

# ENTRE NORMES SOCIALES ET CONTRAINTES TERRITORIALES : DYNAMIQUES DES ATTITUDES ET PRATIQUES CONTRACEPTIVES CHEZ LES ADOLESCENTES SCOLARISÉES À BOUAKÉ

**Kadjo Simplicie Antonio KOUAME**

*Géographe, Université Virtuelle de Côte d'Ivoire (UVCI)*

*Email : kadjo22.kouame@uvci.edu.ci*

**Sasso Sidonie Calice YAPI**

*Sociologue, Université Virtuelle de Côte d'Ivoire (UVCI)*

*Email : Sasso.yapi@uvci.edu.ci*

**Kouablan N'GUESSAN**

*Géographe, Université de Bondoukou (Côte d'Ivoire)*

*Email : kouablanguessan@gmail.com*

## **Résumé**

*Chez les adolescentes scolarisées à Bouaké, la contraception constitue un enjeu de santé publique à l'intersection de déterminants sociaux et territoriaux. Alors que les grossesses précoces demeurent fréquentes en Côte d'Ivoire, l'écart entre connaissance et pratique contraceptive interroge sur le rôle des normes familiales et des contextes résidentiels, encore peu explorés conjointement. Cette étude analyse les dynamiques des pratiques contraceptives de 400 adolescentes, en examinant l'influence croisée des canaux d'information, des échanges familiaux, du statut socio-économique et des disparités spatiales. Une enquête transversale menée dans huit quartiers de Bouaké a permis, par analyse bivariée, de croiser l'usage du contraceptif avec quatre variables explicatives. Si 84% des adolescentes connaissent la contraception, seules 29% l'utilisent, confirmant l'existence d'un « fossé connaissance-pratique ». L'école et les médias sont les principales sources d'information, mais l'hôpital, bien que très efficace, reste marginal. La communication familiale est quasi absente (74,5%) ; pourtant, les échanges sur la grossesse précoce favorisent fortement l'usage (62,5%). Le taux d'utilisation varie selon la profession du père ; il suggère un effet non linéaire du statut socio-économique. Des disparités territoriales marquées apparaissent : Ngattakro (38%) et Dar-Es-Salam (34%) contrastent avec Belleville (22%) et Kennedy (24%), confirmant l'existence d'inégalités structurelles d'accès aux informations. L'étude met en lumière des blocages normatifs et des effets de contexte territorial. Elle plaide pour des politiques de santé sexuelle intégrant les dimensions spatiales et familiales, et pour*

*une diversification des canaux d'information vers les structures de santé, seules capables de lever efficacement les craintes liées à la contraception.*

**Mots-clés :** *contraception, adolescentes, Bouaké, normes sociales, inégalités territoriales*

## **Abstract**

*Among schoolgirls in Bouaké, contraception is a public health issue at the intersection of social and territorial determinants. While early pregnancies remain frequent in Côte d'Ivoire, the gap between contraceptive knowledge and practice raises questions about the role of family norms and residential contexts, which have rarely been explored together. This study analyzes the dynamics of contraceptive practices among 400 schoolgirls, examining the combined influence of information channels, family exchanges, socioeconomic status, and spatial disparities. A cross-sectional survey conducted in eight neighborhoods of Bouaké enabled bivariate analysis to cross-tabulate contraceptive use with four explanatory variables. Although 84% of schoolgirls know about contraception, only 29% use it, confirming the existence of a "knowledge-practice gap." Schools and the media are the main sources of information, but hospitals, although highly effective, remain marginal. Family communication is almost absent (74.5%); however, discussions about early pregnancy strongly promote contraceptive use (62.5%). The contraceptive use rate varies according to the father's occupation, suggesting a non-linear effect of socioeconomic status. Marked territorial disparities appear: Ngattakro (38%) and Dar-Es-Salam (34%) contrast with Belleville (22%) and Kennedy (24%), confirming the existence of structural inequalities in access to information. The study highlights normative blockages and territorial context effects. It advocates for sexual health policies that integrate spatial and family dimensions, and for a diversification of information channels toward health facilities, which alone are capable of effectively alleviating fears related to contraception.*

**Keywords:** *Contraception – adolescents – Bouaké – social norms – territorial inequalities*

## **Introduction**

La santé sexuelle et reproductive des adolescents est caractérisée par des taux de grossesse précoce élevés et une forte proportion de besoins non satisfaits en planification familiale (UNFPA, 2016, p.13). Elle constitue une préoccupation majeure de santé publique en Côte d'Ivoire, particulièrement dans les grandes villes comme

Bouaké où la précocité des premiers rapports sexuels et le faible recours à la contraception exposent les élèves à un risque accru de grossesses non désirées (Gbahoui et Gnepleu, 2023, p.254). Si la contraception est reconnue comme un outil efficace de prévention (Cleland et al., 2006, p.182), son usage reste limité chez les adolescentes scolarisées, malgré des niveaux de connaissance parfois élevés. De nombreuses études en Afrique subsaharienne montrent qu'une large majorité de jeunes filles ont déjà entendu parler de la contraception, mais que seule une minorité l'utilise effectivement (Adohinzin et al., 2016, p.35 ; Lwango, 2024, p.24). Ce décalage, classiquement désigné sous le terme de *knowledge-practice gap* ou « fossé connaissance-pratique » (Gassas et Ahmed, 2022, p.1497), invite à dépasser une approche strictement individuelle pour interroger les cadres sociaux et territoriaux qui conditionnent l'accès et le recours aux contraceptifs.

Plusieurs travaux ont souligné le rôle des normes sociales, des croyances et du poids du silence familial dans la persistance de ce fossé (Kane, Bénie et Fond-Harmant, 2018, p.295 ; Adohinzin, 2016, p.42). D'autres recherches ont mis en évidence des inégalités territoriales d'accès aux services de santé sexuelle (Madise, Zulu et Ciera, 2007, p.96). Pourtant, peu d'études combinent ces deux dimensions (sociale et spatiale) pour expliquer les pratiques contraceptives des adolescentes en milieu urbain ivoirien.

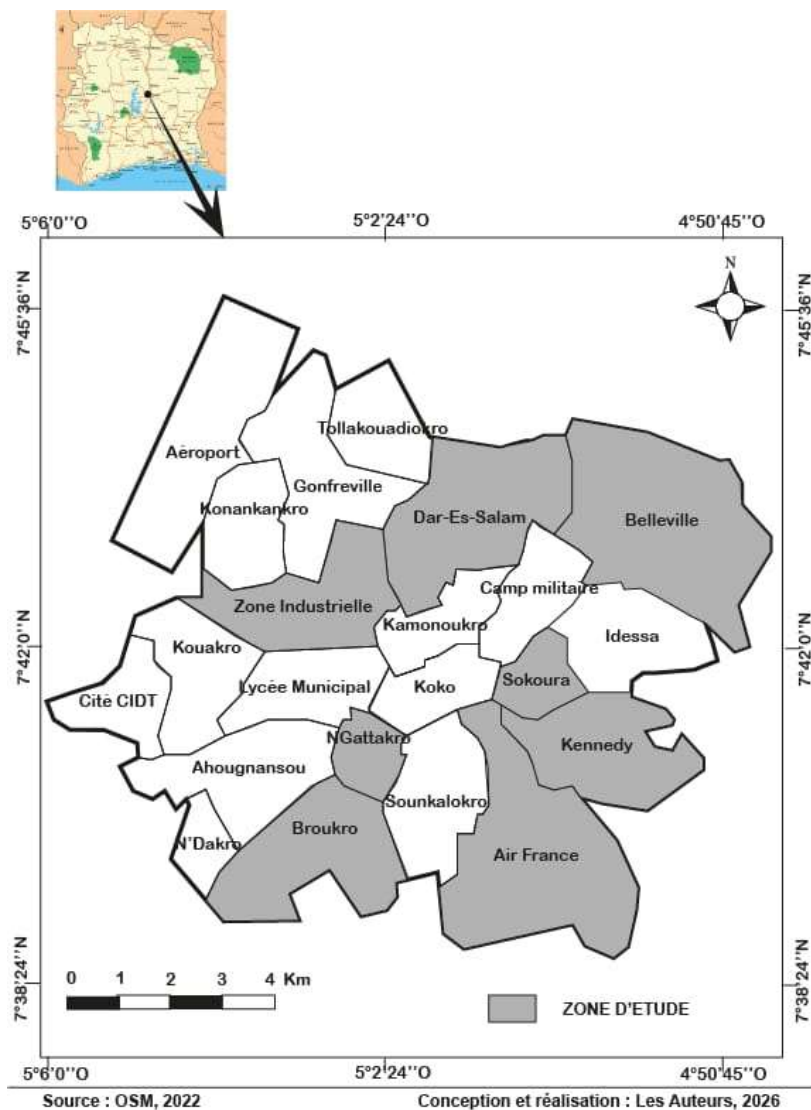
Cet article propose ainsi une double lecture, sociologique et géographique, des dynamiques contraceptives chez les adolescentes scolarisées à Bouaké. A partir d'une enquête menée auprès de 400 adolescentes réparties dans huit quartiers, cette étude cherche à répondre à la question centrale suivante : comment les normes familiales et les inégalités territoriales se traduisent-elles dans les pratiques contraceptives ? L'étude postule que les adolescentes qui communiquent avec leurs parents sur la sexualité et résident dans des quartiers réputés riches (Air France et Kennedy) présentent des taux d'utilisation contraceptive plus élevés. Les résultats issus des croisements entre la pratique contraceptive et les variables explicatives (canaux d'information,

communication familiale, profession du père, quartier) apporteront des éléments de réponse à cette question.

## **Méthodologie**

L'étude a été menée dans la ville de Bouaké, deuxième pôle urbain de Côte d'Ivoire, choisie pour sa forte concentration d'adolescentes scolarisées et pour la diversité socio-spatiale de ses quartiers. Huit quartiers ont été retenus : Air France, Belleville, Broukro, Dar-Es-Salam, Kennedy, Ngattakro, Sokoura et Zone industrielle (cf. Carte 1 ci-après). Cette sélection repose sur une typologie différenciée des quartiers (résidentiels, populaires, denses, animés), ce qui permet une analyse territoriale comparative des comportements et connaissances en matière de contraception. La répartition spatiale de l'enquête garantit une bonne représentativité des différentes réalités socio-urbaines de Bouaké. Par ailleurs, l'approche utilisée pour la collecte de données est l'approche quantitative. La collecte de donnée a été réalisée par quatre (4) agents enquêteurs sur la période allant du 9 au 12 Février 2026, soit quatre (4) jours de collecte de données répartis sur les huit (8) quartiers retenus.

Carte 1 : Ville de Bouaké et quartiers d'enquêtés



La population cible est constituée d'adolescentes scolarisées âgées de 14 à 19 ans, fréquentant un collège ou un lycée et résidant dans l'un des huit quartiers sélectionnés. L'échantillon comprend 400 adolescentes, réparties de manière homogène : 50 par quartier (soit 12,5% de l'échantillon). Cette répartition équilibrée permet une analyse territoriale comparative fiable entre les huit quartiers.

Quatre enquêteurs ont participé à la collecte des données. Chaque enquêteur avait la charge de deux quartiers et a interrogé 50 adolescentes par quartier, soit un total de 100 adolescentes par enquêteur. Cette organisation a permis une répartition équitable du travail de terrain et une couverture systématique de l'ensemble des quartiers sélectionnés. Les adolescentes ont été interrogées dans leur quartier de résidence, soit à leur domicile, soit dans la rue. Ce choix de lieux variés visait à maximiser la rencontre avec les enquêtées et à s'adapter à leurs disponibilités et à leurs conditions de vie. L'interrogation dans l'espace public (rue) a permis de toucher des adolescentes difficilement accessibles à leur domicile, tandis que l'enquête au domicile a favorisé un cadre plus propice aux confidences sur des sujets sensibles tels que la contraception.

La sélection des enquêtées a été effectuée selon une méthode non probabiliste fondée sur un échantillonnage par choix raisonné. Les participantes ont été choisies en fonction de leur âge, de leur scolarisation effective dans un établissement secondaire et de leur disponibilité à répondre au questionnaire. Ont été exclues de l'enquête, les adolescentes âgées de moins de 14 ans, celles ne fréquentant pas un collège ou un lycée et celles ayant exprimé un refus de participation.

Deux (2) techniques complémentaires de collecte des informations ont été mobilisées : l'analyse documentaire et le questionnaire. L'analyse documentaire s'est appuyée sur divers travaux scientifiques, rapports institutionnels et publications antérieures relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescentes. Elle a permis de contextualiser l'étude et d'enrichir l'interprétation des résultats. Le questionnaire, principal instrument de collecte, a été élaboré à l'aide du logiciel Sphinx Plus<sup>2</sup>

V5, puis exporté au format PDF en vue de son administration. Il comporte des questions fermées (données sociodémographiques, connaissances, attitudes, pratiques) et une question ouverte (objet d'échanges avec les parents). L'administration du questionnaire a été directe : nous avons posé les questions aux adolescentes et reporté nous-mêmes leurs réponses directement sur le questionnaire. Ce mode d'administration directe a permis de surmonter d'éventuelles difficultés de lecture ou de compréhension et d'assurer la complétude des informations recueillies.

La variable dépendante est « l'usage actuel de la contraception » (pratique contraceptive). Les variables explicatives, croisées avec la variable dépendante, sont au nombre de quatre : le « canal d'information » sur la contraception (école, médias, hôpital, famille, pairs), les « échanges avec les parents » sur la contraception (absence/présence de dialogue et thèmes abordés), la « profession du père », utilisée comme indicateur du statut socio-économique familial et le « quartier de résidence », appréhendé comme indicateur du contexte territorial.

Le traitement des données a été réalisé au moyen du logiciel Sphinx Plus<sup>2</sup> V5. Deux approches analytiques complémentaires ont été mobilisées : une analyse quantitative et une analyse qualitative (analyse de contenu). La première a été appliquée aux questions fermées. Elle a permis de produire des statistiques descriptives (fréquences et pourcentages) et de caractériser l'échantillon. La seconde, qui concerne la question ouverte, a servi à l'analyse de contenu. Elle a permis d'identifier les sujets de conversation sur la contraception entre parents et enfants lorsque des échanges existaient. Une analyse bivariée a été réalisée. Cette analyse a consisté à croiser la variable dépendante (usage contraceptif) avec chacune des quatre variables explicatives afin d'établir d'éventuelles relations de dépendance entre ces facteurs et le territoire considéré. Cette analyse a permis de générer des tableaux statistiques à double entrée via Sphinx Plus<sup>2</sup> V5, ainsi que des cartes thématiques à l'aide des logiciels Adobe Illustrator

version CC 2020 24.1.3.428 et QGIS 2.18. Excel 2013 a servi à la réalisation des diagrammes par secteur.

## **Modèle théorique**

L'analyse des attitudes et pratiques contraceptives des adolescentes scolarisées à Bouaké s'inscrit dans une double approche théorique qui mobilise la sociologie et la géographie sociale. Cette articulation permet de comprendre les comportements contraceptifs des adolescentes non seulement comme des choix individuels, mais surtout comme le produit d'interactions entre normes sociales et contextes territoriaux.

D'une part, la théorie des normes sociales constitue un cadre pertinent pour appréhender les comportements des adolescentes en matière de contraception. Selon cette approche, les individus ajustent leurs actions en fonction des attentes, des valeurs et des prescriptions de leur groupe d'appartenance. Kane, Bénie et Fond-Harmant (2018) notent à ce sujet que les contextes sociaux dans lesquels les jeunes générations découvrent la sexualité évoluent progressivement, caractérisés par l'affaiblissement du contrôle de l'entrée en vie sexuelle. Dans le contexte étudié, les adolescentes évoluent dans un environnement marqué par des normes sociales fortes autour de la sexualité, souvent caractérisées par le silence, le tabou ou la désapprobation des relations sexuelles précoces.

Des travaux récents confirment et approfondissent cette analyse. Une revue de la littérature menée par Leite et al. (2025) sur 40 interventions en Afrique subsaharienne montre que les interventions basées sur les normes sociales peuvent améliorer de multiples indicateurs de santé sexuelle et reproductive, notamment l'utilisation des contraceptifs et la réduction des grossesses précoces, à condition d'intégrer des approches transformationnelles sur les rôles de genre et les relations de pouvoir. Ces auteurs soulignent que l'engagement des groupes de référence (pairs, parents, leaders communautaires) est un facteur clé de succès. Par ailleurs, une étude menée au Kenya et au Nigeria

par Bitère et al. (2026) démontre que les adolescentes interprètent les risques liés à la sexualité non pas selon une logique biomédicale, mais à travers le prisme des conséquences sociales visibles : la grossesse, parce qu'elle est visible par tous, est davantage crainte que le VIH, dont les conséquences restent invisibles à court terme. Cette « hiérarchie des peurs » explique pourquoi les adolescentes privilégient des méthodes contraceptives discrètes (la pilule notamment) pour éviter la honte sociale, même si ces méthodes ne les protègent pas contre les infections. Cette analyse rejoint directement nos résultats sur le fossé connaissance-pratique et le silence familial observé à Bouaké.

D'autre part, l'analyse s'appuie sur la théorie des inégalités socio-spatiales, qui met en évidence les disparités territoriales dans l'accès aux ressources et aux services. Madise, Zulu et Ciera (2007) notent qu'une moindre utilisation des préservatifs a été observée chez les adolescents en milieu rural, ce qui peut indiquer un accès plus limité dans les zones rurales. Dans cette perspective, les comportements contraceptifs ne peuvent être dissociés des conditions spatiales dans lesquelles vivent les adolescentes. Le quartier de résidence, les sources d'informations (école, médias, famille, pairs) et la proximité des structures de santé influencent fortement les opportunités d'information et d'utilisation des méthodes contraceptives. Une recherche récente menée en milieu urbain au Nigeria par Daini et al. (2025) montre que la création d'espaces sécurisés (*safe spaces*) dans les quartiers défavorisés, associée à une offre de services de santé adaptés aux adolescents, peut améliorer significativement l'accès à la contraception. Selon cette étude, l'accès aux services de planification familiale a contribué à éviter 7.324 grossesses non désirées. Cette étude confirme que l'organisation territoriale de l'offre de soins et d'information est un levier d'action majeur .

Ainsi, la combinaison de ces deux approches théoriques permet de comprendre que les pratiques contraceptives des adolescentes résultent d'une double détermination : sociale, à travers les normes et les représentations (notamment la hiérarchie des peurs entre

grossesse visible et VIH invisible), et spatiale, à travers les conditions d'accès différenciées aux ressources et les effets de voisinage. Cette lecture croisée justifie l'intérêt d'une approche intégrée dans l'analyse de la santé reproductive en milieu urbain ivoirien, notamment à Bouaké.

## Résultats et discussion

### 1- Le savoir sans l'agir : les limites du « tout informationnel »

Le tableau 1 présente la relation entre la connaissance déclarée de la contraception et l'usage effectif d'une méthode contraceptive par les adolescentes.

**Tableau 1 : Connaissance déclarée et pratique contraceptive chez les adolescentes**

Utilisation actuelle de la contraception	OUI (utilise)	NON (n'utilise pas)	Total	%
Information sur la contraception				
OUI (ont entendu parler)	116	220	336	84,0%
NON (n'ont pas entendu parler)	0	64	64	16,0%
Total	116	284	400	100%
%	29,0%	71,0%	100%	

Source : Les Auteurs, 2026

Le tableau 1 montre que 84% des adolescentes (336 sur 400) déclarent avoir déjà entendu parler de la contraception. Ce résultat est cohérent avec les observations de N'Gboué et N'Guessan (2025, p.11) qui notent que 95,59% des enquêtées ont déclaré avoir une fois été sensibilisées ou avoir bénéficié d'informations sur la

sexualité responsable. Parmi nos enquêtées, 116 utilisent effectivement une méthode contraceptive au sein du groupe informé, soit un taux d'utilisation de 34,5%. Ce résultat se rapproche de celui de Lwango (2024, p.24) qui fait remarquer que 66,87% des enquêtées avaient déjà entendu parler de la contraception mais seulement 34% avaient déjà utilisé au moins une méthode. Aucune pratique contraceptive n'est observée chez les 64 adolescentes n'ayant jamais entendu parler de la contraception (16% de l'échantillon). Au niveau global, seulement 29% des adolescentes utilisent une méthode contraceptive, contre 71% qui n'en utilisent aucune. Ce faible taux d'utilisation rejoint les résultats de Touko et al. (2001, p.1) qui, chez les adolescentes mères d'enfants à Yaoundé, trouvaient que 62,1% des enquêtées affirmaient utiliser une méthode contraceptive, mais la méthode la plus utilisée était l'abstinence périodique (35,9%), ce qui témoigne d'un recours limité aux méthodes modernes.

Ce tableau confirme l'existence d'un « fossé connaissance-pratique » classiquement documenté en Afrique subsaharienne (Gassas et Ahmed, 2022, p.1497; Adohinzin et al., p.49). Si la connaissance est une condition nécessaire, aucune utilisation n'a lieu sans information préalable, elle est loin d'être suffisante : près des deux tiers (65,5%) des adolescentes informées (220 sur 336) n'utilisent pas de contraception. Ce résultat est conforme à celui de Adohinzin et al. (2016, p.35), qui, au Burkina Faso, observaient que le simple fait de connaître la contraception ne déclenche pas mécaniquement son usage : « La quasi-totalité (99,3%) des jeunes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. [...] Seulement 28,6% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé la contraception lors du premier rapport sexuel. » Sociologiquement, cet écart s'explique par le poids des normes sociales (tabou, pudeur, crainte du jugement) et des représentations négatives (peur des effets secondaires, crainte de la stérilité) qui inhibent le passage à l'acte (Kane, Bénie et Fond-Harmant, 2018, p.295 ; Adohinzin et al. 2016, p.43). Géographiquement, cet écart est inégalement réparti sur le

territoire : dans les quartiers où l'offre d'information est faible ou là où le contrôle social est fort, le fossé entre savoir et agir se creuse davantage. Ce résultat fondamental justifie l'analyse des autres variables (canaux d'information, communication familiale, profession du père, quartier de résidence) pour comprendre ce qui transforme ou non la connaissance en pratique.

## 2- Quand l'école informe mais ne suffit pas : la géographie variable de l'efficacité des canaux d'information

Le tableau 2 croise l'utilisation actuelle de la contraception avec les différents canaux d'information mobilisés par les adolescentes (école, médias, hôpital, famille, pairs).

**Tableau 2 : Canaux d'information sur la contraception et utilisation effective**

Utilisation actuelle de la contraception Canal information sur la contraception	OUI (utilise)	NON (n'utilise pas)	Total	%
A l'école	52	110	162	40,5%
Avec mes camarades de classe (pairs)	10	26	36	9,0%
A l'hôpital	3	1	4	1,0%
Dans les médias	42	62	104	26,0%
A la maison	9	21	30	7,5%
Aucune information/Aucun canal	0	64	64	16,0%
Total	116	284	400	100%
%	29,0%	71,0%	100%	

Source : Auteurs, 2026

Selon le tableau 2, l'école constitue le principal canal d'information (40,5%), suivie des médias (26%). Ce résultat rejoint celui de N'Gboué et N'Guessan (2025, p.11) qui observent que les médias traditionnels (27,20%), l'école (23,62%), Internet (19,87%), ainsi que les campagnes de sensibilisation de proximité (10,63%) sont les principaux moyens par lesquels les adolescentes ont été sensibilisées. L'hôpital, dans notre étude, n'est cité que par 1% des adolescentes.

El Haouaki, Dekiki et Ouasmany (2025, p.1390) notent d'ailleurs que la principale source d'information des enquêtés provenait de leur entourage (62%), suivie par les professionnels de santé (13,5%) et la télévision (9,5%), ce qui confirme la faible médicalisation de l'information dans notre étude. Les taux d'utilisation varient considérablement selon le canal : 75% (3 sur 4) pour celles informées à l'hôpital, 40,4% (42 sur 104) pour les médias, 32,1% (52 sur 162) pour l'école et 30% (9 sur 30) pour l'information reçue à la maison. Aucune pratique n'est observée chez les 16% d'adolescentes sans aucune source d'information.

L'écart entre la fréquence d'un canal et son efficacité réelle est frappant. L'école, bien que massivement citée, n'est que modérément efficace (32,1%), ce qui révèle les limites d'une information souvent théorique et décontextualisée, peu propice au passage à l'acte. A l'inverse, l'hôpital, bien que marginal (1%), affiche une efficacité remarquable (75%), confirmant que le conseil personnalisé d'un professionnel de santé lève les craintes et facilite l'adoption du contraceptif. Les médias occupent une position intermédiaire : largement accessibles sur tout le territoire urbain, ils diffusent des messages percutants mais souffrent d'un manque d'interactivité.

Ce résultat plaide pour une diversification des canaux et un rapprochement entre l'école, les médias et les structures sanitaires, en tenant compte des spécificités d'accès de chaque quartier.

### 3- Le silence familial comme barrière : quand parler protège, se taire exclut

Le tableau 3 met en évidence la relation entre l'utilisation actuelle de la contraception et les sujets abordés lors des échanges entre les adolescentes et leurs parents sur la sexualité et la contraception.

**Tableau 3 : Objets des échanges parent-enfant sur la sexualité et pratique contraceptive**

Utilisation actuelle de la contraception Objet échange avec parent sur contraception	OUI (utilise)	NON (n'utilise pas)	Total	%
Sur les maladies liées aux rapports sexuels et leurs conséquences	10	18	28	7,00%
Sur conséquences de la sexualité précoce	11	27	38	9,50%
Sur grossesse précoce	10	6	16	4,00%
Sur abstinence sexuelle jusqu'après le BAC	1	19	20	5,00%
Pas d'échange/Aucun objet d'échange	84	214	298	74,50%
Total	116	284	400	100%
%	29,0%	71,0%	100%	

Source : Auteurs, 2026

Le tableau 3 révèle que 74,5% des adolescentes (298 sur 400) déclarent n'avoir aucun échange avec leurs parents sur la contraception. Ce résultat confirme les observations de Kavugho et al. (2025, p.80) selon lesquelles la majorité des parents n'assurent

pas l'éducation sexuelle, invoquant des défis sociaux, culturels et religieux. Parmi celles qui échangent, les sujets abordés sont : 9,50% (38 sur 400) sur les conséquences de la sexualité précoce, 7,00% (28 sur 400) sur les maladies liées aux rapports sexuels, 4,00% (16 sur 400) sur la grossesse précoce et 5,00% (20 sur 400) sur l'abstinence jusqu'après le bac. Les taux d'utilisation sont nettement plus élevés chez celles qui ont des échanges spécifiques, avec un pic à 62,5% (10 sur 16) pour les discussions sur la grossesse précoce, contre 28,2% (84 sur 298) chez celles sans aucun échange. Les discussions centrées sur l'abstinence sont associées à un très faible taux 5% (1 sur 20).

Le silence majoritaire confirme l'existence d'un tabou persistant dans les familles qui prive les adolescentes d'un soutien parental essentiel (Huotari, 2025, p.34). Ce tabou n'est pas anodin : il renforce la clandestinité des pratiques contraceptives et empêche l'accès à une information sécurisée. En revanche, lorsque les échanges portent sur la grossesse précoce, un risque concret et visible, le taux d'utilisation atteint 62,5%, suggérant que la peur verbalisée en famille devient un moteur puissant. Ce résultat diffère de certaines études menées en milieu rural où les discussions sur la grossesse étaient davantage associées à une injonction à l'abstinence. Notre étude montre au contraire que le dialogue peut, dans certains contextes urbains, favoriser l'usage. Les discussions sur l'abstinence, quant à elles, n'empêchent pas les rapports sexuels mais dissuadent l'usage de contraceptifs, confirmant leur relative contre-productivité. Ce résultat souligne l'urgence d'impliquer les parents dans les programmes d'éducation sexuelle, d'autant que les parents soutiennent majoritairement l'éducation à la sexualité dans les écoles ; ils veulent qu'elle soit actuelle, diversifiée et adaptée à l'âge des élèves (Perrin, 2025, p.5).

#### 4- Profession du père : un statut social qui ne prédit pas toujours l'usage de la contraception

Le tableau 4 met en relation l'utilisation actuelle de la contraception avec la profession du père, utilisée comme indicateur du statut socio-économique familial.

**Tableau 4 : Profession du père et pratique contraceptive chez les adolescentes**

Utilisation actuelle de la contraception Profession du père	OUI (utilise)	NON (n'utilise pas)	Total	%
Fonctionnaire	40	100	140	35,0%
Employé du secteur privé	16	26	42	10,5%
Ouvrier	14	34	48	12,0%
Commerçant	25	71	96	24,0%
Planteur	14	44	58	14,5%
Chauffeur	6	4	10	2,5%
Tailleur/Couturier	1	5	6	1,5%
Total	116	284	400	100%
%	29,0%	71,0%	100%	

Source : Auteurs, 2026

Selon ce tableau, la pratique contraceptive varie en fonction de la profession du père. Les taux d'utilisation les plus élevés sont observés chez les filles de chauffeurs (60% soit 6 sur 10) et d'employés du secteur privé (38,1% soit 16 sur 42). A l'inverse, les adolescentes dont les pères sont fonctionnaires (28,6% soit 40 sur 140) ou commerçants (26% soit 25 sur 96) présentent des taux plus faibles. Les filles d'ouvriers (29,2% soit 14 sur 48) et de planteurs (24,1% soit 14 sur 58) se situent dans une position intermédiaire ou basse.

Ce résultat peut paraître contre-intuitif : on s'attendrait à ce que les filles de fonctionnaires ou de commerçants aisés aient un accès plus facile à la contraception, notamment grâce à un pouvoir d'achat supérieur. Plusieurs hypothèses sociologiques permettent d'expliquer cette inversion apparente. Le coût différencié des méthodes joue un rôle central (Olou et al., 2025, p.242). La pilule contraceptive, qui coûte entre 500 et 1 500 FCFA par mois, est plus chère que le préservatif (gratuit ou à 100-200 FCFA l'unité). Les filles de chauffeurs et ouvriers (milieux populaires) recourent probablement davantage au préservatif, dont le coût faible peut être assumé discrètement par l'adolescente ou son partenaire. À l'inverse, les filles de fonctionnaires ou commerçants pourraient être orientées vers la pilule, dont le coût récurrent et la nécessité d'une prescription médicale constituent une barrière, d'autant que la communication familiale est massivement absente (comme le montre le tableau 3). Des parents ayant de bons revenus pourraient acheter la pilule régulièrement pour leur enfant, mais encore faut-il que le dialogue familial le permette et que la fille ose solliciter ce financement. Ce paradoxe apparent du taux faible chez les filles de fonctionnaires pourrait donc s'expliquer par une combinaison de normes familiales plus strictes (moindre tolérance implicite) et d'une orientation vers des méthodes plus coûteuses et plus médicalisées, donc plus difficiles à obtenir discrètement.

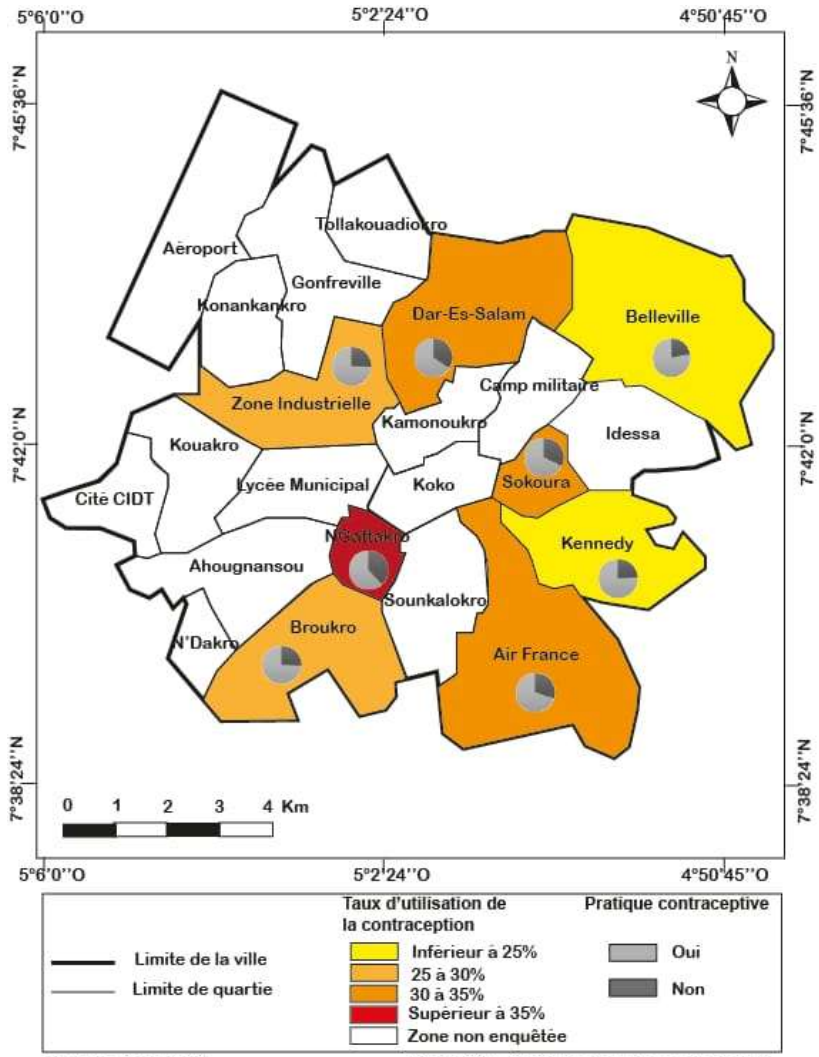
Géographiquement, la profession du père est également un marqueur de localisation résidentielle : les fonctionnaires sont souvent surreprésentés dans certains quartiers (Air France, Kennedy) tandis que les commerçants et ouvriers se retrouvent davantage dans des quartiers populaires denses comme Dar-Es-Salam et Sokoura. Le croisement avec l'analyse par quartier (cf. Carte 2) confirme que l'effet du statut socio-économique ne peut être dissocié des contextes territoriaux locaux.

## **5. Quartier de résidence : des territoires inégaux face à la contraception**

La carte 2 ci-après révèle des disparités spatiales marquées. Les taux d'utilisation les plus élevés sont enregistrés à Ngattakro (38% soit 18 sur 50), quartier résidentiel et animé, et à Dar-Es-Salam (34% soit 17 sur 50), secteur dense et populaire. Par contre, les taux les plus faibles sont observés à Belleville (22% soit 11 sur 50), quartier résidentiel populaire, et à Kennedy (24% soit 12 sur 50), espace animé mêlant marchés, vie nocturne et résidences de luxe. Les autres quartiers (Air France, Broukro, Zone industrielle, Sokoura) se situent dans une position intermédiaire (26 à 32%).

Ces résultats mettent en évidence des inégalités territoriales, de la pratique contraceptive, qui ne se réduisent pas à une simple opposition entre quartiers « riches » et « pauvres ». Lohi (2025, p.1) souligne que les difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive peuvent résulter de mécanismes institutionnels et informationnels producteurs d'inégalités structurelles de santé. De plus, El Haouaki, Dekiki et Ouasmany (2025, p.1385) rappellent que des barrières d'accès aux services de santé, telles que les contraintes socioéconomiques et géographiques, restreignent l'accès aux soins pour de nombreuses personnes.

Carte 2 : Quartier de résidence et pratique contraceptive



Source : OSM, 2022

Conception et réalisation : Les Auteurs, 2026

La densité et l'animation urbaine (Ngattakro, Dar-Es-Salam) favorisent la circulation informelle de l'information entre pairs, la perméabilité aux campagnes de sensibilisation, et la proximité aux points de vente de contraceptifs (pharmacies, boutiques, distributeurs). Dar-Es-Salam, malgré sa densité et sa mixité sociale, bénéficie de cette dynamique. A l'inverse, Kennedy, bien qu'animé, souffre d'une fragmentation interne : la coexistence de précarité et d'aisance peut générer des normes contradictoires et un accès différencié aux ressources sanitaires. Belleville, quartier résidentiel populaire plus homogène, présente un taux faible, suggérant un effet défavorisant lié à l'éloignement relatif des centres d'information et à la domination de normes conservatrices. Ces disparités spatiales reflètent aussi l'inscription territoriale des normes sociales : un quartier comme Belleville peut être dominé par un contrôle social plus strict, tandis qu'un quartier dense comme Dar-Es-Salam offre un plus grand anonymat et une plus grande autonomie.

L'offre locale de services de santé et la couverture scolaire en éducation sexuelle varient également d'un quartier à l'autre. Elle crée ce que l'on peut appeler des « déserts contraceptifs relatifs ». Ce résultat confirme que toute politique de santé sexuelle doit être territorialisée et adaptée aux spécificités locales, conformément aux recommandations de Lohi (2025, p.1) qui insiste sur la nécessité de repenser la santé sexuelle et reproductive en milieu universitaire (et scolaire) comme un enjeu de gouvernance, d'équité et de justice sociale.

## **Conclusion**

Cette étude visait à analyser les dynamiques des attitudes et pratiques contraceptives chez les adolescentes scolarisées à Bouaké, en examinant l'influence croisée des normes familiales, des canaux d'information, du statut socio-économique et des disparités territoriales. L'hypothèse formulée en amont supposait que les adolescentes ayant des échanges avec leurs parents sur la sexualité

et résidant dans des quartiers dits « riches » (Air France, Kennedy) présenteraient des taux d'utilisation contraceptive plus élevés. Les résultats de l'enquête permettent de valider partiellement et d'infirmer pour partie cette hypothèse.

La dimension relative aux échanges familiaux est confirmée : les adolescentes qui dialoguent avec leurs parents sur la sexualité, et plus spécifiquement sur la grossesse précoce, présentent un taux d'utilisation contraceptive nettement plus élevé (62,5%) que celles qui n'ont aucun échange (28,2%). Ce résultat souligne l'importance capitale de la communication familiale pour lever les tabous. En revanche, les discussions centrées sur l'abstinence s'avèrent contre-productives (5%). La dimension relative au quartier de résidence n'est pas validée : contrairement à l'hypothèse initiale, les taux les plus élevés sont observés à Ngattakro (38%) et Dar-Es-Salam (34%), tandis que Kennedy (24%) et Belleville (22%) enregistrent les taux les plus faibles. Ces résultats montrent que la densité urbaine, l'animation et la circulation informelle de l'information jouent un rôle plus déterminant que le seul niveau de richesse résidentielle.

Cette étude confirme l'existence d'un « fossé connaissance-pratique » : si 84% des adolescentes connaissent la contraception, seules 29% l'utilisent. Elle met également en évidence le rôle différencié des canaux d'information : l'école et les médias sont massivement cités mais modérément efficaces, tandis que l'hôpital, bien que marginal (1%), s'avère très efficace (75%). Enfin, l'effet non linéaire du statut socio-économique (taux plus élevés chez les filles de chauffeurs que chez les filles de fonctionnaires) indique que les normes familiales varient selon les milieux professionnels. Sur le plan des recommandations, il est essentiel d'impliquer davantage les parents dans les programmes d'éducation sexuelle, de diversifier les canaux d'information vers les structures de santé, et de territorialiser les interventions. En définitive, cette étude invite à repenser la santé sexuelle et reproductive des adolescentes comme un enjeu de gouvernance, d'équité et de justice sociale.

## Référence bibliographique

**ADOHINZIN Clétus Come Yélian et al.**, 2016, « Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans », in *Annales des Sciences de la Santé*, Vol. 1, N°9, pp 35-59.

**BITERE Cassange, IFENNA Raphael Joshua, GEBREHANNA Hilawit et OMBASA Dorcas Nyasani**, 2026, « Visible Pregnancy, Invisible HIV: How Social Norms Shape Adolescents Protection Choice in Kenya and Nigeria, *Annals of Global Health*, Vol. 92, N°1, pp 1-7.

**CLELAND John, BERNSTEIN Stan, EZEH Alex, FAUNDES Anibal, GLASIER Anna et INNIS Jolene**, 2006, « Family planning: the unfinished agenda », in *The Lancet*, N°368, Vol. 9549, pp 1810-1827.

**DAINI Babajide, ALERE Mojisola, AKANEGBU Chukwudike, ODUSOLU Babatunde, AKIN-KOLAPO Boladale et ODEZUGO Gertrude**, 2025. *Creating safe spaces to improve urban adolescent health and family planning outcomes: lessons from a multi-sectoral intervention in Nigeria*, medRxiv, Washington,

**EL HAOUAKI Hanaà, DEKIKI Rachid et OUASMANI Fatima**, 2025, « Défis et obstacles entravant la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Maroc : une revue de la littérature », in *Revue Internationale du Chercheur*, Vol. 6, N°1, pp 1384-1398.

**GASSAS Roaa Sabri et AHMED Mohamed Eldigire**, 2022, « Development and psychometric evaluation of nurses' perception towards the gap between knowledge and practice », in *Nursing Open*, N°9, pp 1497-1505.

**GBAHOUI Jean-Marie Nicaise et GNEPLEU Baban Nadège**, 2023, « Grossesses en milieu scolaire à Bouaké : état des connaissances et perspectives », in *Akofena, Varia* N°10, Vol.1, CCY 4.0 pp 247-259

**HUOTARI Ellen**, 2025. *Revisiter l'éducation sexuelle venant des parents : une approche interculturelle de la communication parent-enfant sur la sexualité*, Travail de Bachelor, Université de Fribourg

**KANE Hélène, BENIE BI VROH Joseph et FOND-HARMANT Laurence**, 2018, « Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique ? », in *Santé Publique*, Vol. 30, N°3, pp 295-296.

**KAVUGHO Louange Vaherwaki, NGWAMAH Alexis François Bwanga, NGBOLUA Koto-Te-Nyiwa, MUKANDU Basua Babintu Leyka et MALONGA Françoise Kaj**, 2025, « Santé reproductive des adolescentes en République Démocratique du Congo : Perceptions familiales et analyse des interventions éducatives dans la zone de santé d'Oicha », in *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, Vol. 7, N°1, pp 78-105.

**LWANGO Hilaire**, 2024. *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur l'utilisation des méthodes contraceptives des femmes enceintes de la zone de santé d'IBANDA*, Mémoire de fin de cycle, en Management des Politiques et des Systèmes de Sante, Université Officielle de Bukavu, Congo

**LEITE Luciana, YATES Rachel, STRIGELLI Gaia Chiti, HAN Jenny Yi-Chen, CHEN-CHARLES Jenny, ROTARU Maria et TOSKA Elona**, 2025. *Scoping review of social norms interventions to reduce violence and improve SRHR outcomes among adolescents and young people in sub-Saharan Africa*, *Frontiers in Reproductive Health*, University of Massachusetts Boston, United States

**LOHI Paul**, 2025, « Difficultés d'accès aux services de soins de santé sexuelle et reproductive chez les étudiantes du premier cycle de l'Université Jean Lorougnon Guédé (Centre-Ouest Côte d'Ivoire) », in *Revue africaine de Criminologie*, N°37, Décembre, pp 1-23.

**MADISE Nyovani, ZULU Eliya et CIERA James**, 2007, « Is Poverty a Driver for Risky Sexual Behaviour? Evidence from

National Surveys of Adolescents in Four African Countries », in African Journal of Reproductive Health, Vol.11, N°3, pp 83-98

**NDOMBE Ngbanga Jacques, KAZADI Kanyinda Elie, BAPIDIA Nzengu Samuel, BALOW'A Kalonji Kamuna Ignace et HIKOMBO Hitoto**, 2025, « Perceptions, expériences et attentes des jeunes face à la santé sexuelle et génésique à Mbandaka (RDC) : étude qualitative phénoménologique », in Revue Belge, Vol.11, N°131, pp 1-24.

**N'GBOUE Atiello Félicia et N'GUESSAN Koffi Gilles Olivier**, 2025, « Adolescentes en Côte d'Ivoire et informations en matière de sexualité responsable », Zaouli, Vol.1, N°11, pp 796-821.

**OLOU Luc N'Guessan, ADAKANOU Abila, ZOUA Gomez, KOBENAN Adja et HORO Apollinaire**, 2025, « Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans 3 centres de planification familiale à Abidjan », in Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Vol. 7, N°2, pp 235-246.

**PERRIN Ophélie**, 2025, « L'éducation à la sexualité au secondaire québécois : représentations de parents et de personnes enseignantes », in Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, Vol. 1, N°27, pp 84-107.

**TOUKO Adonis, KEMEMGE Joseph, NISSACK Françoise, SCHMIDT-ELBRY Bergis et KAMTA Charles**, 2001, « Planning Familial chez les Adolescents Mères d'Enfants dans un Centre Urbain du Cameroun », African Journal of Reproductive Health, Vol. 2, N°5, pp 105-115.

**UNFPA**, 2016. *Côte d'Ivoire, Documentation du processus de mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète*, UNFPA Côte d'Ivoire, Abidjan.