce type de réponse se retrouve également pour la contraception, où beaucoup de femmes en raison de leur âge ou de leur situation matrimoniale/sentimentale ne se sentent pas concernées.
- Près de 40 femmes, au Burkina Faso phase avant, mais essentiellement à Madagascar (toutes bases de données), disent qu'elles ont **confiance en leur partenaire ou qu'il y a**

fidélité/confiance mutuelle dans leur couple. Plus précisément, elles s'expriment en ces termes : « *confiance mutuelle* », « *j'ai confiance en mon mari* », « *confiance au partenaire* », « *je suis fidèle à mon partenaire* », « *fidèle* », « *je ne suis pas infidèle* », « *mon mari est fidèle* », « *ne va pas voir ailleurs et reste à la maison* », « *il ne faut pas être infidèle* ».

- 15 femmes uniquement à Madagascar (à Tuléar phase GP et surtout à Antananarivo phase avant) disent qu'elles **ne se sentent pas concernées, qu'elles n'ont pas besoin de faire le dépistage ou qu'elles sont sûres de ne pas être infectées.** Cela est proche de la modalité « l'enquêtée a confiance en elle ». Les femmes disent : « *je ne me sens pas concernée* », « *je suis sûre que je n'ai pas cette maladie* », « *ne se tracasse pas la tête pour cette maladie* », « *n'a pas besoin de faire de dépistage* », « *inutile* », « *pas de raison pour faire ça* », « *pas encore de soupçon* ». Le fait de ne pas se sentir concernée révèle parfois des idées reçues sur la maladie (touche une catégorie de la population, sur les modes de transmission, etc) : « *ne pas être infidèle et ce sont les jeunes qui sont le plus touchés* », « *vient d'avoir des rapports, fait attention aux objets qui peuvent transmettre la maladie* », « *n'a pas de rapport sexuel et ne fait pas d'intraveineuse* », « *vierge, [n'a] pas de relation avec séropositifs et ne va pas chez le coiffeur* ». Une femme pense même que « *cela ne se transmet pas* ». Une enquêtée ne se sent pas concernée car « *le partenaire a déjà fait des dépistages* » (cela suppose qu'aucun des deux partenaires n'ait de relation extra-conjugale non protégées et que la femme ait aussi fait le test avant ou qu'elle n'ait pris aucun risque sexuel ou de contamination par le sang). Une enquêtée se dit en « *en bonne santé* », ce qui rappelle aussi ce qu'on a dit précédemment : beaucoup de gens croient que les gens porteurs du VIH ont l'air malades.
- 8 femmes ont invoqué le motif de la « **peur** » (Burkina Faso phase avant, Cameroun et Tuléar toutes phases). Il s'agissait déjà d'une modalité de réponse pré-codée. Cependant, certaines ont été plus précises : 1 a « *peur qu'on lui donne de faux résultats* » ce qui renvoie également à la modalité de réponse « manque de confiance envers la personne qui fait le test ». Une enquêtée dit « *j'ai peur car je ne fais pas confiance à mon mari* ». 5 femmes ont plutôt peur des piqûres ou de l'examen : « *peur de la prise de sang* », « *peur d'être piquée* », « *peur des piqûres* », « *peur des injections* », « *peur de faire un examen gynécologique* ».
- 8 enquêtées ont invoqué le **motif financier**, au Burkina Faso phases avant et après, au Cameroun phase avant mais aucune femme à Madagascar : « *manque d'argent* », « *les problèmes d'argent* », « *si [c'est] payant, je ne [le] fais pas parce que je n'ai pas d'argent* »,

« problème de manque d'argent », « les agents de santé exigent de l'argent », « pas d'argent ».

- 8 femmes ont donné **d'autres motifs** (phases avant des 4 sites, Cameroun phase après et Antananarivo phase GP). 2 femmes pensent être protégées par la religion : « *c'est Dieu qui va me protéger* », « *assurance de Jésus* ». Une enquêtée évoque son manque de connaissances sur le test du VIH : « *aucune notion sur le dépistage* ». Une autre pense qu'il n'y a « *pas de médicaments* ». Cela signifie peut-être qu'ils ne sont pas disponibles. Il est vrai que savoir que l'on est infecté dans des contextes sans accès aux traitements ARV peut paraître absurde et dénué d'intérêt. Une enquêtée dit qu'elle « *vient d'accoucher* ». Une autre est fataliste : « *tout le monde va mourir un jour de toute façon* ». Enfin, une femme semble souhaiter des dépistages à domicile « *j'attends ça sur place* ».
- 7 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas ou n'ont pas voulu donner de raison** (au Burkina Faso, au Cameroun et à Antananarivo) : « *ne sait pas* », « *pas de raison* », « *pour rien* », « *aucune raison* ».

Les questions suivantes portent sur les IST.

- **V544 : Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible ?**

Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. L'enquêteur ne devait pas lister les réponses possibles mais il devait cocher toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochait la case autre et notait la réponse en clair. Si la case « Pas de symptôme » était cochée, c'est qu'aucune autre case n'avait été cochée.

Tableau 63 : Signes ou symptômes des IST (chez un homme) connus, en pourcentage des femmes. (V544)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Douleur brûlante en urinant	20,7	46,6	24,3	34,6	32,1	35,7	17,6	36,6	36,3	76,6	29,8
Démangeaisons génitales	25,8	66,1	44,8	31,6	24,5	29,8	10,6	19,4	15,5	36,2	26,8
Plaie/ulcère génital	9,7	52,5	13,3	12,5	13,2	7,3	17,9	26,9	30,8	44,7	16,9
Douleurs abdominales	3,4	1,7	7,8	15,3	26,4	11,6	4,0	7,5	45,7	72,3	15,3
Écoulement/ perte génitale	3,7	21,2	5,4	20,1	20,8	11,6	26,3	47,0	13,1	40,4	15,3
Écoulement mal odorant	2,3	11,0	2,4	17,1	7,6	15,3	12,6	32,8	31,3	59,6	14,9
Sang dans les urines	2,8	9,3	6,7	13,9	3,8	7,8	3,7	12,7	27,0	38,3	10,8
Rougeurs/inflammation de la zone génitale	5,1	21,2	4,3	14,2	11,3	10,8	3,8	9,7	5,5	23,4	8,1
Perte de poids	1,1	4,2	4,6	8,7	3,8	4,3	11,1	11,9	15,5	25,5	7,9
Impuissance	1,7	3,4	3,4	7,6	3,8	7,5	0,8	3,7	4,5	25,5	4,5
Verrue génitale	0,8	9,3	0,2	2,2	1,9	2,4	2,1	10,5	4,6	25,5	2,8
Autre	3,9	15,3	7,4	17,2	26,4	10,5	13,4	14,9	4,5	2,1	10,1
Pas de symptômes	0,5	0,0	1,4	0,4	1,9	0,8	1,6	0,8	0,0	0,0	0,7
Ne sait pas	49,6	1,7	37,4	31,7	22,6	29,5	27,0	11,9	8,6	2,1	28,5
Non réponse	1,2	0,0	0,5	0,9	0,0	0,5	4,1	0,0	2,0	0,0	1,4
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents signes, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Parmi l'ensemble de nos enquêtées, près de 3 sur 10 ont parlé de douleur brûlante en urinant comme signe d'IST chez l'homme (29,8%). Plus d'un quart ont cité les démangeaisons génitales (26,8%). 16,9 % ont évoqué une plaie ou un ulcère génital. Autour de 15 % des enquêtées à chaque fois ont donné comme signes des douleurs abdominales, un écoulement/des pertes génitales ou un écoulement malodorant. Puis le sang dans les urines a été mentionné par environ 1 femme sur 10. Dans environ 8 % des réponses apparaissent d'une part des rougeurs/inflammations de la zone génitale et d'autre part une perte de poids. Les autres signes/symptômes ont été cités par moins de 5 % des enquêtées : l'impuissance, et la verrue génitale (respectivement 4,5 % et 2,8%). Moins de 1 % des femmes ont dit qu'il n'y avait pas de symptôme d'IST chez l'homme (0,7%). 1,4 % n'ont pas répondu à cette question. En revanche, plus d'un quart des enquêtées ont répondu qu'elles ne savaient pas (28,5%). On peut supposer que ces dernières n'ont pas encore eu de partenaire ou d'homme dans leur entourage ayant eu une IST. De plus, les signes/symptômes d'IST sont souvent difficiles à reconnaître et peuvent être confondus avec d'autres choses.

Par ailleurs, environ 1 femme sur 10 a indiqué un autre signe/symptôme d'IST chez l'homme (10,1%).

Réponses en clair

Tableau 64 : Signes ou symptômes des IST (chez un homme) connus, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V544)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	25	18	46	135	14	83	101	20	34	1	477
% de l'ensemble	3,7	15,3	7,4	17,1	26,4	10,4	13,4	14,9	4,5	2,1	10,0

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Au total, 477 femmes ont répondu en clair à cette question, c'est-à-dire que 10,0 % des enquêtées ont répondu quelque chose en clair. À noter que la phase GP de Tuléar ne contient qu'une réponse en clair. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données. En revanche, certaines sont communs à l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Près de 27 % des réponses évoquent comme signe des **boutons, notamment sur le sexe mais aussi sur d'autres parties du corps**. On retrouve ces réponses dans toutes les bases de données hormis les phases GP d'Antananarivo et de Tuléar. Les femmes ont parlé de : « boutons », « petits boutons », « boutons rouges », « boutons noirs », « apparition des boutons sur le peau », « poussée des boutons », « boutons sur tout le corps », « [des] boutons poussent sur son corps », « boutons rouges sur le corps », « corps couvert de boutons comme les lépreux », « boutons sur le visage », « boutons autour des lèvres », « boutons sur parties les génitales », « boutons sur le sexe », « boutons au niveau du sexe », « apparition de boutons au sexe », « boutons sur le pénis », « boutons aux testicules », « boutons sur la verge », « bouton sur son pubis ». On peut penser que les boutons situés sur le sexe renvoient à la catégorie pré-établie « verrue génitale ».
- De plus, près de 10 femmes parlent du **pus** (Burkina Faso phase GP et après, Cameroun phase après, phases avant à Madagascar) : « pustules », « écoulement de pus », « l'apparition des boutons et du pus », « présence de pus », « pus sur le corps », « a des pus », « urine des pus », « l'apparition du pus sur la vulve ».

- 75 femmes ont évoqué d'**autres problèmes de peau ou signes physiques** (hormis ceux de la zone génitale qui seront présentés plus loin). C'est le cas au Burkina Faso phases GP et après, au Cameroun (toutes phases) et à Madagascar (toutes bases sauf phase GP de Tuléar). La grande majorité de ces réponses se retrouvent au Cameroun. Les femmes ont évoqué le fait d'avoir « *d'autres maladies de la peau* », un « *problème de peau* », d'« *autres symptômes cutanés* », des « *infections cutanées* », « *inflammations cutanées* », « *irruptions cutanées* », « *éruptions cutanées* », « *signe sur la peau tâche* », « *l'apparition des lésions cutanées sur la peau* », « *il a la gale* », « *des tâches* », « *tâches faciales* », « *les tâches corporelles* », « *tâche sur la main* », « *l'apparition des tâches noires* », « *noircit ou blanchit* », « *il y a des trucs qui sortent sur eux* », « *une partie du visage enfle* », « *enfle sous les aisselles* », « *zona* », « *chancre sur la peau* », « *champignons, plaques* », « *desquamation de la peau* », « *la dartre, la gale* », « *le chancre mou* », « *la dartre de couleur* », « *le changement de la couleur de la peau* », « *rougeurs des yeux* », « *gros yeux* », « *ongles quittent* », « *pâle* », « *peau pâlit* », « *pâleur du visage* », « *plaie au niveau du bas ventre* », « *plaies dans la bouche* », « *plaies sur les lèvres* », « *lèvres sèches* », « *lèvres fendillés* », « *présence de ganglions* », « *il a des ganglions aux jambes* ». Les ganglions ont été beaucoup cités à Madagascar (2 sites).
- Au Burkina Faso phase après, au Cameroun phases avant et GP et dans les phases avant d'Antananarivo et de Tuléar, près de 30 femmes ont mis en avant le signe : **tout le temps malade/entraîne d'autres maladies/organisme affaibli**. Ces réponses se retrouvent surtout à Antananarivo, phase avant. Elles disent : « *quand il tombe fréquemment malade* », « *organisme fragile* », « *maladif* », « *malade tout le temps* », « *le corps est malade* », « *le corps et fatigué* », « *la santé se dégrade* », « *affaibli et difficulté à soigner les maladies issues des IST* », « *excès de paludisme* », « *a différents paludismes* », « *a le paludisme tout le temps* ».
- Au Burkina Faso (phase après), au Cameroun (phase avant), à Antananarivo (phase avant et GP) et à Tuléar (phase avant), près de 30 femmes ont donné comme symptôme **l'humeur** de l'homme ou son **état psychologique ainsi que la fatigue/faiblesse**. Ces réponses sont les plus présentes dans les phases avant du Cameroun et d'Antananarivo. Les femmes ont dit à ce propos : « *trop fatigué* », « *toujours fatigué* », « *le corps et l'esprit sont fatigués* », « *faiblesse* », « *affaibli* », « *faible physiquement et n'arrive pas à travailler* », « *mou* », « *ramolli* », « *n'est pas en forme tout le temps* », « *difficulté pour se mettre à l'aise* », « *il*

est mal à l'aise », « son comportement change », « repli sur soi », « démoralisé », « mécontent », « tout le temps de mauvaise humeur ».

Certaines réponses sont spécifiques à certains sites ou bases de données.

- Une cinquantaine de femmes parlent d'un **gonflement de la zone génitale** (ou autres **signes visibles sur la zone génitale**). Cela concerne toutes les phases au Burkina Faso et à Antananarivo, la phase avant de Tuléar, mais aucune au Cameroun. Les femmes ont parlé du gonflement *« de la zone génitale », « des organes génitaux », « des parties génitales », « des organes de reproduction »* mais aussi de l'*« enflure des testicules »*, de *« zone génitale enflée »*, *« quelque chose d'enflé sur le pénis »*, *« la verge augmente de volume »*, *« on observe un gonflement au dessus la verge »*. En plus du gonflement, elles ont aussi dit : *« la maladie ronge tout le sexe »*, *« vers rongeurs dans le sexe »*, *« ronge le pénis »*, *« la partie pelvienne blanchit »*, *« appareil génital malade »*, *« le pénis est malade »*, *« choses étranges sur le pénis »*. La catégorie pré-établie « gonflement de la zone génitale » existe pour les signes d'IST chez la femme mais n'est pas proposée pour les cas d'IST chez l'homme. Au regard des nombreuses réponses de ce type, il semble pertinent de rajouter cette modalité de réponse pour cette variable V544 (signes/symptômes d'IST chez l'homme).
- Au Burkina Faso (phase avant) mais essentiellement à Madagascar (toutes bases sauf Tuléar phase GP), 35 femmes ont mentionné la **démarche ou l'allure des hommes** comme un signe d'IST. Ces réponses reviennent particulièrement dans la phase avant d'Antananarivo. Voici les réponses données par les femmes : *« la façon de marcher de l'homme change »*, *« il marche difficilement »*, *« il marche en écartant les jambes »*, *« son allure change »*, *« il a une allure étrange »*, *« sa démarche change »*, *« démarche étrange »*, *« démarche en canard »*.
- Une trentaine de femmes, dans tous les sites sauf la phase GP du Burkina Faso, et les deux phases de Tuléar, évoquent des **états fiévreux et/ou des diarrhées et vomissements** : *« diarrhée, vomissements »*, *« diarrhée, fièvre »*, *« il tousse »*, *« Toux grasse »*, *« toux, vomissements et diarrhée »*, *« forte fièvre, diarrhée, toux »*, *« toux sèche, fièvre, diarrhée »*, *« il a la fièvre »*, *« la toux, le mal de tête »*, *« maux de tête »*, *« a des migraines tout le temps »*, *« lui donne des vertiges puis le fait tomber »*, *« il respire mal »*. Au Cameroun (toutes phases), les femmes ont beaucoup cité la *« diarrhée »*.

- Près de 20 femmes ont parlé des **rappports sexuels douloureux ou de la perte/baisse de libido**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso, phases GP et après, au Cameroun phases avant et après, à Antananarivo phase avant, mais pas à Tuléar. Les femmes ont dit : « *les rappports sexuels sont douloureux* », « *douleurs lors des rappports sexuels* », « *sensation de faiblesse sexuelle* », « *pas envie d'avoir des rappports* », « *perte d'appétit sexuel* », « *s'il me repousse et qu'il est réticent* », « *fatigue sexuelle* ».
 - De plus, au Cameroun, toutes phases et à Antananarivo phase avant, 20 femmes ont parlé de l' « **éjaculation précoce** » comme d'un signe d'une IST, dont 15 dans la phase après du Cameroun. Dans le même ordre d' idée, à Antananarivo, une femme a dit « *toujours en érection* ».
- Ces deux types de réponse sont quelque peu liées à la modalité pré-établie « Impuissance » mais les réponses sont plus variées. On pourrait donc élargir cette catégorie.
- Près de 15 femmes au Burkina Faso (phase après) mais surtout au Cameroun (phases avant et après) évoquent des **chutes de cheveux ou de poils** ou d'autres problèmes capillaires. Elles disent : « *perte de poils* », « *chute de poils* », « *les cheveux rongés* », « *la perte des cheveux* », « *les cheveux tombants* », « *la chute des cheveux* », « *cheveux bizarres* », « *la teigne* ».
 - Au Burkina Faso (phases avant et après) et à Antananarivo (phases avant et GP), 9 femmes parlent de **problèmes pour uriner** : « *incontinence urinaire* », « *ne peut plus uriner* », « *douleur en urinant et les urines sortent peu* », « *difficultés pour uriner* », « *il n'arrive pas à uriner* », « *il urine souvent* », « *urine des pus* », « *pisse des termites* ». Ces réponses sont plus diverses que la modalité de réponse « douleurs brûlantes en urinant ». On pourrait donc envisager de l'élargir à « difficultés pour uriner/douleurs brûlantes en urinant/incontinence urinaire ».
 - Une quinzaine de femmes parlent de **douleurs ou picotements de la zone génitale**. C'est le cas au Burkina Faso phase avant mais surtout au Cameroun (phases avant et après). Aucune femme n'a cité ce signe à Madagascar. Les femmes ont parlé de : « *douleurs pelviennes* », « *avoir mal au sexe* », « *douleur au sexe* », « *douleurs aux testicules* », « *verge douloureuse au toucher* », « *quand il a mal au niveau de la verge* », « *picotements* », « *les picotement sur le pénis* », « *les picotements et la sensation de chaleur* », « *les picotements sur la verge* ». Les réponses du type « picotements » auraient dû rentrer dans la catégorie « démangeaisons génitales ».

- Une quinzaine de femmes ont parlé d'**autres douleurs** (hors douleurs de la zone génitale). C'est le cas dans les phases avant du Burkina Faso et de Tuléar et dans les phases avant et après du Cameroun, mais pas à Antananarivo. Les femmes disent : « *la douleur au niveau des reins* », « *le mal de dos* », « *mal au bassin* », « *avoir des convulsions* », « *maux de ventre* », « *maux de ventre violents* ». Ces dernières réponses pourraient rentrer dans la modalité « Douleurs abdominales ».
- Dans les phases avant du Burkina Faso et du Cameroun, deux femmes parlent d'« **infertilité** » ou de « **stérilité** ». Il est intéressant de noter que la modalité de réponse équivalente (Difficile de tomber enceinte/avoir un enfant) était proposée pour les signes d'IST chez la femme, mais pas chez l'homme.
- Dans les phases avant du Cameroun et d'Antananarivo, 3 femmes ont parlé de **sperme anormal** : « *couleur du sperme* », « *sperme fluide* », « *les spermatozoaires sentent mauvais* ». Dans ce cas, peut-être ces femmes confondent-elles le sperme avec un « écoulement, des pertes génitales » (modalité de réponses proposée). De plus, la réponse « *les spermatozoaires sentent mauvais* » renvoie probablement à l'« écoulement malodorant » (modalité pré-codée également).
- Au Cameroun (phases GP et après) et à Madagascar (toutes bases), une dizaine de femmes parlent de l'homme qui **maigrit** ou **manque d'appétit** : « *amaigrissement* », « *maigrir* », « *la perte d'appétit* », « *pas d'appétit* », « *il manque d'appétit* ». Les réponses du type « l'homme maigrit » auraient dû rentrer dans la catégorie pré-établie « perte de poids ».
- Dans les phases avant du Burkina Faso et d'Antananarivo, 7 femmes ont dit qu'il était **difficile de voir/connaitre les symptômes**. Plus précisément, elles ont dit : « *on peut pas savoir* », « *c'est difficile de savoir* », « *il y a des manifestations des IST qui ne sont pas visibles* », « *pas visible de l'extérieur* », « *ça dépend du corps* », « *ça prend du temps pour voir les symptômes* ». Certaines de ces réponses sont proches de la modalité « pas de symptômes » ; on pourrait donc étendre cette catégorie à « pas de symptômes/symptômes pas toujours visibles/difficile à identifier ». En effet, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, les symptômes d'IST sont difficiles à reconnaître.
- Au Burkina Faso phase après, au Cameroun phase GP, à Antananarivo phases avant et GP et à Tuléar phase avant, environ 10 femmes ont donné d'**autres types de réponses** : « *hémorroïdes* », « *baisse de la virilité* », « *comportement du corps* », « *hémorragie* », « *occupe encore de son bébé* ». Deux femmes citent des IST : « *Syphilis, chlamydia*,

candida », « *Atteint de syphilis* » ; une enquêtée parle du dépistage : « *dépistage sanguin* ». À noter par ailleurs que deux femmes ont employé le terme de « *vagin* » au Cameroun phase après : « *l'apparition des boutons sur le vagin* », « *picotement au niveau du vagin* ». On peut se demander s'il s'agit d'une erreur de retranscription/traduction/saisie ou si ces femmes ne connaissent pas les terminologies différentes de l'anatomie de l'homme/de la femme.

- 4 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas**, une précise que c'est car elle « *n'a jamais vu* ».

- **V545 : Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible ?**

Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. L'enquêteur ne devait pas lister les réponses possibles mais il devait cocher toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, il cochait la case autre et notait la réponse en clair. Si la case « Pas de symptôme » était cochée, c'est qu'aucune autre case n'avait été cochée.

Tableau 65 : Signes ou symptômes des IST (chez une femme) connus, en pourcentage des femmes. (V545)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Démangeaisons génitales	38,3	88,1	62,7	47,9	43,4	50,2	12,7	16,4	22,0	27,7	39,0
Écoulement/pertes vaginales	9,9	57,6	18,4	40,3	34,0	39,1	24,9	39,6	15,3	36,2	26,8
Pertes malodorantes	2,1	19,5	4,3	33,0	20,8	23,2	22,6	44,8	31,0	51,1	21,3
Douleur brûlante en urinant	13,0	19,5	16,8	26,0	15,1	18,4	12,3	27,6	33,8	55,3	20,8
Douleurs abdominales	5,4	5,1	6,4	30,2	35,9	19,8	3,3	6,7	39,4	78,7	18,3
Plaie/ulcère génital	10,6	65,3	20,8	10,6	5,7	7,5	18,8	20,9	33,1	38,3	18,2
Perte de poids	1,2	4,2	2,6	9,7	7,6	6,1	9,8	7,5	16,5	23,4	8,0
Sang dans les urines	2,3	4,2	4,3	8,2	1,9	3,4	2,4	9,7	21,9	42,6	7,5
Rougeurs/inflammation de la zone génitale	6,0	8,5	6,7	14,2	11,3	6,8	1,5	9,0	5,9	23,4	7,2
Difficile de tomber enceinte/avoir un enfant	1,1	4,2	0,6	11,4	5,7	6,3	1,9	4,5	13,4	27,7	6,2
Gonflement de la zone génitale	2,0	0,9	2,1	12,6	0,0	4,1	2,3	11,9	8,8	25,5	5,7
Verrue génitale	2,1	11,9	0,6	2,4	3,8	2,4	1,2	6,0	3,8	17,0	2,7
Autre	4,0	19,5	4,8	18,2	11,3	8,8	11,0	5,2	3,9	8,5	8,9
Pas de symptômes	0,9	0,0	1,3	0,3	1,9	0,6	1,3	0,0	0,4	0,0	0,7
Ne sait pas	40,7	0,0	28,0	25,3	20,8	24,4	30,2	15,7	10,6	2,1	24,9
Non réponse	0,5	0,0	0,5	0,6	0,0	1,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,7
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer différents signes, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Parmi l'ensemble de nos enquêtées, près de 4 femmes sur 10 ont parlé des démangeaisons génitales (39%). Plus d'un quart d'entre elles ont parlé d'écoulement/de pertes vaginales (26,8%). Autour de 2 femmes sur 10 ont parlé d'autres signes : pertes malodorantes et douleurs brûlantes en urinant (respectivement 21,3 % et 20,8%). Puis, autour de 18 % des femmes ont parlé d'une part de plaie/ulcère génital et d'autre part des douleurs abdominales. De 5 à 8 % des femmes ont cité d'autres signes : perte de poids (8%), sang dans les urines (7,5%), gonflement de la zone génitale (5,7%), rougeurs ou inflammation de la zone génitale (7,2%), la difficulté pour tomber enceinte ou avoir un enfant (6,2%). Seules 2,7 % des femmes ont cité la verrue génitale.

Seules 0,7 % des enquêtées ont dit qu'il n'y avait pas de symptôme d'IST chez la femme, soit la même proportion que pour la question précédente concernant les IST chez les hommes. 0,7 % également n'ont pas répondu à cette question. Environ un quart des enquêtées (24,9%) ont dit qu'elles ne savaient pas. On peut supposer que ces femmes n'ont pas eu elles-mêmes d'IST jusqu'à présent ni des femmes de leur entourage. Par ailleurs, les signes/symptômes d'IST chez la femme sont souvent difficiles à reconnaître. À cela s'ajoute le fait que certains signes, comme les douleurs abdominales ou les lésions cutanées, peuvent être confondus avec des marques/séquelles de la violence physique et sexuelle subie par des femmes, dans un contexte de violence conjugale (Larkin, 2000).

Par ailleurs, 8,9 % des femmes ont cité un autre signe/symptôme d'IST chez la femme.

Réponses en clair

Tableau 66 : Signes ou symptômes des IST (chez une femme) connus, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V545)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	27	23	30	143	6	69	83	7	30	4	422
% de l'ensemble	4,0	19,5	4,8	18,1	11,3	8,6	11,0	5,2	3,9	8,5	8,9

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Au total, 422 femmes ont répondu en clair à cette question, c'est-à-dire que 8,9 % des enquêtées ont répondu quelque chose en clair.

Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble des bases de données. Certains sont en revanche communs à l'ensemble des sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Près de 28 % des réponses évoquent les **boutons, notamment sur le sexe mais aussi sur le corps de manière générale**. On retrouve ces réponses dans tous les sites et toutes les phases, à l'exception des phases GP des deux sites de Madagascar. Les femmes ont parlé de : « boutons », « petits boutons », « boutons noirs », « apparition des boutons », « boutons sur la peau », « boutons sur tout le corps », « boutons rouges sur le corps », « corps couvert de boutons comme les lépreux ». Elles parlent surtout des boutons « sur le sexe », « au niveau

du vagin », « *au pubis* », « *sur les parties génitales* », « *sur l'appareil génital* », « *pubiens* ». On peut penser que les boutons situés sur le sexe renvoie à la catégorie pré-établie « *verruge génitale* ». De plus, 4 femmes parlent parlent du **pus** : « *pustules* », « *écoulement de pus* », « *présence de pus* », « *pus sur le corps* ».

- Une cinquantaine de femmes ont évoqué d'**autres problèmes de peau ou signes physiques** (hormis ceux de la zone génitale qui seront présentés plus loin), soit environ 1 réponse sur 10 en clair. C'est le cas pour toutes les bases de données de tous les sites sauf la phase avant du Burkina Faso. D'ailleurs, ces réponses sont moins citées au Burkina Faso que dans les deux autres pays. Les femmes évoquent donc différents problèmes de peau : « *plaies sur les lèvres* », « *plaies dans la bouche* », « *plaie sur le corps* », « *elle a des plaies partout* », « *devient pâle* », « *visage pâlit* », « *tâches sur la peau* », « *tâches sur le corps* », « *tâches sur le visage* », « *l'apparition des tâches noires* », « *les tâches aux paumes de mains* », « *chancres* », « *zona* », « *desquamation de la peau* », « *ganglions* », « *elle a des ganglions quand elle a ses règles* », « *plaques sur le corps* », « *la teigne sur la peau* », « *l'apparition de la gale au corps* », « *seins enflent* », « *inflammation de la peau* », « *éruption cutanée* », « *troubles des yeux* », « *lèvres sèches* », « *noircit ou blanchit* », « *visage jaunit* », « *changement du visage* », « *visage enfle* », « *son visage devient affreux* », « *visage déformé* », « *ride sur le visage* ». De manière générale, « *son physique change* », son « *corps change* ». Les ganglions ont été seulement cités à Madagascar (2 sites), les plaies seulement au Burkina Faso et à Tuléar.
- Dans les phases avant des 4 sites et dans la phase après du Burkina Faso, une trentaine de femmes ont mis en avant le signe : **tout le temps malade/entraîne d'autres maladies/organisme affaibli**. Ces réponses se retrouvent surtout à Antananarivo, phase avant. Elles disent : « *tombe toujours malade* », « *maladie à tout moment* », « *quand elle tombe fréquemment malade* », « *le corps est malade* », « *organisme fragile* », « *affaibli et difficulté à soigner les maladies issues des IST* », « *accès palustre* », « *a différents paludismes* ».
- Au Burkina Faso (phase après), au Cameroun (phase avant et après), à Antananarivo (phase avant et GP) et à Tuléar (phase avant), plus de 30 femmes ont donné comme symptôme **l'humeur de l'homme ou son état psychologique ainsi que la fatigue/faiblesse**. Ces réponses sont particulièrement présentes dans les phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar. Les femmes ont dit à ce propos : « *fatigue générale* », « *fatiguée tout*

le temps », « *très fatiguée* », « *ne dort pas* », « *pas en forme, fatigue* », « *elle est fatiguée, paresseuse* », « *faible* », « *molle* », « *affaiblie* », « *elle se ramollit* », « *paresseuse insouciant*e », « *n'arrive pas à travailler* », « *elle se sent mal à l'aise* », « *on se sent mal* », « *visage froissé et plaintes* », « *visage attristé* », « *mécontente* », « *tout le temps de mauvaise humeur* ».

- 23 femmes (toutes sites sauf les phases GP du Burkina Faso et des deux sites de Madagascar) évoquent des **états fiévreux et/ou des diarrhées et vomissements**. Ces réponses se retrouvent beaucoup au Cameroun phase avant. Les femmes disent : « *diarrhée* », « *fièvre* », « *maux de tête* », « *diarrhée, vomissements* », « *son corps chauffe beaucoup* », « *corps fiévreux* », « *elle tousse* », « *a toujours la migraine* ». Au Cameroun, les femmes ont beaucoup cité la « *diarrhée* ». À Tuléar, phase avant, une femme a dit au contraire « *constipé* ».

Certaines réponses sont spécifiques à certains sites ou bases de données.

- Dans l'ensemble des bases de données, sauf les deux bases d'Antananarivo et la phase GP de Tuléar, près de 40 femmes ont évoqué des **règles anormales, un dérèglement du cycle ou des pertes vaginales abondantes/malodorantes**. Ces réponses se retrouvent beaucoup au Cameroun, phase avant. Les femmes ont donné comme signe : « *règles douloureuses* », « *disparition des règles* », « *arrêt des règles* », « *perte des règles (ne voit plus ses règles)* », « *interruption des règles* », « *règles deviennent irrégulières* », « *les troubles des règles* », « *la perturbation du cycle menstruel* », « *les règles mal odorantes* », « *règles en caillot* », « *règles sales* », « *saignements* », « *saigne tout le temps* », « *pertes blanches abondantes* », « *des mauvaises odeurs* », « *quand le slip est toujours mouillé* ». Les réponses concernant les pertes peuvent rentrer dans l'une des catégories suivantes : « *Écoulement/pertes vaginales* » ou « *Pertes malodorantes* ». Ces deux modalités pourraient d'ailleurs être regroupées en une seule. En revanche, concernant les règles, on pourrait rajouter une modalité : « *règles anormales ou douloureuses/dérèglement du cycle menstruel* ».
- Une trentaine de femmes, au Burkina Faso phases GP et après, à Antananarivo phase avant mais en grande majorité au Cameroun (phases avant et après), évoquent des **chutes de cheveux ou de poils** ou d'autres problèmes capillaires. Elles disent : « *les cheveux tombent* », « *chute des cheveux* », « *teigne* », « *cas grave, les cheveux sautent* », « *cheveux*

s'arrachent », « *les cheveux se coupent* », « *perte des cheveux* », « *cheveux qui sentent* », « *les poils du vagin quittent* », « *perte de poils du pubis* ».

- 10 femmes parlent de **signes visibles sur la zone génitale**. Cela concerne toutes les phases au Burkina Faso et la phase avant d'Antananarivo. Les réponses sont de ce type : « *la zone est rongée* », « *ronge le sexe* », « *blancheur des parties pelviennes* », « *grosse boule dans le vagin* », « *plaie sur le sexe* », « *choses étranges sur l'appareil génital* », « *le vagin est malade* », « *appareil génital malade* ». À noter moins de ce réponses de ce type (que pour les signes d'IST chez l'homme) puisqu'ici, la modalité de réponse « gonflement de la zone génitale » existait déjà.
- 26 femmes, au Burkina Faso phase avant et après, et à Madagascar (tous sites et phases), ont évoqué la **démarche** comme un signe d'IST chez la femme. Ces réponses reviennent particulièrement dans la phase avant d'Antananarivo. Voici les réponses données par les femmes : « *difficultés pour marcher* », « *marche pieds écartés* », « *elle marche en écartant les jambes* », « *sa façon de marcher, démarche* », « *changement de la démarche* », « *démarche en canard* ».
- Une vingtaine d'enquêtées ont parlé de **l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels, de rapports douloureux ou de la baisse/perte de libido de la femme**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso, toutes phases, au Cameroun phases avant et après, et à Antananarivo phases avant et GP. Les femmes ont dit : « *ne peut pas faire de rapports sexuels* », « *ne peut plus avoir des rapports sexuels* », « *a des douleurs pendant l'acte sexuel* », « *relations sexuelles douloureuses* », « *refus des rapports sexuels* », « *n'aime pas les rapports sexuels* », « *n'a pas envie des rapports sexuels* », « *la frigidité* », « *manque de désir sexuel* », « *absence de désir sexuel* », « *sensation de faiblesse sexuelle* ». Une seule femme parle au contraire d'un « *désir sexuel ardent* » (Cameroun, phase avant).
- Au Burkina Faso (phases avant et après) et au Cameroun (phase avant), 5 femmes parlent de **problèmes pour uriner** : « *la femme ne peut pas uriner* », « *difficultés pour uriner* », « *urine difficilement et douloureux* », « *urines foncées* », « *urine beaucoup* ». Ces réponses sont plus diverses que la modalité de réponse « douleurs brûlantes en urinant ». On pourrait donc envisager de l'élargir à « difficultés pour uriner /douleurs brûlantes en urinant ». La réponse « *urines foncées* » renvoie probablement à du « sang dans les urines » (modalité également pré-établie).

- Près de 10 de femmes parlent de **douleurs ou picotements de la zone génitale**. C'est le cas uniquement au Burkina Faso (phase avant) et au Cameroun (phases avant et après). Elles citent des « *douleurs pelviennes* », « *mal à l'intérieur du vagin* », « *avoir mal au sexe* », « *on a mal à l'organe génital* », « *picotement vaginal* », « *les picotements au pubis* », « *les picotements* ». Les réponses du type « *picotements* » auraient dû rentrer dans la catégorie « *démangeaisons génitales* ».
- Une quinzaine de femmes ont parlé **d'autres douleurs** (hors douleurs de la zone génitale), notamment le mal de ventre. C'est le cas au Burkina Faso phase avant et GP, au Cameroun phases avant et après et à Tuléar phase avant. Les femmes disent : « *maux de ventre* », « *le mal de bas ventre* », « *les douleurs au bas ventre* », « *tout son corps fait mal* », « *mal de dos* », « *mal de reins* », « *avoir des convulsions* ». La plupart de ces réponses sont proches de la modalité déjà existante « *douleurs abdominales* ».
- Au Cameroun (phases avant) et à Madagascar (toutes bases), près de 10 femmes parlent de la femme qui **maigrit** ou **manque d'appétit** : « *amaigrissement* », « *elle maigrit* », « *pas d'appétit* », « *elle manque d'appétit* », « *elle perd l'appétit* ». Les réponses tel que « *la femme maigrit* » auraient dû rentrer dans la catégorie pré-établie « *perte de poids* ».
- Dans les phases avant du Burkina Faso, du Cameroun et d'Antananarivo et dans la phase après du Cameroun, 8 femmes ont dit qu'il était **difficile de voir/connaitre les symptômes**. Plus précisément, elles ont dit : « *il y a des manifestations des IST qui ne sont pas visibles* », « *tant qu'on ne part pas à l'hôpital, on ne peut pas savoir* », « *c'est difficile de savoir* », « *on ne constate pas* », « *chez la femme, c'est difficile* », « *ça dépend du corps* », « *pas visible de l'extérieur* ». On pourrait donc étendre la catégorie « *pas de symptôme* » à « *pas de symptômes/symptômes pas toujours visibles/difficile à identifier* ». En effet, les signes d'IST sont particulièrement difficiles à reconnaître chez la femme. Parfois, ils sont confondus avec des séquelles physiques, résultats de la violence conjugale, comme nous l'avons déjà dit (Larkin, 2000).
- Au Cameroun phases avant et après et dans les deux sites de Madagascar phases avant, quelques femmes ont indiqué **d'autres types de réponses** : « *mauvaise haleine* », « *les trompes sont bouchées* », « *infection de l'utérus* », « *sang dans les selles* ». Une femme dit « *elle fait souvent des fausses couches* » (proche de la modalité de réponse « *Difficile de tomber enceinte/avoir un enfant* »).

- 2 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas**, et 2 qu'elles ont « *oublié* » ou « *oublié le nom* ».

➤ **V546 : Si vous présentiez l'un de ces symptômes, iriez-vous dans un centre de santé ?**

Cette réponse a été posée à l'ensemble des enquêtées. Lorsque l'enquêtée n'avait cité aucun symptôme, l'enquêteur devait lister quelques symptômes. Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ».

Tableau 67 : Consultation en cas de présence d'un symptôme d'IST, en pourcentage des femmes. (V546)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	96,9	99,2	96,8	97,2	100,0	97,6	88,2	97,0	93,8	100,0	95,3
Non	1,0	0,8	1,4	1,5	0,0	1,1	1,1	0,7	2,1	0,0	1,3
Ne sait pas	0,1	0,0	1,1	0,9	0,0	1,1	4,9	0,0	2,2	0,0	1,6
Non réponse	1,9	0,0	0,6	0,4	0,0	0,1	5,8	2,2	1,8	0,0	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi l'ensemble des enquêtées, la grande majorité (95,3%) irait dans un centre de santé si elle présentait un de ces symptômes. Seules 1,3% des femmes ont déclaré qu'elles n'iraient pas, 1,6% ne savaient pas et 1,7% n'ont pas répondu.

La question suivante (une de nos variables d'analyse) a été posée aux quelques femmes ayant répondu « non », « ne sait pas » ou « non réponse ».

➤ **V547 : Si non, pour quelle raison ?**

Pour cette question, l'enquêteur ne devait pas lister les réponses. Lorsque la réponse de la femme ne faisait pas partie des modalités pré-codées, l'enquêteur devait cocher la case autre et noter la réponse en clair.

Tableau 68 : Raison de la réticence à aller consulter en cas de signe/symptôme d'IST, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V547)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Honte	23,8	0,0	10,0	4,5	-	10,5	1,1	0,0	19,1	-	9,0
Peur	4,8	0,0	20,0	4,5	-	0,0	3,4	0,0	19,1	-	8,1
Pas le temps	4,8	0,0	0,0	4,5	-	5,3	0,0	0,0	0,0	-	1,3
Centre de santé trop loin	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	4,3	-	0,9
Autre	4,8	100,0	45,0	68,2	-	36,8	16,9	0,0	27,7	-	27,4
Non réponse	61,9	0,0	25,0	18,2	-	47,4	78,7	100,0	29,8	-	53,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Effectif total	21	1	20	22	0	19	89	4	47	0	223

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les 223 femmes ayant répondu qu'elles n'iraient pas dans un centre de santé si elles présentaient un signe/symptôme d'IST, qui ne savaient pas ou n'avaient pas répondu à la question, plus de la moitié n'ont pas donné de raison (« non réponse ») soit 53,4%. 9,0% ont dit que c'était car elles avaient honte, 8,1% parce qu'elles avaient peur. 1,3 % seulement ont dit qu'elles n'avaient pas le temps et moins de 1% ont donné comme motif le fait que le centre de santé soit trop loin.

En revanche, plus d'un quart des femmes ont invoqué un autre motif (27,4%).

Réponses en clair

Tableau 69 : Raison de la réticence à aller consulter en cas de signe/symptôme d'IST, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V547)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	1	1	9	-	-	-	15	0	13	0	39
% de l'ensemble	4,8	100,0	45,0	-	-	-	16,9	0,0	27,7	0,0	17,5

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

L'effectif total de réponses « autres » à cette question est de 61 mais pour les 22 réponses des 3 bases de données du Cameroun, il manque la réponse en clair. N'ayant pu avoir accès à ces données manquantes, il ne reste que 39 réponses exploitables, ce qui correspond à 17,5% de l'ensemble des réponses à cette question. Nous allons donc décrire ici uniquement les réponses pour le Burkina

Faso et Madagascar. À noter aucune réponse en clair pour les phases GP d'Antananarivo et de Tuléar. Pour les bases de données restantes, l'effectif de réponses autres est faible. Aucun type de réponse ne concerne l'ensemble des bases de données. Voyons donc les résultats spécifiques.

- Un des motifs les plus invoqués est que **la femme n'a jamais eu de rapport sexuel ou n'en a pas actuellement, est trop jeune ou trop âgée**. On trouve une quinzaine de réponses de ce type, au Burkina Faso phase après mais surtout dans les phases avant d'Antananarivo et Tuléar. Les femmes disent : « *jamais eu de rapport* », « *pas de partenaire sexuel* », « *n'a pas de petit copain* », « *plus de rapport* », « *[ne] fait pas de rapport* ». Les femmes évoquent souvent l'âge comme un motif : soit elles expliquent qu'elles n'ont pas encore de copain et donc de rapports sexuels, soit elles se disent âgées ou veuves : « *encore jeune* », « *pas encore eu de petit ami* », « *pas encore eu de petit ami donc pas encore eu de rapport* », « *vierge* », « *mari est âgé* », « *veuve* », « *vieille* ». Il semble donc que pour ces raisons, les femmes ne se projettent pas dans la situation.
- 15 femmes également (mêmes bases de données que ci-dessus) ont **du mal à se projeter dans la situation car elles n'ont jamais eu d'infection** jusque là : « *je n'ai jamais présenté de symptômes, je ne sais pas ce que je ferais si cela arrivait* », « *pas encore eu les symptômes* », « *n'a pas encore eu* », « *n'a pas eu de symptômes* », « *jamais été malade* ». Une femme à Tuléar dit même n'en avoir jamais entendu parler. Certaines disent avoir confiance, sont sûres qu'elles n'auront jamais de symptômes, ne seront jamais malades : « *je pense que je ne peux pas avoir de telles maladies* », « *avoir confiance en soi* », « *confiance qu'elle ne sera jamais malade* », « *n'aura jamais de symptômes, ne veut pas répondre à la question* ». Une femme dit qu'elle « *ne sort pas avec d'autres personnes* ». Cela montre qu'elle associe probablement les infections au libertinage sexuel. Elle sous-entend donc qu'en remplissant le rôle attendu (par la société et la religion) de femme fidèle à son partenaire, elle ne risque rien et se croit donc immunisée contre les IST. Beaucoup de femmes semblent donc penser qu'avoir une IST n'arrive qu'aux autres. Pourtant à Madagascar par exemple, on estime que la prévalence des IST s'élève à 4,2 %, ce qui constitue un taux parmi les plus élevés du monde.
- 3 femmes (Burkina Faso phases avant et après et Tuléar phase avant) évoquent des **problèmes financiers** les empêchant de se rendre au centre de santé : « *[n'a] pas les moyens financiers* », « *manque d'argent* », « *argent* ».

- Une PGP du Burkina Faso) évoque pour motif le **refus du conjoint** : « *mon mari va refuser que j'y aille* ». Cela souligne clairement la soumission à l'homme et le peu d'autonomie des femmes dans le recours aux soins, déjà évoqué précédemment.
 - Une enquêtée explique qu'elle utiliserait plutôt « ***l'automédication*** », une autre des « ***traitements traditionnels*** » et une autre pense que « ***ça va passer*** » tout seul (Burkina Faso, phase après).
 - Une femme à Tuléar (phase avant) explique qu'elle « *attend le jour où on meurt* », ce qui évoque une vision fataliste du monde.
 - Enfin, 1 femme au Burkina Faso (phase après) n'a pas voulu répondre et a dit « *pour rien* ». Peut-être voulait-elle dire qu'il n'y avait pas de raison, ou alors elle ne voulait pas répondre à la question.
- **V548 : Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/infection sexuellement transmissible ?**
 - **V549 : Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?**
 - **V550 : Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?**

Lorsque la personne interrogée avait répondu par l'affirmative à l'une des questions précédentes V548, V549 ou V550 (infection au cours des 12 derniers mois), les questions V551 à V554 (questions sur la dernière IST) étaient alors posées.

Cependant, ce filtre n'avait vraisemblablement pas été respecté (voir plus loin). Un filtre a donc été créé dans les bases de données de façon à obtenir uniquement les réponses des femmes qui avaient déjà eu une IST et/ou des pertes vaginales et/ou une plaie ou ulcère génital.¹³ Cela a permis de réaliser le tableau suivant.

¹³ Le filtre était le suivant : V548=1 OR V549=1 OR V550=1

Tableau 70 : Présence d'une IST et/ou de pertes vaginales et/ou de plaie ou d'ulcère génital au cours des 12 derniers mois, en pourcentage des femmes (V548, V549, V550)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui à une des trois variables	16,0	47,5	13,0	31,5	24,5	43,3	9,8	14,2	4,7	21,3	20,8
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Environ 2 femmes sur 10 ont déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois une IST et/ou des pertes vaginales et/ou une plaie/ulcère génital. À ces femmes, il a donc été posé la question suivante (une de nos variables d'intérêt).

- **V551 : La dernière fois que vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital) comment l'avez vous traitée ?**

A - Aucun traitement

B - Auto médication (médicaments que vous aviez déjà chez vous)

C - Traitement traditionnel

D - Auprès de personnel de santé dans une clinique ou un hôpital ?

E - Auprès d'amis ou de parents

F – Autre

Pour cette question, l'enquêteur devait lister les réponses, et cocher une case par ligne : « oui », « non » ou « non réponse ». Dans le tableau suivant est présenté le pourcentage de personnes ayant répondu oui à chaque modalité.

Tableau 71 : Traitement de la dernière infection, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V551)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Auprès de personnel de santé dans une clinique ou un hôpital	54,2	80,4	64,2	65,1	30,8	56,4	32,4	21,1	61,1	20,0	57,3
Aucun traitement	31,8	14,3	27,2	8,8	15,4	16,8	24,3	5,3	19,4	10,0	17,5
Auto médication (médicaments que vous aviez déjà chez vous)	3,7	5,4	3,7	15,7	0,0	13,0	16,2	10,5	5,6	10,0	11,2
Traitement traditionnel	12,2	3,6	14,8	9,6	0,0	11,9	5,4	5,3	8,3	10,0	10,2
Auprès d'amis ou de parents	2,8	1,8	1,2	4,0	0,0	2,0	4,1	0,0	8,3	10,0	2,9
Autre	0,9	1,8	3,7	2,8	0,0	3,5	4,1	0,0	0,0	0,0	2,7
Effectif total	107	56	81	249	13	346	74	19	36	10	991

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Parmi les 991 femmes ayant déjà eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), près de 6 sur 10 l'avaient traité auprès de personnel de santé dans une clinique ou un hôpital (57,3%). 17,5% ne l'avaient pas traité. Environ 1 femme sur 10 avaient eu recours à l'automédication et environ la même proportion à un traitement traditionnel (respectivement 11,2% et 10,2%). Près de 3% de ces femmes seulement avaient fait appel à des amis ou parents.

Par ailleurs, 2,7% seulement des femmes concernées par la question ont indiqué autre chose en clair.

Réponses en clair

Tout d'abord, il faut rappeler que le filtre pour cette question ne semblait pas avoir été respecté ou la façon dont les enquêteurs avaient posé les questions était ambiguë. En effet, sur 55 femmes ayant initialement répondu en clair à la modalité « autre » (avant qu'un nouveau filtre soit créé), 27 avaient en fait répondu n'avoir jamais eu d'infection. C'est suite à cela que la réalisation du nouveau filtre s'est effectuée. Cela a donc rectifié les erreurs.

Tableau 72 : Traitement de la dernière infection, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V551)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	2	1	3	7	0	12	3	0	0	0	28
% de l'ensemble	1,9	1,8	3,7	2,8	0,0	3,5	4,1	0,0	0,0	0,0	2,8

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

28 réponses ont donc été retenues comme pertinentes (après création du filtre), ce qui signifie que 2,8% des femmes concernées par cette question (soit celles ayant répondu oui à au moins une des trois variables V548, V549, V550) ont indiqué quelque chose en clair. À noter aucune réponse en clair pour les phases GP du Cameroun et des deux sites de Madagascar et aucune réponse non plus pour la phase avant de Tuléar. Les bases de données restantes ont un faible effectif de réponses autres. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble. Voyons donc maintenant les résultats spécifiques à certains sites/bases de données.

- Près de 10 femmes (Burkina Faso phase avant et Cameroun phases avant et après) expliquent qu'elles **n'ont pris aucun traitement car elles pensent que ça va passer seul et notamment que les pertes vaginales sont normales, si elles ne sont pas malodorantes ou abondantes** : « *c'est fini seul* », « *l'écoulement n'était pas abondant* », « *c'est normal qu'une femme ait les pertes* », « *je pense avoir des pertes normales* », « *toutes les femmes ont les pertes* », « *ses pertes finissent souvent seules* », « *les pertes vaginales sont naturelles* », « *écoulement pas abondant* », « *je n'étais pas malade* ». Cela peut donc remettre en cause la formulation de la question et notamment l'emploi du terme « perte vaginale ». Cela montre aussi les représentations que se font les femmes d'une infection.
- 5 femmes expliquent avoir traité leur infection à l'aide **d'eau chaude** ou simplement **en faisant leur toilette** (Burkina Faso phases avant et après, Cameroun phase après et Antananarivo phase avant) : « *je mettais de l'eau chaude pour calmer la douleur* », « *l'eau chaude* », « *elle fait juste la toilette* », « *juste nettoyer* », « *se laver avec de l'eau chaude* ».
- 3 femmes évoquent des **remèdes naturels** (Burkina Faso phase après et Cameroun phases avant et après) : « *beurre de karité* », « *avec le citron* », « *la potion faite à base de citrons* ». À noter que cela pouvait rentrer dans la catégorie pré-établie traitement traditionnel.
- 4 femmes (mêmes bases de données que ci-dessus) parlent de **médicaments** : « *acheter les*

médicaments », « médicaments de la rue », « avec la bétadine », « les ovules ». Cela aurait pu cette fois rentrer dans la catégorie « automédication ».

- 3 femmes parlent de **se rendre en pharmacie**, pour acheter des médicaments ou pour effectuer un prélèvement : « acheter les ovules en pharmacie », « faire le prélèvement à la pharmacie », « l'injection à la pharmacie ».
- Au Cameroun phase après et à Antananarivo phase avant, deux femmes font **appel à Dieu** : « prières », « croire en Dieu ».
- Une femmes explique qu'elle « n'a pas eu d'infection malgré les rapports » (Cameroun phase avant), une autre dit « attend d'avoir l'argent pour se faire opérer » mais on ne sait à quoi elle fait référence (Burkina Faso phase après). Une autre explique « acheter des médicaments sur les conseils d'une amie » (Burkina Faso phase après), ce qui se rapproche des modalités de réponses « automédication » et « auprès d'amis ou de parents ».
- Enfin une femme ayant participé à un **groupe de parole** explique : « je n'étais pas encore sensibilisée avec le groupe de parole ». Ce type de réponse est encourageant sur l'utilité du programme RRS.

➤ **V553 : Quand vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaires sexuels ?**

Cette question a également été posée au sous-groupe des femmes qui avaient déjà eu une infection et/ou des pertes vaginales et/ou une plaie ou ulcère génital. Pour cette question, une seule réponse était possible, l'enquêteur ne listait pas les réponses.

Tableau 73 : Utilisation ou non d'un moyen pour éviter d'infecter le(s) partenaire(s) sexuel(s) lors de l'infection, en pourcentage de femmes concernées par la question (V553)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Oui	42,1	69,6	56,8	62,7	46,2	56,9	33,8	26,3	63,9	30,0	55,0
Non	50,5	5,4	35,8	11,7	23,1	23,4	25,7	5,3	13,9	10,0	22,7
Partenaire déjà infecté	0,9	14,3	3,7	9,6	0,0	3,5	2,7	0,0	5,6	0,0	5,3
Non réponse	6,5	10,7	3,7	16,1	30,8	16,2	37,8	68,4	16,7	60,0	17,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	107	56	81	249	13	346	74	19	36	10	991

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

De manière générale, parmi les femmes qui avaient déjà eu une infection, plus de la moitié ont fait quelque chose pour éviter d'infecter leur partenaire (55%). Plus de 2 sur 10 n'ont rien fait (22,7%). 5,3% ont déclaré que leur partenaire était déjà infecté. Enfin, une grande part des femmes n'ont pas répondu (17,1%).

Un second filtre a été créé qui n'existait pas dans le questionnaire. En effet, il peut penser que la question suivante « Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre partenaire sexuel ? » devrait être posée uniquement aux femmes ayant répondu « oui » à cette question, soit les 55% de femmes qui ont fait quelque chose pour éviter d'infecter leur partenaire¹⁴. Dans le questionnaire, la variable V553 (« Quand vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaires sexuels ? ») pourrait donc servir de filtre pour la variable suivante.

➤ **V554 : Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre partenaire sexuel ?**

A - Arrêté les rapports sexuels ?

B - Utilisé un condom pendant les rapports sexuels ?

C - Pris des médicaments ?

D - Autre chose : en clair

Pour cette question, le premier filtre a été utilisé afin d'éliminer les femmes n'ayant jamais eu d'infection/pertes vaginales ou plaie/ulcère génital. Le second filtre créé a également été utilisé pour ne retenir que les femmes ayant fait quelque chose pour éviter d'infecter leur partenaire sexuel. Pour cette question, l'enquêteur devait lister les réponses, et cocher une seule case par ligne parmi les suivantes « oui », « non » ou « non réponse ». Si l'enquêtée répondait oui à autre chose, l'enquêteur devait cocher la case « oui » et retranscrire en clair la réponse.

14 Le filtre créé est le suivant : V553=1.

Tableau 74 : Moyens utilisés pour éviter d'infecter le(s) partenaire(s) sexuel(s) lors de l'infection, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V554)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pris des médicaments	86,7	79,5	87,0	76,9	50,0	77,2	56,0	20,0	65,2	0,0	76,2
Arrêté les rapports sexuels	33,3	69,2	52,2	75,6	66,7	58,4	56,0	80,0	69,6	33,3	62,0
Utilisé un condom pendant les rapports sexuels	4,4	18,0	21,7	28,9	33,3	27,4	28,0	40,0	43,5	33,3	25,7
Autre chose	2,2	5,1	10,9	7,7	0,0	5,6	16,0	0,0	8,7	0,0	6,8
Effectif total	45	39	46	156	6	197	25	5	23	3	545

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les 545 femmes qui avaient fait quelque chose pour éviter d'infecter leur partenaire sexuel, plus des trois quarts ont déclaré avoir pris des médicaments (76,2%), plus de 6 sur 10 avoir arrêté les rapports sexuels (62%) et plus d'un quart utiliser un condom pendant les rapports sexuels (25,7%).

Par ailleurs, 6,8% des femmes concernées par cette question ont déclaré avoir fait autre chose pour éviter d'infecter leur partenaire sexuel.

Réponses en clair

La même remarque que pour la variable V551 (traitement de la dernière infection) peut être faite, sur le filtre non respecté ou non compris. Au total, sur les 84 réponses initiales en clair, environ 35 femmes ont dit n'avoir « jamais eu d'infection » : « n'a pas eu d'infections », « n'a rien eu de ce genre », « n'a pas eu de pertes blanches ». Le premier filtre créé a donc permis d'éliminer les femmes non concernées.

Tableau 75 : Moyens utilisés pour éviter d'infecter le(s) partenaire(s) sexuel(s) lors de l'infection, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V554)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	4	2	5	12	0	15	4	0	2	0	44
% de l'ensemble	8,9	5,1	10,9	7,7	0,0	7,6	16,0	0,0	8,7	0,0	8,1

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Finalement, après création des filtres, il restait 44 questions pertinentes, c'est à dire que 8,1% des femmes concernées par cette question ont indiqué quelque chose en clair. À noter aucune réponse en clair dans les phases GP du Cameroun, d'Antananarivo et de Tuléar. Les autres bases de données ont un faible effectif de réponses en clair. Aucun type de réponse n'est commun à l'ensemble. Voyons donc les résultats spécifiques (à certains sites ou bases).

- 1 femme sur 4 explique que le couple a eu recours à un **traitement moderne ou s'est rendu dans un centre de santé**. C'est le cas dans les phases avant et après du Burkina Faso et du Cameroun et dans la phase avant de Tuléar : « *utiliser des ovules vaginales* », « *aller à l'hôpital* », « *aller refaire le contrôle* », « *faire un prélèvement* », « *faire des piqûres* ». Parfois c'est la femme qui a pris un traitement ou s'est faite soigner : « *je suis en train de prendre le traitement* », parfois c'est le partenaire : « *elle a fait partir son mari voir le médecin* », « *le mari a fait un traitement* », « *le partenaire est allé à l'hôpital pour des soins* », parfois ce sont les deux : « *nous sommes partis ensemble au centre de santé* », « *ils ont pris le traitement ensemble* ». À noter que les réponses concernant le recours à un traitement auraient pu rentrer dans la catégorie « Pris des médicaments ».
- 8 femmes ont dit qu'elles n'avaient **pas de rapport sexuel au moment de l'infection ou que le partenaire était absent** (Burkina Faso toutes phases, Cameroun avant et après, et Antananarivo avant) : « *mon mari était absent* », « *ils ne se voyaient plus* », « *je vivais seule* », « *elle n'a pas de partenaire* », « *n'entretenait pas des rapports* », « *mari absent pendant le traitement* », « *elle allaitait donc elle n'avait de rapports sexuels* ». Cette dernière réponse est intéressante du point de vue des représentations : pour l'enquêtée, il paraît logique de ne pas avoir de rapports sexuels durant l'allaitement.
- Une femme en union polygame explique que « *le mari est avec la première femme en attendant que je retrouve ma santé* ».
- Une enquêtée a **discuté avec son partenaire**, ce qui suppose probablement une bonne communication dans leur couple (Cameroun phase avant).
- 3 femmes se sont en revanche **séparées de leur partenaire** (phases avant du Cameroun et d'Antananarivo) : « *séparation* », « *je me suis séparée de mon petit ami* ». Une précise que c'est « *car il ne voulait pas se soigner* ».
- Au Cameroun phase après, 3 femmes ont **prié** : « *elle a prié* », « *groupes de prières* ».

- Au Cameroun, phase avant, une femme a dit ne **pas savoir**.

Parfois, la question a été quelque peu confondue avec la question relative au traitement de la dernière infection (V551) puisque beaucoup ont répondu sur leur manière de se traiter plutôt que sur la manière de ne pas infecter leur partenaire.

- 9 ont évoqué des **traitements traditionnels** (phases avant du Cameroun et des deux sites de Madagascar et phases après du Burkina Faso et du Cameroun) : « *traité à l'indigenat* », « *le traitement traditionnel* », « *se laver avec de l'eau qui contient des médicaments* », « *écorces pour la purge* », « *a pris des médicaments traditionnels venant du divin* ».
- 4 femmes ont évoqué **l'eau chaude** ou faire sa toilette (Burkina Faso phases GP et après, Antananarivo phase avant) : « *lavage du sexe avec de l'eau chaude pour calmer la douleur* », « *se laver avec de l'eau chaude* », « *désinfecter avec de l'eau chaude* », « *faire sa toilette intime* ».
- 4 femmes au Cameroun phase après, ont répondu que les **pertes blanches/vaginales étaient normales**, et ne nécessitaient donc pas de traitement : « *c'était les pertes normales* », « *les pertes blanches normales* », « *les pertes blanches normales sans traitement* ».

3) Discussion

Les réponses en clair concernant les moyens de protection du VIH/SIDA (V504) révèlent que les femmes semblent un peu « obsédées » par la transmission par le sang, bien que la contamination par le sang soit nettement moins importante que la transmission sexuelle. On peut se demander si certaines campagnes de prévention ne sont pas axées sur cela dans les pays, par exemple de la part d'ONG religieuses qui prônent l'abstinence et dénigrent l'utilisation de préservatifs. On sait pourtant que la contamination par le sang est moins importante que la contamination sexuelle. Par ailleurs, seules deux femmes au Cameroun évoquent la transmission mère-enfant du VIH. Le Cameroun étant un pays à infection VIH généralisée, il n'est pas étonnant que les femmes aient davantage d'information sur la maladie. Il demeure que beaucoup de personnes ne sont pas informées de la transmission possible du virus des parents aux enfants (transmission verticale), notamment de la transmission durant l'allaitement. Cependant, cela est à

relativiser par la formulation de la question qui ne traitait pas de la protection des fœtus/nouveaux nés.

Beaucoup de femmes restituent des discours sur la fidélité attendue de la part des femmes (discours religieux mais aussi discours politiques, campagnes de certaines ONG conservatives prônant l'abstinence, etc). Elles semblent donc se sentir protégées contre le VIH et les IST en restant avec un seul partenaire, en ne pratiquant pas « le vagabondage sexuel » que beaucoup dénoncent. Elles ne voient alors pas l'intérêt du test de dépistage. Pourtant la fidélité semble parfois intériorisée, par exemple lorsqu'une enquêtée dit qu'un moyen de se protéger du VIH/SIDA est de « *faire des dépistages avec sa femme et sa maîtresse* » (V504). Dans les cas d'union polygame (polygynie), l'homme a également des relations sexuelles avec plus d'une femme.

Concernant les motifs pour être réticente à faire le dépistage du VIH (V531), des réponses sont assez révélatrices du pouvoir de décision des femmes dans cette démarche. On se rend compte que comme pour le recours à des soins de santé (aller dans un centre de santé notamment) et comme pour le choix de la contraception, le partenaire joue grandement dans la décision d'aller faire un test de dépistage ou non. Il donne parfois des conseils (dans le cadre d'une conversation conjugale) mais semble souvent imposer son choix, la femme soulignant qu'elle ne peut prendre cette décision seule, sans l'accord du mari. Pourtant, concernant le test du VIH, de manière générale, les femmes se font plus souvent dépister que les hommes. Beaucoup d'entre eux préfèrent ne pas savoir quitte à ne pas connaître leur statut séropositif, être malade pouvant être considéré comme une marque de faiblesse.

F) Violences et excision

1) Contexte

4 variables ont été choisies sur ce thème. 3 variables filtre précèdent la question sur l'excision.

Violences

V130 : Quelles sont les humiliations que les maris/partenaires font subir à leur femme ?

(en clair)

2256 réponses en clair

UNIQUEMENT
POUR MADAGASCAR

V352 : Quels sont les moyens qu'a une femme pour se protéger de la maltraitance ? (autre)

970 ont répondu oui à un autre moyen (20,4 % des enquêtées)

972 ont effectivement répondu quelque chose d'autre en clair (20,4%)

V353 : La plupart des femmes victimes de violences cachent ce qui leur arrive. À votre avis c'est (autre)

823 ont répondu oui à une autre raison (17,4 % des enquêtées)

813 ont effectivement répondu quelque chose d'autre en clair (17,1%)

Excision : uniquement pour Burkina Faso et Cameroun.

Si « non » (672) ou

« non réponse »

(13)

soit 685 femmes

(soit 22,4 % des

3054 enquêtées)

V602 : Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?

Si « oui » (217)

ou « non

réponse » (17)

soit 234 femmes

V601 : Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?

V608 : Pensez-vous que l'excision a des effets néfastes ?

V609 (Burkina Faso et Cameroun) : Quels effets néfastes connaissez-vous ? (autre)

302 femmes ont répondu oui à autre effet néfaste (14,2%)

284 femmes ont effectivement répondu en clair (13,3%)

2) Résultats

➤ V130 : Quelles sont les humiliations que les maris/partenaires font subir à leur femme ?

Il s'agit d'une question ouverte, les réponses devaient être directement retranscrites en clair. Elle a été posée uniquement pour les deux sites de Madagascar. En effet, au questionnaire pour ce pays ont été ajoutées, à la demande de l'équipe locale, des questions sur la violence conjugale, qui frappe beaucoup à Madagascar (bien qu'également dans les deux autres pays).

Tableau 76 : Humiliations des femmes par les maris/partenaires, réponses en clair et ensemble d'enquêtées concernées par cette question (V130)

	MADAGASCAR				TOTAL
	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	0	257	1874	125	2256
Ensemble	756	134	764	47	1701

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Cette variable, bien que concernant seulement les 1701 enquêtées à Madagascar, a donné lieu à 2256 réponses. Cela s'explique par le fait que les femmes pouvaient lister jusqu'à 5 humiliations différentes. Il semblait pertinent de regrouper les humiliations 1, 2, 3, 4, 5 car un classement est compliqué et les effectifs de réponses variaient beaucoup selon l'ordre (la plupart des femmes citaient au moins une humiliation et très peu en citaient jusqu'à 5).

À noter aucune réponse à cette question à Antananarivo phase avant, ce qui pourrait être dû à un problème lors de la passation du questionnaire ou la saisie des données.

Étant donné le faible nombre de bases de données et le fait que seuls 2 sites sont concernés, les réponses ne sont pas regroupées ici par ce qui est commun à l'ensemble des bases de données et ce qui est spécifique. Il sera précisé en revanche si cela a été cité dans toutes les bases de données. Par toutes les bases de données, il faudra entendre les bases « Antananarivo phase GP », « Tuléar phases avant et GP » (puisque nous n'avons pas de réponse pour la phase avant d'Antananarivo).

- 3 réponses sur 10 donnent comme humiliation **l'adultère, le fait que l'homme trompe sa femme ou drague d'autres filles**. Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de

données. Les femmes disent : « *adultère* », « *infidélité* », « *l'homme pratique l'adultère* », « *l'homme est infidèle* », « *adultère des hommes* », « *il a des relations extra conjugales* », « *il sort avec d'autres femmes* », « *a d'autres femmes* », « *a deux femmes* », « *il trompe sa femme* », « *homme qui a des maîtresses* », « *a une maîtresse* », « *aime et cherche les filles* », « *aime les femmes* », « *infidèle, drague partout* », « *hommes qui regardent partout* », « *il a besoin de femmes* ». Cependant, on se rend compte qu'il y a des nuances. Outre une majorité qui n'accepte pas l'adultère de manière générale, beaucoup semblent y mettre des conditions : elles parlent d'humiliations dans certains cas précis. D'abord si l'homme est régulièrement infidèle : « *il sort avec beaucoup de femmes* », « *divers adultères* », « *beaucoup de maîtresse* ». Ensuite, s'il donne plus d'argent à ses maîtresses ou les traite mieux que sa femme : « *il préfère les autres filles à sa femme* », « *il traite mieux ses maîtresses* », « *il préfère donner de l'argent à d'autres femmes* », « *s'il dépense l'argent pour des filles à l'extérieur* », « *dépense l'argent pour les femmes* ». Si l'adultère est commis devant la femme elle même ou sous son toit : « *il fait entrer d'autres femmes à la maison* », « *il amène d'autres filles devant moi* », « *il sort avec d'autres femmes devant ses yeux* ». Enfin, lorsque l'homme découche, ne rentre pas à la maison : « *infidèle, il ne rentre pas à la maison* », « *adultère, il ne dort pas à la maison* », « *laisse sa femme à la maison et cherche ailleurs* ».

- Cela nous amène à une seconde humiliation, souvent liée à l'infidélité de l'homme : **l'homme découche ou rentre tard, il est rarement à la maison**. 90 femmes ont cité cela dans l'ensemble des bases de données, mais principalement dans la phase avant de Tuléar. Elles ont dit : « *il ne rentre pas* », « *il ne rentre pas à la maison tous les jours* », « *[ne] rentre pas et [ne] dort pas a la maison* », « *il découche* », « *il ne rentre pas dormir la nuit* », « *il ne dort pas à la maison* », « *[ne] rentre [qu'au] petit matin* », « *ne rentre pas la nuit* », « *[ne] rentre pas à l'heure* », « *il ne rentre pas manger* », « *il ne reste pas à la maison, va ailleurs quand [il y a une] dispute* », « *il ne reste pas à la maison quand il ne travaille pas* », « *il part [s'il n'est] pas encore l'heure du travail* », « *il rentre tard* », « *il rentre tard la nuit* », « *rentre très tard tous les jours* ».
- Environ 90 femmes également ont donné comme humiliation le fait que l'**homme soit jaloux ou possessif**. Aucune n'a dit cela dans la phase GP d'Antananarivo et une seule dans la phase GP de Tuléar. C'est donc principalement dans la phase avant de la capitale malgache que les réponses suivantes ont été données : « *il est jaloux* », « *possessif* », « *trop* ».

possessif », « *jaloux avec les hommes qui me parlent* », « *jaloux des gens qui discutent avec moi* ».

- 15 % des réponses citent comme humiliation la **violence physique** (environ 350 réponses). Elles concernent toutes les bases de données. Les femmes ont dit à ce propos : « *violence* », « *violence conjugale* », « *homme violent* », « *violence faite aux femmes* », « *il bat sa femme* », « *porter les mains sur la femme* », « *il torture* », « *victime de torture* », « *victime de violence* », « *il blesse physiquement la femme* », « *il aime la bagarre* », « *il donne des coups à sa femme* », « *il donne des gifles* », « *donner un coup de pied* », « *coup de poing* », « *frappe la femme* », « *gifle sa femme* », « *hommes qui frappent, qui battent* », « *aime frapper les femmes* », « *frappe, gifle* », « *il casse tout à la maison* ». Certaines femmes précisent dans quelles circonstances l'homme est violent : « *elle subit des tortures quand elle ne travaille pas* », « *il bat sa femme quand elle le contrarie* », « *il frappe quand ivre* », « *ivrogne, il frappe* ». Quelques enquêtées semblent penser que les femmes peuvent être battues s'il y a des « raisons », ainsi elles trouvent humiliant les hommes violents sans motif : « *il bat sans raison* », « *il frappe tous les jours* », « *il frappe pour rien* ». Certaines réponses ressemblent davantage à des témoignages de femmes battues qu'à une violence hypothétique : « *j'étais malade parce qu'il me bat tout le temps* ». Une enquêtée dit : « *il déchire les habits de sa femme* », ce qui pourrait aussi faire allusion à de la violence sexuelle.
- Seules 7 femmes ont parlé de **violence sexuelle, de viol conjugal** dans la phase GP d'Antananarivo et dans la phase avant de Tuléar : « *obliger la femme à faire des actes sexuels* », « *on force les femmes à faire l'amour* », « *il viole la femme* », « *viol* ».
- Près d'une femme sur 10 a cité l'**alcoolisme du mari/partenaire** comme une humiliation, dans toutes les bases de données mais principalement à Tuléar (avant et GP) et très peu à Antananarivo. Elles ont dit : « *ivrognerie* », « *ivresse* », « *il devient ivrogne* », « *il boit beaucoup* », « *ivre tous le temps* », « *ivre tous les jours* », « *ivre chaque jour* », « *ivre quand rentre à la maison* », « *boit de l'alcool* », « *boit tous le temps* ». Certaines femmes mettent en avant le fait que l'homme utilise l'argent du foyer pour acheter de l'alcool : « *dépense l'argent à l'alcool* », « *ivre avec son salaire* », « *participe pas et dépense l'argent pour l'alcool* ». D'autres expliquent que l'homme devient violent, physiquement ou verbalement, lorsqu'il est saoul : « *frappe quand ivre* », « *insulte quand ivre* », « *ivrogne, il frappe* ».

- 34 femmes dans l'ensemble des bases de données ont donné comme humiliation l'**homme chassant la femme du foyer ou quittant le foyer conjugal** : la majorité parlent d'être chassées : « *il chasse la femme de la maison* », « *chasse sa femme* », « *la chasse de la maison* ». Seuls 4 enquêtées parlent de l'homme quittant le foyer : « *il vit avec une autre* », « *il quitte un moment le foyer conjugal* », « *quitter son foyer pour une femme* », « *il abandonne sa femme parce qu'elle n'a pas d'argent* ». L'angoisse de se retrouver sans toit semble donc « l'emporter » sur l'homme quittant lui-même le foyer.
- Environ 200 femmes parlent de **comportements divers de l'homme tels la toute puissance, le fait qu'il rabaisse la femme etc.** Cela se retrouve dans toutes les bases de données. Ces réponses sont parlantes quant au statut social des femmes. D'abord l'homme est autoritaire, il prend toutes les décisions : « *il décide de tout* », *commande et prend toutes les décisions*, « *prise de décision tout seul* », « *il force la femme à suivre tous ses caprices* », « *hommes trop autoritaires* », « *il a le dernier mot à la maison* », « *il faut lui obéir* », « *il oblige la femme à tout le temps concevoir un enfant* », « *obliger la femme à faire des choses qu'elle n'aime pas, qu'elle ne veut pas faire* », « *l'homme soumet* », la femme doit « *attendre les ordres du mari* », il l'« *oblige à suivre les idées du mari* », « *la femme doit le supporter quoi qu'il fasse* », « *on ne peut pas le conseiller* ». En effet, il ne prend pas en compte l'opinion de la femme, il ne l'écoute pas : « *la femme ne peut pas s'exprimer* », « *n'accepte pas l'idée de la femme* », « *n'accepte pas mes propositions* », « *n'écoute pas la femme* », « *ne prend pas en compte mes idées* », « *non respect de l'avis de la femme* », la femme « *ne peut pas prendre de décision* ». En effet, il la rabaisse en raison de son statut de femme, la méprise, ne la respecte pas : « *il dénigre sa femme* », « *la femme ne reçoit aucune reconnaissance* », il « *humilie sa femme* », n'a « *aucune considération à l'égard de la femme* », « *femme qui n'a pas d'importance* », « *manque de respect* », « *il ne respecte pas sa femme* », est « *méprisant* », « *nous rabaisse sur des mépris* », il « *rabaisse les femmes* », « *rabaisse tout le temps sa femme* », il « *[me] rabaisse sur mes idées* », « *reproche* », « *il se moque de la femme* », « *ne me respecte pas* », « *provoque sa femme tout le temps* ». Certains menacent même leurs femmes : « *menace les femmes* », « *menace sa femme pour des choses minimes* ». Le fait que le mari considère sa femme comme inférieure est donc une humiliation citée par les enquêtées malgaches : « *prennent les femmes pour des instruments* », « *utilise la femme comme instrument* », « *femme-'objet' (sexe faible)* », « *considère qu'on est faible* », « *l'homme et la femme n'ont pas les mêmes droits* », ils

« prennent les femmes pour des imbéciles », « il prend la femme pour une ignorante », « insulte car on est une femme » ; ils disent des femmes qu'elles ne savent « faire que des commérages ». Certaines enquêtées parlent même d'« esclavage », « d'esclavage des femmes », « traiter la femme comme une esclave ». Ainsi, « la femme n'a pas assez de liberté d'agir ». Par exemple, ils les empêchent parfois de sortir : « il ne laisse pas sa femme sortir de la maison », « ne veut pas que je parle avec d'autres personnes », « ne m'autorise pas à sortir », « ne veut pas que j'ai des amis ». Certaines parlent d'humiliations lorsque l'homme est difficile à vivre, a mauvais caractère ou est blessant : « il devient impoli », « il est à l'origine des disputes », « il contrarie sa femme à chaque fois », « il est insupportable », « il est méchant », « en colère si on est en retard », « pas content si on ne fait pas ses caprices », « il cherche querelle », « se quereller avec sa femme quand les autres l'énervent », « toujours en désaccord avec sa femme », « rabâche toujours les mêmes paroles sur les problèmes », « faire des comportements blessants », « fait souffrir la femme », « paresseux », « hommes obstinés et bornés », « son égoïsme », « il passe avant sa familles et ses amis ». Quelques femmes trouvent humiliant un homme qui « ne donne pas de tendresse », « pas attentionné », par exemple « il ne s'occupe pas de la femme quand elle est malade ». Il est parfois menteur, manipulateur : « il te fait marcher », « menteur », ne « dit pas la vérité devant elle », ne « tient pas parole ». Certaines femmes évoquent des comportements qu'elles semblent juger irresponsable : « fume », « fume des cigarettes », « fait des bêtises », « fêtard », « il aime jouer aux jeux », « il est parieur », « le mari a beaucoup d'amis », « fuir ses responsabilités », « il raisonne comme un enfant », « ne sait pas se débrouiller ».

- **Environ 180 femmes ont évoqué la violence verbale** (l'homme insulte, profère des injures etc). On retrouve ces réponses dans toutes les bases de données mais essentiellement à Antananarivo phase GP et à Tuléar phase avant. Certaines de ces réponses ont déjà été citées plus haut, dans le comportement méprisant de l'homme vis-à-vis de sa femme entre autres. De plus, beaucoup des réponses de cette catégorie évoquent des violences verbales mais sur un sujet spécifique (par exemple le repas) et seront donc citées plus loin. Sur la violence verbale de manière générale, les femmes disent : « insulter », « diverses insultes », « insulte sa femme », « insulte et rabaisse », « il gronde la femme », « il ronchonne », « grogne tout le temps », « il profère des insultes, injures », « il profère des propos injurieux et irréfléchis », « il profère des injures et des paroles blessantes », « il dit des gros mots »,

« engueule », « dispute sur [l']amour », « dispute », « il profère des propos sarcastiques », « il profère des paroles blessantes et humiliantes », « aucune considération dans les paroles », « dire des mots blessants, humiliants », « parler sans réfléchir », « humiliation psychologique », « il blesse psychologiquement », « il échange des propos ». On observe cependant des degrés de gravité entre « ronchonner », « se disputer » et « insulter », « injurier », « être blessant ». Certaines sont plus précises dans ces humiliations par les paroles : lorsque l'homme dit à la femme qu'elle « va à l'encontre de ses idées ou de ses désirs », « ne se comporte pas comme il faut », « n'est plus vierge avant le mariage », mais aussi « des paroles blessantes car la femme n'est plus vierge », « tous propos pour dire que la femme dépend de son mari », « se moquer de la façon dont la femme s'habille », « en disant que femme = saleté ». Les femmes trouvent également humiliant que l'homme traite la femme de « folle », « ignorante », « insignifiante pour lui », « difforme », « laide », « moche », « d'une moins que rien », « maquerelle » et de « femme de mauvaise vie ».

4 femmes parlent d'humiliation publique que l'homme ferait subir à la femme : « il dénigre la femme devant tout le monde », « qu'il m'engueule devant mes amis », « il humilie sa femme devant tout le monde », « il dénigre sa femme devant ses parents (sa famille) ». La violence verbale fait aussi parfois référence à des humiliations liées à des thèmes précis (comme évoqué précédemment) : argent, emploi, niveau d'éducation, milieu social ou encore nourriture/tâches ménagères.

- 10 % des réponses en clair à cette question concernent des **humiliations liées à l'argent** : (toutes bases de données) : « question pécuniaire », « question d'argent », « à propos de l'argent ». Ce qui revient le plus, c'est l'homme ne donnant pas d'argent à la femme ou pas assez : « il ne donne pas d'argent à la femme », « n'amène pas d'argent à la maison », ne « rentre pas d'argent au foyer », ne « fait pas rentrer d'argent à la maison », « il ne donne pas régulièrement d'argent », « il ne donne pas l'argent du mois », « rentrée irrégulière du budget familial », « s'il donne un peu d'argent, il le reprend après », « très radin dans la gestion », il ne « donne pas d'argent des fois », il ne « donne pas d'argent pour le repas », il ne « donne pas d'argent pour acheter à manger », « garde son salaire, il [ne] donne pas », « n'amène pas l'argent complet à la maison », « cache de l'argent à sa femme », « cache l'argent ailleurs », « cache son salaire », « vole l'argent du foyer », « don d'argent insuffisant pour le foyer », « il ne sait pas comment trouver de l'argent », « ne peut pas donner d'argent », « mon cadeau n'est pas valeureux ». Parfois c'est parce qu'il le dépense à

d'autres fins que pour le ménage : *il préfère donner de l'argent à d'autres femmes. Il dépense l'argent « pour des filles à l'extérieur », « pour les femmes », « hors du foyer », « [dans de] l'alcool ».* Cela peut être une humiliation pour la femme si son mari est *« ivre avec son salaire »* ou *« dépensier »*. Certaines se sentent humiliées également si l'homme les rabaisse car elles ont peu de moyens financiers : *« traiter de pauvre », « s'il dit que les femmes sont pauvres par rapport aux hommes », « il humilie la femme car elle n'a pas d'argent », « il délaisse sa femme parce qu'elle n'a pas d'argent ».* Également s'ils disent qu'elles gèrent mal le budget : *« traiter la femme de dépensière », « il traite la femme de mauvaise gestionnaire du budget familial », dit « que la femme ne sait pas gérer le budget, l'argent », fait des « reproches à propos l'argent », la « rabaisse à cause de l'argent ».* Parfois, les enquêtées mettent l'accent sur le fait que l'homme ne laisse pas la femme gérer le budget familial : *« il ne donne pas la gestion de l'argent du foyer », « gère l'argent du foyer », « pas de liberté pour gérer l'argent », « veut décider sur l'argent car c'est lui qui travaille ».*

- En effet, une trentaine de réponses concernent des **humiliations liées à l'emploi** (Antananarivo phase GP et Tuléar phase avant). L'homme rabaisse la femme car elle ne travaille pas : *« humiliation des femmes qui ne travaillent pas », « sans profession donc humiliée », « rabaisse car ne travaille pas ».* Il lui dit qu'elle *« n'a aucune profession », n'a « pas le droit [de faire] des remarques car elle ne travaille pas »,* qu'elle est une *« femme dépendante qui ne se prend pas en charge »,* une *« femme qui ne travaille pas, paresseuse »,* *« il ironise sur la pauvreté de la femme qui ne travaille pas », « insulte [à propos du] repas car [elle] ne travaille pas ».* Il dit à la femme *« tu ne travailles pas donc tu ne manges pas non plus ».* C'est une humiliation si l'homme fait des remarques *« sur la façon de travailler des femmes ».* Une enquêtée dit *« elle subit des tortures quand elle ne travaille pas »,* ce qui renvoie aussi à la violence physique. Une femme dit au contraire que c'est humiliant si la femme doit *« travailler plus que les hommes ».*
- Moins de 10 enquêtées parlent d'**humiliations liées au niveau d'éducation ou au milieu social, d'origine de la femme,** à Antananarivo phase GP et à Tuléar phase avant : *« à propos de l'éducation », « niveau social différent », « parce que la femme est orpheline », « humilier la femme car elle n'a pas fréquenté l'école »,* il la *« rabaisse car elle n'a pas fait d'école »,* s'il dit qu'*« on n'a pas le même de niveau d'instruction »,* fait des *« reproches sur la pauvreté de ma famille ».*

- Une trentaine de réponses concernent des **humiliations liées à la nourriture, aux repas, ou aux tâches ménagères** (toutes bases de données). Sur les repas, les femmes disent : « *question de nourriture* », « *c'est lui qui décide de ce qu'on mange ou non* », « *il ne rentre pas manger* », « *il fait manger des saletés à la femme* », « *un ton plein de sarcasme quand la femme mange* », « *tu ne travailles pas, tu ne manges pas non plus* », il fait des « *reproches sur les repas* », « *reproche car c'est lui qui nourrit* », « *insulte quand il n'y a pas de repas* », ne « *mange pas mes repas* », il est « *délicat sur la nourriture* », ne « *donne pas d'argent pour acheter à manger* », « *rationne le repas* », « *ne nous nourrit pas* ». C'est humiliant lorsqu'il dit « *que la femme ne nourrit personne* », « *que je suis seulement à nourrir* », « *qu'il me nourrit* ». Sur les tâches ménagères, les femmes parlent d'humiliation lorsque le mari dit que sa femme « *ne sait pas s'occuper de la maison* », « *ne s'occupe pas assez du ménage* », « *ne s'occupe pas du foyer conjugal* » mais aussi lorsqu'il la « *rabaisse sur les tâches ménagères* », l'« *insulte pour des petites fautes ménagères* ». Cependant une femme pense que c'est une humiliation si l'homme ne « *sait pas bricoler* ». Certaines pensent que c'est humiliant si l'homme « *ne participe pas aux tâches ménagères* », « *ne participe pas dans le foyer* », « *ne lave pas les linges sales* » et si c'est la femme qui doit « *laver ses slips sales* ».
- Près de 40 femmes (toutes bases) voient comme une humiliation que **l'homme ait un mauvais comportement ou des paroles blessantes vis-à-vis de la famille**. D'une part, elles parlent vis-à-vis des parents et beaux-parents, et notamment de la famille de sa femme : « *sarcasmes vis-à-vis de la belle famille* » en disant par exemple « *que la femme est fille d'une mauvaise famille voleuse* », il n'a « *aucune considération [pour] mes parents* », « *il profère des propos injurieux sur la famille* », il n'a « *aucune considération pour ma famille* », « *il dénigre sa femme devant ses parents (sa famille)* », « *il déteste la belle famille* », « *il vexe les beaux parents* », « *griefs contre mes parents qui ne m'auraient pas éduquée* », « *il ne veut pas que la belle famille vienne chez eux* », « *non respect des parents* », ne « *respecte pas ses beaux parents* », « *n'aime pas la famille de sa femme* », ne « *regarde pas ma famille* », « *rabaisse les ancêtres de la femme* », ne « *respecte pas les grandes personnes* », « *n'aime pas sa belle fille* », « *n'aime pas la famille* ». L'homme néglige parfois sa famille dite « nucléaire » : ses enfants, sa femme, son foyer, ne les aime pas suffisamment. Les femmes disent à ce propos : « *il ne s'occupe pas de ses enfants* », « *ne participe pas à l'éducation des enfants* », « *n'aime pas les enfants de sa femme* »,

« repousse ses enfants », ne « regarde pas ses enfants », « ne pense pas à ses enfants », « ne [se préoccupe] pas [de] leur couple », « rejette son foyer », ne « donne pas de poids au foyer », « non respect du foyer », « il passe avant sa familles et ses amis ». Par ailleurs, une enquêtée verrait la « présence de sa famille à la maison » comme une humiliation.

- 7 femmes, uniquement à Tuléar phase avant, disent qu'elles n'ont **pas connu la situation ou ne sont pas en couple actuellement** : « ne sait pas car pas encore victime », ne « connaît pas bien car jamais subi », « célibataire », « n'a pas car veuve », « pas de réponse car célibataire », « encore écolière, célibataire », « vit en harmonie ». Il semble que parfois elles ne se projettent pas dans la situation. Mais la réponse « pas encore victime » est assez parlante et semblent révéler une violence conjugale indéniable et presque socialement acceptée.
- Néanmoins, 6 femmes ont dit qu'il n'y avait **aucune humiliation**, à Tuléar phases avant et GP : « aucune », « il n'y en a pas ». Cela pourrait être dû à une peur de la révélation de leurs réponses au partenaire ou une difficulté à s'exprimer sur ce sujet délicat.
- Quelques femmes ont donné d'**autres types de réponses** à Antananarivo GP et à Tuléar avant : « pas de confiance », « pas de discussion et accord », « pas de discussion entre époux », « discordance sur les idées », « n'ont pas les mêmes idées », « n'a pas les mêmes idées que la femme », « il ne l'aime pas car elle suit la mode », « n'aime pas sa femme car [elle est] coquette », « il utilise des préservatifs », etc. Cette dernière considère donc l'usage du préservatif humiliant dans le cadre du couple stable, ce qui est assez révélateur du fait que les femmes croient souvent cela réservé à une catégorie de la population ou aux célibataires.
- Un quinzaine de réponses sont en fait « **ne sait pas** » ou « **pas de réponse** » (seulement à Tuléar avant en ce qui concerne l'humiliation 1).

➤ **V352 : Quels sont les moyens qu'a une femme pour se protéger de la maltraitance ?**

Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées.

Pour cette question, l'enquêteur posait la question sans lister les réponses possibles. Il devait cocher toutes les réponses données. Les femmes pouvaient donc citer plusieurs moyens différents. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, l'enquêteur devait cocher la case autre et noter la réponse en clair.

Tableau 77 : Moyens dont dispose une femme pour se protéger de la maltraitance, en pourcentage des femmes (V352)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Chercher de l'aide auprès d'un(e) parent(e) ou d'un(e) ami(e)	53,4	68,6	57,3	39,2	30,2	31,4	22,9	29,9	29,3	46,8	38,5
Quitter le foyer conjugal	22,8	8,5	21,3	29,3	17,0	32,5	16,3	20,2	38,2	57,5	26,6
Dénoncer son conjoint à la police	1,2	24,6	2,2	10,0	11,3	8,5	54,1	56,0	22,9	21,3	18,4
Chercher de l'aide auprès d'une association	2,8	44,1	2,4	23,0	32,1	28,2	4,0	17,2	2,2	25,5	12,5
La femme quitte officiellement le foyer avec ses enfants jusqu'à ce que le conjoint fasse amende honorable	11,5	2,5	6,1	10,0	9,4	8,1	6,2	8,2	18,2	25,5	10,0
Se taire	11,7	3,4	21,6	2,2	7,6	3,0	7,8	4,5	17,4	8,5	9,8
Rendre coup pour coup	0,5	0,9	0,0	2,0	0,0	2,4	6,2	3,7	7,7	14,9	3,3
Faire constater les blessures par un médecin	0,5	2,5	0,0	5,7	5,7	2,4	1,6	11,2	2,4	8,5	2,6
Autre	25,2	39,0	12,8	38,3	28,3	27,5	11,0	3,0	6,0	10,6	20,4
Ne sait pas	2,7	0,0	1,4	3,2	3,8	3,8	5,2	2,2	0,9	0,0	2,8
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,5	1,3	0,8	0,0	0,0	0,5
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : puisque les femmes pouvaient citer plusieurs réponses, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

Environ la moitié de nos 4755 enquêtées pensent que l'on peut chercher de l'aide pour se protéger de la maltraitance, soit auprès de parents ou d'amis (38,5%) soit auprès d'une association (12,5%).

Près de 2 femmes sur 10 pensent que l'on peut dénoncer son conjoint à la police. Près d'une femme sur 10 pense en revanche qu'il faut se taire.

Plus d'un tiers des femmes estiment que la femme peut quitter le foyer (« Quitter le foyer conjugal » ou « La femme quitte officiellement le foyer avec ses enfants jusqu'à ce que le conjoint fasse amende honorable »).

Seules 3,3 % des femmes considèrent qu'un moyen est de rendre coup pour coup et seules 2,6 % que faire constater les blessures par un médecin est un moyen de se protéger de la maltraitance.

2,8 % des enquêtées ne savaient pas et 0,5 % n'ont pas répondu à la question.

Par ailleurs, environ 2 femmes sur 10 ont indiqué un autre moyen de se protéger de la maltraitance.

Réponses en clair

Tableau 78 : Moyens dont dispose une femme pour se protéger de la maltraitance, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V352)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	168	46	80	302	15	223	83	4	46	5	972
% de l'ensemble	25,2	39,0	12,8	38,2	28,3	27,9	11,0	3,0	6,0	10,6	20,4

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

972 femmes ont répondu en clair à cette question, ce qui correspond à 20,4 % de l'ensemble des enquêtées.

Peu de types de réponses sont communs à l'ensemble des bases de données mais beaucoup à la grande majorité et aux 4 sites. Voyons d'abord ceux-ci.

- Plus de 3 réponses sur 10 révèlent la **soumission de la femme au mari/partenaire. On voit bien qu'elles ont intériorisé le rôle de la femme attendu par la société. Parfois la femme semble même endosser la responsabilité de la violence conjugale.** Ce type de réponse se retrouve dans l'ensemble des bases de données (sauf à Tuléar phase avant) et sont en effectif très important dans la phase avant du Burkina Faso.
 - Tout d'abord, pour beaucoup de femmes, il faut se soumettre au mari/partenaire : la femme doit « être soumise », « se soumettre à son partenaire », « je me soumettrai à mon mari », « se soumettre à la volonté du mari », « elle doit supporter d'abord », « supporter le comportement de son mari », « supporter la souffrance », « endurer », « se résigner », « soumission au mari », « faire tout ce que le mari veut », « devenir obéissante », « obéir à son époux », « lui obéir strictement », « faire ce que son mari demande », « accepter de faire ce que l'homme veut », « accepter tout ce qu'il dit », « obéir aux ordres », « ne pas discuter les ordres de son conjoint », « écouter son mari ». Les femmes ont intériorisé le fait que souffrir est le « sort » des femmes, elles doivent accepter cela. Une idée qui revient souvent est que la femme doit endurer, supporter cela, se résigner. « la femme doit se rabaisser », « la femme doit tout supporter », « faire des concessions ». La femme doit « supporter en espérant qu'il va changer », « supporter la souffrance car tout a une fin ». Le mariage, c'est « supporter

le meilleur et le pire ». Il ne faut pas « *divulguer le secret du foyer* ». Le « *silence* », « *se taire* » fait partie du mariage. Une enquêtée affirme même « *chez nous en Afrique, la femme n'a pas la parole* ». « *Cela ne sert à rien de réagir* » selon une enquêtée ; c'est une « *fatalité* », il n'y a rien à faire. La maltraitance fait donc, pour elles, partie de la « *condition féminine* ». Il faut accepter, car la femme « *doit rester dans son ménage* ». Le terme de respect revient aussi beaucoup. La femme doit aussi « *respecter son mari* » ainsi que ses « *décisions* », « *ce qu'il veut* », « *le respect de son conjoint* », « *respecter toujours le mari* », « *respect du mari* », « *respecter la volonté du mari* », « *respecter bien le mari ainsi que ses parents* ».

- De nombreuses réponses révèlent en fait l'intériorisation des femmes de leur rôle attendu par la société. La femme doit « *être fidèle* », « *rester toujours fidèle au mari* », « *rester tranquille* », « *rester sage* », « *rester calme* », « *bien se comporter* », « *être plus polie, gentille* », « *douceur* », « *être tolérante, aimante* », « *être détendue* », « *pleurer, séduire* », « *se faire belle et aimante* », « *être surtout toujours propre* », « *si possible, être docile* », « *elle doit s'arranger à bien garder le foyer* », « *bien faire le ménage* », « *gérer bien les enfants et les parents du mari* », « *s'occuper correctement de la famille* », « *obéir aux parents du mari* », « *ne pas négliger le mari ni ses parents* », « *s'occuper bien du mari* », « *prendre soin du mari* », « *bien entretenir son mari* », « *aider toujours le mari financièrement* », « *l'aider en faisant les travaux ménagers* », « *rendre son mari heureux* », « *cajoler son mari* », « *faire plaisir à son conjoint* », « *flatter le gars, lui faire ce qu'il aime* », « *accepter toujours son invitation au lit* ». Cela sous-entend qu'elles ne subiront probablement pas de violence si elles se comportent de la sorte.

- Très souvent, on se rend même compte que c'est la femme qui endosse la responsabilité de la maltraitance. Les enquêtées mettent cela en avant et notamment dans les phases avant du Burkina Faso et du Cameroun mais pas du tout à Madagascar. Selon ces femmes, c'est à elle de « *corriger ses erreurs* ». Les réponses « *changer* », « *changer de comportement* » reviennent très fréquemment. La femme doit « *changer son caractère à elle* », « *changer si elle est fautive* », « *si elle a tort* », « *changer son caractère* », « *changer son mauvais comportement* », « *revoir son comportement* ». Elle doit changer de comportement « *en écoutant davantage son mari* », « *en tenant compte des remarques de son mari* », « *en ne faisant plus ce que le mari n'aime pas* », « *pour que*

l'homme ne la frappe plus », « pour faire plaisir au mari », « pour l'harmonie ». Elle doit aussi arrêter de « faire ce qui provoque les disputes », « faire ce que le mari n'aime pas », « faire ce pourquoi on la maltraite », « d'offenser son mari », « d'énerver son conjoint ». Certaines disent qu'elle doit éviter « au maximum d'irriter son mari », « surtout tout ce que ton mari ne veut pas », « de faire les bêtises », « de poser des actes qui mettent en colère le mari », « de provoquer son mari », « de contrarier son conjoint ». La femme doit donc « bien se comporter avec son mari si c'est elle qui est à l'origine des bagarres », « ne pas vouloir dominer l'homme », « ne plus déranger son mari », « faire plus attention au mari », « suivre les conseils du mari », « tout faire pour ne pas énerver le mari », « faire [l']effort d'obéir », « ne jamais contredire le mari ». C'est même selon certaines enquêtées à la femme de « demander pardon à son mari », de « demander pardon si elle a tort », de « s'excuser ». L'homme doit « pardonner à la femme ». Pour ces enquêtées, la maltraitance est donc principalement de la faute de la femme.

- Des femmes prônent la **compréhension du mari, le pardon envers le partenaire ou du moins la recherche d'un consensus, d'une amélioration de la situation**. Une quarantaine de réponses révèlent cela, et concernent toutes les bases de données sauf la phase GP d'Antananarivo. Elles pensent qu'il faut « protéger le mari, essayer de le comprendre », « chercher l'origine de la violence », « chercher la cause », « chercher à savoir pourquoi il vous a fait cela », « étudier son mari », « bien étudier le caractère de son conjoint », « la compréhension », « parler de la raison », « dialoguer pour se comprendre ». Il faut pardonner, tolérer la violence et aimer son partenaire quoi qu'il arrive : « toujours pardonner au mari », « pardonner, tolérer et aimer », « chercher l'harmonie dans le couple ». L'essentiel est d'arranger les choses, de se réconcilier : « on se dispute puis on se réconcilie après », « arranger les choses », « résoudre avec le mari », « faire que le mari demande pardon », « réconciliation avec le mari », « protéger son mariage », « réconciliation et recherche du changement ». Certaines de ces solutions restent assez vagues et pas faciles à mettre en œuvre : « recherche du changement », « elle peut se débrouiller », « elle doit se débrouiller », « améliorer l'attitude de son mari », « s'entendre avec son mari », « faire changer son partenaire », « résoudre les problèmes de son mari », « tenter de résoudre le problème », « arranger les problèmes », « dialoguer et arranger ».

- Un moyen cité par 2 femmes sur 10 ayant répondu en clair, consiste à **privilégier le dialogue avec le mari/partenaire pour changer la situation**. Cela se retrouve dans toutes les bases de données sauf dans la phase GP de Tuléar. Elles évoquent une « *conversation conjugale* », le fait d'« *essayer de discuter avec le mari* », des « *tentatives de discussion* », « *il faut en discuter, sermonner le mari* », « *discussion après le problème* », « *discuter d'abord* », « *discuter calmement avec son mari* », « *bien causer avec son mari* », « *en parler et échanger des conseils* », « *sensibiliser son mari et l'amener à favoriser le dialogue* », « *instaurer le dialogue* », « *il faut dialoguer avec le mari* », « *chercher à dialoguer* », « *privilégier le dialogue* », « *pratiquer le dialogue* ». Elles expliquent que ces échanges doivent permettre d'améliorer la situation, de faire changer son partenaire, notamment en le conseillant, en le raisonnant : « *discuter avec lui jusqu'à le faire raisonner* », « *en parler et chercher des solutions avec le mari* », « *passer un accord* », « *dialoguer pour le raisonner* », « *faire raisonner le mari en échangeant* », « *dialoguer avec lui, lui demander d'arrêter ça* », « *dire à son mari d'arrêter* », « *dialoguer avec lui pour le sensibiliser et le faire changer* », « *sensibiliser son mari jusqu'à ce qu'il change de comportement* », « *donner des conseils au conjoint* », « *conseiller son mari* », « *demander des excuses de la part du mari* », « *il faut mettre des limites* », « *faire la morale au mari* ».
- Parfois, elles expliquent qu'il faut attendre un moment propice : « *lui parler calmement de ça quand l'occasion se présente* », « *chercher à communiquer avec lui la nuit au lit* », « *causer avec lui en temps de paix pour le sensibiliser et l'amener à changer de comportement* ». Ces femmes revendiquent le fait que ce dialogue doit se faire « *entre époux* », « *entre les conjoints* », « *entre mon mari et moi* », « *passer un accord à l'amiable entre les époux* », « *elle préfère qu'ils en parlent entre eux* »
- Près de 80 femmes sont en revanche **pour l'intervention de personnes extérieures**. Ces réponses se retrouvent dans l'ensemble des bases de données.
- Une vingtaine proposent l'intervention de la famille : « *chercher l'aide de la famille* », « *réunion familiale* », « *faire une assise familiale* », « *chercher de l'aide chez les parents et les beaux parents* », « *faire intervenir ses parents ou un membre de la famille* », « *convoquer un conseil de famille* », « *dialoguer avec les deux familles* », « *réunir les deux familles et discuter* », « *les parents suffisent pour arranger* », « *se plaindre à la belle famille* », « *dénoncer à la belle famille* », « *aller vers ses frères et sœurs* »,

« demander à un membre de la famille de lui dire de pardonner et de changer ».

- On peut également faire appel aux autorités religieuses (4 femmes), « faire appel aux hommes religieux (abbé, imam) », « aller à l'église », « consulter un prêtre ou un pasteur, besoin de bénédiction », « le dénoncer aux autorités religieuses ».
- D'autres personnes peuvent intervenir selon une cinquantaine de femmes : « approcher ceux qui peuvent conseiller le mari », « chercher une personne pour arbitrer », « se plaindre auprès des personnes influentes », « discuter avec les amis de son mari », « chercher des personnes âgées pour parler au mari », « faire intervenir les personnes âgées », « consulter les anciens », « demander conseils aux gens », « en parler autour [d'elles pour] avoir des conseils », « chercher de l'aide auprès du voisinage », « se plaindre au voisinage », « aller voir le chef du quartier », « rencontrer le personnel de santé », « se rendre dans un centre des femmes », « structures ». Chercher de l'aide auprès des « témoins de mariage » revient très fréquemment, mais au Burkina Faso uniquement (voir plus loin). Certaines de ces réponses auraient pu rentrer dans la modalité de réponse « chercher de l'aide auprès d'un(e) parent(e) ou d'un(e) ami(e) ».
- Une solution proposée par une douzaine de femme, c'est l'**évitement, la fuite provisoire** (Burkina Faso et Cameroun phases avant et après, Antananarivo phase avant, Tuléar phases avant et GP) : « éviter son partenaire », « fuir quand il te frappe », « protéger son corps », « se cacher et se protéger », « je ne rentre pas chez moi tant que ma colère est là », « je quitte le foyer et quand je ne suis pas en colère je rentre », « ne pas répondre aux provocations du mari », « s'isoler », « chercher à éviter », « se retirer et prier ».
- Les femmes qui se sentent impuissantes face à cette violence font en effet parfois **appel à Dieu, elles prient pour changer le mari ou cette situation**. Une trentaine de femmes ont répondu cela au Burkina Faso et au Cameroun phases avant et après, et dans les phases avant des deux sites de Madagascar. Il est intéressant de constater que ces réponses se retrouvent en effectifs assez proches dans tous les sites mais chez aucune participante aux groupes de parole. Cela pourrait cependant aussi s'expliquer par un effectif de PGP enquêtées plus faible. Les termes exacts des femmes sont les suivants : « faire des prières », « se confier à Dieu », « le seigneur par la prière », « je me remets à Dieu », « demander à Dieu de transformer ton mari », « prier Dieu pour que la maltraitance cesse », « prier Dieu pour éloigner le diable du foyer », « prier beaucoup ».

pour son mari », « prier pour l'entente dans le foyer », « prier le seigneur que son mari change », « prier pour que Dieu fasse quelque chose ».

D'autres types de réponses sont communs à certains sites.

- Au total, un quart des femmes (plus de 260 femmes) citent **le recours à « l'action sociale », aux « affaires sociales », ou aux « services sociaux »** (terminologie différente selon les pays). Ces réponses se retrouvent en grande majorité au Cameroun (toutes phases), mais on en retrouve également dans toutes les phases du Burkina Faso ; seule une femme cite cela à Madagascar (Antananarivo, phase avant). Au Burkina Faso, les femmes parlent exclusivement de l'« *action sociale* ». Au Cameroun, elles emploient tantôt « *service(s) social(aux)* » tantôt « *affaires sociales* » et quelque fois elle parlent d'« *assistance sociale* ». Les enquêtées disent surtout qu'il faut « *se rapprocher des services sociaux* », se « *rendre à l'action sociale* », « *faire appel aux services sociaux* », « *recourir aux affaires sociales* », « *contacter les assistances sociales* », leur « *demander de l'aide* », « *se diriger aux affaires sociales* ». Elles disent également qu'il faut aller « *à l'action sociale* », « *auprès des affaires sociales* », « *vers le service social* », « *au centre où on peut prendre le carton rouge* ». Certaines expliquent qu'il faut « *convoquer son conjoint à l'action sociale* », « *l'amener à l'assistance sociale* ». D'autres disent qu'il faut y dénoncer le conjoint : « *dénoncer le mari a l'action sociale* », « *dénoncer le chef de famille* », « *se plaindre aux affaires sociales* ». Quelques unes parlent même de « *porter plainte aux affaires sociales* ».
- Seule une douzaine de femmes proposent de **s'en remettre à la justice** : au Burkina Faso phase GP, au Cameroun phases avant et après et à Antananarivo phase avant : « *porter plainte* », « *saisir les pouvoirs judiciaires* », « *se plaindre en justice* », « *se défendre en justice* », « *faire appel à la loi* », « *contacter la justice* », « *aller voir le tribunal* ». Une enquêtée précise qu'il faut au préalable connaître ses droits.
- Près de 30 femmes pensent qu'un moyen de se protéger de la maltraitance est **d'avoir un métier ou une occupation, notamment pour être indépendante économiquement**. On retrouve ces réponses dans les phases GP et après du Burkina Faso et du Cameroun, mais essentiellement dans la phase avant du Cameroun. Les femmes disent : « *chercher à avoir un boulot* », « *faire le commerce* », « *chercher à s'occuper, à faire un métier* »,

« avoir son travail », « chercher un emploi », « trouver une occupation », « chercher du travail ». Elles expliquent en quoi il est important d'avoir un travail : « pour s'en sortir », « pour gagner sa vie », « pour avoir ses propres ressources », « pour éviter cela », « afin de pouvoir aussi se prendre en charge », « chercher un travail qui peut l'occuper », « faire un travail qui peut te rapporter », « chercher à être autonome financièrement », « elle doit être autonome », « l'indépendance financière ».

- Une douzaine d'enquêtées seulement pensent que les femmes victimes de violence doivent **se battre/s'imposer**. C'est le cas au Burkina Faso phase avant, au Cameroun toutes phases et à Antananarivo phases avant et GP. Elles parlent de « se débrouiller pour avoir sa liberté », « insulter le partenaire », « s'imposer », « ne pas se laisser faire », « se battre dans la vie », « se faire respecter », « elle doit se battre », « se battre pour avoir son argent », « je ne me laisse pas faire », « contrer le mari », « refuser les rapports sexuels », « tromper son mari ».
- Pour une dizaine de femmes, le dialogue ou la résignation est une sorte de **dernière chance, d'avertissement**. C'est le cas au Cameroun phase après, et dans les phases avant d'Antananarivo et à Tuléar. Il faut « avertir son mari », « mettre les limites », « menacer son mari de séparation ». S'il ne change pas, elles le quitteront ou s'en remettront à la justice : « discuter d'abord et se séparer s'il n'y a pas de changement », « pour l'instant elle se résigne mais s'il continue, elle part », « il faut en discuter et s'il recommence, faire appel à la loi ».
- La solution la plus radicale et directe, proposée par une quinzaine de femmes est la **séparation définitive** : on retrouve ces réponses dans les phases avant et après du Cameroun et du Burkina Faso et dans la phase GP de Tuléar. Elles disent : « quitter le foyer pour chercher un autre partenaire », « rentrer chez les parents », « chercher un autre ami », « séparation instantanée », « divorcer », « se séparer », « elle part [dans] un autre ménage », « demander le divorce ». Une enquêtée burkinabé dit « quitter le foyer si pas d'enfant », ce qui montre qu'avoir des enfants est un obstacle à la séparation. Ces réponses sont peu nombreuses car elles auraient pu rentrer dans une des deux modalités de réponse « Quitter le foyer conjugal » ou « La femme quitte officiellement le foyer avec ses enfants jusqu'à ce que le conjoint fasse amende honorable ».
- Comme évoqué précédemment, dans toutes les phases de l'enquête au Burkina Faso mais essentiellement chez les participantes aux groupes de parole, 17 femmes parlent de **faire**

appel aux témoins de mariage. Elles disent qu'il faut leur « *demander de l'aide* », « *demander des conseils* », leur « *en parler* », leur « *expliquer* », « *faire appel* », « *avoir recours* » à eux, « *chercher à avoir le témoin de mariage pour en parler* ». Ainsi, il semble que les programmes d'associations ou ONG pourraient privilégier cet axe pour lutter contre les violences conjugales au Burkina Faso. Peut-être aussi que c'est quelque chose dont les femmes ont débattu durant les groupes de parole RRS, à savoir à qui on pourrait demander de l'aide dans le cas des violences conjugales.

- Une femme a répondu qu'elle **ne savait pas** (Cameroun phase avant) et une a dit qu'il n'y avait « **aucun moyen** » (Burkina phase avant), ce qui sous-entend qu'elle voit la violence conjugale comme une fatalité.

➤ **V353 : La plupart des femmes victimes de violences cachent ce qui leur arrive. À votre avis c'est :**

A Par amour pour leur mari/partenaire

B Pour protéger les enfants

C Par honte du voisinage

D Parce qu'elles croient que leur mari/partenaire peut changer

E Parce qu'elles pensent qu'elles le méritent

F Pour ne pas faire honte à leur famille

G Parce qu'elles dépendent économiquement de leur mari/partenaire

H Une autre raison

Cette question a été posée à l'ensemble des 4755 enquêtées. Les femmes pouvaient donner ici plusieurs réponses différentes. L'enquêteur posait la question pour chacune des situations listées, et cochait la case correspondante si la personne était d'accord. Il cochait donc toutes les réponses données. Si l'enquêtée disait oui à « une autre raison », l'enquêteur cochait la case et notait en clair la réponse de l'enquêtée.

Tableau 79 : Raisons des femmes pour cacher les violences subies, en pourcentage des femmes. (V353)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Pour protéger les enfants	85,2	83,1	94,2	62,2	47,2	54,9	18,3	20,9	21,9	57,4	54,1
Par amour pour leur mari/partenaire	15,4	10,2	19,0	43,2	45,3	35,3	44,4	44,0	78,3	83,0	40,3
Par honte du voisinage	35,9	38,1	52,0	44,1	34,0	35,0	23,3	23,1	34,6	34,0	36,7
Pour ne pas faire honte à leur famille	22,8	34,7	40,2	29,7	24,5	18,5	13,4	12,7	15,6	21,3	22,9
Parce qu'elles croient que leur mari/partenaire peut changer	15,0	35,6	20,3	30,0	35,8	15,9	2,6	17,9	4,7	23,4	15,6
Parce qu'elles dépendent économiquement de leur mari/partenaire	7,9	31,4	20,5	23,6	24,5	20,2	6,9	4,5	5,9	14,9	14,5
Parce qu'elles pensent qu'elles le méritent	5,4	1,7	5,9	8,0	13,2	6,9	1,9	2,2	0,9	6,4	4,8
Une autre raison	16,2	28,8	11,4	13,5	18,9	16,9	34,8	30,6	7,3	6,4	17,4
Ne sait pas	1,0	0,0	0,5	2,7	3,8	1,9	5,0	1,5	2,1	0,0	2,2
Non réponse	0,1	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,4	0,7	0,1	0,0	0,1
Effectif total	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47	4755

Source : *Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS*

Nb : *puisque les femmes pouvaient citer plusieurs réponses, il est normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.*

Plus de la moitié des enquêtées pensent que les femmes victimes de violence cachent ce qui leur arrive pour protéger les enfants. Environ 4 enquêtées sur 10 estiment que c'est par amour des femmes pour leur mari/partenaire. 15,6 % parce qu'elles croient que leur mari/partenaire peut changer. Près de 6 femmes sur 10 pensent que les femmes le cachent par honte, soit vis-à-vis de leur voisinage (36,7%) soit vis-à-vis de leur famille (22,9%). 14,5 % pensent que c'est parce que les femmes dépendent économiquement de leur mari/partenaire. 4,8 % seulement pensent que c'est parce que les femmes croient qu'elles le méritent. 2,2 % des enquêtées ne savaient pas pourquoi et 0,1 % n'ont pas répondu à la question.

Par ailleurs, 17,4 % pensent que les femmes victimes de violence cachent ce qui leur arrive pour une autre raison.

Réponses en clair

Tableau 80 : Raisons des femmes pour cacher les violences subies, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes (V353)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR				TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP	
Réponses en clair	106	34	69	110	10	121	263	41	56	3	813
% de l'ensemble	15,9	28,8	11,0	13,9	18,9	15,1	34,8	30,6	7,3	6,4	17,1

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

813 femmes ont répondu un autre motif en clair, ce qui correspond à 17,1 % de l'ensemble des enquêtées. Voyons d'abord les autres motifs énoncés par les femmes, dans l'ensemble des sites.

- Près d'une réponse sur trois révèle que les femmes cachent ce qui leur arrive en raison de la peur qu'elles ressentent : **peur de manière générale, mais essentiellement la peur du mari ou du partenaire, qui inclut la crainte des représailles en termes de violence.** Cela concerne l'ensemble des bases de données excepté la phase GP de Tuléar. Ces réponses se retrouvent particulièrement au Cameroun et à Antananarivo.
 - Près de 70 femmes parlent simplement de « la peur » : « *elles ont peur* », « *par crainte* », « *elle est intimidée et a peur* », « *elle le fait par crainte* », « *parce qu'elle a peur* », « *pour d'autres, c'est la peur* », « *à cause de la peur* ».
 - Environ 90 femmes parlent de la peur du mari/partenaire : « *peur du mari* », « *à cause de la peur de son mari* », « *elles ont peur de leurs partenaires* », « *par crainte de son mari* ».
 - Les autres parlent de leurs craintes des représailles notamment venant du partenaire : « *peur des représailles* », « *de peur qu'il ne la frappe de manière plus violente* », « *crainte d'être violentée davantage* », « *peur d'accroître la violence* », « *n'ose pas car peur d'être encore frappée* », « *peur que son mari la frappe s'il apprend* », « *de peur d'être à nouveau battue par son mari* », « *peur d'être battue si elle porte plainte* », « *peur d'augmenter la colère du mari* », « *mari menaçant* », « *son partenaire la menace* », « *peur des menaces* », « *le mari est méchant et elle a peur* », « *peur que le mari se venge* », « *elle a peur de la réaction du mari* », « *peur d'une réaction plus grave* », « *peur que la situation empire* », « *la peur que son conjoint ne lui fasse du mal* », « *peur que son conjoint [la] maltrait[e]* », « *peur que son mari ferme sa bouche* », « *peur de se faire engueuler par son mari si elle*

parle », « *ne veut pas avoir de dispute dans le foyer* », « *pour éviter les conflits* », « *le mari lui demande de se taire* », « *peur pour après* », « *mauvais présages et peur* ». Les conséquences liées au fait de révéler les violences peuvent s'avérer très graves : « *pour protéger les parents car une dispute peut engendrer la mort des membres de la famille (selon leur coutume)* », « *cela peut provoquer la mort* », « *peur que son mari la tue* ».

- Un motif qui ressort dans un quart des réponses est la **volonté de la part des femmes de garder leur mari, la peur d'être chassée de leur foyer et de ne pas en retrouver un nouveau**. Cela se retrouve dans l'ensemble des bases de données, en effectifs importants dans tous les sites. Les femmes cachent ce qui leur arrive « *pour rester dans leur foyer* ». Elles veulent garder « *leur foyer* », « *le foyer uni* », « *maintenir, conserver leur mariage* », « *éviter les conflits dans le foyer* », « *préserver la famille* », « *protéger leur foyer conjugal* », « *protéger leur ménage* ». Elles pensent encore pouvoir « *sauver leur foyer* ». Elles « *pensent à l'avenir du foyer* » car « *elles tiennent à leur foyer* ». Elles n'ont « *pas envie de quitter son foyer* », ne veulent pas « *avoir de dispute dans le foyer* », « *que leur foyer soit brisé* », « *se séparer de leur foyer* », « *exploser leur couple* », « *quitter leur mari* », « *détruire leur foyer* ». Une enquêtée dit : « *j'espère qu'il va revenir* ». Tout cela révèle un sentiment de peur. Plus précisément, elles parlent de la peur « *de la séparation* », « *de rupture* », « *du divorce* », « *de déstabiliser leur foyer* », « *d'être chassée par leur mari* », « *de perdre leur mariage* », « *que leur mari les quitte* », « *que leur foyer se brise* », « *que le mari les répudie si c'est connu* », « *d'être renvoyée du foyer* », « *de ne plus avoir de mari* », « *d'être rejetée par leur mari par la suite* », « *d'être mise à la porte* », « *que le mari les mette dehors* », « *de ne plus se marier* », « *par souci que leur rivale les remplace* ». En effet, une crainte sous-jacente est le célibat : « *veulent être chez un homme* », « *ne veulent pas vivre seule* ». En effet, il est très mal perçu de quitter son foyer ou d'en changer : « *ce n'est pas bien de quitter le foyer* », « *parce que ce n'est pas bien de changer de foyer tout le temps* », « *pour ne pas aller d'un ménage à un autre* », « *éviter de faire plusieurs mariages* », car elles « *pensent que c'est une honte de quitter son foyer* » et redoutent « *que les autres ne veuillent plus d'elle* ». 4 femmes avancent l'argument qu'elles restent car de toute manière, tous les hommes sont semblables et qu'elles ne sont pas sûres de trouver une situation différente ailleurs : « *les hommes sont pareils de nature, ce n'est pas évident que la femme trouve mieux ailleurs* », « *elle cache [cette violence] parce que de toute façon, c'est pareil dans tous les couples* », « *la peur de ne pas trouver mieux, tu peux aller chez un autre*

et trouver que lui, il est pire », « difficile de trouver un homme différent ». On se rend compte que ces réponses sont très similaires dans tous les sites.

- Une raison invoquée par près de 90 femmes, c'est la **soumission au mari/partenaire, la résignation, l'acceptation de la violence**. On retrouve ces réponses dans toutes les bases de données sauf les phases GP du Cameroun et de Tuléar. En revanche beaucoup de ces réponses se retrouvent dans les phases avant du Burkina Faso et d'Antananarivo. Les femmes disent : « à cause de la soumission au mari », « elles sont obligées d'être soumises », « elle se soumet », « accepte la violence », « elle est trop résignée », « avoir un foyer c'est se résigner », « beaucoup de résignation », « la femme est martyrisée, matée », « il faut supporter, le silence est l'une des recommandations du mariage », « parce qu'elles peuvent supporter les coups », « elles préfèrent supporter », « elle veut supporter », « l'éducation reçue qui demande de la souffrance ». La souffrance et les violences sont donc considérées par beaucoup d'enquêtées comme faisant partie du sort des femmes, comme conséquence presque obligatoire du mariage : « vivre à deux demande de la patience et du pardon », « elle supporte tout ce que son mari fait », « le mariage supporte tout », « ce sont les hauts et les bas des mariages ». La femme doit donc accepter la violence et « se résigner », « endurer », « souffrir », « supporter la violence ». Le « foyer conjugal sous-entendu sacrifice (abnégation). », « on supporte quand on a un foyer ». Ainsi, les femmes sont « faites pour se résigner ». Une femme emploie le terme particulièrement fort d' « esclave ». Une idée qui ressort est que les femmes cachent ce qui leur arrive parce qu'elles peuvent « encore supporter », « peut encore endurer dans le foyer », « pour le bien du foyer », qu'elles pensent qu'ils « peuvent encore se réconcilier ». La femme choisit donc de supporter la violence, elle « se laisse faire », « se résigne par amour pour son foyer », « supporte pour le bien de son foyer », « pour éviter les conflits », « les disputes », cela prouve donc l'amour que l'on porte au partenaire.

- 3 enquêtées (Cameroun phase après) rendent les femmes responsables des violences qu'elles subissent : l'argument est qu'elles cachent ce qui leur arrive car « elles voient qu'elles sont fautives », « elles sont à l'origine de ce qui leur arrive », « elle cachent leurs défauts ».

- 7 femmes vont plus loin en disant que les femmes ne ressentent même pas la douleur ou aiment cette violence : c'est le cas dans la phase après du Burkina Faso et dans les phases avant du Cameroun et d'Antananarivo. Une femme à Antananarivo dit que les femmes

acceptent car elles « *ne ressentent pas la douleur* ». Les six autres vont jusqu'à dire que les femmes qui cachent aiment cette violence : « *parce qu'elles aiment cette violence* », « *certaines aiment être battues* », « *elles aiment la bastonnade* », « *elles aiment être violentées* », « *elles aiment être bastonnées* ».

- Une centaine d'enquêtées disent que les femmes cachent ce qui leur arrive par **amour et/ou respect pour leur foyer, leur mariage ou leur conjoint**. Elles veulent parfois **protéger leur mari ou l'honneur du mari**. On retrouve ces réponses dans l'ensemble des bases sauf les phases GP du Burkina Faso et du Cameroun. En revanche, la moitié de ces réponses se retrouvent dans la phase avant d'Antananarivo.
 - Tout d'abord, les idées de respect et d'amour pour son foyer/mari reviennent très fréquemment : « *elle respecte le mariage* », « *par respect pour le lien sacré du mariage* », « *à cause de ses vœux de mariage* », « *c'est pour respecter le mari* », « *par respect de son foyer conjugal* », « *car elle est attachée à son foyer* », « *parce que j'aime mon foyer conjugal* », « *elle aime encore son foyer conjugal* », « *par amour pour le mari et le foyer* », « *pour prouver l'amour pour son partenaire* ». Quelques enquêtées disent que les femmes se résignent, supportent la violence « *pour leur foyer* », « *par amour pour leur foyer* ». Une enquêtée dit avoir « *pitié du mari* ».
 - Il faut en effet protéger le mari notamment protéger son honneur et le protéger des risques qu'il subirait si la femme le dénonçait : « *pour protéger le mari* », « *défendre leur mari* », il faut « *cacher le mauvais côté de leur mari* », « *elle veut garder l'image de son mari* », « *pour ne pas honnir le mari* », « *pour ne pas gêner le nom du mari* ». De plus, « *le partenaire risque d'être puni si elle avertit la police* », elle peut avoir « *peur que son mari parte en prison* ». Cacher permet donc de protéger l'honneur du mari.
- Mais c'est aussi **l'honneur de la femme** elle-même qui est en jeu (« *c'est une question d'honneur* »), elle cache souvent la situation **par honte**. Une dizaine de femmes soulignent cela au Burkina Faso (toutes phases), au Cameroun (phases avant et après), à Antananarivo (phase GP) et à Tuléar (toutes phases). Les femmes cachent « *pour éviter qu'on te manque de respect* », « *pour ne pas faire honte à elles mêmes* », « *car elle est complexée* », « *peur de décevoir, de ne plus être respectée* », « *la honte d'elle même* », « *j'ai honte vis à vis de mes voisins* ». Une femme peut cacher ce qui lui arrive car « *elle est publique* ». L'enquêtée a pu vouloir dire « *elle est connue* » ou alors « *elle est pudique* ».
- En effet, les réponses de nombreuses femmes montrent qu'on ne parle pas des **problèmes du**

foyer (dont les violences font partie) à l'extérieur, à l'entourage, car **c'est du domaine de la vie privée** : une quarantaine de femmes mettent cela en avant dans l'ensemble des bases de données sauf dans les phases GP des deux sites de Madagascar. Elles disent : « *c'est interdit de parler du problème du foyer aux gens du dehors* », « *les problèmes du foyer se résolvent au foyer* », « *pour ne pas dévoiler le secret du foyer* », « *pour ne pas divulguer le secret conjugal* », « *il faut garder le secret* », « *on ne dévoile pas son foyer* », « *on ne divulgue pas son foyer* », « *on ne doit pas se vendre soi-même* », « *elle n'ose pas vendre son problème à tout le monde* », « *ne veut pas que quelqu'un s'immisce dans sa vie privée* », « *pour ne pas exposer ses problèmes* », « *pour ne pas qu'on sache ce qui se passe dans le foyer* », « *ce n'est pas normal d'étaler ça* ». Elles ont peur de « *mettre à nu leurs problèmes* », « *des qu'en dira-t-on* », « *des reproches* », « *des mauvais conseils des autres* », « *des racontages* » et veulent « *éviter le commérage* », « *garder la confidentialité* » et « *éviter les mauvais conseils* ». Pour cela, certaines femmes préfèrent donc ne pas dévoiler les violences dont elles sont victimes.

- La **famille** joue un rôle important dans la décision de cacher ou non les violences : « *à cause de leur famille* ». Une trentaine d'enquêtées évoquent cela au Cameroun (phase après) mais surtout au Burkina Faso (phases avant et après), à Antananarivo et à Tuléar (phases avant). 15 femmes disent avoir « *peur des parents* ». Une enquêtée explique que « *les parents refusent qu'une femme quitte son mari parce qu'il la frappe* ». La violence semble dans ce cas socialement acceptée ou du moins tolérée. Certaines ont peur « *des parents et du grand frère* », « *de leur famille* » et « *de la famille du mari* ». Elles craignent surtout les « *reproches* » de leur part. Une a peur des représailles possibles sur la famille : « *pour protéger les parents car une dispute peut engendrer la mort des membres de la famille (selon leur coutume)* ». Elles ne veulent pas « *attrister leurs parents* », « *que leurs parents le découvrent* ». Une femme explique que cacher se fait parfois « *par respect pour la famille du mari* ». D'autres ont peur que la famille les sépare de leur mari si elle apprend les violences conjugales : « *peur que la famille la sépare de son mari* », « *peur que les parents [...] les séparent* ». Des femmes peuvent cacher cela « *parce qu'elles sont loin de leur famille* » et qu'elles n'auraient donc nulle part où aller si elles voulaient quitter leur foyer conjugal. Dans un sens ou dans l'autre, on se rend compte que la famille joue donc un rôle important. On voit donc le poids des normes sociales et culturelles, sur ce silence autour des violences.

- Une trentaine d'enquêtées expriment des **jugements de valeur vis-à-vis des femmes qui cachent ce qui leur arrive**. C'est le cas dans l'ensemble des bases de données sauf à Tuléar phase GP. Ce type de réponse apparaît principalement au Cameroun. Selon ces enquêtées, c'est parce qu'elles sont « *bêtes* », ou « *ignorantes* », « *par ignorance de la part de ces femmes* », « *c'est de la folie* », « *c'est une marque de faiblesse* », « *c'est bête si elles n'en parlent pas* ». Elles le cachent aussi par « *naïveté* », « *elles ne veulent pas voir la réalité en face* », ou par « *négligence* ». Certaines le cachent par « *hypocrisie* » ou « *orgueil* », car elles sont « *cachottières* », elles sont « *envoûtées* ». D'autres avancent que celles qui cachent ce qui leur arrive ont un niveau d'éducation faible « *manque d'études* », « *manque d'éducation* ». Or, on sait que les femmes victimes de violences conjugales se retrouvent dans tous les milieux sociaux. Ces enquêtées attribuent, dans ce cas, davantage la raison du silence aux femmes elles-mêmes (caractère, niveau d'éducation) qu'au poids des normes dans la société.

Un certain nombre de réponses sont spécifiques à certains sites/bases de données

- Selon près de 20 enquêtées, les femmes qui cachent ce qui leur arrive le font souvent par **ignorance de leurs droits, parce qu'il est difficile, qu'elles ont peur de porter plainte** : ces réponses se retrouvent au Burkina Faso (toutes bases), au Cameroun (phases avant et après) et à Antananarivo phase avant. Tout d'abord, certaines femmes soulignent que les femmes ne connaissent pas « *leurs droits* » ou « *le droit* », ou « *ses droits* », ne sont pas informées sur ceux-ci : « *elle est ignorante de ses droits* », « *elles ignorent leurs droits* », « *celles qui ne sont pas informées sur leurs droits* », « *elle n'a pas d'informations sur ses droits* ». Certaines « *ne savent pas qu'on peut porter plainte* ». Mais même lorsque les femmes connaissent leurs droits, des réponses soulignent la « *difficulté dans la procédure de plainte contre son mari* ». Dans ce contexte, beaucoup sont intimidées, n'osent pas aller jusqu'au bout : « *n'osent pas porter plainte* ». Elles ont peur d'aller « *à la police* », « *dans un bureau* ». L'évaluation qualitative du programme RRS au du Burkina Faso montre que les femmes connaissent aujourd'hui mieux leurs droits qu'avant (par la gendarmerie, par des actions d'associations) mais qu'elles peuvent très difficilement les faire valoir dans le contexte socioculturel qui est le leur (rapport des focus group au Burkina Faso). Quelques PGP du Burkina Faso soulignent le fait que les femmes qui cachent ce qui leur arrive « *n'ont*

pas encore reçu de bons conseils » ou *« elle n'a pas eu accès aux séances de sensibilisation »*. Ces réponses révèlent donc des résultats positifs, en ce qui concerne la sensibilisation sur la question des violences, réalisée durant les groupes de parole du programme RRS.

- Une quinzaine de femmes cachent ce qui leur arrive **car elles se sentent impuissantes, ne savent pas quoi faire**. Ces réponses se retrouvent au Burkina Faso (phases avant et GP), au Cameroun (phases avant et après) et à Antananarivo (phase avant). Beaucoup *« ne savent pas où aller », « n'ont nulle part où aller », « celles qui n'ont pas où aller », « si la femme n'a plus d'autres endroits pour partir »*. Les femmes ne savent souvent pas quoi faire, ignorent à qui elles peuvent s'adresser : *« elles ne savent plus quoi faire », « elle ignore quoi faire », « ne sait où se plaindre », « peut-être qu'elle n'a personne à qui se plaindre »*.
- 10 enquêtées au Burkina Faso seulement (phases avant et GP) ont dit que les femmes cachaient les violences en raison du type de mariage : soit dans le cas d'**un mariage forcé**, soit au contraire dans le cas d'**un mariage ou une relation non consentie par la famille** : *« ce sont les femmes qu'on donne en mariage forcé », « parce que c'est un mariage forcé », « à cause du mariage forcé », « parce qu'elle s'est mariée sans l'accord de ses parents », « parce qu'elles ont choisi le partenaire contre la volonté de leur famille », « c'était un mariage défendu », « concubinage sans l'accord des parents »*.
- 3 femmes seulement évoquent **Dieu** (Burkina Faso et Antananarivo phases avant, Cameroun phase après). Elles disent *« à cause de Dieu », « se confier à Dieu », « peur de Dieu »*.
- 4 femmes donnent l'**argument de la culture** (Burkina Faso et Cameroun phases après, Antananarivo phase avant) : *« dépend des coutumes de chaque tribu sur le droit des femmes », « la culture malgache ne donne pas le même poids aux femmes », « elle veut respecter sa culture », « pour protéger les parents car une dispute peut engendrer la mort des membres de la famille, selon leur coutume »*. Ces réponses montrent bien le poids de la culture sur l'acceptation de la violence et la non remise en question des inégalités de genre. En effet, la justification des violences envers les femmes au nom de la culture ou de la religion est fréquente. Il existe un lien très fort entre violences et rapports sociaux de sexe mais il est très rarement établi (Le Planning Familial, 2006).
- Une douzaine de femmes cachent ce qui leur arrive pour **d'autres motifs divers** (Cameroun phases avant et après, Antananarivo phases avant et GP) : *« ne veulent pas voir la vérité en face », « elle a ses raisons », « moi je ne peux pas », « elle a trop laissé »*. Certaines

réponses semblent davantage répondre à la question précédente : « *dialogue* », « *se plaindre aux affaires sociales* », « *se cacher* », « *prendre des distances avec le mari* ».

- 8 femmes ont répondu qu'elles **ne savaient pas**, uniquement dans la phase avant du Cameroun.

Les questions suivantes concernent l'excision. Elles ont été posées uniquement au Burkina Faso et au Cameroun, comme expliqué précédemment.

➤ **V601 : Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?**

Il s'agit d'une simple question fermée Oui/Non. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse ». Cette question a été posée à l'ensemble des enquêtées camerounaises et burkinabé, soit 3054 femmes.

Tableau 81 : Connaissance de l'excision, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V601)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	
Oui	97,0	100,0	98,7	60,1	52,8	60,5	77,6
Non	1,4	0,0	1,3	39,7	47,2	39,6	22,0
Non réponse	1,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	668	118	625	791	53	799	3054

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

On peut noter une infime minorité de femmes n'ayant jamais entendu parler de l'excision au Burkina Faso, la pratique étant très répandue dans le pays. Beaucoup de femmes en revanche n'en ont pas entendu parler au Cameroun puisque la pratique est très rare.

Si l'on regarde l'ensemble, plus des trois quarts des femmes avaient déjà entendu parler de l'excision (77,6%). Plus de 2 femmes sur 10 (22%), principalement au Cameroun, n'en avaient jamais entendu parler. 0,4 % n'ont pas répondu.

Aux femmes ayant répondu non ou n'ayant pas répondu, la question suivante a été posée.

- **V602 : Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?**

Cette question est une reformulation de la question précédente pour savoir si les femmes ayant répondu non auparavant ne connaissent vraiment pas la pratique de l'excision ou ne connaissent simplement pas le nom. Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non. Si la personne ne répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « Non réponse »

Tableau 82 : Connaissance de l'excision après description de la pratique, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V602)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	
Non	40,0	0,0	87,5	65,2	72,0	67,1	65,8
Oui	5,0	0,0	0,0	33,9	24,0	32,6	31,7
Non réponse	55,0	0,0	12,5	1,0	4,0	0,3	2,5
Total	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	20	0	8	316	25	316	685

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Parmi les femmes ayant déclaré ne pas connaître la pratique de l'excision, près de 2/3 n'en avaient toujours pas entendu parler même après description de la pratique. 2,5 % n'ont pas répondu. Plus de 3 femmes sur 10 en avaient en revanche entendu parler mais ne connaissaient sûrement pas le nom d' « excision » (ce pourquoi elles avaient répondu non à la question précédente).

Les questions suivantes ont donc été posées aux femmes qui avaient répondu soit oui à la variable V601 (« Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? ») soit oui ou pas de réponse à la variable V602 (« Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ? »).

- **V608 : Pensez-vous que l'excision a des effets néfastes ?**

Cette question a donc été posée à toutes les enquêtées camerounaises et burkinabé sauf celles ayant répondu non à la question précédente (V602 : « Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ? »). Il s'agit d'une simple question fermée Oui/non/ne sait pas. Si la personne ne

répondait pas à la question, l'enquêteur devait cocher la case « non réponse ».

Tableau 83 : Croyance en l'existence d'effets néfastes de l'excision, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V608)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	
Oui	78,9	100,0	85,3	76,9	97,1	82,3	81,9
Non	9,5	0,0	7,8	6,0	0,0	8,7	7,6
Ne sait pas	9,8	0,0	7,0	14,4	2,9	7,7	9,1
Non réponse	1,7	0,0	0,0	2,7	0,0	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif total	660	118	618	585	35	587	2603

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Plus de 8 enquêtées sur 10 connaissant l'excision pensaient que la pratique avait des effets néfastes. Seules 7,6 % ont répondu que non. En revanche, beaucoup de femmes ne savaient pas (9,1%). 1,3 % des femmes concernées par cette question n'ont pas répondu.

Aux nombreuses enquêtées ayant répondu oui, la question suivante a été posée, soit notre variable d'analyse sur l'excision.

➤ **V609 : Quels effets néfastes connaissez-vous ?**

Pour cette question, il était demandé à l'enquêteur de ne pas lister les réponses possibles et de noter toutes les réponses données. Si une réponse ne faisait pas partie des réponses déjà listées, l'enquêteur cochait la case autre et retranscrivait la réponse en clair.

Tableau 84 : Effets néfastes de l'excision connus, en pourcentage des femmes concernées par cette question (V609)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	
Problème à l'accouchement	72,9	87,3	78,7	15,1	20,6	18,0	49,7
Diminution du plaisir sexuel	5,2	44,1	9,7	59,8	55,9	62,3	33,7
Provoque des maladies	27,4	51,7	38,1	25,1	20,6	31,9	31,8
Mort	30,1	69,5	44,2	22,0	5,9	13,3	29,9
Infection à VIH/SIDA	14,4	60,2	18,0	19,8	23,5	16,4	19,5
Frigidité	1,2	16,9	2,8	34,7	5,9	32,9	16,8
Incontinence urinaire	0,0	11,0	2,8	2,2	0,0	1,2	2,1
Rétention des règles	0,4	16,1	0,4	3,1	5,9	1,2	2,1
Fistules	0,4	4,2	4,0	0,9	0,0	0,6	1,6
Autre	12,3	46,6	10,1	18,0	2,9	9,9	14,2
Non réponse	1,9	0,0	0,2	3,8	0,0	1,2	1,6
Effectif total	521	118	527	450	34	483	2133

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Nb : Les enquêtées pouvaient citer différents effets néfastes. Il est donc normal que la somme des pourcentages en colonne ne soit pas égale à 100 %.

À noter que l'ensemble de ces modalités sont d'ordre physique/physiologiques (nous verrons plus loin que des femmes citent d'autres types d'effets néfastes).

La moitié des enquêtées qui pensent que l'excision a des effets néfastes parlent de conséquences sur la vie sexuelle : diminution du plaisir sexuel (33,7%) ou frigidité (16,8%).

Près de la moitié évoquent des problèmes à l'accouchement (49,7%). Environ 3 femmes sur 10 disent que cela peut entraîner la mort (29,9%) et également plus de 3 femmes sur 10 disent que cela provoque des maladies (31,8%). Près de 2 femmes sur 10 pensent plus spécifiquement que cela favorise l'infection à VIH/SIDA (19,5%). Les autres effets néfastes codés sont cités par 2 % des femmes ou moins : fistules, incontinence urinaire et rétention des règles.

1,6 % des femmes n'ont pas répondu.

Par ailleurs, 14,2 % ont parlé d'autres effets néfastes que ceux proposés ci-dessus.

Réponses en clair

Tableau 85 : Effets néfastes de l'excision connus, réponses en clair et leur part dans l'ensemble des femmes concernées par cette question (V609)

	BURKINA FASO			CAMEROUN			TOTAL
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	
Réponses en clair	67	55	55	59	1	47	284
% de l'ensemble	12,9	46,6	10,4	13,1	2,9	9,7	13,3

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Cette variable a donné lieu à 284 réponses en clair, ce qui correspond à 13,3 % des femmes concernées par cette question. Ces réponses n'ont pas été regroupées par ce qui est commun ou particulier aux différents sites, cette variable concernant uniquement 2 sites. Il est cependant précisé ce qui est commun ou spécifique à des bases de données/sites.

- Tout d'abord, environ 3 réponses sur 10 (une centaine de réponses) évoquent comme effet néfaste les **hémorragies**, pertes de sang. C'est majoritairement le cas au Burkina Faso (toutes phases) et cela concerne seulement 8 femmes au Cameroun. Les femmes parlent essentiellement des « *hémorragies* » mais aussi des « *hémorragies graves* », d' « *écoulement abondant de sang* », de « *saignements* », de « *perte de sang* »...
- Environ 15 % des réponses (un cinquantaine de réponses) soulignent la **stérilité** ou la **sous-fertilité**. Ces réponses sont réparties sur toutes les bases de données, sauf Cameroun phase GP. Les femmes disent à ce propos : « *cela rend la femme stérile* », « *elle devient stérile* », « *stérilité de la femme au foyer* », « *provoque la stérilité* », « *ça peut conduire à la stérilité* », « *cela peut causer la stérilité* », « *rend infertile, stérile* », « *infertilité* », « *la femme ne peut plus être enceinte* », « *empêche de concevoir* », « *problème de conception* ».
- Une femme sur 10 environ évoque des **rapports sexuels douloureux ou difficiles/compliqués**. Ces réponses se retrouvent de manière assez égale dans les phases avant et après des deux pays mais en effectif beaucoup plus important dans la phase groupe de parole du Burkina Faso (20 femmes). On peut donc en déduire que les femmes ont été sensibilisées tant sur l'excision que sur la sexualité et sur les effets néfastes de la première sur la seconde. Voici les réponses données par les femmes : « *difficile de faire des rapports sexuels* », « *douleurs lors des relations sexuelles* », « *rapports sexuels douloureux, ne peut pas faire de rapport* », « *ne peut pas avoir des rapports sexuels normalement* ». Seules 3 réponses de femmes concernent plus spécifiquement l'absence de plaisir/désir sexuel

entraîné par l'excision. Elles ont été données par des enquêtées durant la phase après de l'enquête au Cameroun. Ces réponses sont : « *la femme ne pourra jamais jouir* », « *c'est un frein à l'épanouissement sexuel* », « *plus de sensibilité et dégoût des rapports sexuels* ». Ces femmes semblent sensibilisées au plaisir féminin. À noter que ces 3 réponses auraient pu rentrer dans une des deux modalités de réponses pré-établies suivantes : « diminution du plaisir sexuel » ou « frigidité ». De manière générale, ces catégories pré-existantes pourraient être élargies pour faire rentrer le type de réponse : douleurs durant les rapports/difficulté à avoir des rapports.

- Une vingtaine de femmes parlent de **malformation ou autres problèmes vaginaux** et/ou urinaires, les chéloïdes¹⁵... Ces réponses concernent majoritairement le Burkina Faso et notamment les PGP (seule une femme au Cameroun a donné une réponse de ce type). Les femmes ont dit : « *malformation au niveau du vagin* », « *apparition de boutons sur le sexe* », « *fermeture de l'orifice vaginal* », « *le vagin s'agrandit à chaque fois qu'on accouche* », « *provoque des chéloïdes, rétrécissement des orifices urinaire et vaginale* », « *chéloïdes sur le sexe* », « *fermeture du vagin* », « *peut provoquer des chéloïdes* », « *chéloïdes, sexe refermé* », « *des fois ça réduit le vagin de la femme* », « *les complications [liées à l'organe génital]* ». À noter que les réponses concernant le rétrécissement des orifices urinaires sont liées à la modalité de réponse « incontinence urinaire ».
- 6 femmes au Burkina Faso (phase avant et GP) et au Cameroun (phase avant) parlent des **douleurs** comme effet néfaste de l'excision (de façon générale, hors douleurs durant les rapports sexuels, énoncés précédemment) : « *douleurs* », « *douleur de l'excision* », « *la douleur* ».
- 3 femmes (Burkina Faso phases avant et GP) parlent d'**évanouissement**. 2 d'entre elles associent cet évanouissement à l'hémorragie.
- Au Burkina Faso phase avant, une femme cite « **maladie** », ce qui aurait pu rentrer dans la catégorie « provoque les maladies ».
- De la même façon, au Burkina Faso phase après, une femme cite « **le SIDA** », et au Cameroun phase avant, une femme dit « *attraper le SIDA* », ce qui aurait pu rentrer dans la catégorie pré-établie « infection à VIH/SIDA ».
- Au Cameroun, phase avant, 7 femmes citent comme effet néfaste les « **infections** ».
- Au Burkina Faso, 3 PGP ont cité les **IST** comme effet néfaste. Cela prouve encore une fois

15 Les chéloïdes sont des tumeurs fibreuses bénignes (non cancéreuses) de la peau.

la sensibilisation efficace durant les groupes de parole au Burkina Faso sur les effets néfastes de l'excision.

- Par ailleurs des femmes ont précisé quelles maladies l'excision pouvait entraîner :
 - Au Burkina Faso (GP) et Cameroun (phases avant et après), 5 femmes ont parlé du « **cancer** » : « *cela peut provoquer un cancer* » et une a été plus précise : « *le cancer de l'utérus* ».
 - Au Burkina Faso (toutes phases) et au Cameroun (phase après), mais essentiellement des PGP burkinabé, 10 femmes ont évoqué comme effet néfaste le « **tétanos** ».

Un certain nombre de réponses correspondent également plus ou moins à des modalités de réponses déjà pré-établies.

- Au Burkina Faso (phases GP et après) et au Cameroun (phase avant), 3 femmes ont parlé des « **problèmes à l'accouchement** » (modalité de réponse pré-établie) en disant : « *difficulté pour accoucher* », « *des complications à l'accouchement qui peuvent entraîner la mort du bébé* », « *ne peut pas accoucher* ».
- Au Cameroun avant, deux enquêtées ont dit que cela pouvait entraîner la « **mort** » (modalité de réponse pré-établie) en disant : « *certaines meurent quand on leur fait ça* », « *conditions pratiques de l'excision qui entraînent la mort* ».

Outre les effets néfastes médicaux ou « techniques », un certain nombre de réponses concernent des effets néfastes d'ordre moral ou psychologique.

- 6 femmes ont dit de manière générale que ce n'était **pas bien** ou qu'elles étaient **contre cette pratique** mais sans entrer dans les détails (phases avant et après des deux pays) : « *l'excision est néfaste* », « *j'ai entendu dire que ce n'est pas bien* », « *problèmes* », « *ce n'est pas bien* », « *l'acte est cruel* », « *c'est dangereux* ».
- 3 femmes (Burkina Faso phase après et Cameroun phase avant) ont dit que c'était **répréhensible par la loi** : « *la loi va t'arrêter* », « *tu peux être aussi arrêté par la loi* », « *punition grave* ».
- 36 femmes ont parlé de **problèmes psychologiques** (notamment de traumatisme) dans toutes les bases de données sauf au Burkina Faso phase après. En revanche, seules 4 de ces réponses ont été données au Burkina Faso et les autres viennent du Cameroun. Les réponses sont les suivantes : « *peur* », « *traumatisant* », « *ne jamais oublier la douleur de*

l'excision », « *traumatisme psychologique* », « *problèmes psychologiques* », « *effets psychologiques* », « *perte des valeurs personnelles* », « *rébellion chez la fille* », « *trouble psychiques, impulsive, renfermée* », « *frustration* », « *cela peut traumatiser la fille* », « *le traumatisme à long terme* », « *le traumatisme et la peur de l'homme* », « *le traumatisme lorsqu'elle est mariée* ». Les dernières réponses sous-entendent probablement la difficulté d'avoir des rapports sexuels, pour la femme excisée.

- Enfin, 7 femmes, uniquement au Cameroun ont évoqué comme effet néfaste le fait que cela **rabaisse la femme sur le plan de son statut social/de femme** : « *diminution de la femme* », « *réduit la femme* », « *dévalorise l'être de la femme* », « *frustrations sociales* », « *cela fait que la femme perd sa valeur* ».
- 4 femmes ont donné d'**autres types de réponses** (3 au Burkina Faso phases avant et GP et 1 au Cameroun phase après) : « *elle n'a jamais eu de fille donc elle ne sait pas* ». Cette réponse donnée par une femme au Burkina Faso (phase avant) est intéressante car sous-entend que si elle avait une fille, celle-ci serait automatiquement excisée, bien qu'elle précise ensuite « *excision néfaste* ». Une a mis en avant l'aspect non esthétique de l'excision « *chéloïdes sur le sexe et horrible à voir* ». Une révèle une pratique « *excision à répétition quand le clitoris pousse* ». Au Cameroun, une femme pense que : « *cela favorise la prostitution* ».
- Enfin, 27 femmes ont dit **ne pas savoir** (surtout au Burkina Faso phase avant, et au Cameroun phases avant et après) : « *ne sait pas* », « *inconnu* » ou « *ne connaît pas les effets néfastes* », « *problème mais sans précision* ».

3) Discussion

Concernant l'excision, la comparaison entre les deux pays (un où l'excision est très répandue et un où cette pratique est quasi inexistante) apparaît intéressante. On se rend compte que les réponses des femmes au Burkina Faso sont d'ordre presque exclusivement « médical » ou technique. Au contraire au Cameroun, où l'excision est très peu pratiquée, les effets néfastes cités concernent dans un tiers des cas, les problèmes psychologiques que cela entraîne pour la femme ou les répercussions que cette pratique a sur leur statut social/de femme. On pourrait rajouter une modalité de réponse de ce type.

Selon l'EDS 2003 du Burkina Faso, d'après les déclarations de la mère, près d'un tiers des filles (32

%) ont eu, au moins, une complication. Si l'on analyse les résultats selon le type de complications, on constate que dans 23 % des cas, les filles ont eu des difficultés pour uriner ou ont fait de la rétention urinaire, dans 17 % des cas, elles ont eu des saignements excessifs et dans 3 % des cas, elles ont eu des problèmes d'infections/cicatrisation. En outre, selon 7 % des mères, leurs filles ont eu un gonflement de la zone génitale, ce qui peut également être un signe d'infection. (EDS, 2003).

Les réponses sur les humiliations que les femmes subissent de la part de leur mari/partenaire (V130), bien que ne concernant que Madagascar, sont révélatrices sur les rapports genrés dans le couple et sont complémentaires avec les questions V352 (moyens qu'a une femme de se protéger de la maltraitance) et V353 (raisons qu'ont les femmes de cacher les violences subies) qui concernent principalement la violence physique.

Concernant les moyens de se protéger de la maltraitance (V352), il est étonnant que la soumission n'ait pas été envisagée, d'autant plus qu'un grand nombre de réponses autres comportent ce type de réponse comme nous l'avons déjà vu : « *se soumettre* », « *faire tout ce que le mari veut* », etc. On se rend compte qu'il y a une très grande hétérogénéité dans les réponses « autres ». Ces réponses sont en effet très diverses allant de la soumission au dialogue au sein du couple. Même dans les réponses concernant la soumission, on se rend compte qu'elle peut prendre différentes formes. Les femmes ont rarement une position très tranchée et donnent souvent des doubles réponses montrant des nuances dans leur discours.

Pour la variable V353 (raisons qu'ont les femmes de cacher les violences subies), aucune des modalités de réponse n'est axée sur la femme alors que beaucoup des réponses autres concernent la femme elle-même, par exemple le fait qu'elle ne veut surtout pas quitter son foyer conjugal, son orgueil qui explique qu'elle cache la violence, l'ignorance par les femmes de leurs droits etc. Il est très étonnant par ailleurs que la peur ne soit pas envisagée. En effet, à travers des réponses en clair diverses, il ressort une idée transversale : les femmes cachent ce qui leur arrive par peur, même si les motifs de cette crainte sont variés. On note surtout les motifs suivants : la peur des conséquences, des représailles du mari, de la famille, l'accentuation de la violence, la crainte d'être chassée de son foyer , etc.

Concernant la crainte de perdre son foyer, on la retrouve également dans certaines réponses de la variable V352 lorsque des femmes proposent comme solution pour se protéger de la maltraitance :

« *chercher un autre ami* », « *elle part [dans] un autre ménage* ». On sent cette peur de se retrouver sans partenaire dans le cas d'une séparation d'avec un mari violent. Les femmes semblent préférer endosser, supporter plutôt que de se retrouver célibataire, tant cela est socialement mal accepté.

Les réponses en clair aux V352 (moyens qu'a une femme de se protéger de la maltraitance) et V353, (raisons qu'ont les femmes de cacher les violences subies) révèlent un grand nombre de choses, notamment l'intériorisation par les femmes de la soumission à leur époux, leur peur du partenaire, la crainte de devoir quitter leur foyer, le poids des normes, le sentiment d'impuissance face aux situations de violence...

Il est intéressant de constater qu'un certain nombre de femmes répondent à la première personne du singulier sur ces questions de violences : « *j'étais malade parce qu'il me bat tout le temps* » (V130 : Quelles sont les humiliations que les maris/partenaires font subir à leur femme ?), « *je quitte le foyer et quand je ne suis pas en colère je rentre* » (V352 : Quels sont les moyens qu'a une femme pour se protéger de la maltraitance ?), « *j'ai honte vis-à-vis de mes voisins* » (V353 : La plupart des femmes victimes de violences cachent ce qui leur arrive. À votre avis c'est ?) ce qui révèle que des enquêtées sont probablement elles-mêmes victimes de violences conjugales.

Cela révèle donc le point de vue de ces femmes et leur opinion sur cette thématique délicate, sur laquelle elles ne s'exprimeraient pas forcément si on les interrogeait directement sur leur propre expérience des violences conjugales.

De manière commune pour les questions V352 (moyens de se protéger de la maltraitance) et V353 (raisons qu'ont les femmes de cacher les violences subies), le pourcentage de réponses autres est très important, et ce même pour la variable V353 alors que les modalités de réponse sont proposées. Cela révèle donc sûrement des manques importants concernant les modalités de réponses existantes. Cependant, c'est à relativiser par le fait que les femmes pouvaient choisir plusieurs réponses, elles ont donc peut-être répondu une ou des modalités proposées et quelque chose d'autre. Ces réponses sont intéressantes pour savoir comment orienter les actions du programme international. Par exemple, au Burkina Faso, on pourrait envisager de travailler avec les témoins de mariage sur les questions de violence. De façon traditionnelle, ils ont un rôle d'intermédiaire. Elles révèlent des choses sur l'estime de soi etc. On se rend bien compte pour ces réponses sur la violence de l'apport du qualitatif, par rapport au quantitatif. Le premier permet de mieux montrer les nuances, les subtilités.

G) Thèmes préférés des femmes durant les groupes de parole

1) Contexte

2 variables vont être traitées sur ce thème. Il s'agit de questions en clair, c'est à dire qu'il n'y avait pas de modalité pré-codée.

V701A : Durant les GP, quel est le sujet qui vous a le plus marqué ? (en clair)

445 réponses en clair parmi les 460 enquêtées ayant participé aux groupes de parole RRS (soit 96,7 % d'entre elles)

V701B : Durant les GP, quel est le second sujet qui vous a le plus marqué ? (en clair)

421 réponses en clair parmi les 460 enquêtées ayant participé aux des groupes de parole RRS (soit 91,5 % d'entre elles)

Ces deux variables sont uniquement destinées aux femmes ayant participé à des groupes de parole RRS puisqu'elles concernent les GP en eux-mêmes. Par conséquent, elles n'ont pas été posées dans les enquêtes avant. Ces questions concernent la phase auprès des PGP, sur les 4 sites, ainsi que 94 enquêtées de l'enquête après au Burkina Faso et 14 femmes au Cameroun ayant participé aux groupes de parole RRS. On se rend compte que la plupart des PGP enquêtées (plus de 9 sur 10) ont répondu à ces deux questions.

➤ V701A : Durant les GP, quel est le sujet qui vous a le plus marqué ?

Tableau 86 : Sujet le plus marquant durant les GP, réponses en clair et pourcentage de PGP ayant répondu en clair (V701A)

	BURKINA FASO		CAMEROUN		MADAGASCAR		TOTAL
	GP	APS	GP	APS	TANA GP	TUL GP	
Réponses en clair	118	94	46	14	130	43	445
% de l'ensemble	100,0	100,0	86,8	100,0	97,0	91,5	96,7
Ensemble	118	94	53	14	134	47	460

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

445 femmes ont répondu en clair à cette question, soit presque l'ensemble des 460 PGP (96,7 % d'entre elles).

➤ **V701B : Durant les GP, quel est le second sujet qui vous a le plus marqué ?**

Tableau 87 : Second sujet le plus marquant durant les GP, réponses en clair et pourcentage de PGP ayant répondu en clair (V701B)

	BURKINA FASO		CAMEROUN		MADAGASCAR		TOTAL
	GP	APS	GP	APS	TANA GP	TUL GP	
Réponses en clair	118	90	44	13	110	46	421
% de l'ensemble	100,0	95,7	83,0	92,9	82,1	97,9	91,5
Ensemble	118	94	53	14	134	47	460

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

421 femmes ont répondu en clair à cette question, soit plus de 9 PGP sur 10. Ce taux de réponse est légèrement plus faible que pour le sujet 1 qui a le plus marqué les femmes, mais reste très important.

Étant donné la similitude des réponses entre le premier et le second sujet préféré (répartition des réponses en effectifs très similaires pour une même base de données), il semblait pertinent de regrouper ces deux questions, en tant que « sujets préférés abordés durant les groupes de paroles auxquelles les femmes ont assisté, sujets qui les ont le plus marquées ».

2) Résultats

Si l'on regroupe les deux variables, il y a au total 866 réponses en clair. Un certain nombre de thèmes préférés se retrouvent dans l'ensemble des bases de données. Voyons d'abord ceux-ci.

- De manière générale, plus d'une réponse sur 3 concerne le **VIH/SIDA ou les IST**. Certaines ont cité seulement le VIH ou SIDA « *thème sur le SIDA* », d'autres seulement les IST. La plupart ont cité les deux ensemble « *les IST et le SIDA* ». Quelques femmes ont donné des réponses plus précises,
 - sur la prévention : « *la protection contre le SIDA et les IST* », « *comment éviter les IST* », « *comment se protéger des différentes maladies SIDA, IST* », « *comment se protéger des*

IST », « *le test du VIH/SIDA* », « *méthodes de prévention contre le VIH/SIDA* », « *prévention des IST* »

- sur les connaissances sur la maladie « *connaissances sur le SIDA* », « *IST et symptômes* »

- sur la lutte contre la maladie : « *lutte contre le SIDA* », « *sensibilisation sur le SIDA* »

- une femme a insisté sur l'importance de ne pas isoler les séropositifs : « *prendre soin des malades du VIH/SIDA, ne pas les rejeter* ».

- La **planification familiale** a également été l'un des sujets favoris (près d'un tiers des réponses). Les réponses les plus citées sont « *le planning familial* » ou « *la contraception* », ou « *le planning familial et la contraception* ». Certaines femmes ont parlé de « *séparation des naissances* » ou « *contrôle des naissances* » ou « *contraceptifs* ». Une femme parle de la « *sensibilisation sur le planning familial* ». Quelques femmes ont précisé que leur sujet préféré était comment utiliser les méthodes de contraception : « *utilisation des injections* » et « *utilisation des injections et des pilules* » (pour la base de donnée de Tuléar).
- Le sujet des **violences** est un troisième sujet important (environ 10 % de l'ensemble des réponses) même si la part des réponses sur le thème varie beaucoup d'une base à l'autre (nous le verrons plus loin). Les femmes parlent généralement de « *violence* ». Elles parlent aussi des « *violences faites aux femmes* », « *la violence envers les femmes* » ou « *la violence sur les femmes* ». De manière plus explicite, des enquêtées parlent des « *violence faites aux femmes et aux enfants* », « *violences dans les foyers* », « *violence conjugale* ». D'autres parlent de la « *lutte contre la violence* », « *sensibilisation contre la violence* », « *prévention de la violence* ». Une a préféré apprendre comment « *se libérer de la maltraitance des hommes* ». Des femmes parlent de violence au singulier mais beaucoup parlent des violences au pluriel. Cela montrent qu'elles ont bien assimilé qu'il existe différents type de violence : violence physique, violence sexuelle, violence verbale, violence économique... Deux précisent en effet comme sujet préféré : « *les violences morales* » et une « *la violence sexuelle* ». Concernant cette violence sexuelle, une femme évoque le « *viol* ». À Tuléar, le thème de la **violence** a été très peu cité contrairement aux autres sites.
- Quelques femmes ont pour sujet préféré les **droits des femmes, le statut de la femme**. Les 14 réponses de ce type sont « *droits des femmes* », « *droits de la femme* », « *droits des hommes et des femmes* », « *droit de la femme de se plaindre auprès de la police* », « *droits des femmes, prévention* », ou de manière plus large « *sur la femme* », « *les femmes* ».

- **L'anatomie de l'homme et de la femme, la connaissance du corps** (menstruations, puberté) concerne près de 7 % des réponses. Les réponses données sont les suivantes : « *le corps de l'homme* », « *l'anatomie de l'homme* », « *le corps de la femme* », « *l'anatomie de la femme* », « *connaissance du corps de la femme devenue pubère* », « *connaissance du corps* », « *le corps humain* », « *anatomie de l'homme et de la femme* », « *présentation du corps intérieur et extérieur de l'homme et de la femme* », « *anatomie sexuelle de l'homme et de la femme* », « *anatomie des sexes masculin et féminin* », « *anatomie* », « *corps* », « *anatomie du corps de l'homme et de la femme, connaissance du corps de l'homme et de la femme* », « *connaissance du corps humain* ».
 - Certaines réponses concernent spécifiquement les règles : « *le cycle menstruel* », « *les menstruations (cycles)* ».
 - D'autres la puberté : « *les signes de l'adolescence* », « *le corps de la jeune fille* ».
 - Des réponses concernent l'hygiène : « *l'entretien du corps de la femme sur le plan de l'hygiène* », « *hygiène des femmes* », « *propreté des enfants et des femmes* », « *toilette intime* ».

Ce sujet sur le corps a été un sujet préféré pour un grand nombre de femmes au Burkina Faso (42 réponses) contre 8 au Cameroun, 10 à Antananarivo et aucune à Tuléar.

- La **sexualité** n'est pas le thème préféré de beaucoup de femmes (3,3% de l'ensemble des réponses). Quand c'est le cas, elles parlent essentiellement de « *la sexualité* » de manière générale. Quelques unes seulement emploient d'autres formulations plus précises : « *la sexualité entre la femme et l'homme* », « *rapports sexuels* ». Une parle du « *désir* », ce qui montre qu'elle a assimilé l'aspect désir dans la sexualité, ce qui est différent de la voir comme seul moyen de procréation.
- Peu de réponses (2,4 %) concernent la **santé en général**. Les réponses sont les suivantes : « *la santé* », « *sujet sur la santé* », « *santé des femmes* », « *suivi gynécologique* », « *la santé maternelle* », « *connaissance sur les maladies* », « *prévention des maladies* ». Ce sujet a été cité par 1 femme seulement comme sujet préféré au Burkina Faso et par 2 femmes au Cameroun. En revanche 18 femmes l'ont cité à Madagascar (9 à Antananarivo et 9 à Tuléar).
- Bien que ce thème ne soit pas dans les grands sujets initialement prévus pour les groupes de parole, un nombre relativement important de femmes ont cité comme sujet préféré **la vie conjugale, ou la vie dans le foyer, vie familiale** de manière plus large (34 femmes soit près de 4 % des réponses). Les réponses sont les suivantes : « *la vie en couple* », « *la vie dans les*

foyers (droits et devoirs)», « la vie dans le foyer », « l'entente dans le couple », « le bien-être familial », « la vie familiale », « le bien-être dans le foyer », « le respect dans le foyer », « le concubinage », « les rapports entre hommes et femmes », « sur la relation maritale », « la vie entre les conjoints », « comment s'occuper de son foyer conjugal », « comment améliorer la vie au foyer conjugal », « conseils aux femmes quand elles ont des problèmes conjugaux », « conseils aux femmes sur la vie maritale », « conseils sur la vie au foyer », « le foyer conjugal », « la famille », « comment gérer budget familial », « la vie dans le foyer », « la sagesse et l'art ménager », « sujets sur le ménage », « vie maritale », « la vie au foyer conjugal ». Ce thème a été très populaire surtout à Antananarivo puisque plus de 20 femmes ont répondu cela alors que ce n'est le cas que de quelques femmes dans les autres bases de données.

Ce qui est particulier à certaines bases ou pays.

- Le thème de l'**excision** n'a vraisemblablement été abordé qu'au Burkina Faso. Par conséquent, aucune femme ne l'a cité comme sujet préféré dans les deux autres pays. Cela s'explique facilement par le fait que cette pratique est presque inexistante au Cameroun et à Madagascar. En revanche, au Burkina Faso pour les deux bases de données, il s'agit d'un des sujets préférés (premier ou second) ; environ 2 réponses sur 10 sont en effet « *l'excision* ». Cette pratique reste largement pratiquée au Burkina Faso, malgré la loi l'interdisant.
- Au Burkina Faso, à Antananarivo et à Tuléar, environ 10 femmes ont cité comme sujet préféré le **préservatif** : « *le port du préservatif* », « *le port du condom* », « *condoms* », « *sujet sur les condoms* », « *utilisation des condoms* », « *le condom féminin* ». Au Cameroun, aucune femme ne l'a cité.
- Au Burkina Faso et à Antananarivo uniquement, un sujet cité par seulement 3 femmes est la **communication avec les jeunes**, notamment autour de la sexualité. « *parler de sexualité avec les jeunes*, « *communication avec les enfants* », « *sujets sur les jeunes* », « *l'éducation des jeunes filles sur le plan sexuel* ».
- 2,5 % des réponses sont de **type différent** :
 - Certaines femmes ont répondu « *tous les sujets* », « *tous les sujets sont intéressants* » ou au contraire « *aucun* », « *ne se rappelle pas* », « *ne se souvient pas* ».

- Certaines réponses concernent plutôt le déroulement/fonctionnement des GP : « *les groupes de parole* », « *écouter les problèmes des autres* », « *participation au sein du groupe* ».
- Une femme parle des conséquences pour sa vie personnelle : « *cela m'a permis de savoir ce qui peut se faire ou non dans la vie* ».
- Des réponses données sont très générales : « *amélioration sociale* », « *comment se protéger* », etc.
- Certaines concernent des sujets isolés moins directement liés à un grand thème des groupes de parole mais rattachés de près ou de loin aux thématiques et qui ont probablement été abordés au cours des GP auxquelles elles ont assisté : « *l'allaitement maternel* », « *thème sur le cancer du col de l'utérus* », « *le mariage précoce* ».
- D'autres thèmes semblent vraiment très éloignés des thématiques des groupes de parole. Néanmoins ils ont dû être abordés au cours des GP : « *drogue, alcool* », « *le baptême* », « *séquelles de la syphilis* » (Antananarivo), « *aider les orphelins et handicapés* », « *le paludisme* » (Burkina Faso).

3) **Discussion**

Malgré quelques sujets assez éloignés des thématiques RRS, on retrouve dans ces sujets préférés les thèmes principaux abordés dans le programme donc également ceux du questionnaire (VIH/SIDA IST et santé générale, planification familiale, violences, sexualité etc). Il semble donc que les groupes de parole aient abordé les différents thèmes prévus par le programme. Les deux sujets préférés des femmes sont le VIH/SIDA et les IST et la planification familiale/la contraception.

Les femmes associent souvent VIH/SIDA et IST dans leurs réponses, ce qui montre que ces sujets ont dû être traités ensemble dans les groupes de parole. Malgré quelques spécificités selon les sites, les thèmes abordés semblent avoir été les mêmes. La violence a été beaucoup citée également ainsi que les violences, et certaines femmes ont bien compris qu'il pouvait y avoir différentes sortes de violence (physique mais aussi morale, verbale, sexuelle...).

Quelques femmes indiquent qu'elles ont été séduites par la méthodologie des groupes de parole et l'approche counselling.

Cependant les nombreuses réponses sur la vie dans le foyer révèlent autre chose. Il n'est donc pas étonnant que ce sujet revienne fréquemment dans les sujets préférés des femmes. En effet, des comptes rendus sur les groupes de parole ont révélé que les animatrices donnaient souvent des conseils aux femmes sur la façon de garder son mari, de faire revenir la paix dans le foyer, ce qui peut s'éloigner de la démarche de counselling prônée par le Planning Familial. De plus, beaucoup d'animatrices encourageaient les femmes à être propre, à prendre soin d'elles et à ne pas refuser les rapports sexuels pour garder leurs maris. Cela ne rentre pas du tout dans les fondamentaux du programme RRS : permettre l'autonomie des femmes et tendre vers l'égalité homme/femme, gérer sa sexualité et ne pas être sous l'emprise de l'homme. Cependant, il s'agissait peut-être parfois de la part des animatrices d'une volonté de changer la donne sur la violence conjugale mais par des moyens moins radicaux que le départ de la femme de son foyer (très difficile dans le contexte actuel des 3 pays).

Le thème de l'excision a été très populaire auprès des femmes. Bien que les mutilations génitales féminines (MGF) restent une pratique largement répandue au Burkina Faso malgré la loi l'interdisant, les femmes des groupes de parole semblent avoir particulièrement apprécié de parler de ce thème. Elles semblent donc ouvertes au débat sur cette pratique. Il reste cependant de nombreuses idées reçues sur l'excision, par exemple les effets néfastes ne seraient réservés qu'aux blanches, perçues comme plus fragiles (Tou, Berthe et al., 2010).

IV) LIMITES

A) Limites indépendantes de ce travail

1) Réponses en clair manquantes ou incomplètes

- Une quarantaine de réponses « tronquées », au total pour les trois bases de données du Cameroun et sur les variables d'analyse, ont été comptabilisées. Ce problème a été mentionné dans la partie présentation de l'enquête (I-B). Malgré une demande à l'équipe de recherche locale, l'obtention d'une version des bases de données comportant les réponses complètes n'a pas pu avoir lieu.

Les données incomplètes concernent essentiellement la phase avant du Cameroun et nettement moins les phases GP et après. Elles concernent les variables : V204 (suivi de santé), V332, V336, V341 V432, V433 (préservatif), v352, v353 (violence) V405 (contraception), V504, V544 (VIH et IST). De façon plus détaillée,

- 6 réponses sont incompréhensibles car il manque l'idée principale. Par exemple : « *oui elle aimerait savoir si les con...* », « *alors que le preservatif fem est pla...* ». Elles ont donc été exclues de l'analyse.

- Pour 18 réponses, on a accès à une partie de l'information mais il manque l'autre partie : « *j'y vais pour maladie et non pour c...* », « *ce n'est pas sécurisant, donc je ne...* », « *coupe quelque fois le désir mais...* », « *on doit le rendre plus fin de faço...* », « *parler calmement à son mari pour lu...* », « *revoir son comportement, et voir ce...* ». La partie compréhensible de la réponse a donc été retenue pour l'analyse.

- 19 réponses sont compréhensibles soit parce qu'il manque seulement une partie du dernier mot soit au regard de réponses similaires des autres femmes (qui éclairent ce que l'enquêtée dont la réponse n'est pas complète a voulu dire) : « *enterrer les serviettes hygiéniques déjà utili* » (utilisées), « *la femme doit changer son comportem...* » (comportement), « *boutons sur le sexe, chute des chev...* » (cheveux), « *ce sont les hauts et les bas des m...* » (mariages), « *boire 7 nivaquines et 3 dans le vag...* » (vagin), « *certains ne sont pas de bonne quali...* » (qualité), « *il empêche l'homme d'éjaculer rapid...* » (rapidement), *boutons et irrptions cutanées, faib...* (faiblesse), « *il est bien mais a des risq de se p...* » (risques de se percer),

respecter son mari, bien garder le f... (foyer), « oui il se déchire vite (selon les ge... » (gens). Parfois des abréviations ont été utilisées pour retranscrire la réponse complète : « doit être accessible coe pr les hoe » (comme pour les hommes). Ces réponses ont donc été complétées et incluses dans l'analyse.

Finalement, peu de réponses sont totalement incompréhensibles. De surcroît, les réponses incomplètes ne représentent même pas 1 % de l'ensemble des réponses en clair à nos variables d'intérêt de la part des enquêtées camerounaises (6897 réponses au total). Ce biais est donc limité.

- À la question V547 (raisons de la réticence à aller consulter en cas de signes/symptômes d'IST), il manque les réponses en clair pour les 3 bases de données du Cameroun. 22 réponses de femmes n'apparaissent donc pas, alors qu'elles avaient indiqué la modalité « autre ». Ces informations n'ont pas pu être récupérées, n'ayant pas d'accès à une version antérieure des bases de données Cameroun, comportant ces réponses. L'analyse de cette variable ne concerne donc que le Burkina Faso et Madagascar.
- 7 réponses d'enquêtées à Madagascar n'ont pas été traduites. Elles concernent les variables V130, V306, V307, V321, V353. Grâce à l'aide d'une personne parlant malgache, la traduction française pour 3 d'entre elles a été possible. L'impact est limité car 4 réponses manquantes représentent très peu comparativement à l'ensemble des réponses des enquêtées malgaches (des 2 sites) soit 6811 réponses.

2) **Retranscription des réponses en clair**

- La retranscription des questions ouvertes devait se faire « mot pour mot », comme indiqué dans le guide d'instruction aux enquêteurs (CIC-EC de la Réunion, 2008). Or on se rend compte que cela n'a pas toujours été le cas. Par exemple, l'enquêteur retranscrit parfois « elle » ou « l'enquêtée » au lieu du « je » (si la transcription s'était faite mot pour mot). Un enquêteur émet même un jugement de valeur dans la retranscription : « *l'enquêtée estime qu'elle a dépassé l'âge alors que son cycle est fini la veille* ». La réponse dépend donc parfois de ce que l'enquêtrice a voulu noter ou de ce qu'elle a compris de la réponse de l'enquêtée. De plus, la traduction en malgache entraîne forcément des décalages entre ce que

l'enquêtée a voulu dire et la traduction française (vocabulaires différents selon les pays, toutes les idées ne se traduisent pas ou difficilement).

- On se rend compte de l'impact qu'a le fait de proposer des réponses. Beaucoup plus de femmes répondent « autres » en clair quand les modalités de réponses n'ont pas été listées avant. Lorsque celles-ci sont listées, cela influence quelque peu les réponses et l'on observe moins de spontanéité.
- Comme nous l'avons déjà évoqué, les réponses « autres » pourraient très souvent rentrer dans des modalités de réponses pré-codées. Pourtant, il est souvent précisé dans le guide destiné aux enquêteurs : « *si une réponse ne fait pas partie des réponses déjà listées, cochez la case « autre » et notez la réponse en clair. Avant de cocher la case autre, bien vérifier que cette réponse n'est pas déjà listée* » (CIC-EC de la Réunion, 2008). Cependant, pour certaines variables, l'enquêtrice devait lister les différentes possibilité de réponses à l'enquêtée. Si l'enquêtée répondait oui à « autre chose », l'enquêtrice devait alors retranscrire sa réponse en clair même si celle-ci était semblable à une modalité proposée avant. C'est le cas pour les items V308 et V348 (définition et perception des rapports sexuels). Ainsi, on obtient beaucoup de réponses en clair qui sont en fait une combinaison d'autres modalités proposées, alors que plusieurs réponses étaient possibles pour ces questions. Elles disent par exemple « *c'est A, B et C à la fois* ». Dans ce cas, les cases A, B et C auraient dû être cochées et la case autre n'aurait pas du être remplie. Cela devrait être corrigé.

Ont également souvent été retranscrits en clair les « *ne sait pas* » et « *pas de réponse* », alors que des catégories existaient pour cela. Par exemple, pour les questions en clair V432 et V433 (*Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif masculin/féminin?*), plus de la moitié des réponses sont en fait des : « *pas de remarque* », « *RAS* », « *non* » etc. Ces réponses devraient être éliminées.

Pour certaines bases de données (notamment Madagascar) ce travail de rectification a été en partie réalisé. Mais pour la plupart, il n'a pas été fait. Ainsi, une petite partie de cette analyse textuelle comprend des réponses en clair redondantes par rapport aux modalités de réponses pré-existantes. Mais il semblait important d'une part de les mentionner tout de même et d'autre part de préciser quand ces réponses auraient pu ou du rentrer dans une catégorie pré-établie.

B) Limites liées à ce travail

1) **Partie quantitative**

Les chiffres présentés dans ce rapport sont les chiffres bruts. Ils n'ont pas reçu d'ajustement. Pourtant, ces chiffres peuvent être influencés par des facteurs socio-démographiques. Par exemple, la différence d'âge des enquêtées d'une base de données à l'autre entraîne des réponses différentes sur la contraception et la sexualité. En effet, bien que l'âge des enquêtées soit compris entre 15 et 49 ans, la moyenne et la médiane d'âge semblent varier selon les bases de données.

Tableau 88 : Moyenne d'âge des enquêtées et médiane dans les différentes bases de données

	BURKINA FASO			CAMEROUN			MADAGASCAR			
	AVT	GP	APS	AVT	GP	APS	TANA AVT	TANA GP	TUL AVT	TUL GP
Moyenne	30,5	32,8	31,4	28,1	28,2	29,0	29,9	28,5	29,9	26,5
Médiane	30	32	31	26	23	28	28	27	29	25
Effectif d'enquêtées	668	118	625	791	53	799	756	134	764	47

Source : Exploitation des 10 bases de données de l'étude d'impact en population du programme RRS

Cependant, ne s'agissant pas du centre de ce travail (que constitue l'analyse des réponses en clair), il n'y a pas eu d'ajustement des données.

2) **Partie qualitative**

- Pour catégoriser les réponses en clair, les réponses des femmes ont été divisées par idée, lorsqu'elles donnaient plusieurs idées dans leur propos. Il aurait été bien sûr intéressant de voir ce que les femmes avaient associé mais cela se révélait trop compliqué et long à analyser, en raison du nombre très important de réponses en clair.
- Par ailleurs, catégoriser les réponses n'est pas toujours évident, beaucoup d'idées se recoupant, étant interconnectées. Ce travail suscite de nombreuses hésitations. La catégorisation ne permet pas de montrer toutes les nuances et la complexité des thèmes. Le but est de donner en quelque sorte un panel des réponses des femmes, assez schématique.
- Il est également difficile de savoir si les réponses qui se trouvent uniquement dans certains sites ou bases de données sont liées à un contexte particulier ou si ces réponses ne se retrouvent pas dans d'autres bases de données en raison d'un effectif trop restreint

d'enquêtées. En effet, l'effectif d'enquêtées lors de la phase auprès de PGP est beaucoup plus restreint que lors des phases en population générale (avant et après).

- De manière générale, l'interprétation des réponses semble difficile pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les réponses sont courtes. Certaines n'en demeurent pas moins très parlantes mais d'autres sont plus difficile à saisir. Étant donné la quantité de variables sélectionnées, le nombre de réponses en clair et le choix de travailler sur l'ensemble des thématiques du questionnaire, une analyse très poussée n'a pu être réalisée. De la même façon, un travail bibliographique approfondi n'a pu être réalisé, en raison du nombre important de thématiques qu'abordent les réponses des femmes et du fait que cette analyse concernait trois pays ayant des contextes spécifiques. Ce travail aurait permis de contextualiser les résultats de cette analyse, de les confronter à ceux d'autres enquêtes sur des sujets similaires et de montrer les enjeux du sujet.

V) CONCLUSION – SYNTHÈSE

A) Principaux résultats

Ainsi, après avoir explicité les réponses en clair de variables choisies du questionnaire CACP, voyons les principaux résultats qui ressortent.

On se rend tout d'abord compte que ces réponses sur les représentations des risques sexuels révèlent un rapport particulier à la norme sociale. Concernant les raisons pour lesquelles il n'est pas acceptable qu'une femme achète un condom, on a déjà souligné l'emploi fréquent du terme « *normalement* », révélant le fort l'attachement à la norme sociale et la difficulté à s'en éloigner. Cela se retrouve dans les citations suivantes : « *normalement, les femmes ne devraient pas l'acheter, ce sont les hommes seulement* », « *dans les normes, c'est l'homme qui doit acheter les condoms* ». De manière plus précise, certains facteurs influencent particulièrement les réponses des femmes sur les risques sexuels et transcendent les différents thèmes abordés précédemment.

Il y a d'abord les **rapports sociaux de sexe**, qui apparaissent très clairement dans un grand nombre de réponses des 10 bases de données. Les réponses abordent les questions du genre, révèlent des éléments sur les statuts homme/femme, le rôle de chacun dans la sexualité, les relations hommes/femmes dans le couple, entres autres. À travers les différents thèmes, on voit émerger la problématique de genre mais de manière spécifique pour chaque thématique. Par exemple, sur le thème des violences, ce qui ressort surtout est la soumission attendue de la femme, le devoir d'exaucer les désirs de son mari. En revanche, pour ce qui est de la méthode de contraception, du recours aux soins et au test du VIH, c'est surtout la négociation dans le couple qui apparaît et la marge de manœuvre de la femme dans les différents choix. Concernant la raison pour laquelle les femmes ne veulent pas effectuer le dépistage du SIDA au moment de l'enquête (V531), on se rend compte que le mari influence grandement la décision, en conseillant ou imposant son choix. Pour ce qui est du choix de la méthode de contraception, une enquêtée explique prendre la pilule car « *c'est mon mari qui m'autorise à [la] prendre* ». Une autre utilise une méthode naturelle car son « *mari n'aime pas les méthodes modernes* ». Cela montre le peu de marge de manœuvre de la femme dans

cette décision. En revanche, le mari conseille parfois un moyen de contraception moderne, révélant une communication dans le couple sur la planification familiale et un investissement de l'homme sur ces questions. Toujours en ce qui concerne le choix de la contraception, une justifie son recours à l'abstinence par le fait que cela « *permet de se reposer un temps, d'éviter les rapports sexuels pendant un moment* ». Les relations sexuelles semblent dans ce cas perçues comme une contrainte. Certaines enquêtées les voient en effet comme faisant partie du « *devoir conjugal* », des « *exigences du mariage* » (V348). Une autre enquêtée explique qu'acheter un préservatif n'est pas acceptable pour une femme car cela « *démontre que la femme aime faire l'amour* ». Ainsi, socialement, le désir et le plaisir sexuel féminin sont mal acceptés. En revanche, on se rend compte de la diversité des points de vue puisque pour d'autres enquêtées, les rapports sexuels évoquent « *le plaisir* » (V308 et V348) et qu'une enquêtée révèle « *se masturber avec du savon ou du concombre* » (V308). Pourtant, la sexualité reste souvent vue comme un moyen de reproduction essentiellement, par exemple lorsqu'une enquêtée explique : « *j'ai arrêté d'accoucher et depuis lors je n'ai plus de rapports sexuel* ». Concernant les raisons pour ne pas utiliser un moyen de contraception actuellement (V411), on se rend compte qu'un grand nombre de femmes sont en fait enceintes. Une enquêtée malgache explique qu'une humiliation que l'homme fait subir à sa femme consiste à « *obliger la femme à tout le temps concevoir un enfant* » (V130). Cela révèle le rôle reproducteur dans lequel la femme reste souvent enfermée.

Par ailleurs, on se rend compte des violences conjugales subies par les femmes, y compris dans des réponses relatives à d'autres thématiques. Prenons deux exemples sur la violence sexuelle ou le viol conjugal. Une enquêtée explique qu'un moyen de se protéger du VIH/SIDA est « *pas de brutalité lors des rapports* » (V504). Une autre femme dit à propos du condom féminin qu'il « *est bien accepté d'une femme mariée car si tu accouches récemment et que ton mari t'oblige à avoir des rapports, tu peux l'utiliser pour éviter [une] grossesse* ».

La religion semble omniprésente dans la vie quotidienne. Cela se manifeste d'abord par de nombreuses références à Dieu dans les réponses des enquêtées, à qui elles font appel pour faire cesser la violence conjugale : « *demander à Dieu de transformer ton mari* » (V352), pour se protéger du VIH/SIDA : « *c'est Dieu qui nous protège* » (V504) ou encore comme traitement des IST : « *croire en Dieu* » (V551). On se rend compte de l'assimilation de la morale fataliste, notamment concernant la conception. Une enquêtée explique ne pas utiliser de moyen de contraception car elle « *prend ce que Dieu [lui] donne* ». Par ailleurs, on observe dans les réponses

une restitution du discours (donné par la religion, la société et des ONG conservatrices), prônant l'abstinence et la fidélité : « *par respect pour le couple, on ne doit pas avoir de rapport avant le mariage* » (V504). Une enquêtée dit pratiquer l'abstinence car « *c'est ce que Dieu recommande* » (V410).

La religion sert souvent à justifier certaines pratiques. Prenons l'exemple du mariage précoce au Burkina Faso (pays majoritairement musulman) : « *Contrairement à cette perception dépréciative du mariage précoce, certains enquêtés le valorisent pour des raisons liées à leurs conceptions « religieuses ». Selon eux, la fille doit garder sa virginité jusqu'au mariage, situation qui valorise et fait l'honneur de la famille. Ce qui signifie que l'adolescente ne doit pas tomber enceinte dans la maison paternelle mais plutôt dans son domicile conjugal* » (Population Council, 2009, p : 26).

À Madagascar, il y a une forte influence des églises chrétiennes (catholiques et protestantes). Les religions protestante et luthérienne très présentes. Or, au 18ème et au 19ème siècle, avant la christianisation de l'île, il y avait une grande permissivité de la sexualité des jeunes. La sexualité n'y était pas tabou, l'entrée dans la vie sexuelle était précoce et avait lieu hors mariage, le terme de « virginité » n'existait même pas (Binet, Gastineau, 2010). On voit donc bien le poids de la religion, qui ralentit les changements de comportements en matière de sexualité, de planification familiale, de violence etc.

Le poids de la **tradition** se retrouve surtout dans les thèmes du recours aux soins de santé, la planification familiale et le traitement des IST. On note surtout une préférence de certaines femmes pour la médecine traditionnelle, les moyens de contraception dits « naturels »... Des enquêtées évoquent aussi des méthodes traditionnelles pour avorter. D'autres pensent que l'eau chaude ou autres remèdes sont efficaces pour soigner les IST. À noter qu'à Madagascar, davantage d'enquêtées semblent être dans le suivi médical, par rapport aux deux autres pays.

Ce qui paraît aussi ressortir dans les réponses en clair étudiées, c'est la grande diversité des représentations et notamment un rapport fluctuant à la norme.

Tout d'abord, il semble y avoir des décalages entre le discours « normatif » des femmes et la réalité du quotidien. Prenons l'exemple de la **fidélité**.

Le préservatif est parfois associé au vagabondage sexuel par des enquêtées, avec l'idée si les femmes ne risquent pas de tomber enceinte, elles hésiteront moins à être infidèle : « *cela favorise l'infidélité dans le couple* ». Cela montre qu'elles ont intégré certains discours que la société et plus particulièrement la religion, véhiculent. L'infidélité est très citée à Madagascar, comme étant une

humiliation que les maris font subir à leurs femmes (V130). Dans de nombreuses réponses à diverses variables, des femmes clament le discours de la fidélité : « *on ne doit pas avoir de relations extraconjugales* ». Elles disent par exemple qu'un moyen de se protéger du VIH/SIDA est d'« *être fidèle* » (V504).

Pourtant, l'infidélité semble parfois intériorisée au regard de certaines réponses à d'autres questions. Une enquêtée explique que le condom masculin « *permet aux hommes de se protéger et de ne pas contaminer les femmes à la maison* » (V432). Une femme explique qu'un moyen de se protéger du VIH/SIDA est de « *faire des dépistages avec sa femme et sa maîtresse* » (V504). Cette réponse est intéressante car elle montre les « petits arrangements » auxquelles les femmes ont recours, dans leur quotidien.

Beaucoup de femmes prônent aussi l'abstinence comme on l'a déjà dit. Plus précisément, l'abstinence prolongée après l'accouchement semble une pratique répandue d'après les réponses des femmes. Or, selon l'équipe locale du Burkina Faso (Tou, Berthe et al., 2010), les jeunes générations n'ont plus recours à cela.

De même, malgré le peu de déclarations et le secret autour de cette pratique (Rossier, 2006), le recours à l'avortement est répandu dans nos pays d'étude.

Par ailleurs, bien que de nombreuses enquêtées semblent rester très attachées à la norme sociale, il semble y avoir une grande diversité des points de vue selon les réponses. Si certaines enquêtées associent le condom au vagabondage sexuel et pensent qu'il entraîne l'infidélité, pour d'autres, il constitue une double protection : il permet d'espacer les naissances et protège des IST et du VIH/SIDA. Certaines enquêtées soulignent le fait que le condom féminin permet l'autonomie de la femme quant à sa contraception, connaissent les moyens de se protéger du VIH/SIDA, pensent qu'un moyen de se protéger de la maltraitance est d'avoir recours à l'action sociale ou de connaître ses droits, et perçoivent les rapports sexuels comme source de plaisir. On se rend bien compte que malgré des normes culturelles et sociales qui influencent forcément le discours des femmes ainsi que leurs CACP, on ne se trouve pas face à une population homogène, ayant des représentations identiques sur les risques sexuels. Le qualitatif permet donc de mettre en lumière la variété des points de vue.

B) Ampleur des réponses en clair

Certaines variables ont suscité beaucoup de réponses en clair ou un fort pourcentage de réponses autres.

Tout d'abord certains items non précodés ont donné lieu à un très grand nombre de réponses :

- Les autres remarques sur le préservatif masculin (V432) : 2789 réponses
- Les autres remarques sur le préservatif féminin (V433) : 2788 réponses
- Les humiliations que les maris font subir à leur femme (V130) : 2256 réponses
- Les raisons pour lesquelles il n'est pas acceptable qu'une femme achète un condom (V332) : 964 réponses
- Le sujet le plus marquant durant les groupes de parole (V701A) : 445 réponses
- Le second sujet le plus marquant durant les groupes de parole (V701B) : 421 réponses

D'autres items ont donné lieu à une forte proportion de réponses « autres » en clair :

- Les raisons de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom féminin (V341) : 31,1 % de réponses autres
- Les signes de la maturité sexuelle chez les garçons (V307) : 31,0 % de réponses autres
- Les raisons de l'incapacité de la femme à se procurer elle-même un condom masculin (V336) : 27,3 % de réponses autres
- Les signes de la maturité sexuelle chez les filles (V306) : 26,5 % de réponses autres
- Le moyen d'avortement utilisé (V415) : 22,2 % de réponses autres
- Les raisons pour être réticente à faire le test du VIH (V531) : 21,9 % de réponses autres
- Les moyens dont dispose une femme pour se protéger de la maltraitance (V352) : 20,4 % de réponses autres

- Les raisons de la non utilisation d'une méthode de contraception (V411) : 18,4 % de réponses autres
- Les raisons du choix de la méthode de contraception actuelle (V410) : 17,6 % de réponses autres
- Les raisons des femmes pour cacher les violences subies (V353) : 17,1 % de réponses autres
- Les raisons de la non-utilisation d'un condom (V322) : 15,5 % de réponses autres

On voit donc l'ampleur des réponses en clair dans les variables ci-dessus.

Cela permet également de situer les réponses autres parmi l'ensemble des réponses à une variable et d'estimer leur représentativité par rapport à l'ensemble des enquêtées.

C) Apport de cette analyse

L'objectif ici était d'être au plus près de ce qu'ont voulu dire les enquêtées et ainsi de révéler certaines représentations et idées reçues, d'essayer d'appréhender leur rapport à la norme. L'apport de cette analyse et de manière plus générale du qualitatif par rapport au quantitatif, c'est que le qualitatif envisage des choses auxquelles on ne pensait pas, apporte des informations supplémentaires et donne lieu à des réponses non anticipées. À titre d'exemple, les réponses sur les signes de la maturité sexuelle (chez les filles et les garçons) ont révélé en plus des signes biologiques envisagés dans le questionnaire, des changements de comportements.

Ce qui ressort surtout, c'est que le questionnaire abordait les connaissances, comportements, attitudes et pratiques des femmes de façon assez individualiste. On se rend au contraire compte dans les réponses en clair des femmes de la **dimension relationnelle omniprésente** dans ces CACP. Les réponses ne montrent donc pas seulement le caractère individuel mais relationnel des situations. Les questions sur la maturité sexuelle évoquées ci-dessus montrent par exemple un changement de comportement envers le sexe opposé, révélant les rôles attendus par les filles et les garçons dans la société. Au regard des réponses en clair, les rapports sociaux de sexe semblent influencer grandement les CACP des femmes, comme nous l'avons indiqué plus haut. Une étude en termes de relations de genre est donc une extension possible de ce travail et se révélerait très intéressante.

D) Perspectives

Ce travail est davantage descriptif qu'analytique, il constitue un rapport intermédiaire. Il serait donc intéressant de poursuivre le travail.

- On se rend compte de la richesse du vocabulaire, révélant de multiples facettes dans les perceptions. Les réponses en clair ont pu paraître parfois redondantes. Mais s'agissant d'un rapport intermédiaire, il faut cependant y voir la volonté de garder la variété des réponses, l'information complète, présentée de façon lisible et organisée, pour un éventuel travail complémentaire. Il serait en effet intéressant d'étudier les associations de mots/de notion dans les réponses en clair.
- Un croisement des données en clair avec des variables socio-démographiques ou d'autres variables quantitatives pertinentes s'avère également une extension possible de ce travail.
- Il serait également intéressant d'approfondir les recherches sur une thématique donnée ou d'analyser ces réponses en clair à travers une problématique particulière, à l'instar des rapports sociaux de genre.

Ce rapport pourra éventuellement servir à orienter l'action du programme actuel SSDG, puisqu'il se voulait au plus près du discours des femmes enquêtées.

VI) RECOMMANDATIONS

A) Recommandations sur le questionnaire

Certaines remarques sur les variables (ouvertes et fermées) proviennent de la première lecture du questionnaire, d'autres après observation des réponses en clair dans les différentes bases de données. Cette observation des réponses en clair a permis entre autres de repérer des questions incomprises ou de révéler des réponses très présentes pouvant être intégrées dans les modalités de réponses pré-établies. Le but de ce travail est de permettre l'amélioration du questionnaire pour l'évaluation du programme RRS actuel (désormais appelé SSDG, phase 2011-2014). Au cours de ce travail, un document a été réalisé, comprenant des commentaires sur un certain nombre de variables. Voir Annexe n°4 : Commentaires sur des variables du questionnaire. Une discussion s'en est suivie avec François Favier, certaines des propositions ont été retenues et d'autres pas. Poursuivant l'analyse, ce travail a évolué. Un travail de quelques jours sera réalisé à l'issue de ce rapport, sur l'évaluation du programme SSDG, lors d'un regroupement des personnes travaillant sur ce programme, début février. En fonction des priorités actuelles du programme, des items seront sélectionnés pour le nouveau questionnaire. SSDG est par exemple davantage axé sur les questions de genre. De plus, il a été constaté que le questionnaire était trop long. Le nouveau questionnaire n'abordera donc pas forcément l'ensemble des thématiques du questionnaire CACP (en revanche, de nouveaux items seront sûrement créés). Une fois que cette sélection aura été réalisée (durant le rassemblement), pour les variables sélectionnées, des propositions (reformulation de la question éventuellement et/ou modifications des modalités de réponse) seront soumises au groupe de travail évaluation. L'opinion des équipes locales des trois pays sera également prise en compte, afin que le questionnaire soit adapté aux contextes spécifiques et aux réalités du terrain. Enfin, il ne faudra pas non plus oublier les attentes des bailleurs de fond en terme d'évaluation du programme.

B) Recommandations pour améliorer la qualité des réponses autres

Comme cela a été souligné à de maintes reprises, beaucoup de réponses « autres » sont très proches de modalités de réponses pré-existantes. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- On peut penser qu'une semaine de formation pour des enquêteurs est un peu court. Par exemple, le respect des sauts de questions n'est pas toujours évident (il y en a beaucoup dans le questionnaire) et l'on a observé des erreurs à ce niveau-là également. Dans l'idéal, une formation plus approfondie des enquêteurs serait probablement bénéfique. S'il y a alors moins d'erreurs, cela permettrait une saisie des données plus rapide, ainsi que des vérifications et des corrections des bases de données allégées.
- Parfois, et ce sont des remarques qui ont été faites pour certaines variables du questionnaire, si les modalités de réponses étaient juste un peu reformulées ou élargies, beaucoup de réponses « autres » n'auraient pas lieu d'être et rentreraient dans ces catégories.

C) Favoriser la complémentarité des approches qualitatives/quantitatives

Par ailleurs, on pourrait réaliser, en plus des questionnaires, des entretiens qualitatifs semi-directifs en individuel et des focus groupes avec des personnes cibles, sur les questions de représentations, plus sensibles, davantage à développer (par exemple sur les questions de violence). En effet, la complémentarité des approches qualitatives et quantitatives a été maintes fois démontrée.

Prenons un exemple.

- V332 : « Si non, pourquoi ? » (Si non à V331 : « *Est-ce acceptable qu'une femme achète un condom ?* »).

Pour cette question, le guide destiné aux enquêteurs suggère à ces derniers de demander à la femme de synthétiser la réponse (CIC-EC de la Réunion, 2008). Pourtant, selon les propos d'une animatrice locale qui devait remplir un questionnaire d'évaluation de l'action et trouvait les espaces pour écrire les réponses trop petits, « *tout nécessite un débat en Afrique* ».

En effet, les réponses en clair sont courtes, comme on l'a souligné dans les limites du travail. Elles sont adaptées pour certains sujets mais la plupart des thématiques gagneraient à être complétées par du qualitatif.

BIBLIOGRAPHIE

Sur le programme Réduction des Risques Sexuels en direction des femmes (RRS)

- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2006, FEMMESAVENIR, n°14, 4p.
- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2011, « Réduction des risques sexuels et émancipation des femmes, un cercle vertueux », [brochure], 17p.
- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2011, Note de présentation du programme « Santé, sexualité, droits et genre : programme de promotion des droits de la santé en matière de sexualité de l'égalité des sexes » (diffusion externe), 5p.
- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2011, Fiche présentation du projet : « Programme de réduction des risques sexuels en direction des femmes » au Burkina Faso, Cameroun et Madagascar. Avec le soutien du Ministère français des Affaires Étrangères, de l'Agence Française de Développement et de la Fondation de France, 4p.
- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2011, Introduction à la démarche de counselling et aux techniques d'entretien, 4p.
- ◆ **LE PLANNING FAMILIAL**, 2011, Programme de prévention des risques sexuels en direction des femmes, Un programme d'action animé par le Mouvement Français pour le Planning Familial. Avec le soutien du Ministère des affaires étrangères et de la Fondation de France, Compte rendu technique et financier de la mise en œuvre de la troisième tranche du projet, Période de référence : Novembre 2008 à Mai 2010, 29p.
- ◆ **TOU F., BERTHE A., FIANU A., DALBAN C., FAVIER F.**, 2010, « Évaluation qualitative du processus du programme de « réduction des risques sexuels en direction des femmes » au Burkina Faso : perceptions des actrices et des bénéficiaires », 21p.

Sur l'enquête d'impact en population du programme RRS

- ◆ **ANRS**, 2008, Projets PED SUR 36 MOIS, projet de recherche PED : Recherche-action pour la prévention du VIH-SIDA à Madagascar, au Burkina Faso et au Cameroun : étude de l'impact en population du programme MFPP « réduction des risques sexuels en directions des femmes » basé sur la formation de formateurs, l'abord global de la sexualité et une approche de santé communautaire, 2ème appel d'offre, 49p.
- ◆ **CIC-EC de la Réunion**, 2008, Guide destiné aux enquêteurs des équipes locales, RRS Burkina Faso/Cameroun/Madagascar, 19p.
- ◆ **FAVIER F.**, 2012, Présentation AFRAVIH (Alliance Francophone des Acteurs de santé contre le VIH), Intervention sur les résultats de l'évaluation d'impact en population du programme RRS, session transmission des savoirs, Genève.
- ◆ **LENCLUME V.**, 2011, « Le projet Réduction des Risques Sexuels dans les pays en voie de développement : Étude des déterminants des connaissances, attitudes, comportements et pratiques liés au VIH/SIDA et à la santé des femmes », Mémoire de stage de Master 2, Université de la Réunion, 251p.

- ◆ **POTHIN L.**, 2012 « Prévention du VIH/SIDA au Cameroun : le rôle du statut de la femme dans les risques d'infection », Mémoire de recherche de Master 2, Université de la Réunion, 115p.
- ◆ **RAVONIHARIMALALA R.**, 2011, « Recherche-action pour la prévention du VIH-SIDA à Madagascar : Étude de l'impact en population du programme Mouvement Français de Planification Familiale réduction des risques sexuels en direction des femmes » , Mémoire de stage de Master 2 , Université de la Réunion, 184p.

Ouvrages, articles et rapports sur les thématiques

- ◆ **AMNESTY INTERNATIONAL**, 2010, « La mortalité maternelle au Burkina Faso », *Bulletin de la Commission Femmes - Amnesty International*, 28, p. 3-6 .
- ◆ **AWUBA J., MACASSA G.**, 2007, « HIV/AIDS in Cameroon : Rising gender issues in policy-making matters », *African Journal of Health Sciences*, 14(3-4), p. 118-128.
- ◆ **BINET C., GASTINEAU B.**, 2010 « Représentations et pratique de la sexualité des jeunes a Madagascar permissivité et tabou », in : Blanchard V., Revenin R., Yvorel J ;-J. (eds), 2010, *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identité (XIXe – XXIe siècle)*, Autrement, p : 330-338 .
- ◆ **BINET C., GASTINEAU B., VOLOLOMANANA B.**, 2006, « *La contraception d'urgence chez les Jeunes : Connaissance –Utilisation – Perception - Communes suburbaines de Tanjombato et d'Andoharanofotsy* », Fianakaviana Sambatra (FISA) - Institut de Recherche pour le Développement (IRD), 30p.
- ◆ **CALDWELL J.**, 1979, « Education as a factor in mortality decline : An examination of Nigerian data », *Population studies*, 33(3), p. 395-413.
- ◆ **CANTRELLE P., LOCOH T.**, 1990, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Paris, Ceped, Les dossiers du Ceped, n°10, 36 p.
- ◆ **COMMEYRAS C., NDO J-R.**, 2003, « Études de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun », communication présentée au Colloque *Les journées des économistes français de la santé : Santé et développement*, organisé par Cerdi, Clermont-Ferrand, France, 21 p.
- ◆ **DEHNE K. L.**, 1999, « Abortion in the North of Burkina Faso », *African Journal of Reproductive Health/ La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 3(2), p. 40-50.
- ◆ **DE SINGLY F.**, 2012, *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes (3e édition)*, Armand Colin, coll. « 128 », 128 p.
- ◆ **DIALLO Y.**, 2003, « Pauvreté et maladie », in JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J-P (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, p. 157-216 .
- ◆ **EDS** : Enquêtes Démographiques et de Santé, Burkina Faso : Rapports de 2003 et de 2010.
- ◆ **EDS** : Enquêtes Démographiques et de Santé, Madagascar : Rapports de 1992, de 2003-2004 et de 2008-2009.
- ◆ **FOSU G.**, 1989, « Access to health care in urban areas of developing countries », *Journal of Health and Social Behavior*, 30, p. 398-411.
- ◆ **GASTINEAU B., GATHIER L., RAKOTOVAO I.**, 2009, « Nommer, compter et raconter la violence conjugale à Antananarivo », Saint Denis de la Réunion, Antananarivo, *Revue Tsingy*, 11, p. 129-140.

- ◆ **GASTINEAU B., RAJAONARISOA S.**, 2010, « Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar). Résultats d'une recherche originale », *African Journal of Reproductive Health*, 14(3), p. 223-232.
- ◆ **GASTINEAU B.**, 2003, « Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie », in Arber Sara, Khlat Myriam (eds.), *Social and Economic Patterning of Health among Women [Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes]*, Paris, Cicred, p. 407-424.
- ◆ **GOVINDASAMY P., RAMESH M. B.**, 1997, *Maternal Education and the Utilization of Maternal and Child Health Services in India*, Mumbai, National Family Health Survey Subject Reports, n° 5, International Institute for Population Sciences, 28 p.
- ◆ **GUEGANT J-P.**, 2011, *Comment bénéficiaire du dividende démographique? Analyse pays : Burkina Faso*, AFD, 54 p.
- ◆ **HOBBCRAFT J.**, 1993, « Women's education, child welfare and child survival : A review of the evidence », *Health Transition Review*, 3(2), p. 159-176.
- ◆ **JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J-P.** (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 449 p.
- ◆ **KANTÉ A.M. et PISON G.**, 2010, « La mortalité maternelle en milieu rural sénégalais. L'expérience du nouvel hôpital de Ninéfescha », *Population-F*, 65 (4) , p. 753-780 .
- ◆ **KANTÉ A. M., GUYAVARCH E., PISON G.**, 2008, « Pourquoi la mortalité maternelle ne diminue-t-elle pas plus vite en Afrique malgré l'amélioration de l'offre sanitaire ? Choc des cultures ou mauvaise organisation sanitaire ? L'expérience de la population rurale de Bandafassi au Sénégal », in Actes du XVe colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française (AIDELF), *Démographie et cultures*, Québec (Canada), p. 335-356.
- ◆ **KROEGER A.**, 1983, « Anthropological and socio-medical health care research in developing countries », *Social Sciences and Medicine*, 17(3), p. 147-161.
- ◆ **LARKIN J.**, 2000, « Women, Poverty and HIV Infection », *Canadian Woman Studies/Les cahiers de la femme*, 20(3), p. 137-141.
- ◆ **MOSLEY H., CHEN L.**, 1984, « An analytical framework for the study of child survival in developing countries », *Population and Development Review*, 10(sup.), p. 25-45.
- ◆ **NATIONS UNIES**, 2010, *The Millennium Development Goals Report 2010*, New-York, United Nations., 80p.
- ◆ **OMS**, 2006, *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 243p.
- ◆ **PALLONI A.**, 1985, « Santé et lutte contre la mortalité en Amérique latine », in VALLIN J., LOPEZ A. (dir.), *La lutte contre la mort : influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, Paris, Ined/Puf, Cahier n° 108, p. 447-475.
- ◆ **PETIT V.**, 2009, « Enjeux de la sexualité transactionnelle prémaritale au Cameroun en temps de sida ». *Autrepart*, avec TCHETGNIAS L., numéro consacré à la fabrique des identités sexuelles, p. 205-222.
- ◆ **PNUD**, 2011, « *Human Development Report 2011 - Sustainability and Equity : A Better Future for All* », 10p.
- ◆ **POPULATION COUNCIL**, 2009, *Étude qualitative sur la mariage précoce des adolescentes : leurs vécu, leurs besoins en matière d'éducation, de santé de la reproduction et d'opportunités socio-économiques*, 71p.

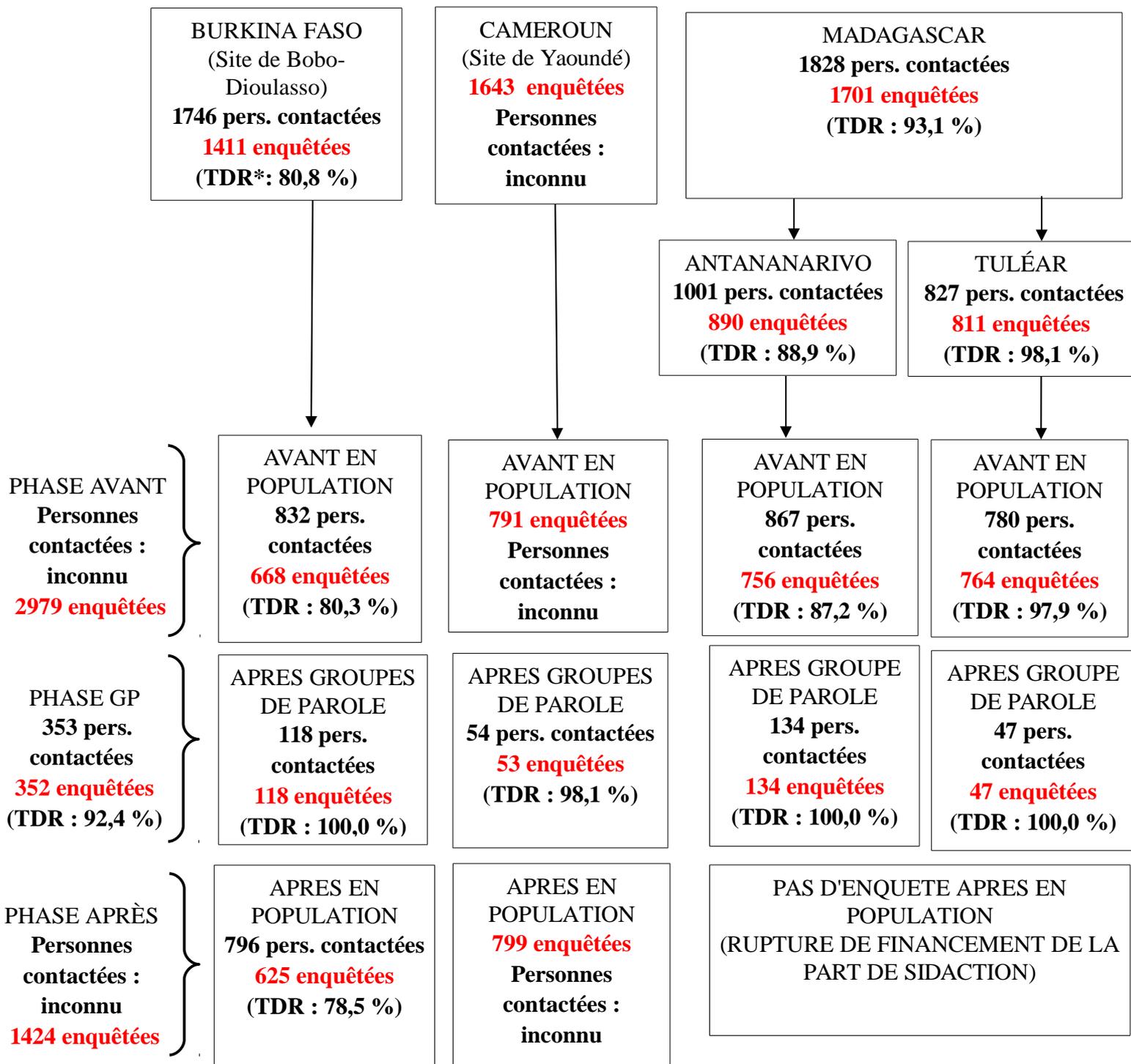
- ◆ **RONSMANS C., ETARD J.F., WALRAVEN G., HOJ L., DUMONT , A., DE BERNIS L., KODIO B.**, 2003, « Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa », *Tropical Medicine and International Health*, 8(10), p. 940-948.
- ◆ **ROSSIER C.**, 2006, « Avortement : un secret connu de tous ? Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso », *Sociétés contemporaines / Sciences Po-CNRS ; Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques*, 61, p. 41-64.
- ◆ **SOUARES A., CHIPPAUX J-P., LE HESRAN J-Y.**, 2005, « Effets de l'amélioration de l'offre de soins sur l'activité d'un poste de santé en zone rurale au Sénégal », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53(2), p. 143-151.
- ◆ **STOCK R.**, 1983, « Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria », *Social Science and Medicine*, 17(9), p. 563-570.
- ◆ **SWAA (SOCIETY FOR WOMEN AND AIDS IN AFRICA)**, 2009, *Tout sur le préservatif féminin*, Sénégal, 37p.
- ◆ **TAVERNE B.**, 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et SIDA au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14(2), p. 87-106.
- ◆ **TITA A. T.N., SELWYN B.J, WALLER K., KAPADIA A. S., & DONGMO S.**, 2005, « Evidence-based reproductive health care in Cameroon : population-based study of awareness, use and barriers » , *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12) , p. 895-903.
- ◆ **VIGNERON E.**, 2001, *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, Paris, Puf, Médecine et société, Territoires et économie de la santé, 127 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : SCHEMA RÉCAPITULATIF DES ENQUÊTES PAR SITES ET PHASES D'ENQUÊTE

*TDR : taux de réponse = personnes contactées / enquêtées x 100

Au total, sur les 4 sites, 4755 femmes ont été enquêtées. La catégorie des enquêtées exclue les femmes ayant refusé de remplir le questionnaire et celles n'ayant pas pu le remplir pour d'autres raisons (absence, incapacité...). Elle ne comptabilise donc que les femmes ayant rempli entièrement ou partiellement le questionnaire. Elle exclue également les femmes n'ayant pas les critères d'éligibilité requis (âge non renseigné...).



ANNEXE 2 : ÉNONCÉ DES 32 VARIABLES CHOISIES

• 2 SUR RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ

– **V204 : Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites-vous ?**

Attend que ça passe

Automédication

Centre de santé

Suit les conseils des autres

Autre : _____

Non réponse

– **V205 : Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les sujets suivants constituent pour vous un obstacle ?**

A – L'argent : oui, non, non réponse

B – L'éloignement : oui, non, non réponse

C - Souci qu'il n'y ait peut être pas de personnel de santé de sexe féminin : oui, non, NR

D - Autre motif : si oui, Autre motif : _____

• 4 SUR CORPS ET SEXUALITÉ

– **V306 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les filles ?**

Seins

Règles

Élargissement du bassin

Autre : _____

Non réponse

– **V307 : A quoi voit-on la maturité sexuelle chez les garçons ?**

Voix

Poils

Production de sperme

Autres : _____

Non réponse

– **V308 : Pour vous, un rapport sexuel c'est :**

A - Caresses sur les parties génitales

B - Pénétration

C - Baiser sur la bouche

D - Contact des parties génitales entre elles sans pénétration

E - Fellation

F – Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

– **V348 : Qu'évoquent pour vous les relations sexuelles ?**

L'amour

Le plaisir

Avoir des enfants

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

• 5 SUR PLANNIFICATION FAMILIALE /CONTRACEPTION/AVORTEMENT

– **V405 : De quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ?**

A STERILISATION FEMININE. Oui spontané Oui description Non

B STERILISATION MASCULINE. Oui spontané Oui description Non

C PILULE. Oui spontané Oui description Non

D DIU/ STERILET. Oui spontané Oui description Non

E INJECTIONS. Oui spontané Oui description Non

F IMPLANTS. Oui spontané Oui description Non

G CONDOM. Oui spontané Oui description Non

H CONDOM FEMININ. Oui spontané Oui description Non

I DIAPHRAGME. Oui spontané Oui description Non

J MOUSSE/GELEE/SPERMICIDES. Oui spontané Oui description Non

K METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (MAMA).

Oui spontané Oui description Non

L JOUR FIXE/CONTINENCE PERIODIQUE/METHODE DU COLLIER. Oui spontané Oui description Non

M RETRAIT. Oui spontané Oui description Non

N PILULE DU LENDEMAIN. Oui spontané Oui description Non

O METHODE DES GLAIRES. Oui spontané Oui description Non

P Avez-vous entendu parlé d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ? Oui, Non. Si oui, _____

– **V406 : Avez-vous déjà utilisé ?** (question posée pour chacune des méthodes si oui spontané ou oui description)

– **V409 : Quelle méthode de contraception utilisez-vous ?**

(Si « oui » à V407 : *Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ?*)

A Stérilisation féminine

B Stérilisation masculine

C Pilule

D DIU/Stérilet

E Injections

F Implants

G Condom

H Condom féminin

I Diaphragme

J Mousse/gelée/spermicide

- K MAMA
- L Jour fixe/continence personnelle/
méthode du collier
- M Retrait
- N Pilule du lendemain
- O Méthode des glaires
- X Autre _____
- Non réponse

– **V410 : Pour quelle raison avez vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ?**

(Si « oui » à V407 : *Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ?*)

- A Disponible
- B Abordable
- C Qualité supérieure
- D Effet de publicité
- E Attrayant
- F Conseil des amis
- G Conseil du médecin
- H Prescription du médecin
- I Facile à utiliser
- J Moins d'effets secondaire
- K Confidentialité
- L Efficacité
- X Autre : _____
- Non réponse

– **V411 : Pouvez-vous me donner la raison pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de contraception ?**

(Si « non », « non concernée » ou « non réponse » à V407 : *Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d'avoir un enfant ?*)

- A Pas en union
- B Pas de rapport sexuels
- C Rapports sexuels peu fréquents
- D Ménopause/hystérectomie
- E Sous féconde/Stérile
- F Aménorrhée post-partum
- G Allaitement
- H Fataliste
- I Enquêtée opposée
- J Mari/partenaire opposé
- K Autres personnes opposées
- L Interdits religieux
- M Ne connaît aucune méthode
- N Ne sait pas comment se le procurer
- O Problèmes de santé
- P Peur des effets secondaires
- Q Pas accessible/trop loin

R Trop cher
S Pas pratique à utiliser
T Interfère avec des fonctions normales du corps/ ce n'est pas naturel
U Désir de grossesse
X Autre : _____
Ne sait pas
Non réponse

– **V415 : Par quel moyen ?**

(Si « oui » à V414 : Vous êtes vous déjà fait avorter ?)

Centre de santé

Plantes

Aiguilles

Nivaquine

Tessons de bouteille

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

• 8 SUR IMAGE DU PRÉSERVATIF ET COMPORTEMENT VIS-À-VIS DE CELUI-CI

– **V319 : Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ?**

(si V314 : la personne a déjà eu un rapport, V315 : cela fait moins ou égal à un an, « oui » à V316 : est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ? Et « oui » à V318 : La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?)

Enquêtée veut éviter IST/SIDA

Enquêtée veut éviter grossesse

Le partenaire à demandé/insisté

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

– **V321 : Combien avez-vous payé pour un condom ?**

(si V314 : la personne a déjà eu un rapport, et V315 : cela fait moins ou égal à un an, « oui » à V316 : est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ? « Oui » à V318 : La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ? Et si « enquêtée s'est procurée » à V320 : Vous êtes vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis ?)

En clair : _____

– **V322 : Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé au dernier rapport sexuel ?**

(si V314 : la personne a déjà eu un rapport, et V315 : cela fait moins ou égal à un an, si « non » ou « Non réponse » à V316 : est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ? Ou si « non » ou « non réponse » à V318 : La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?)

- A pas l'habitude
- B refus du partenaire
- C n'aime pas les condoms
- D ça réduit le plaisir
- E condom se déchire
- F condom dégage une certaine odeur
- G condom n'est pas bien lubrifié
- H confiance en mon partenaire
- I fidèle à mon partenaire
- J peur que mon partenaire me soupçonne
- K nous avons un autre contraceptif
- L condom coûte trop cher
- M condom pas sous la main
- N condom était introuvable/nous n'avons pas pu en obtenir
- O pas osé en acheter
- P condom est associé aux IST
- Q condom est associé au contact avec les prostituées
- R veut concevoir
- X autre : _____
- Ne sait pas
- Non réponse

– **V332 : Si non pourquoi ?**

(Si « non » à V331 : *Est-ce acceptable qu'une femme achète un condom ?*)

– **V336 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom masculin ?**

(si « non » à V335 : *Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom masculin ?*)

Honte

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

– **V341 : Pourquoi vous ne vous sentez pas capable de vous procurer vous-même un condom féminin ?**

(si « non » à V340 : *Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom féminin ?*)

Honte

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

– **V432 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif masculin ?**

– **V433 : Avez-vous d'autres remarques sur le préservatif féminin ?**

• 7 SUR VIH/SIDA ET IST

– **V504 : Que peut-on faire ?**

(Si « oui », « ne sait pas » ou « Non réponse » à V501 : *Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?* et « oui » à V503 : *Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ?*)

A S'abstenir de rapports sexuels

B Utiliser des condoms

C Limiter les rapports sexuels à un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire

D Limiter le nombre de partenaires sexuels

E Éviter les rapports sexuels avec les prostituées

F Éviter les rapports sexuels avec les personnes ayant beaucoup de partenaires

G Éviter les rapports sexuels homosexuels

H Éviter les rapports sexuels avec des personnes qui se font des injections intraveineuses de drogue

I Éviter les transfusions de sang

J Éviter l'utilisation de matériel médical sale

K Éviter les injections

L Éviter de partager rasoirs/lames

M Éviter d'embrasser

N Éviter de serrer la main à quelqu'un qui a le SIDA ?

O Éviter les piqûres de moustiques

P Chercher la protection des guérisseurs traditionnels

Q Parler des risques sexuels dans le couple

W Autre _____

X Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

– **V531 : Pourquoi ?**

(Si « oui », « ne sait pas » ou « non réponse » à V501 : *Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?*, « non » ou « non réponse » à V527 : *Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA ?* et « non », « Pas sûre/cela dépend », « Ne sait pas » ou « non réponse » à V530 : *Aujourd'hui, voudriez vous effectuer un test pour le virus du SIDA ?*)

A Peur

B Honte

C Manque de confiance envers la personne qui fait le test

D L'enquêtée a confiance en elle

E Le SIDA n'existe pas

F Non existence de lieu de dépistage

G Lieu de dépistage trop loin

H Contraire à la religion

I Autre : _____

Non réponse

– **V544 : Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible ?**

- A Douleurs abdominales
- B Écoulement/perte génitale
- C Écoulement mal odorant
- D Douleur brûlante en urinant
- E Rougeurs/inflammation de la zone génitale
- F Plaie/ulcère génital
- G Verrue génitale
- H démangeaisons génitales
- I sang dans les urines
- J perte de poids
- K impuissance
- W autre _____
- Y pas de symptômes
- Ne sait pas
- Non réponse

– **V545 : Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible ?**

- A Douleurs abdominales
- B Écoulement/pertes vaginales
- C Pertes malodorantes
- D Douleur brûlante en urinant
- E Rougeurs/inflammation de la zone génitale
- F Gonflement de la zone génitale
- G Plaie/ulcère génital
- H Verrue génitale
- I Démangeaisons génitales
- J Sang dans les urines
- K Perte de poids
- L Difficile de tomber enceinte/avoir un enfant
- W Autre _____
- Y Pas de symptômes
- Ne sait pas
- Non réponse

– **V547 : Si non, pour quelle raison ?**

(Si « non », « ne sait pas » ou « non réponse » à V546 : *Si vous présentiez l'un de ces symptômes, iriez-vous dans un centre de santé ?*)

- Peur
- Honte
- Centre de santé trop loin
- Pas le temps
- Autre : _____
- Non réponse

– **V551 : La dernière fois que vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital) comment l'avez vous traitée ?**

A - Aucun traitement Oui, non, non réponse

B - Auto médication (médicaments que vous aviez déjà chez vous) Oui, non, non réponse

C - Traitement traditionnel Oui, non, non réponse

D -auprès de personnel de santé dans une clinique ou un hôpital ? Oui, non, non réponse

E -auprès d'amis ou de parents Oui, non, non réponse

F - Autre _____

(Si « oui » à au moins une des trois questions suivantes : V548 : *Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/infection sexuellement transmissible ?* ; V549 : *Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?* ; V550 : *Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?*)

– **V554 : Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre partenaire sexuel ?**

A - Arrêté les rapports sexuels ? Oui, non, non réponse

B - Utilisé un condom pendant les rapports sexuels ? Oui, non, non réponse

C - Pris des médicaments ? Oui, non, non réponse

D - Autre chose : en clair _____

(Si « oui » à au moins une des trois questions suivantes : V548 : *Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/infection sexuellement transmissible ?* ; V549 : *Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?* ; V550 : *Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?*)

• 4 SUR VIOLENCES ET EXCISION

– **V130 : Quelles sont les humiliations que les maris/partenaires font subir à leur femme ?**

_____ ; _____ ; _____ ;
_____ ; _____ .

→ **UNIQUEMENT POUR MADAGASCAR**

– **V352 : Quels sont les moyens qu'a une femme pour se protéger de la maltraitance ?**

A Quitter le foyer conjugal

B La femme quitte officiellement le foyer avec ses enfants jusqu'à ce que le conjoint fasse amende honorable

C Rendre coup pour coup

D Dénoncer son conjoint à la police

E Chercher de l'aide auprès d'une association

F Chercher de l'aide auprès d'un(e) parent(e) ou d'un(e) ami(e)

G Faire constater les blessures par un médecin

H Se taire

I Autre : _____

Ne sait pas

Non réponse

– V353 : La plupart des femmes victimes de violences cachent ce qui leur arrive. À votre avis c'est :

A Par amour pour leur mari/partenaire

B Pour protéger les enfants

C Par honte du voisinage

D Parce qu'elles croient que leur mari/partenaire peut changer

E Parce qu'elles pensent qu'elles le méritent

F Pour ne pas faire honte à leur famille

G Parce qu'elles dépendent économiquement de leur mari/partenaire

H Une autre raison : _____

– V609 (Burkina Faso et Cameroun) : Quels effets néfastes connaissez-vous ?

(Si « oui » à V601 : « Avez-vous déjà entendu parler de l'excision », « Oui » ou « Non réponse » à V602 : Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ? » et « oui » à V608 : Pensez-vous que l'excision a des effets néfastes ?)

A Diminution du plaisir sexuel

B Problème à l'accouchement

C Provoque des maladies

D Fistules

E Incontinence urinaire

F Rétention des règles

G Frigidité

H Infection à VIH/SIDA

I Mort

J Autre (à préciser) _____

Non réponse

→ UNIQUEMENT POUR LE BURKINA FASO ET LE CAMEROUN

• 2 AUTOUR DU QUESTIONNAIRE

– V701A : Durant les GP, quel est le sujet qui vous a le plus marqué ?

– V701B : Durant les GP, quel est le second sujet qui vous a le plus marqué ?

ANNEXE 3 : DÉTAIL DES 23 VARIABLES FILTRE

- PLANIFICATION FAMILIALE/CONTRACEPTION/AVORTEMENT (2)

– **V407 : Est-ce que vous employez actuellement une méthode pour éviter d’avoir un enfant ?**

Oui
Non
Non concernée
Non réponse

– **V414 : Vous êtes vous déjà fait avorter ?**

Oui
Non
Non réponse
Non réponse

- IMAGE DU PRÉSERVATIF ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE CELUI-CI (9)

– **V314 : Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?**

Jamais
Oui (à quel âge premiers rapports)
Non réponse

– **V315 : Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ?**

A - Nombre de jours
B - Nombre de semaine
C - Nombre de mois
D - Nombre d’année
Non réponse

– **V316 : Est-ce que vous avez déjà utilisé un condom ?**

Oui
Non
Non réponse

– **V318 : La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu’un condom a été utilisé ?**

Oui
Non
Non réponse

– **V320 : Vous êtes vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis ?**

Enquêtée s’est procuré
Le partenaire a fourni
Quelqu’un d’autre a fourni

Non réponse

– **V331 : Est-ce acceptable qu'une femme achète un condom ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

– **V335 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom masculin ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

– **V337 : Avez-vous déjà entendu parler du condom féminin ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

– **V340 : Est-ce que vous vous sentez capable de vous procurer vous-même un condom féminin ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

- VIH/SIDA ET IST (9)

– **V501 : Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

– **V503 : Y a t il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

– **V527 : Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA ?**

Oui
Non
Non réponse

– **V530 : Aujourd’hui, voudriez vous effectuer un test pour le virus du SIDA ?**

Oui
Non
Pas sûre/cela dépend
Ne sait pas
Non réponse

– **V546 : Si vous présentiez l’un de ces symptômes, iriez-vous dans un centre de santé ?**

Oui
Non
Ne sait pas
Non réponse

– **V548 : Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/ infection sexuellement transmissible ?**

Oui
Non
Ne sait pas
Non réponse

– **V549 : Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?**

Oui
Non
Ne sait pas
Non réponse

– **V550 : Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?**

Oui
Non
Ne sait pas
Non réponse

– **V553 : Quand vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), avez-vous fait quelque chose pour éviter d’infecter votre (vos) partenaires sexuels ?**

Oui
Non
Partenaire déjà infecté
Non réponse

- VIOLENCES ET EXCISION (3)

– **V601 : Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?**

Oui

Non

Non réponse

– **V602 : Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?**

Oui

Non

Non réponse

– **V608 : Pensez-vous que l'excision a des effets néfastes ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Non réponse

ANNEXE 4 : COMMENTAIRES SUR DES VARIABLES DU QUESTIONNAIRE

Pour l'ensemble des questions ouvertes qui portent sur une personne (qui a donné l'information, avec qui on a parlé de cela etc...), dans les réponses autres il revient fréquemment « ami(e)s » et « copin(e)s » donc il serait possible de l'intégrer dans les modalités de réponses.

Exemple : V302 : « **Qui vous a donné des informations ?** » (si « oui » à V301 : **Avez-vous entendu parler des règles avant de les avoir eues ?**)

Les autres commentaires concernent des variables spécifiques.

- **V106 : Êtes-vous membre d'une association (groupement d'animation communautaire) pour la santé ?**
- **V107 : Êtes-vous membre d'une autre association (groupement d'animation communautaire : paroisse, association de quartier) ?**

On pourrait demander le nom de l'association et son champ exact d'intervention (en clair). Cela ajouterait de l'information sur le profil des enquêtées.

- **V109 : Actuellement vivez-vous en union ?**

Dans le cas où la femme ne vivrait pas en union, on peut lui demander avec qui elle réside. Comme précédemment, cela permettrait de compléter le profil des enquêtées.

- **V111 : Quelle est la date de naissance de votre mari/partenaire?**

On peut s'interroger sur la pertinence de demander la date de naissance du mari/partenaire. Beaucoup de femmes ne savent pas répondre à cette question. Cette question est peut-être un peu ethnocentrique car l'âge ou les dates dans les pays concernés n'ont pas forcément la même importance que dans notre société. Demander l'âge suffirait peut-être.

- **V124 : Est-ce que vous pensez qu'une femme peut avoir des activités en dehors du ménage si son mari/partenaire n'est pas d'accord ?**

Le terme d'« activités » semble un peu flou, vaste. Il serait intéressant de préciser à quoi l'on fait référence.

- **V203 : Selon vous, le centre de santé est proche, loin, très loin de chez vous ?**

On pourrait rajouter un intermédiaire entre « proche » et « loin », comme « assez proche », sinon ce n'est pas équilibré (De Singly, 2012).

- **V204 : Quand vous ne vous sentez vraiment pas bien, que faites-vous ?**

Automédication

Centre de santé

Suit les conseils des autres

Autre : _____

Cochez une seule case

Non réponse

L'automédication inclut t-elle les plantes/potions, les traitements traditionnels ou seulement les médicaments « modernes » ? (interrogation lors de la première lecture)

Lorsqu'on regarde ensuite les bases de données, de nombreuses femmes ont cité la médecine traditionnelle. On pourrait alors rajouter cette modalité de réponse, dans des contextes où la médecine traditionnelle est très valorisée et utilisée.

- **V205 : Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les sujets suivants constituent pour vous un obstacle ?**

A - L'argent

B - L'éloignement

C - Souci qu'il n'y ait peut être pas de personnel de santé de sexe féminin

D - Autre motif

Un nombre presque inexistant de femmes ont répondu la modalité C, on peut donc s'interroger sur la pertinence de la poser.

Au vu des réponses « autres », on pourrait rajouter une modalité concernant l'accueil dans le centre de santé et le comportement du personnel de soin (amabilité, temps d'attente avant d'être reçu...). C'est en effet un facteur déterminant dans l'accès aux soins.

- **V301 : Avez-vous entendu parler des règles avant de les avoir eues ?**
- **V302 : Qui vous a donné des informations ? (si oui)**

Ce travail rétrospectif fait appel à la faculté de mémoire et peut être difficile si la femme est âgée.

- **V304 : Est-ce que ce moment se situe juste avant les règles, pendant les règles, juste après les règles ou environ 15 jours après le début des règles ?**

(si « oui » à V303 : *Par rapport aux règles, y a t il un moment où une femme a plus de chance de tomber enceinte ?*)

Il s'agit d'une question de connaissance. Finalement, on peut se poser la question de l'intérêt de la modalité « autre ». En effet les réponses en clair sont très souvent équivalentes aux modalités proposées mais sont simplement énoncées différemment.

Par exemple, plusieurs femmes ont cité 3 ou 4 jours après les règles ce qui est assez proche de la modalité « juste après les règles ». Des femmes ont indiqué 12 ou 14 jours ou deux semaines après le début des règles ce qui est également similaire à « environ 15 jours après le début des règles ».

Finalement, les réponses autres n'apportent pas grand chose de plus, on pourrait supprimer la modalité autre.

- **V308 : Pour vous, un rapport sexuel, c'est ?**

A - Caresses sur les parties génitales

B - Pénétration

C - Baiser sur la bouche

D - Contact des parties génitales entre elles sans pénétration

E - Fellation

F – Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

- **V348 : Qu'évoquent pour vous les relations sexuelles ?**

L'amour

Le plaisir

Avoir des enfants

Autre _____

Ne sait pas

Non réponse

Pour ces deux questions, les différentes possibilités ont été listées ce qui a pu empêcher d'avoir davantage de réponses « autres » en clair. Le peu de réponses pourrait également s'expliquer par le thème de la sexualité, bien sûr tabou. Cependant, selon l'équipe locale de Tuléar, la sexualité n'y est pas tabou et l'on n'observe pas plus de réponses pour autant. On peut donc regretter le faible effectif de réponses autres, pour ces items intéressants du point de vue des représentations ayant trait à la sexualité.

- **V309 : Peut-on être enceinte lors d'un rapport sexuel sans pénétration ?**

Rajouter une réponse du type « oui mais peu de chance » semble pertinent.

- **V310 : Quel est, pour vous, l'âge idéal du mariage pour les filles ?**

Cette question a très peu de lien avec les questions précédentes et suivantes. Elle pourrait plutôt être posée lors des questions sur le statut marital de la femme (par exemple à la suite de la variable V110).

- **V311 : Est-ce que les règles sont un écoulement de sang qui provient de l'utérus ?**
- **V312 : Est-ce que les règles marquent le moment à partir duquel une fille peut être enceinte ? (avant)**

La façon dont sont posées ces questions incite un peu les femmes à répondre « oui ».

319 et V326 : « Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ? »

Pour ces variables (identiques mais ne concernant pas le même partenaire), il y a deux questions en une seule. Cela pose problème, pouvant créer de la confusion pour les enquêtées (De Singly, 2012). De plus, la seconde partie de la question sous-entend que la femme n'avait pas confiance alors que cela est un parti pris, la femme pouvant utiliser un condom pour bien d'autres raisons.

- **V326 : « Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ? » et V329 : « Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé avec cet autre partenaire ? »**

Ces deux questions sont en très faible effectif car elles suivent une question filtre. Elles sont identiques à V319 (Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion ? Si vous n'aviez pas confiance, pourquoi ?) et V322 (Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé au dernier rapport sexuel ?) mais concernent uniquement les femmes qui déclarent avoir eu un autre partenaire au cours des 12 derniers mois et cet effectif est très faible.

- **V334 : Où est-ce ? (si oui à V333 : « Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms masculins ? »)**

- A Hôpital gouvernemental
- B Centre de santé ou dispensaire
- C ONG/association
- D Pharmacie/dépôt de médicaments
- E Clinique du planning familial
- F Agent de terrain
- G Épicerie
- H Bar/discothèque
- I Vendeurs dans la rue
- J Restaurant/hôtel
- K Amis/parents
- L Autre : _____

Non réponse

Le terme « endroit » n'incite probablement pas les femmes à dire amis/parents ou d'autres personnes ayant fourni les condoms. Il n'est peut être donc pas l'idéal.

- **V349 : Dites-moi si vous pensez qu'il est acceptable qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/ partenaire quand :**

- A - Elle croit que son mari/partenaire a une IST
- B - Elle croit que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec d'autres personnes
- C - Elle a accouché récemment
- D - Elle est fatiguée ou n'a pas envie ?

Pour la modalité A, on pourrait préciser que cela inclut aussi le VIH/SIDA : « elle croit que son mari/partenaire a une IST (y compris le VIH/SIDA) ».

- **Les questions V349 à V353 concernent la violence conjugale. Bien qu'il s'agisse d'un sujet délicat**

et qu'il ne soit donc pas adapté de faire une partie spécifique appelée « violence », on peut s'interroger sur la pertinence de mettre ces questions dans la partie sexualité. On pourrait les mettre au début (après les caractéristiques socio-démographiques) ou à la fin. De plus, pour Madagascar des questions concrètes ont été ajoutées concernant la violence/les humiliations qu'elles subissent éventuellement. Il semble judicieux d'inclure les questions sur la perception des violences (V349 à V353) à la suite de celles-ci.

- **V352 : Quels sont les moyens qu'a une femme pour se protéger de la maltraitance ?**

- A Quitter le foyer conjugal
- B La femme quitte officiellement le foyer avec ses enfants jusqu'à ce que le conjoint fasse amende honorable
- C Rendre coup pour coup
- D Dénoncer son conjoint à la police
- E Chercher de l'aide auprès d'une association
- F Chercher de l'aide auprès d'un(e) parent(e) ou d'un(e) ami(e)
- G Faire constater les blessures par un médecin

H Se taire

I Autre :

Ne sait pas

Non réponse

Il est étonnant que la soumission ne soit pas une modalité proposée, d'autant qu'un grand nombre de réponses en clair comportent ce type de réponse « se soumettre », « faire tout ce que le mari veut » etc.

- **V353 : La plupart des femmes victimes de violences cachent ce qui leur arrive. À votre avis c'est :**

A Par amour pour leur mari/partenaire

B Pour protéger les enfants

C Par honte du voisinage

D Parce qu'elles croient que leur mari/partenaire peut changer

E Parce qu'elles pensent qu'elles le méritent

F Pour ne pas faire honte à leur famille

G Parce qu'elles dépendent économiquement de leur mari/partenaire

H Une autre raison :

Aucune des modalités de réponse n'est centrée sur la femme alors que beaucoup des réponses « autres » concernent la femme elle-même, par exemple elle ne veut pas quitter son foyer conjugal, par orgueil...

Il est par ailleurs très étonnant que la peur ne soit pas envisagée. Pourtant, un grand nombre de réponses autres mettent en avant cette crainte. On note surtout la peur des conséquences, des représailles du mari, de la famille, de l'accentuation de la violence, la crainte d'être chassée de son foyer etc.

De manière commune, pour les questions V352 et V353, le pourcentage de réponses autres est très important, et ce même pour la variable V353 alors que les modalités de réponse sont proposées. Cela révèle donc sûrement des manques importants concernant les modalités de réponses existantes.

- **V402 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale ? (définition : les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse)**

A - A la radio

B - A la télévision

C - Dans les journaux/magazines

D - Sur des affiches

E - Au cours de groupe de parole/ groupe d'écoute

F - Par des amis/voisins/famille

G - A l'école

H - Dans un centre de santé

I - Par une association

J - Si oui, quelle association ?

La définition de la planification familiale peut sembler un peu limitée. En effet, il s'agit plus d'« avoir des enfants si on en veut, quand on en veut et en nombre souhaité ». En effet, la stérilité touche certaines régions ou pays d'Afrique et aider les femmes qui veulent avoir des enfants fait également partie de la planification familiale.

- **V405 : De quels moyens ou méthodes de contraception avez-vous entendu parler ?**

Les modalités proposées pour le préservatif sont « condom » puis « condom féminin ». Il semble plus pertinent de préciser « condom masculin » et « condom féminin », car le simple terme « condom » pourrait inclure les deux types de préservatifs.

- **V509 : Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapport sexuel ?**

Cette question est un peu ambiguë. Essaye-t-on de voir l'influence des discours religieux prônant l'abstinence ? Demande-t-on à la femme si la protection est totale dans ce cas (pour savoir si elle connaît les modes de transmission non sexuels) ?

- **V537 : Dans un couple, peut-on faire le test sans en informer le partenaire ?**

- **V538 : Est-ce envisageable ?**

La différence entre les deux questions n'est pas évidente, un peu trop subtile. La première semble donc suffisante, surtout si l'on se trouve dans un souci de raccourcir le questionnaire. On peut donc supprimer la seconde question.

- **V551 : La dernière fois que vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital) comment l'avez-vous traitée ?**

A - Aucun traitement Oui, non, non réponse

B - Auto médication (médicaments que vous aviez déjà chez vous) Oui, non, non réponse

C - Traitement traditionnel Oui, non, non réponse

D -auprès de personnel de santé dans une clinique ou un hôpital ? Oui, non, non réponse

E -auprès d'amis ou de parents Oui, non, non réponse

F – Autre _____

D'une part, cette question comporte un filtre : « Pour les questions V551 à V554 ce sont des questions pour les personnes ayant répondu oui à au moins une des 3 questions précédentes (V548, V549, V550) » (CIC-EC de la Réunion, 2008).

Ces trois questions filtre sont les suivantes :

V548 : Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie/ infection sexuellement transmissible ?

V549 : Parfois les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales ?

V550 : Parfois les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?

Cependant, soit ce filtre n'a pas été respecté, soit la façon dont les enquêteurs ont posé les questions était ambiguë. En effet, sur les 55 femmes ayant répondu en clair à la modalité « autre », 28 correspondent à « *n'a jamais eu d'infection* ».

D'autre part, la plupart des femmes ont mis en avant le fait que les pertes vaginales sont naturelles, si elles ne sont pas malodorantes ou trop abondantes : « *c'est normal qu'une femme ait les pertes* », « *je pense avoir des pertes normales* », « *toutes les femmes ont les pertes* », « *ses pertes finissent souvent seules* », « *les pertes vaginales sont naturelles* », « *écoulement pas abondant* ». Cela peut donc remettre en cause l'emploi du terme « perte vaginale » dans les items V549 et V551. On pourrait par exemple parler de « pertes vaginales anormales, abondantes ou malodorantes ».

- **V554 : Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre partenaire sexuel ?**

A - Arrêté les rapports sexuels ? Oui, non, non réponse

B - Utilisé un condom pendant les rapports sexuels ? Oui, non, non réponse

C - Pris des médicaments ? Oui, non, non réponse

D - Autre chose : en clair _____

- On peut d'abord faire les mêmes remarques que pour la variable V551 sur le filtre non respecté ou non compris et sur le terme de « *perte vaginal* ». Au total, sur les 84 réponses, 35 ont dit n'avoir « pas eu d'infection » et 5 que les pertes vaginales étaient normales.

- De plus, un second filtre semble manquer. Cette question devrait être posée aux femmes ayant répondu oui à la variable V553 : « **Quand vous avez eu une infection (IST, perte vaginale, plaie ou ulcère génital), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaires sexuels ?** ».

Or, il était demandé dans le guide destiné aux enquêteurs des équipes locales « *si la personne interrogée a répondu par l'affirmative à une des questions V548, V549 ou V550, vérifier que les questions V551, V552, V553 et V554 ont été posées* ».

- Par ailleurs, la question a été quelque peu confondue avec la variable V551 puisque beaucoup ont répondu sur leur manière de se traiter plutôt que sur la manière de ne pas infecter son partenaire.

- **V601 : Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ? et V602 : Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?**

On pourrait regrouper ces deux questions en une seule : si la personne ne répond pas ou ne sait pas à la variable V601, on lui décrit la pratique (comme c'est le cas pour des items dans d'autres parties du questionnaire).

- **V611 : « Savez-vous qu'il existe une loi qui interdit la pratique de l'excision ? »**

Cette question induit la réponse « oui ». On pourrait plutôt la formuler ainsi : « Selon vous, la pratique de l'excision est-elle autorisée ou interdite dans votre pays ? »