

# Règles tacites:

Comment la culture et la stigmatisation influencent les choix contraceptifs des jeunes en Afrique

Agonzo.R, Chifunda. V, Ikaroze. A, Kamara. T.N,  
Olarewaju. A. A, Sibanda Y.

Avec le soutien de:

Malomalo. M, Manenji. S



# Table des matières

|                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Liste des figures                                                                                                       | <b>1</b>  |
| Résumé                                                                                                                  | <b>3</b>  |
| Conception et méthodologie de la recherche                                                                              | <b>4</b>  |
| Introduction                                                                                                            | <b>6</b>  |
| L'impact des normes culturelles et sociétales sur l'accessibilité et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes | <b>7</b>  |
| Les normes culturelles et sociétales et leur impact sur l'accessibilité                                                 | <b>8</b>  |
| Normes culturelles et sociétales et leur impact sur les contraceptifs modernes                                          | <b>13</b> |
| Obstacles à l'accès aux contraceptifs et aux services de santé sexuelle et reproductive                                 | <b>15</b> |
| Stratégies clés pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes en Afrique                    | <b>16</b> |
| Recommandations                                                                                                         | <b>17</b> |
| Conclusion                                                                                                              | <b>17</b> |
| Profils de jeunes chercheurs                                                                                            | <b>21</b> |

# Liste des figures

**Figure 1:** Données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) **6**

**Figure 2:** Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive et des méthodes modernes (Source : données d'enquête) **7**

**Figure 3:** Facteurs influençant l'utilisation de contraceptifs chez les jeunes (données d'enquête) **8**

**Figure 4:** Accessibilité des contraceptifs (Source: données d'enquête) **10**

**Figure 5:** Accessibilité aux contraceptifs ventilée par pays et par sexe **10**

**Figure 6:** Idées fausses par sexe et par âge **11**

**Figure 7:** Idées fausses perçues par les jeunes **11**

**Figure 8:** Aisance des jeunes à discuter de contraception avec les membres de leur famille **12**

**Figure 9:** Utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes (Source : données d'enquête) **13**

**Figure 10:** Confiance des jeunes dans les contraceptifs décision en matière de contraception **14**

**Figure 11:** Résumé des obstacles rencontrés par les jeunes dans différents pays **15**

# Liste des tableaux

**Tableau 1:** Portée de l'enquête ventilée par sexe **4**

**Tableau 2:** Facteurs influençant les décisions des jeunes en matière d'utilisation de contraceptifs, ventilés par sexe **9**





# 1. Résumé

Cette étude continentale menée par des jeunes synthétise les conclusions d'une trilogie d'articles interconnectés qui explorent chacun des aspects critiques du développement des jeunes en Afrique. La recherche explore : (1) la participation significative des jeunes à la gouvernance et à l'élaboration des politiques ; (2) l'entrepreneuriat des jeunes et les emplois verts ; et (3) la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). Menée dans 14 pays africains et mise en œuvre par 27 jeunes chercheurs, l'étude amplifie les diverses perspectives des jeunes recueillies à travers des enquêtes, des groupes de discussion et des entretiens avec des informateurs clés. Les résultats soulignent les obstacles systémiques persistants, l'exclusion financière, les systèmes éducatifs inadaptés, la stigmatisation socioculturelle, les contraintes bureaucratiques et le tokenisme politique qui entravent la capacité des jeunes à contribuer au développement durable. Les principales conclusions révèlent un fort intérêt des jeunes pour l'entrepreneuriat comme voie vers l'indépendance économique, une prise de conscience émergente mais limitée des emplois verts, des mythes et une stigmatisation largement répandus qui entravent l'adoption des DSSR, et une participation largement symbolique aux espaces décisionnels formels.

La trilogie propose des recommandations transversales : développer l'éducation financière et entrepreneuriale adaptée aux jeunes ; institutionnaliser la représentation des jeunes avec une responsabilité exécutoire ; étendre l'éducation et les services complets et adaptés à la culture en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ; et tirer parti des plateformes numériques et du dialogue intergénérationnel pour amplifier la co-crédation des jeunes. Ces recommandations fondées sur des données probantes s'alignent sur la Vision commune UA-UE pour 2030 et visent à transformer les idées des jeunes en politiques et programmes efficaces, en reconnaissant les jeunes Africains comme des co-concepteurs actifs de leur avenir plutôt que comme des bénéficiaires passifs.

Ainsi, ce document met l'accent sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), un aspect fondamental du bien-être et de l'autonomisation des jeunes en Afrique. Pour obtenir des informations complètes sur les domaines connexes, les lecteurs sont invités à consulter les documents d'accompagnement consacrés à la participation significative des jeunes <https://restlessdevelopment.org/?s=research> et à l'entrepreneuriat des jeunes <https://restlessdevelopment.org/?s=research>, qui offrent ensemble une compréhension holistique des défis et des opportunités auxquels sont confrontés les jeunes à travers le continent.

## 2. Conception et méthodologie de la recherche

Cette étude est une initiative de recherche continentale menée par des jeunes qui a utilisé une méthode mixte et une conception participative fondée sur la méthodologie en six étapes de Restless Development, dirigée par des jeunes. L'objectif général de la recherche était d'éclairer les priorités en matière de plaidoyer qui guident les efforts régionaux et transcontinentaux liés au partenariat UA-UE, en mettant particulièrement l'accent sur l'identification des besoins, des obstacles et des priorités des jeunes Africains dans le cadre de la Vision commune UA-UE pour 2030, qui met l'accent sur l'investissement, la paix, la santé, l'action climatique et l'inclusion des jeunes (Union africaine et Union européenne, 2022).

Une analyse documentaire systématique a permis d'identifier trois domaines thématiques clés : la participation significative des jeunes à l'élaboration des politiques, l'entrepreneuriat mené par les jeunes, et la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). Ces domaines ont été sélectionnés afin de combler les lacunes et de relever les défis identifiés, et d'apporter des données probantes aux hackathons continentaux Youth Power Hackathons axés sur la responsabilité, les campagnes et le plaidoyer menés par les jeunes.

**Objectif général:** Explorer le rôle d'une participation significative des jeunes dans l'élaboration des politiques, l'entrepreneuriat dirigé par les jeunes et les initiatives en matière de santé reproductive dans la promotion du développement socio-économique de l'Afrique.

### Objectifs spécifiques

- Analyser comment la participation des jeunes à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques contribue au développement socioéconomique des pays africains.
- Étudier la contribution de l'entrepreneuriat mené par les jeunes à la croissance et à la diversification économiques.
- Examiner l'influence des normes culturelles et sociétales sur l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les jeunes adultes.

- Proposer des stratégies visant à accélérer la participation des jeunes à la prise de décision en matière de santé reproductive, d'entrepreneuriat et de politiques publiques pour le développement durable.

La collecte des données s'est déroulée dans 14 pays [1] et a été menée en anglais, en français et en arabe afin de garantir l'inclusivité et la sensibilité culturelle. L'équipe de recherche, composée de 27 jeunes chercheurs, a co-conçu les instruments de recherche, dirigé le travail sur le terrain et veillé à l'adéquation contextuelle tout au long du processus. Les méthodes de collecte des données comprenaient 98 discussions de groupe (n=955), 151 entretiens avec des informateurs clés représentant la société civile, des chefs d'entreprise et des professionnels de la santé, et 1 463 réponses à l'enquête (722 femmes, 741 hommes), comme indiqué dans le tableau 1. La tranche d'âge ciblée par la recherche est celle des 15-35 ans.

| Pays          | Femme | Homme | Préfère ne pas répondre | Total général |
|---------------|-------|-------|-------------------------|---------------|
| Burkina Faso  | 52    | 81    | 7                       | 140           |
| Burundi       | 33    | 74    | 2                       | 109           |
| Cameroun      | 49    | 43    | 17                      | 109           |
| Ghana         | 50    | 55    |                         | 105           |
| Kenya         | 46    | 54    | 2                       | 102           |
| Nigeria       | 91    | 57    |                         | 148           |
| Sénégal       | 20    | 15    |                         | 35            |
| Sierra Leone  | 45    | 49    | 7                       | 101           |
| Soudan du Sud | 55    | 60    | 1                       | 116           |
| Tanzanie      | 52    | 54    | 1                       | 107           |
| Tunisie       | 19    | 18    |                         | 37            |
| Ouganda       | 46    | 74    | 12                      | 132           |
| Zambie        | 92    | 15    |                         | 107           |
| Zimbabwe      | 72    | 43    |                         | 115           |
| Total général | 722   | 692   | 49                      | 1463          |

Tableau 1 : Portée de l'enquête ventilée par sexe

Les données qualitatives ont été analysées de manière inductive à l'aide du logiciel NVivo afin d'identifier les thèmes émergents, tandis que les données quantitatives ont été résumées à l'aide de statistiques descriptives dans Excel. Des garanties éthiques ont été rigoureusement mises en œuvre, notamment l'obtention du consentement éclairé, la garantie de la confidentialité, l'utilisation d'approches adaptées à l'âge et la prise en compte minutieuse des rapports de force, en particulier dans les contextes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

[1] Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, South Sudan, Tanzania, Tunisia, Uganda, Zambia, Zimbabwe

# Limites

Bien que l'étude reconnaisse certaines limites, telles que la couverture rurale limitée et sa conception transversale (qui limite l'inférence causale), la collecte de données numériques et les partenariats locaux ont contribué à atténuer cet écart; la conception transversale a limité l'analyse causale, se concentrant plutôt sur les associations et les tendances. Un financement supplémentaire permettrait une représentation géographique plus large et une exploration longitudinale. L'approche trilingue et dirigée par des jeunes renforce sa validité en mettant l'accent sur les expériences vécues, en améliorant la triangulation et en générant des données exploitables pour éclairer les politiques de l'UA et de l'UE et les programmes axés sur les jeunes. Cette approche garantit non seulement la prise en compte de voix diverses, mais renforce également la pertinence et l'applicabilité des résultats pour les décideurs politiques et les parties prenantes, contribuant en fin de compte à des interventions plus efficaces et mieux adaptées aux jeunes.



# 1. Introduction

Les jeunes Africains sont confrontés à de nombreux risques sanitaires, notamment des taux élevés d'infection par le VIH/sida et un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) est un document juridique essentiel adopté par l'Union africaine en 2003 afin de promouvoir les droits des femmes à travers le continent. Ce protocole met principalement l'accent sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, en soulignant l'autonomie des femmes dans leurs choix en matière de santé reproductive, y compris l'accès aux contraceptifs. L'article 14 affirme explicitement le droit des femmes à contrôler leur fertilité, à choisir toute méthode de contraception et à accéder à l'éducation en matière de planification familiale. Il exige également des États parties qu'ils fournissent des services de santé suffisants, abordables et accessibles, en particulier pour les femmes des zones rurales, et qu'ils autorisent l'avortement médical dans des cas spécifiques tels que les agressions sexuelles, les viols, les incestes et les situations où la grossesse menace la santé mentale et physique de la mère ou sa vie ou celle du fœtus.

Malgré les dispositions exhaustives du Protocole, sa mise en œuvre varie considérablement d'un pays africain à l'autre, principalement en raison des différents calendriers de ratification, qui ont une incidence sur la rapidité et la portée des réformes législatives nationales qui s'ensuivent. En conséquence, les pays qui ont ratifié le Protocole rapidement, comme le Ghana et le Nigeria, se sont alignés plus rapidement sur celui-ci en adoptant des lois sur la violence domestique et l'égalité des sexes. En revanche, les ratifications récentes ou en cours, comme celles du Soudan du Sud et du Burundi, témoignent de progrès plus lents et de défis persistants (Union africaine, 2023).

Des études récentes soulignent les disparités importantes qui existent entre les taux de prévalence contraceptive (TPC) dans les pays africains, reflétant les différences d'accès et d'utilisation des services de planification familiale. Par exemple, une analyse exhaustive de 20 pays africains a révélé un taux global d'utilisation des contraceptifs modernes de 26%, avec des taux allant de 6% en Guinée à 62% au Zimbabwe (Ahinkorah et al., 2020). Cette variation suggère que si certains pays ont fait des progrès substantiels dans la promotion de l'utilisation des contraceptifs, d'autres continuent de faire face à des défis considérables, comme l'indique la figure 1 ci-dessous.

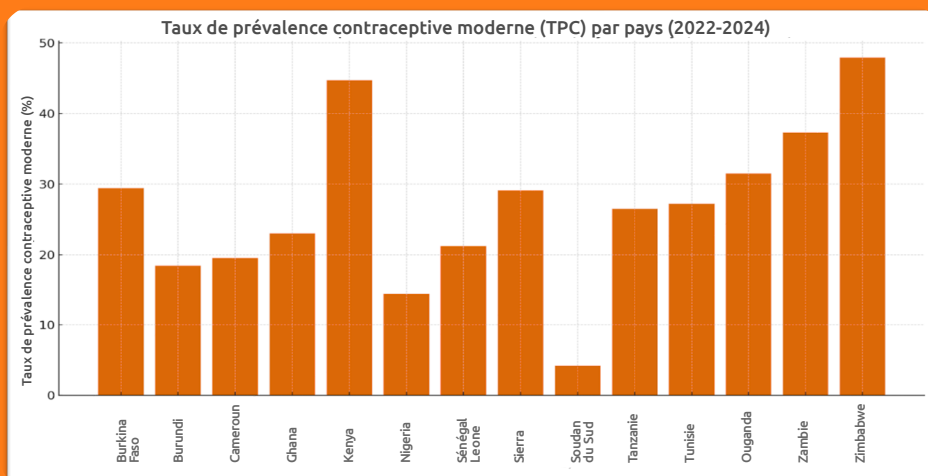


Figure 1 : Données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

Les facteurs qui influencent ces disparités sont multiples. Les contraintes économiques, la disponibilité limitée des méthodes contraceptives, l'opposition culturelle et religieuse et l'éducation insuffisante en matière de planification familiale contribuent à la faible utilisation des contraceptifs dans de nombreuses régions. En outre, les obstacles liés au genre et les normes sociales entravent souvent l'accès des femmes aux contraceptifs et leur autonomie décisionnelle en la matière (Ahinkorah et al., 2020).



## 2. L'impact des normes culturelles et sociétales sur l'accessibilité et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les normes culturelles et sociétales jouent un rôle essentiel dans l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les jeunes adultes à travers l'Afrique. Ces normes influencent les perceptions, les attitudes et les comportements liés à la sexualité et à la santé reproductive, créant souvent des obstacles qui limitent la capacité des jeunes à rechercher des informations et des services. Comme le soulignent des études récentes, ces normes entretiennent les mythes, la stigmatisation et l'opposition, entravant ainsi considérablement les progrès vers l'accès universel des jeunes aux droits sexuels et reproductifs (UNFPA, 2020).

Les taux de prévalence contraceptive (TPC) chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans varient considérablement d'un pays africain à l'autre. La figure 2 résume le pourcentage de femmes mariées de cette tranche d'âge qui utilisent une méthode contraceptive, et plus particulièrement une méthode moderne.

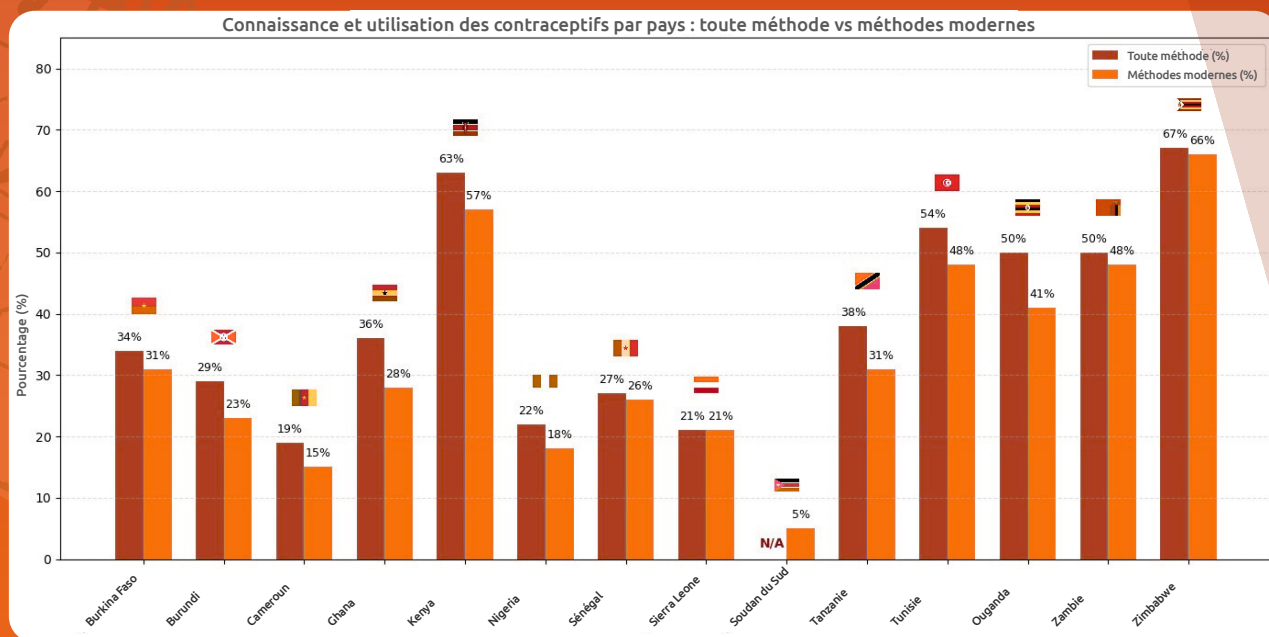


Figure 2 : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit, et des méthodes modernes (Source : <https://www.prb.org/>)

La figure 2 donne un aperçu de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les jeunes femmes et les femmes adultes, indiquant une utilisation relativement faible des méthodes modernes par rapport aux méthodes traditionnelles, avec des pays comme le Soudan du Sud qui ne rapportent que 5 %. La moyenne pour tous les pays est de 32 %. Cela montre un écart important dans l'utilisation des contraceptifs modernes, soulignant la nécessité de mettre en place des stratégies pour améliorer l'accès et l'adoption de ces méthodes chez les jeunes.

## 2.1 Les normes culturelles et sociétales et leur impact sur l'accessibilité

L'influence des normes culturelles et sociétales affecte considérablement l'accès des jeunes à la contraception et à l'information sur la santé reproductive en Afrique. Ces normes façonnent les attitudes et les comportements qui facilitent ou entravent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

L'un des principaux problèmes est l'accès limité à l'éducation formelle sur la contraception. Les résultats de l'étude transnationale menée par des jeunes montrent que 67% des personnes interrogées (34% de femmes, 31% d'hommes et 2% n'ayant pas précisé leur sexe) ont déclaré avoir reçu une éducation formelle sur la contraception et la santé reproductive, tandis que 33% n'en avaient pas bénéficié. Une comparaison entre les sexes indique que les femmes (69%) sont plus nombreuses que les hommes (66%) à avoir reçu une éducation formelle. Ces données mettent en évidence à la fois les progrès réalisés et les lacunes persistantes en matière d'éducation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, en particulier parmi les populations jeunes du Sud. Selon l'UNFPA (2020), les barrières culturelles empêchent de nombreux adolescents et jeunes de faire des choix précoces en matière de sexualité et de reproduction, car ils ne disposent pas d'informations précises et adaptées à leur âge, ce qui peut accroître leur vulnérabilité et la désinformation (UNFPA, 2020).

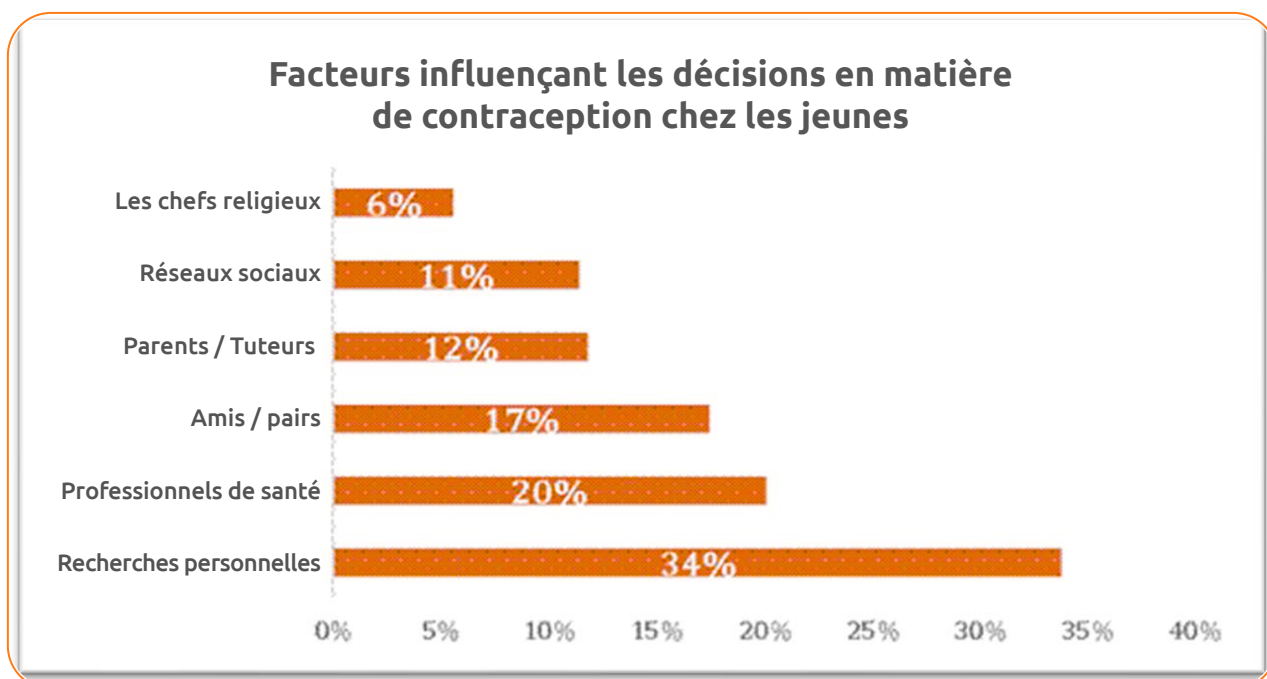


Figure 3 : Facteurs influençant l'utilisation de contraceptifs chez les jeunes (Source : données d'enquête)

La figure 3 illustre les éléments pris en compte par les jeunes lorsqu'ils choisissent un moyen de contraception. Elle montre que de nombreux jeunes fondent leur décision principalement sur des recherches personnelles plutôt que sur les conseils des professionnels de la santé ou des ressources éducatives.

Bien que l'autonomie soit bénéfique et puisse être considérée comme une qualité positive, démontrant indépendance et ingéniosité, elle soulève également des inquiétudes quant à la qualité et à l'exactitude des informations sur lesquelles s'appuient les jeunes. L'absence de conseils professionnels peut entraîner des malentendus sur les différentes options contraceptives, leur efficacité, leurs effets secondaires potentiels et les implications de ces choix sur la santé reproductive.

Le tableau 2 présente une analyse complète de chaque variable classée par sexe. Cette ventilation révèle des influences et des tendances distinctes qui affectent les femmes et les hommes individuellement. Elle offre des informations précieuses sur la manière dont divers facteurs ont un impact unique sur chaque sexe, en mettant en évidence les influences principales pour les deux groupes. Pour les femmes, les prestataires de soins de santé sont la principale source de soutien, tandis que pour les hommes, ils dépendent fortement des chefs religieux.

| Facteurs d'influence sur les jeunes<br>décision d'utiliser des contraceptifs | Femme | Homme | Autre |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Recherche personnelle                                                        | 52 %  | 45 %  | 35    |
| Prestataires de soins de santé                                               | 53%   | 46%   | 2%    |
| Amis/collègues                                                               | 38%   | 59%   | 4%    |
| Parents/tuteurs                                                              | 51%   | 45%   | 5%    |
| Réseaux sociaux Religion                                                     | 50%   | 42%   | 9%    |
| Dirigeants                                                                   | 32%   | 67%   | 1%    |

Tableau 2 : Facteurs influençant les décisions des jeunes en matière d'utilisation de contraceptifs, ventilés par sexe

Si les membres de la famille et les pairs semblent être les principaux facteurs d'influence, les chefs religieux exercent une influence plus modeste mais néanmoins notable, en particulier chez les hommes. Selon Agha (2010) et Biddlecom (2009), les normes culturelles et religieuses façonnent souvent les choix et les comportements en matière de santé reproductive. Ces conclusions concordent avec la littérature plus générale qui souligne le rôle complexe de la religion dans la santé sexuelle et reproductive. Les enseignements et les chefs religieux communiquent généralement des messages sur l'abstinence et la fertilité qui peuvent avoir un impact sur les attitudes à l'égard de l'utilisation des contraceptifs (Agadjanian, 2013; Izugbara et al., 2021). Cependant, cette influence peut parfois contribuer à des hésitations ou à des idées fausses sur les méthodes contraceptives modernes, en particulier dans les communautés conservatrices.

En outre, les sources à partir desquelles les jeunes accèdent aux informations sur la contraception reflètent les attitudes de la société. Les recherches ont montré que les plateformes numériques sont la principale source d'information chez les jeunes, car elles permettent un apprentissage anonyme et évitent les discussions ouvertes. En revanche, les sources interpersonnelles telles que les amis (9%) et la famille (5%) sont moins fréquemment mentionnées, probablement en raison des tabous culturels qui entourent les conversations ouvertes sur la sexualité et la contraception (UNICEF, 2021).

Bien que 78% des jeunes aient déclaré avoir un certain niveau d'accès, 10% trouvent toujours les contraceptifs « inaccessibles » et 12% sont incertains, comme l'indique la figure 4. Ces résultats suggèrent que, bien qu'une majorité significative bénéficie d'un accès modéré à élevé, des écarts persistent.



## Accessibilité des contraceptifs

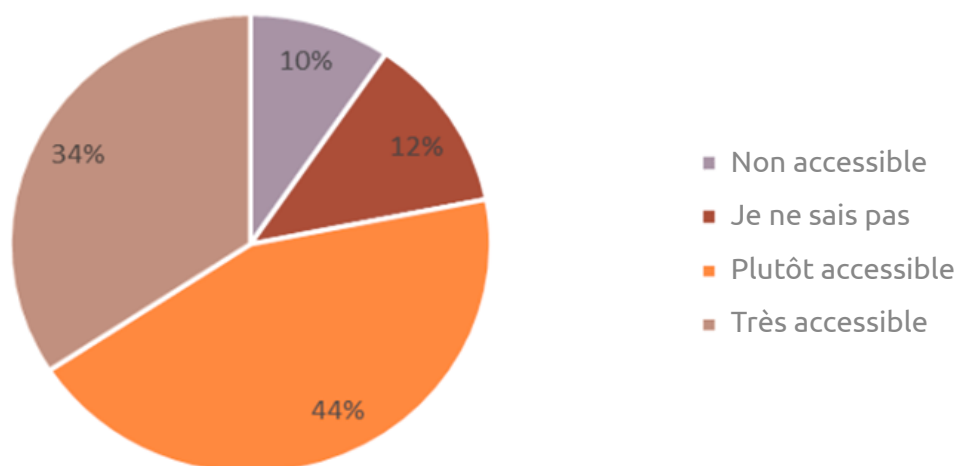


Figure 4 : Accessibilité aux contraceptifs (Source : données d'enquête)

L'analyse comparative entre pays présentée dans la figure 5 révèle des disparités notables entre les sexes et entre les pays en matière d'accessibilité des contraceptifs chez les jeunes. Dans la plupart des pays, les hommes déclarent un accès plus élevé que les femmes, comme on le voit au Burundi (68% contre 30%) et au Burkina Faso (58% contre 37%). Cependant, la Zambie et le Zimbabwe s'écartent de cette tendance, l'accès des femmes étant nettement supérieur (respectivement 86% et 63%) à celui des hommes (respectivement 14% et 37%). Des pays comme le Kenya, le Nigeria et la Tanzanie affichent un accès relativement équilibré, tandis que le Soudan du Sud et la Tunisie maintiennent des taux similaires pour les deux sexes. Les répondants qui ont préféré ne pas divulguer leur sexe restent minimes, avec un pic de 16% au Cameroun.

## Accessibilité des contraceptifs chez les jeunes

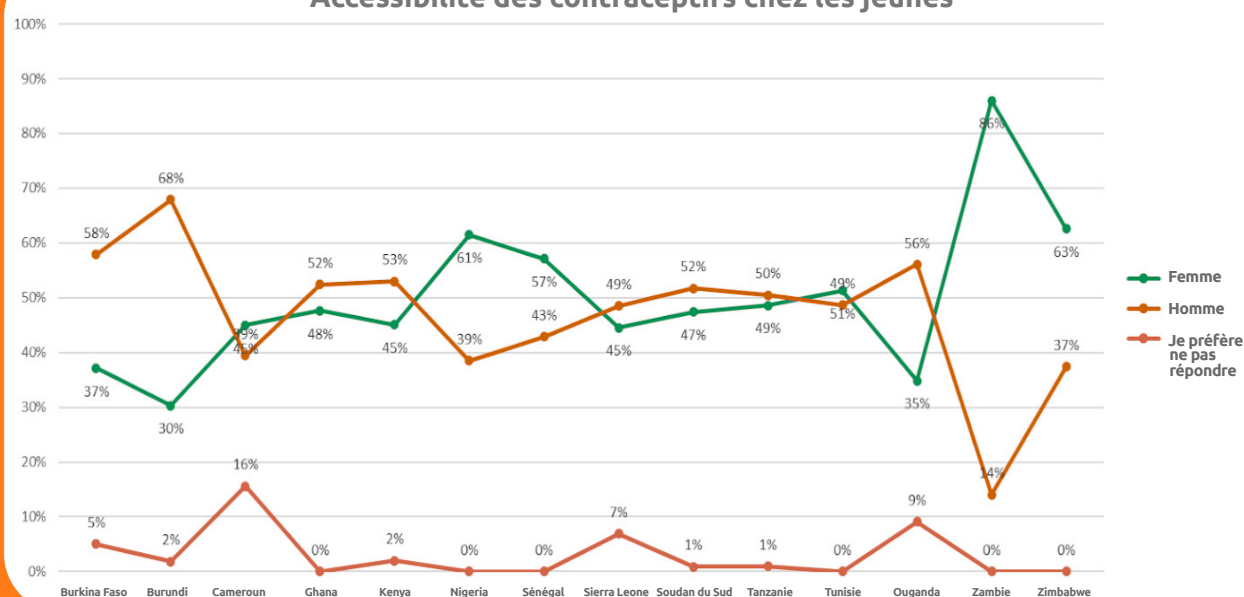


Figure 5 : Accessibilité aux contraceptifs ventilée par pays et par sexe



De plus, les idées fausses sur les contraceptifs restent très répandues; 72% (38% de femmes, 34% d'hommes) des personnes interrogées ont confirmé l'existence de mythes, comme l'illustre la figure 6. Les données de la figure 5 montrent que les idées fausses sont les plus courantes chez les personnes interrogées âgées de 20 à 29 ans, 25 à 26% d'entre elles ayant répondu « oui ». Ces tranches d'âge constituent également la plus grande partie de l'échantillon, chacune représentant 36%. Le groupe des 30-34 ans, qui représente 21% de l'échantillon, présente une prévalence modérée d'idées fausses (16%). En revanche, seuls 5% des 15-19 ans (soit 6% de l'échantillon) font état d'idées fausses. Les réponses « Non » sont les plus faibles dans le groupe le plus jeune et légèrement plus élevées chez les participants plus âgés.

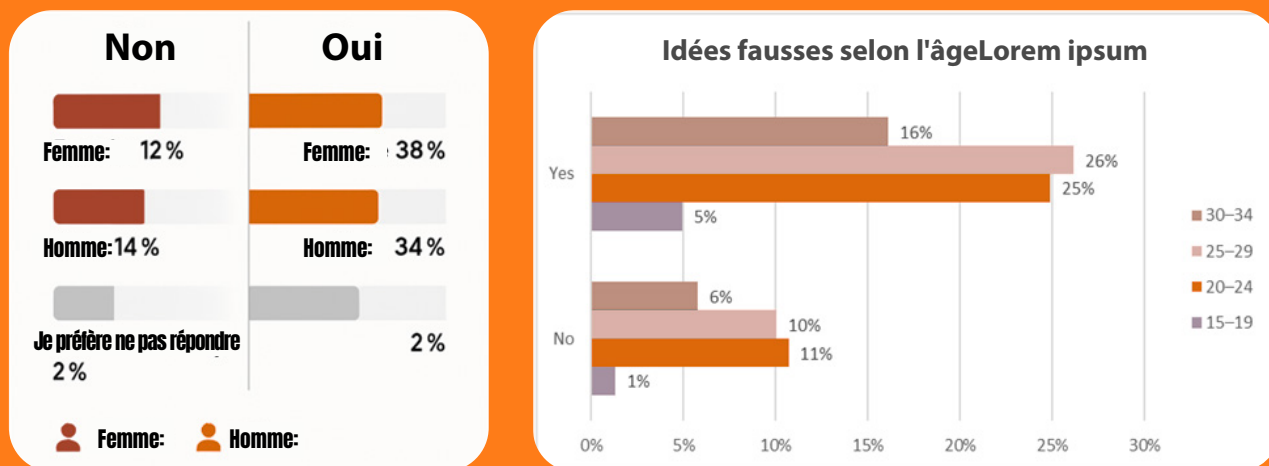


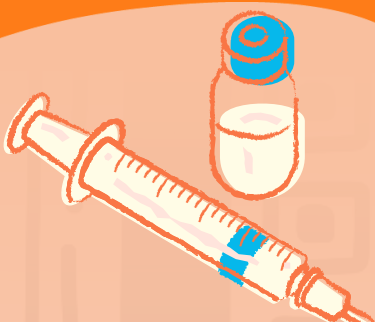
Figure 6 : Idées fausses selon le sexe et l'âge

Ces données montrent que les idées fausses existent tant chez les hommes que chez les femmes, et touchent principalement les 20-29 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup de personnes de cette tranche d'âge sont indépendantes et poursuivent souvent des études supérieures. Ce constat peut expliquer pourquoi la plupart des personnes interrogées ont déclaré s'appuyer sur leurs propres recherches pour choisir un moyen de contraception.

La figure 7 montre les idées fausses courantes. Il s'agit souvent de croyances culturellement ancrées et renforcées par la désinformation diffusée sur les réseaux sociaux et les médias numériques, ce qui reflète la manière dont les discours sociétaux façonnent les perceptions et influencent les comportements (Kassa et al., 2020). En outre, le poids religieux et culturel joue un rôle crucial. De nombreuses communautés et groupes religieux qualifient l'utilisation de contraceptifs d'immorale ou de péché, ce qui entraîne une résistance de la part de la communauté et des parents. Cela est particulièrement évident dans des pays comme le Kenya et la Tunisie. Le Kenya est une « nation catholique », ce qui affecte l'accès aux préservatifs, tandis qu'en Tunisie, les conversations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) sont souvent considérées comme sensibles et taboues. Cette culture La stigmatisation peut créer des obstacles au dialogue public, à l'éducation et à l'accès aux services de santé essentiels.



Figure 7 : Idées fausses perçues par les jeunes



ce qui, en fin de compte, a une incidence sur la compréhension et la gestion de la santé sexuelle et reproductive par les individus. Le fait d'éviter ces sujets reflète des normes et des valeurs sociétales profondément enracinées, ce qui rend difficile d'aborder de manière constructive les questions liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

Les normes sociales influencent le niveau de confort des jeunes lorsqu'ils discutent de contraception avec leur famille. Si certains jeunes sont très à l'aise, 32 % se disent « pas du tout à l'aise », ce qui souligne la persistance des tabous culturels et des difficultés de communication intergénérationnelle. Les jeunes âgés de 25 à 29 ans sont les plus à l'aise pour discuter de contraception avec leur famille, avec le pourcentage le plus élevé se sentant « très à l'aise ». Le niveau d'aisance tend à augmenter avec l'âge, le groupe des 30-34 ans se montrent relativement plus à l'aise que le groupe le plus jeune (15-19 ans), qui est le moins susceptible de se sentir à l'aise pour aborder ces discussions.

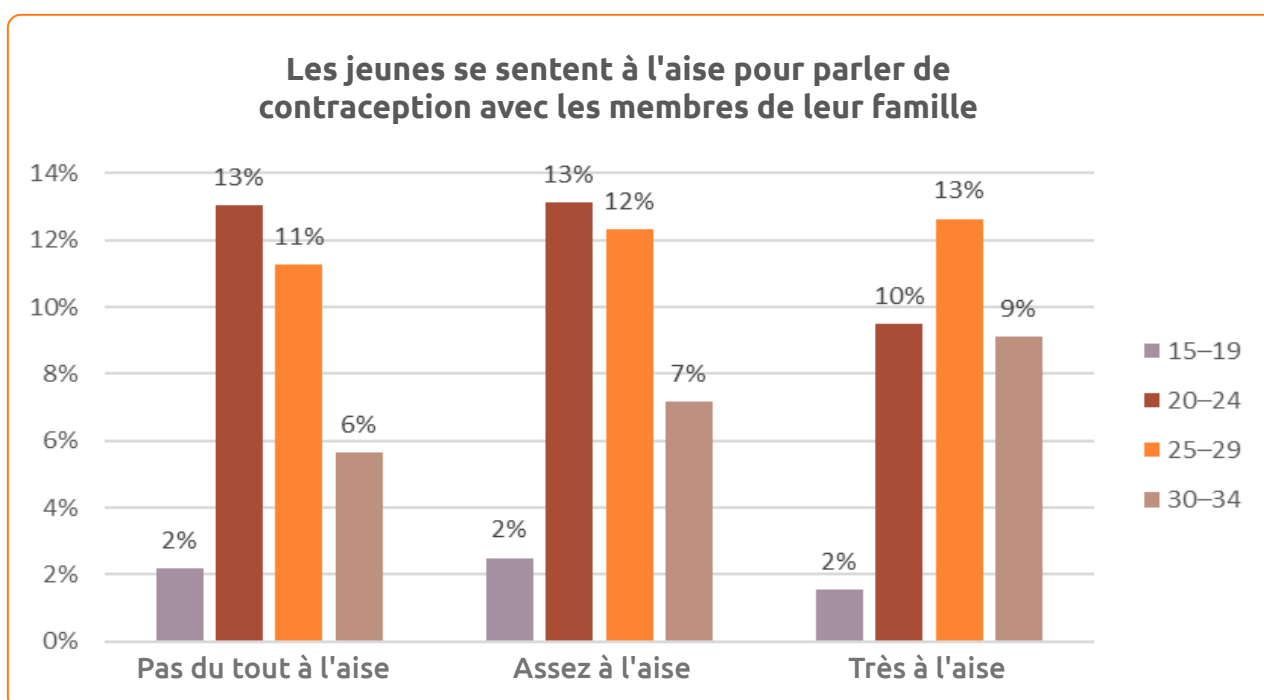


Figure 8 : Aisance des jeunes à discuter de contraception avec les membres de leur famille

La littérature indique que l'aisance à discuter des méthodes contraceptives avec les membres de la famille tend à augmenter avec l'âge. Les adolescents âgés de 15 à 19 ans se montrent souvent réticents à engager de telles discussions, influencés par les normes culturelles et la crainte d'être désapprouvés. En revanche, les adultes d'âge mûr font preuve d'une plus grande confiance lorsqu'ils abordent leurs propres besoins en matière de contraception ainsi que ceux de leurs enfants (Higgins et al., 2021). Néanmoins, une proportion importante de jeunes déclarent se sentir au moins assez à l'aise pour entamer des conversations sur ce sujet, ce qui montre un changement dans la dynamique familiale, probablement facilité par un meilleur accès à l'éducation en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et aux plateformes de dialogue en ligne (UNFPA, 2020).



### 3. Les normes culturelles et sociétales et leur impact sur les contraceptifs modernes

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est essentiel pour garantir les droits des individus à la santé, à l'autonomie et au bien-être (Organisation mondiale de la santé, 2019). Il contribue à réduire la mortalité maternelle, à prévenir les infections sexuellement transmissibles et à soutenir la planification familiale (UNFPA, 2021). Garantir l'accès universel aux services de SSR est essentiel pour parvenir à l'égalité des sexes et au développement durable (ONU Femmes, 2020).

Dans de nombreux contextes africains, des normes culturelles et sociétales profondément enracinées façonnent les perceptions de la sexualité et de la santé reproductive, créant souvent des obstacles redoutables qui empêchent les jeunes d'accéder aux contraceptifs modernes et de les utiliser (Katz, 2014). Ces normes ne sont pas seulement des croyances passives, mais des forces actives qui régissent les comportements, influencent les politiques et renforcent les hiérarchies sociales qui restreignent le dialogue ouvert et la prise de décision éclairée en matière de contraception.

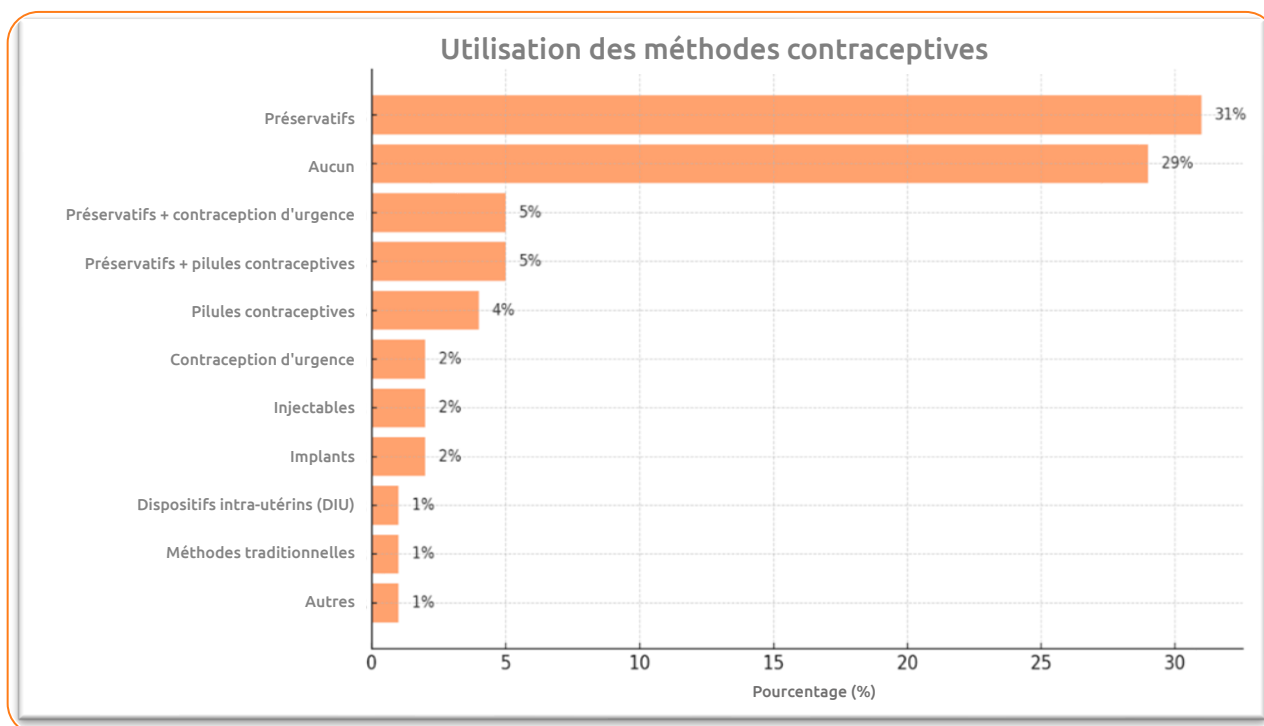


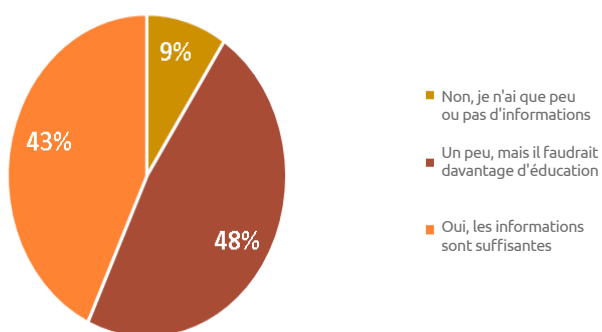
Figure 9 : Utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes (Source : données d'enquête)

La figure 9 indique une faible utilisation des contraceptifs modernes chez les jeunes. Ces données montrent une forte dépendance aux préservatifs et un nombre préoccupant de personnes n'utilisant aucune méthode contraceptive. Les combinaisons de contraceptifs modernes (comme la pilule + les implants) sont pratiquement inexistantes, ce qui pourrait indiquer un faible accès, une faible sensibilisation ou une faible préférence.

L'utilisation des contraceptifs modernes a été influencée par les normes sociales et culturelles ; dans de nombreuses communautés, parler de santé sexuelle ou utiliser des contraceptifs est tabou, considéré comme moralement inapproprié ou honteux, en particulier pour les jeunes non mariés. Les discours religieux et culturels assimilent souvent la contraception à la promiscuité ou à un échec moral, renforçant ainsi l'idée que les jeunes doivent s'abstenir totalement ou faire face à la censure sociale. Les jeunes femmes sont soumises à une surveillance accrue et à un jugement moral, ce qui rend leur accès à la contraception semé d'embûches sociales.

Les données de la recherche indiquent que dans de nombreuses communautés, les jeunes femmes doivent obtenir l'autorisation de leur conjoint ou de leurs parents pour avoir accès à des contraceptifs, en raison de normes qui privilégient la chasteté féminine et contrôlent la sexualité des femmes. À l'inverse, les jeunes hommes sont souvent exclus de l'éducation et des services en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, ce qui renforce les inégalités entre les sexes et limite le partage des responsabilités en matière de santé reproductive. Ce double standard fondé sur le genre perpétue des environnements où l'utilisation de contraceptifs reste clandestine et stigmatisée.

#### Confiance dans la prise de décision en matière de contraception chez les jeunes



Les normes existantes ont contribué à une faible confiance dans la prise de décision en matière de contraception chez les jeunes, seuls 43 % d'entre eux indiquant disposer d'informations suffisantes pour prendre une décision éclairée, comme le montre la figure 10.

Les hommes interrogés se sont montrés légèrement plus confiants dans leurs connaissances, 47 % d'entre eux déclarant disposer d'« informations suffisantes », contre 41 % des femmes interrogées. À l'inverse, les femmes ont exprimé un besoin plus important d'éducation supplémentaire : 50 % d'entre elles ont déclaré avoir besoin de « plus d'éducation », contre 44 % des hommes.

Figure 10 : Confiance des jeunes dans la prise de décision en matière de contraception

Les deux sexes ont déclaré avoir la même probabilité de se sentir totalement mal informés (9 %). Le manque de confiance a un impact significatif sur la capacité des jeunes à accéder aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR). De nombreux jeunes peuvent se sentir hésitants ou anxieux à l'idée de recourir à ces services par crainte d'être jugés, par manque d'informations ou en raison de l'insuffisance des systèmes de soutien. Le manque de confiance des individus contribue de manière significative aux malentendus et aux idées fausses mis en évidence dans le présent rapport. Cette incertitude peut conduire à des perceptions déformées et à des croyances erronées, qui finissent par influencer la manière dont les informations sont interprétées et mises en pratique.

Ces normes influencent non seulement les attitudes individuelles, mais façonnent également l'ensemble de l'écosystème d'accès, ce qui a un impact sur l'éducation, la prestation des services de santé, les interactions entre pairs et au sein de la famille, ainsi que les cadres politiques. Des croyances culturelles et religieuses profondément enracinées agissent comme des gardiens, définissant ce qui est considéré comme acceptable et permis, souvent au détriment de l'autonomie reproductive des jeunes (Ouhid et al, 2023). Cette recherche a révélé que les programmes scolaires sont principalement axés sur l'abstinence et sont influencés par l'opposition de la communauté liée à des valeurs conservatrices, ce qui limite encore davantage l'accessibilité et l'utilisation de services complets en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

De plus, l'étude a révélé que si plus de la moitié des jeunes interrogés (53%) ne se sont jamais sentis jugés ou humiliés pour avoir cherché ou utilisé des contraceptifs, près d'un tiers (29%) déclarent avoir subi une forme de stigmatisation, que ce soit de la part de membres de leur famille, de leurs pairs ou de la société en général. Cette proportion importante met en évidence la persistance de discours moraux et culturels qui découragent les discussions ouvertes et la prise de décision autonome en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. En outre, 17% des personnes interrogées ont indiqué n'avoir jamais utilisé de contraceptifs, une donnée qui peut refléter une absence d'activité sexuelle ou une activité sexuelle précoce, un accès limité ou une stigmatisation intériorisée décourageant leur utilisation.

### 3.1 Obstacles à l'accès aux contraceptifs et aux services de santé sexuelle et reproductive

Malgré les engagements mondiaux visant à améliorer l'accès des jeunes aux services de contraception et de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR), de nombreux jeunes en Afrique subsaharienne continuent de se heurter à des obstacles complexes et multiples.

L'accès aux services de contraception et de santé sexuelle et reproductive est un droit humain fondamental et un élément essentiel de l'autonomisation des jeunes, de la santé publique et du développement durable (UNFPA, 1994 ; ONU, 2015). Dans de nombreux pays africains, les adolescents et les jeunes adultes se heurtent à de nombreux obstacles liés à la désinformation, aux normes culturelles, aux lacunes politiques et aux limitations systémiques. Les données représentent les obstacles les plus fréquemment signalés dans les pays sélectionnés.



Figure 11 : Résumé des obstacles rencontrés par les jeunes dans différents pays.

La multitude d'obstacles qui existent dans ces pays entrave considérablement l'utilisation de contraceptifs modernes par les jeunes. Les craintes liées à la santé, telles que les inquiétudes concernant l'infertilité, le cancer, les changements de poids et les irritations vaginales, sont aggravées par la méfiance à l'égard des messages officiels sur la santé et les attitudes négatives des prestataires de soins de santé, ce qui conduit à une réticence à recourir aux services de contraception. La stigmatisation sociale, les jugements et les normes de genre découragent encore davantage l'utilisation de contraceptifs ; les jeunes craignent la désapprobation de leur famille, de leur communauté et des professionnels de santé, les filles sont soumises à une surveillance accrue tandis que les garçons souvent exclus de l'éducation en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

Les défis structurels tels que les coûts élevés, les ruptures de stock, les longues distances à parcourir et le manque de points de service privés adaptés aux jeunes réduisent la disponibilité et l'attrait des options contraceptives, en particulier dans les zones rurales et mal desservies.



Les lacunes en matière d'éducation, notamment l'absence de programmes complets sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et la négligence des garçons et des jeunes hommes dans les programmes, réduisent encore davantage la sensibilisation et la prise de décisions éclairées. Combinés à des politiques limitées et à un manque de prestataires formés, ces facteurs réduisent collectivement la confiance et la volonté des jeunes à utiliser des contraceptifs modernes, ce qui a finalement un impact sur l'utilisation des contraceptifs et les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive. Ils poussent également à l'utilisation de méthodes « faites maison » peu sûres et peu fiables, telles que l'utilisation d'eau salée, de cendres, de marijuana et d'activité physique pour éviter une grossesse.

## 4. Stratégies clés pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs des jeunes en Afrique

Pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des jeunes en Afrique, il est nécessaire d'adopter une approche globale axée sur les jeunes qui s'attaque à la fois aux obstacles structurels et sociaux. Une étape fondamentale dans cette entreprise consiste à élargir l'accès à des informations précises, adaptées à l'âge et pertinentes dans le contexte.

### Développer l'éducation

Cela implique d'intégrer une éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires officiels et de soutenir les initiatives d'apprentissage informel par le biais de la sensibilisation communautaire. Ces efforts éducatifs doivent être fondés sur les droits, tenir compte des spécificités culturelles et être facilités par des professionnels formés bénéficiant du soutien institutionnel des écoles et des organisations locales.

Outre l'enseignement en classe, il est essentiel d'impliquer les jeunes, en particulier ceux qui ne sont pas scolarisés, par le biais de plateformes numériques et d'actions de sensibilisation menées par leurs pairs. Veiller à ce que les informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs soient attrayantes, visuellement attrayantes et disponibles dans les langues locales peut considérablement améliorer l'engagement et la confiance des jeunes.

### Améliorer la prestation des services en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception représente une autre priorité essentielle. Cet objectif nécessite le développement de cliniques adaptées aux jeunes, d'initiatives mobiles de sensibilisation et de programmes de santé subventionnés, en particulier dans les régions mal desservies où les services sont fragmentés ou inexistantes. Il est essentiel de renforcer la chaîne d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité constante des contraceptifs et autres produits essentiels en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Des innovations telles que les options d'autogestion, notamment les contraceptifs autoinjectables et la télémédecine, peuvent permettre aux jeunes de prendre le contrôle de leur santé reproductive tout en bénéficiant d'une plus grande intimité et d'une plus grande autonomie.

### Utilisation du multimédia

Une communication stratégique visant à modifier les comportements, qui utilise la narration, les médias participatifs et des messagers fiables et proches du public, peut efficacement remettre en cause les mythes nuisibles, la stigmatisation et la désinformation qui entravent l'utilisation des contraceptifs. Ces fausses informations se propagent souvent via des plateformes numériques telles que WhatsApp et YouTube, car la plupart des jeunes (31 %) considèrent Internet comme leur principale source d'information.

### Impliquer les communautés

Au niveau communautaire, il est essentiel d'impliquer les familles, les tuteurs et les leaders influents afin de créer un environnement favorable aux adolescents. Offrir des formations et des ressources ciblées aux parents, aux chefs traditionnels et aux institutions confessionnelles peut contribuer à réduire la stigmatisation et à créer des espaces sûrs pour le dialogue intergénérationnel. Ces discussions sont essentielles pour dissiper la honte, remettre en question les normes néfastes et favoriser des attitudes positives envers la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents.



## Autonomisation des jeunes

L'autonomisation des jeunes doit rester au cœur de toutes les interventions. Cela implique de doter les jeunes des compétences essentielles à la vie quotidienne afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées et en toute confiance concernant leur santé sexuelle et reproductive. Les programmes de mentorat, les espaces sécurisés gérés par des jeunes et les plateformes numériques proposant des contenus vérifiés peuvent tous contribuer à renforcer l'autonomie des jeunes. De plus, les jeunes doivent être reconnus comme des acteurs clés, et non seulement comme des bénéficiaires, des programmes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, afin que leur voix influence la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services, et que ceux-ci gagnent ainsi en pertinence et en efficacité.

En fin de compte, toutes les stratégies en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs devraient s'appuyer sur des données solides et s'inspirer d'un apprentissage adaptatif. Des données ventilées par âge, sexe, lieu et autres marqueurs d'identité devraient mieux éclairer les programmes qui reflètent la diversité des expériences des jeunes. L'institutionnalisation de mécanismes de retour d'information et de structures de responsabilité dirigées par les jeunes facilitera l'amélioration continue des services. Des systèmes de recherche et de suivi longitudinaux sont essentiels pour suivre l'impact des interventions et soutenir un changement systémique durable.

## 5. Recommandations

| Recommandations                                                                                                                                                                                                          | Pilier(s) de la vision commune UA-UE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Élargir l'accès à une éducation sexuelle complète et à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes via les écoles, les plateformes numériques et les modèles dirigés par des pairs.             | Santé et éducation                   |
| 2. Investir dans des cliniques adaptées aux jeunes, des services mobiles de proximité et des solutions innovantes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, en particulier pour les groupes défavorisés. | Santé et éducation                   |
| 3. Impliquer les familles, les chefs religieux et les communautés afin de déstigmatiser la santé et les droits sexuels et reproductifs et de favoriser un dialogue intergénérationnel constructif.                       | Santé et éducation                   |

## 6. Conclusion

Les résultats de la recherche montrent que les normes culturelles et sociétales ont une grande influence sur l'accès et l'utilisation des contraceptifs modernes par les jeunes en Afrique. Bien que des politiques telles que le Protocole de Maputo (Union africaine, 2003) et la Charte africaine de la jeunesse (Union africaine, 2006) aient favorisé les droits sexuels et reproductifs, ces normes continuent d'influencer les comportements sexuels et les décisions en matière de reproduction.

Des améliorations dans l'accès à la contraception sont observées dans des pays tels que le Kenya, le Zimbabwe et la Zambie ; cependant, des disparités persistent, où la stigmatisation et les attentes liées au genre limitent l'autonomie des jeunes. Par exemple, l'utilisation de contraceptifs modernes varie de 5 % au Soudan du Sud à 66 % au Zimbabwe (Ahinkorah et al., 2020), ce qui met en évidence à la fois les inégalités en matière d'accès aux soins de santé et les attitudes culturelles profondément enracinées à l'égard de la sexualité et du genre.

L'étude souligne comment la culture et la religion créent des obstacles à des discussions ouvertes sur la contraception, en particulier au sein des familles. Elle révèle que 32 % des jeunes se sentent « très mal à l'aise » lorsqu'ils discutent de l'utilisation des contraceptifs avec leur famille, ce qui reflète des obstacles générationnels et moraux. Dans de nombreuses communautés, la sexualité est considérée comme honteuse, et l'utilisation de contraceptifs est perçue comme un signe de promiscuité, en particulier pour les femmes non mariées.

Cela limite non seulement l'accès à l'information, mais renforce également une double norme entre les sexes, les jeunes hommes étant moins surveillés que les jeunes femmes, qui risquent d'être stigmatisées si elles affirment leur contrôle sur leurs choix en matière de reproduction. Ces attentes s'alignent sur les normes patriarcales qui privilégient la chasteté et la modestie féminines, limitant l'accès des femmes aux contraceptifs modernes sans crainte d'être jugées.

Les croyances religieuses et culturelles peuvent fortement influencer l'utilisation des contraceptifs, qui varie selon l'interprétation de chaque communauté. Dans des pays comme le Kenya et la Tunisie, les fortes influences religieuses (respectivement le catholicisme et l'islam) entravent souvent les discussions sur la contraception (Agadjanian, 2013 ; Izugbara et al., 2021). Les chefs religieux peuvent soit renforcer les opinions restrictives, soit promouvoir des approches plus progressistes, selon le contexte.

## Références

Agadjanian, V. (2013) « Religion(s) and contraception in Africa: review of evidence and research agenda », *Critical Population Studies*, 7(2), pp. 79–88.

Union africaine (2003) Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo). Addis-Abeba : Union africaine.

Union africaine (2006) Charte africaine de la jeunesse. Addis-Abeba : UA. Disponible à l'adresse: [https://au.int/sites/default/files/treaties/7789-treaty-0033\\_-\\_african\\_youth\\_charter\\_e.pdf](https://au.int/sites/default/files/treaties/7789-treaty-0033_-_african_youth_charter_e.pdf) (consulté en juin 2025). Union africaine (2023) Protocole de Maputo — 20 ans : contexte et état d'avancement. Addis-Abeba : Union africaine. Union africaine et Union européenne (2022) Vision commune pour 2030. Bruxelles: Sommet UA-UE.

Agha, S. (2010) « Scale-up of RHCS in sub-Saharan Africa: successes, challenges and opportunities », *Social Marketing Quarterly*, 16(3), pp. 50–64.

Ahinkorah, B.O., Seidu, A.A., Budu, E., Osei, D.B. et Adu, C. (2020) « Prévalence et facteurs associés à l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes en âge de procréer dans 20 pays africains: une vaste étude basée sur la population ».

Biddlecom, A.E. (2009) « Qualité perçue des services de planification familiale dans un contexte de faibles ressources », *Studies in Family Planning*, 40(4), pp. 301-312.

Ezeh, A.C. et al. (2017) Centre africain de recherche sur la population et la santé.

Higgins, J.A., Popkin, R.A. et Santelli, J.S. (2021) « "Since I'm a little bit more mature": Contraception and the arc of time for women in midlife », *Women's Midlife Health*, 7(1), pp. 1-10.

Izugbara, C.O. et al. (2021) « Influence religieuse sur l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique subsaharienne: une revue systématique », *Reproductive Health*, 18(1), p. 123.

Kassa, T. et al. (2020) « Désinformation et utilisation des contraceptifs en Éthiopie ».

Katz, R. (2014) « Normes culturelles et santé reproductive en Afrique : obstacles et opportunités », *African Journal of Reproductive Health*, 18(4), pp. 37-45.

Odia, P. et al. (2019) « Obstacles religieux et culturels à l'utilisation des contraceptifs au Nigeria ».

Ouhid, Y. et al. (2023) « Cultural and religious influences on reproductive health autonomy in North Africa » (Influences culturelles et religieuses sur l'autonomie en matière de santé reproductive en Afrique du Nord), *Journal of Global Health Reports*, 7, e2023045.

Population Reference Bureau (PRB) (n.d.) Données sur les taux de prévalence contraceptive. Disponible à l'adresse: <https://www.prb.org/> (consulté en décembre 2025).

ONU (2015) Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Assemblée générale des Nations Unies.

ONU Femmes (2020) Égalité des sexes et développement durable. New York: ONU Femmes.

FNUAP (1994) Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire: Fonds des Nations Unies pour la population.

UNFPA (2020) Barrières culturelles aux droits sexuels et reproductifs des adolescents. New York: Fonds des Nations Unies pour la population. UNFPA (2021) État de la population mondiale 2021. New York: Fonds des Nations Unies pour la population.

UNICEF (2021) Santé sexuelle et reproductive des adolescents en Afrique. New York: UNICEF.

Organisation mondiale de la santé (2019) Lignes directrices consolidées de l'OMS sur les soins auto-administrés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Genève : OMS.



## Noms des jeunes chercheurs

Richard Agodzo

Wiem Akari

Mohamed Almas

Irakose Ange-Raissa

Harrison Ashangwa

Cheikhna Cheikh M Fadal Ba

Eliseus Bamporineza

Violet Chifunda

Veronica Chilonga

Ibrahim Joseph Conteh

Linda Dassah

Djai Pascal Dimancho

Willma Anthony Gordon

Teresa Nanday Kamara

Farah Kanbi

Linda Akitela Longole

Kwori Lodiong David Lubang

Paul Chacha Mahere

Peace Mbeiza

Ashiraf Mugalula

Saidi Namtanga

Zvikomborero Nyamugure

Atunde Ahmed Olarewaju

Diallo Sadiya

Abdoulaye Segda

Yenzile Sibanda

Hannah Silas



Co-funded by  
the European Union



AU-EU  
Youth Voices Lab  
Power of the Collective



Cofinancé par  
l'Union européenne

Ce document a été réalisé avec le soutien financier de l'Union européenne dans le cadre du financement d'une **subvention EuropeAid/177759/DD/ACT/Multi**. Son contenu relève de la seule responsabilité du consortium **AU-EU Youth Voices Lab - Power of the Collective** et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union européenne.