

BURKINA FASO  
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



SECTION MEDECINE  
-----

Année universitaire 1999-2000

Thèse N°43

**CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES EN  
MATIERE DE SEXUALITE , DE PLANIFICATION FAMILIALE  
ET DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES /SIDA  
DES ADOLESCENTS DE 15 à 19 ANS EN MILIEU RURAL : CAS  
DE LA PROVINCE DU SANMATENGA.**

THESE :

*Présentée et soutenue publiquement le 25 JANVIER 2000  
Pour l'obtention du Grade de DOCTEUR en MEDECINE  
( DIPLOME D'ETAT )*

Par

**Gouwendkouni Serge-Mathurin Kaboré**

Né le 22 juillet 1971 à Bobo-dioulasso

Directeur de thèse :  
**Pr. Bibiane KONE**  
Co-Directeur :  
**Dr. Blami DA**

**JURY:**  
Président :  
**Pr. Alphonse SAWADOGO**  
Membres :  
**Pr. Jean L/ NKOANDE**  
**Dr. Adama TRAORE**  
**Dr. Blami MAO**

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET  
DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.**

# UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
**Faculté des Sciences de la Santé**  
**( F.S.S. )**  
-----

## LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Directeur de la section Pharmacie (VDA)	Pr. Pierre I. GUISSOU
Vice-Doyen à la recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr. Fakouo TRAORE
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme. Christine NARE
Conservateur de la Bibliothèque	Mr. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme. Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme. Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme. Hakiéta KABRE
Secrétaire du VDR	Mme. Edwige BONKIAN
Audiovisuel	Mr. Alain P. PITROIPA
Reprographie	Mr. Philippe BOUDA

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

### ENSEIGNANTS PERMANENTS

#### Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie Organogénèse Chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (In memoriam)	Sémiologie et Pathologie Médicale
Tinga Robert GUIGEMDE	Parasitologie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

#### Professeurs associés

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

#### Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie-Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean-François ABORE	Néphrologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie

Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N° 1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto-Rhino-Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-Entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique

**Maitres-Assistants associés**  
**Assistants associés**

Caroline BRIQUET	Chimie-Analytique, pharmacologie et Toxicologie
Valérie MURAILLE	Chimie-Analytique Galénique

**Maitres-Assistants**

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Arcia OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joaquim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies infectieuses
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique-Médecine Nucléaire
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie-Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubacar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
<b><u>Assistants Chefs de cliniques</u></b>	
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Christian T. SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Téophile M. COMPAORE	Chirurgie
Abel Y. BAMOUNI	Radiologie
Maïmouna OUATTAR \ / DAO	Oto-Rhino- Laryngologie

André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Nicole M. ZABRE / KYELEM	Maladies infectieuses
Rigobert THOMBIANO	Maladies infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
<b><u>Assistants</u></b>	
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-Phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BOUNKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun D. MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
Antoinette BELEM / TRAORE	Pédiatrie
Christophe S. DA	Chirurgie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Ali NIAKARA	Cardiologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Jean Aurélien SANOU	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Diarra OUATTARA / YE	Pédiatrie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique

Karim A. SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
Olga LOMPO	Anatomie-Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie

### **Assistants Biologistes des Hôpitaux**

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie-Immunologie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Issa SOME	Chimie Analytique

### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

#### **Faculté des Science et Techniques (FAST)**

##### **Professeurs Titulaires**

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita G INKO	Botanique Biologie Végétale
Laya SAWADOGO	Physiologie Biologie Cellulaire



Guy V. OUEDRAOGO

Chimie Minérale

Laou Bernard KAM (in memoriam)

Chimie

### **Maîtres de Conférences**

Boukary LEGMA

Chimie-Physique Générale

François ZOUGMORE

Physique

Patoin A. OUEDRAOGO

Zoologie

Adama SABA

Chimie Organique

Philippe SANKARA

Cryptogamie

### **Maîtres-Assistants**

W. GUENDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie Cellulaire

Longin SOME

Mathématiques Statistiques

Marcel BONKIAN

Mathématiques Statistiques

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Jean KOULIDIATY

Physique

### **Assistants**

Appolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Jeanne MILLOGO

T.P. biologie cellulaire

Raymond BEMTOUGOURI

T.P. biologie cellulaire

Gustave KALIRE

Biologie

Drissa SANOU

Biologie cellulaire

## **Institut du Développement Rural (IDR)**

### **Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO Génétique

Georges A. OUEDRAOGO Biochimie

## **Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)**

### **Maître-Assistant**

Tibo H. KABORE Economie-Gestion

### **Assistant**

Mamadou BOLY Gestion

## **Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

### **Assistant**

Jean Claude TAITA Droit

## **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARY Psychologie

Dr. Boukari J. OUANDAOGO Cardiologie

Dr. Aimé OUEDRAOGO Ophtalmologie

Dr. Joseph R. KABORE Gynécologie-Obstétrique

Dr. Saïdou B. OUEDRAOGO Radiologie

Dr. Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr. Michel SOMBIE Planification

Dr. Nicole PARQUET Dermatologie

M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in memoriam)	Hydrologie
Dr. Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr. Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr. Adama THOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr. Sidiki TRAORE	Galénique
Mr. Mamadou DIALLO	Anglais
Mr. KPODA	Anglais
Dr. Badioré OUATTARA	Galénique
Dr. Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr. Alassane SICKO	Anatomie
Dr. Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique Contrôle médical
Dr. Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr. Noël ZAGRE	Nutrition
Dr. TRAORE / COULBALY Maminata	Biochimie
Dr. Seydou SOURABIE	Pharmacognosie

## **ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES**

### **A.U.P.E.L.F.**

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José M. AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADDE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)

Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr. M. BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr. B. FAYE	Pharmacologie (Dakar)

### **O.M.S.**

Dr. Jean Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr. Frédéric GALLEY	Anatomie-Pathologique (Lille)
Dr. Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et Parasitaires (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)
Pr. Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)

### **Mission française de coopération**

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr. AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique Grenoble/France
Pr. M. BOIRON	Physiologie

### **Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

JE DEDIE CETTE THESE A ...

*... À Jésus-Christ mon bien aimé Seigneur et sauveur*

*... À mon père et à ma mère.*

Je sais qu'en ce jour, vous êtes les plus soulagés. Tant vous avez souffert de mes moments difficiles. Je ne trouverai jamais les mots justes pour vous exprimer ma reconnaissance, je voudrais simplement que vous sachiez que vous me resterez toujours chers. Que le Tout Puissant vous donne une longue vie, afin que vous puissiez récolter davantage les fruits de l'arbre que vous avez planté et entretenu. Vous êtes les plus merveilleux parents.

*... À mes grand-parents paternels Naba Sorba et Yangdé (In memoriam )*

Que la terre vous soit légère, j'espère que ce travail sera digne de vous.

*... À mes grands-parents maternels.*

Vous avez été ma force et ma source de réconfort. C'est une chance pour moi de vous avoir toujours à mes côtés. Puisse Dieu m'accorder cette chance longtemps encore.

*... À mes frères et sœurs.*

Patrick, Ursula, Ida, Lyne, et David : restons unis pour faire face aux défis de la vie et surtout, rendre nos parents heureux pour le temps qui leur reste.

*... À mon oncle le Dr Kaboré Joseph*

Nous avons toujours été séduit par votre exemple. Vos conseils nous ont été d'un apport inestimable. Ce travail est aussi le vôtre.

*... A mon oncle Dao Mamadou et sa famille.*

Enfin ton neveu peu te dire : Merci .Ce travail est celui que tu attendait depuis

*...A mon oncle le Docteur Zeï Mamadou et sa famille*

Vos multiples conseil ont finis par nous prouver vos grandes qualité d'homme.

Vous resterez pour nous un modèle .Ce travail est aussi le vôtre

*...A mes oncles.*

Désiré, Roland, Alexis , Guillaume ,Lucien, Salif, Seydou, Lassina, Acry, Oumar et leurs familles. C'est aussi grâce à vos soutiens et à vos prières que ce travail a vu le jour.

*...A mes tantes*

Georgette , Hortense, Fatimata , et Ann. Merci pour tout.

*...A ma tante Sanata (in memoriam).*

Aux côtés de Dieu le Père, je sais que vous m'avez toujours protégé. Vous êtes parties beaucoup trop tôt. Puisse le Tout Puissant vous accorder son bonheur éternel.

*A mon Pôte charles*

Je crois qu'on touche à présent la fin. Pour toute notre complicité durant ces années. Ce travail est aussi le tien. Que le seigneur concrétise enfin nos rêves

*...A mes cousins (es).*

Achille Edmond, Guillaume , Wili, Flavien, Nestor, / braham, Doudou, Moussa, Fou éini ,Adélaïde, Charlotte, Pascaline, Vous m'a vez été d'un grand réconfort, restez unis.

*... A Monsieur Louari et sa famille*

*... Aux frères de la Sainte famille du collège Saint Joseph Moukassa*

Si votre ministère dans l'église catholique n'existait pas , il aurait fallu la créer.

Ce travail est aussi le Vôtre

*...A mes professeurs du collège saint Joseph Moukassa*

*...A tous mes promotionnaires*

*...A mes professeurs de la faculté des sciences de la santé*

*...Aux adolescents et aux jeunes du Burkina -faso*



**A NOS MAITRES ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**LE PROFESSEUR Alphonse Sawadogo**

Professeur titulaire de pédiatrie à la F.S.S.

Chef du département de la pédiatrie à la F.S.S

Chef de service de la pédiatrie du CHNYO

Nous savions qu'en venant vers vous, vous nous accueillerez les bras grandement ouverts car, au delà de votre parfaite maîtrise de la pédiatrie, vous êtes sur le plan purement humain très apprécié des étudiants.. Ce que vous êtes aujourd'hui est le couronnement de vos qualités académiques, humaines et sociales. Vous resterez pour nous une référence, tant du point de vue pratique médicale, académique que sociale. Sachez enfin que c'est pour nous, un grand honneur de vous avoir comme président de ce Jury.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Le professeur Jean Lankoande**

Maître de conférence agrégée de gynécologie et d'obstétrique

Médecin gynécologue et obstétricien au CHNYO

Homme de Science, vous vous illustrez également par votre grande compréhension, votre disponibilité et votre simplicité. Vous êtes toujours à l'écoute des autres et prêt à leurs rendre service. Votre incitation au travail ,vos qualités humaines et vos connaissances scientifiques nous ont toujours émerveillée. Plus que un maître vous êtes un ami. Vous avez accepté, avec plaisir, de juger ce modeste travail et nous vous exprimons par ces mots notre profonde gratitude. C'est une chance et un honneur pour nous.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**LE DOCTEUR Adama Traoré**

Maître-Assistant de Dermatologie et de Vénérologie à la F.S.S.

Chef du service Dermato-vénérologie ,médecin dermatologue au CHN-YO.

Eminent dermatologue, vous êtes aussi un homme de recherche, soucieux de la formation et de l'avenir de vos étudiants. C'est certainement la raison pour laquelle ces derniers viennent à vous pour travailler à vos côtés. En acceptant de juger ce travail, vous nous faites la preuve d'une grande considération, et nous vous en sommes très reconnaissant. Nous avons toujours eu un contact facile avec vous et votre contribution à ce modeste travail est inestimable. Cela confirme l'adage africain qui dit que : « l'homme est le remède de l'homme ».

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**LE PROFESSEUR Bibiane Koné**

Chef du département de Gynécologie et d'obstétrique à la F.S.S.

Chef de service de la maternité du CHNYO

Présidente de la Société des Gynécologue et Obstétricien du Burkina faso

Votre disponibilité à patronner cette thèse, malgré vos multiples occupations, nous a profondément marqué. Ce travail nous le devons grâce à votre autorité et votre bienveillance. Eminente gynécologue et obstétricienne, votre simplicité et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle. Vous avez été plus qu'un maître pour nous Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**LE DOCTEUR Blami DAO**

Maître-Assistant de Gynécologie et d'Obstétrique à la F.S.S.

Médecin gynécologue et obstétricien au CHN-SS.

Cher maître, Humilité, Simplicité et Modestie sont entre autres, vos vertus. Beaucoup plus qu'un gynécologue et un obstétricien, vous êtes un humaniste. Votre dévouement pour le travail bien fait et la recherche du parfait nous servira toujours d'exemple. Vous avez dirigé ce travail d'une main de maître et nous en sommes fiers. Votre maîtrise de la gynécologie et de l'obstétrique nous a fasciné, et votre constante volonté de la transmettre à vos étudiants nous a marqué. Cela confirme l'adage qui dit que : « Pour le maître on ne sait jamais ce qu'on lui doit » Soyez assuré, vous resterez pour nous un modèle.

**MES REMERCIEMENTS...**

*...A l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie  
(U.E.R.D) de l'université de ouagadougou.*

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance , pour nous avoir permis de travailler avec les données de cette enquête que vous avez dirigée

*... A la London School of Health and tropical Medecine.*  
Pour votre inestimable collaboration à la réalisation de cette enquête

*...A Mr Yaro Yacouba.*

Sans vous ce travail aurait été difficile à réaliser .Votre simplicité m'a permis de vous approcher et de bénéficier de vos précieux conseils. Mille fois merci pour le soutien matériel et moral. Que le seigneur vous le rende au centuple.

*..A Mr Moctar Ouédraogo.*

Pour tout le travail d'analyse et vos conseils. Simplement merci.

*...A Augustin Sankara.*

Votre collaboration m'a été d'un grand bénéfice. Acceptez ici mes modestes remerciements.

*A Mlle Ouedraogo danielle.*

Vous m'avez été d'un grand aide à la réalisation de ce travail . Soyez en remercié.

*...A Monsieur Ouedraogo Daniel*

*....A Mademoiselle Yaméogo Eléonore*

*...Aux aînés.*

Docteurs Zongo Julien , Bamouni Joël, Kambou Timoléon et Yaméogo Aristides, Fao Paulin: pour vos multiples aides.



**« Par délibération, la faculté des sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>CAP</b>	: Connaissances Attitudes et Pratiques
<b>CERPOD</b>	: Centre de Recherche sur la Population et le développement
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CM</b>	: Centre Médical
<b>CSPS</b>	: Centre de Santé et de Promotion Social
<b>DHEA</b>	: Déhydroépiandrostérone et Androstène dione
<b>FSH</b>	: Folliculate realeasing Hormon
<b>Gn RH</b>	: Gonadotrophine Realeasing Hormon
<b>Hbts</b>	: Habitants
<b>Km (s)</b>	: Kilomètre
<b>LH</b>	: Luteinyl Hormon
<b>M.S.T</b>	: Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>RH</b>	: Realeasing Hormon
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immuno- Déficinece Acquis
<b>UERD</b>	: Unité d'enseignement et de Recherche en Démographie

## **LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES**

Tableau I : Départements, et villages du Sanmatenga .....	24
Tableau II. Répartition des adolescents selon leur situation matrimoniale.....	34
Tableau III. Répartition des adolescents selon leur religion. ....	35
Tableau IV. Répartition des adolescents selon le niveau d'études .....	37
Tableau V Répartition des adolescents selon le type d'occupation .....	38
Tableau VI. Répartition des adolescents filles et garçons selon les déterminants du premier rapport sexuel.....	41
Tableau VII. Répartition des adolescents selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois. ....	42
Tableau VIII. Récapitulatifs des différents buts des rapports sexuels selon le sexe.	43
Tableau IX: Récapitulatif des différents buts des rapports sexuels selon la situation matrimoniale.....	44
Tableau X. Connaissances des méthodes contraceptives par les adolescents.....	46
Tableau XI. Sources d'information des adolescents sur la contraception .....	47
Tableau XII. Méthodes contraceptives utilisées .....	48
Tableau XIII. Raisons d'utilisation d'une méthode contraceptive par les adolescents. ....	49
Tableau XIV . Raisons de la non utilisation de moyens contraceptifs.....	49
Tableau XV. Sources d'informations sur les MST .....	51
Tableau XVI. Symptômes déjà vécu par les adolescents.....	52
Tableau XVII. Sources d'informations des adolescents sur le SIDA .....	53
Tableau XVIII. Attitudes des adolescents face au SIDA.....	54

Figure 1. Distribution des adolescents selon l'âge P 32

Figure 2. Répartition selon le sexe. P 33

Figure 3. Répartition selon l'ethnie P 36

Figure 4. Connaissances des MST P 50

# TABLE DES MATIERES

# TABLE DES MATIERES

<b>I - INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>II - ENONCE DU PROBLEME</b> .....	<b>4</b>
<b>III- PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>7</b>
<b>A . L'ADOLESCENCE</b> .....	<b>8</b>
1. DEFINITION .....	<b>8</b>
1.1 Définition de l'OMS .....	<b>8</b>
1.2 Définition de la puberté.....	<b>8</b>
2. HISTORIQUE ].....	<b>8</b>
3. L'ADOLESCENCE EN TANT QUE PERIODE DE TRANSFORMATION POUR L'INDIVIDU .....	<b>10</b>
3.1 Modifications physiologiques de la puberté. ....	<b>10</b>
3.1.1 Les hormones gonadotropes et leur régulation:.....	<b>10</b>
3.1.2 Les hormones sexuelles .....	<b>10</b>
3.1.3 Développement somatique pubertaire: .....	<b>11</b>
3.2 Les modifications psychologiques de l'adolescence : .....	<b>11</b>
3.3 L'échec des remaniements de l'adolescence : .....	<b>12</b>
4 LES RELATIONS SOCIALES DE L'ADOLESCENT .....	<b>13</b>
4.1 L'importance du groupe pour l'adolescent: .....	<b>13</b>
4.2 Le groupe comme moyen de satisfaction des pulsions:.....	<b>13</b>
4.3 Le groupe comme moyen d'investissement de champ social de l'adulte. ....	<b>14</b>
4.4 Le groupe comme moyen de protection contre la société.....	<b>14</b>
5.CONCEPTION AFRICAINE DE L'ADOLESCENCE .....	<b>14</b>
<b>B. SEXUALITE DE L'ADOLESCENT</b> .....	<b>15</b>
1. RELATION SEXUELLE.....	<b>15</b>
2. CONTRACEPTION ET MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES .....	<b>16</b>
3 .GROSSESSES ET AVORTEMENTS.....	<b>17</b>
<b>IV- DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE</b> .....	<b>19</b>
<b>A . OBJECTIFS</b> .....	<b>20</b>
1.OBJECTIF GENERAL .....	<b>21</b>
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	<b>21</b>
<b>B. METHODOLOGIE</b> .....	<b>22</b>
1. CADRE D'ETUDE .....	<b>23</b>
2. TYPE D'ENQUETE .....	<b>28</b>
3. POPULATION D'ETUDE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES.....	<b>28</b>
4.ECHANTILLONNAGE.....	<b>29</b>
5. FORMATION DES ENQUETEURS .....	<b>29</b>
6. PRETEST.....	<b>30</b>
7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE .....	<b>30</b>
8. ANALYSE DES DONNEES .....	<b>30</b>
<b>C. RESULTATS</b> .....	<b>31</b>
1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ET DJIEE.....	<b>32</b>
1.1 Ages et sexes.....	<b>32</b>
1.2. Situation matrimoniale.....	<b>34</b>
1.3. Religion.....	<b>35</b>
1.4. Ethnies.....	<b>36</b>
1.5. Niveau de scolarisation .....	<b>36</b>
1.6. Occupation .....	<b>37</b>



2. SEXUALITE.....	39
2.1 Age et déterminants du premier rapport sexuel .....	39
2.2 Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois .....	42
2.3 Buts des rapports sexuels .....	42
2.4 Source de renseignement sur la sexualité .....	44
3. CONNAISSANCES ET PRATIQUES CONTRACEPTIVES.....	45
3.1. Connaissances des méthodes contraceptives .....	45
3.2. Sources d'information des adolescents sur la contraception.....	47
3.3. Connaissance et utilisation de la contraception au moment du premier rapport sexuel.	47
4. CONNAISSANCES DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DU VIH/SIDA. ....	50
4.1. Connaissance sur les MST .....	50
4.2. Sources d'information sur les MST .....	50
4.3. Antécédents de MST.....	51
4.4. Influence du vécu des MST sur le comportement sexuel .....	52
4.5. Connaissances et croyances sur le SIDA .....	53
D. DISCUSSION et COMMENTAIRES .....	56
1. LIMITES DE L'ETUDE.....	57
2. SEXUALITE DES ADOLESCENTS .....	58
2.1 Précocité des rapports sexuels.....	58
2.2 Déterminisme des premier rapports sexuels .....	59
2.3 Buts des rapports sexuels .....	60
3. ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTS FACE AUX MST .....	61
3.1 L'information sur les MST .....	61
3.2 Connaissance du SIDA .....	62
3.3 Connaissances des MST. ....	62
3.4 Source d'information .....	63
3.5 Comportements à risque .....	64
4. ADOLESCENTS ET PLANIFICATION FAMILIALE.....	64
4.1 Connaissance et utilisation de la contraception de façon générale. ....	64
4.2 Connaissance et utilisation de la contraception au premier rapport sexuel. ....	65
4.3 Source d'information sur la contraception.....	66
E. CONCLUSION .....	67
F. SUGGESTIONS.....	69
G. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71

## **I – INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Au cours des trente dernières années, l'évolution des schémas de fécondité, de natalité, a eu pour conséquence une croissance démographique galopante. D'avantage de personnes atteignent un âge de plus de 60 ans et parallèlement un nombre jamais égalé d'adolescents, fruit d'une forte fécondité atteindrait les 1.05 milliard faisant naître le concept « de générations nouvelles » [25].

Les statistiques révèlent, que les jeunes et particulièrement les filles restent les plus vulnérables et présentent chaque année dans le monde :

- 75 millions de grossesses indésirées avec 45 millions d'avortements dont 70 mille décès maternels [25].
- 120 à 150 millions de couples désirent espacer ou limiter la naissance de leurs enfants mais ne le peuvent pas [23].
- Sur la plus grande partie de la planète, la majorité des nouvelles infections par le VIH et les MST frappent les jeunes âgés de 15 à 24 ans. [22,24, 25,77].

Presque partout dans les pays en voie de développement et particulièrement en Afrique, les adolescents vivent les mêmes problèmes en matière de santé de la reproduction.

Ces problèmes résultent de la précocité des rapports sexuels [3,60] ; et de la faible couverture contraceptive [2,3,8,40,43], avec pour conséquences un taux élevé de grossesses précoces à risques [26,35], d'avortements clandestins [6,36,47], et une forte prévalence de MST/SIDA [3,40,42]. On assiste alors au phénomène « d'enfants qui ont des enfants » [25].

Face à cette situation devenue alarmante, la santé de la reproduction des adolescents est devenue une préoccupation pour de nombreux gouvernements et organisations internationales. Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place depuis 1988 un certain nombre de protocoles de recherches dont les enquêtes «- Connaissances - Attitudes - Pratiques - et Croyances - (CACP) » qui jouent un rôle

important dans la promotion et la sensibilisation des populations et qui ont déjà été menées dans plusieurs pays [11] .

C'est dans ce cadre qu'au Burkina-faso, notre étude a été effectuée en vue de l'amélioration de la santé reproductive des adolescents en milieu rural ,grâce à l'initiative du Centre de Recherche sur la Population et le Développement (CERPOD) et de L'Unité d'Enseignement, de Recherche en Démographie (UERD) de l'université de Ouagadougou et de la London School of Health and Tropical Medecine.

## **II - ENONCE DU PROBLEME**

## ENONCE DU PROBLEME

En 1978 , le Burkina-faso à l'instar des pays de l'OMS , a souscrit à la déclaration de Alma - Ata relative aux soins de santé primaires ,dans laquelle figure la composante santé maternelle et infantile (SMI).

En 1994 suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire ,le concept de santé maternelle et infantile / planification familiale disparaît pour faire place à celui de santé de la reproduction définie comme le « Bien être général , tant physique que mental et social de la personne humaine , pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité [25]

Selon Population Action International [67] ,le Burkina Faso fait partie des pays où les indicateurs en matière de santé de la reproduction sont alarmants. En effet:

- Le taux de mortalité maternelle est de 566 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- La prévalence contraceptive est de 23 % pour toutes les méthodes et 9 % pour les méthodes modernes ;
- La séroprévalence du VIH dans la population générale est de 7%;
- 41% des femmes enceintes ne suivent pas de consultations prénatales [51, 52,69,77,78].

Dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans qui constituent 25% de la population du pays ,les indicateurs ne sont guère meilleurs. Ainsi :

- Le taux de mortalité en milieu hospitalier chez les adolescentes était de 4081 pour 100000 naissances vivantes et parmi ces causes de mortalité maternelle chez les adolescentes , 30% était relatif aux avortements clandestins [36].
- 20 % des garçons avaient souffert de blennorragie et le tiers des séropositifs avait moins de 20 ans [63] ;
- Une prévalence contraceptive de 7% chez les adolescents [53] ;
- Les adolescentes ont une mortalité 5 à 8 fois plus élevée du fait de leur grossesse que les adultes, et sur 100 décès féminins dans la tranche d'âge des 12 à 19 ans,13 étaient relatifs à une grossesse. [51,78].

Jusqu'à présent des études ont été menées en milieu scolaire et universitaire burkinabé, ciblées sur les MST/SIDA et la planification familiale. [5,34,49].

D'autres enquêtes CAPC ciblées sur les jeunes ont été menées en milieu urbain de Ouagadougou et Bobo Dioulasso[69].

On note avec amertume que la prévalence contraceptive en milieu urbain était 10 fois plus élevée qu'en milieu rural soit respectivement 8.9 % et 0.8 % [51].

Très peu d'enquêtes CAPC ont été menées en milieu rural auprès des jeunes. On peut citer celle menée par Sia [71], celle de Desmarthon auprès des jeunes de 14 à 24 ans qui montrait que 44 % pensaient qu'ils ne pouvaient pas «attraper» le SIDA et 56 % pensaient que le SIDA se contracte en buvant dans la mêmealebasse et enfin celle de Ouedraogo B. qui rapportait que les jeunes femmes et jeunes filles ne connaissaient rien des MST[15,63].

Aussi nous nous sommes proposé de mener cette étude ; qui se veut une approche des obstacles en matière de santé reproductive des adolescents du milieu rural, bien souvent oubliés et vivant des conditions socioculturelles particulières, car le Burkina-faso a une population à majorité rurale et jeune [50].

**III – PREMIERE PARTIE :**  
**REVUE DE LA LITTERATURE**



## A . L'ADOLESCENCE

### 1. DEFINITION

Le mot adolescence provient du latin « adolescere », qui veut dire grandir [10].

#### 1.1 Définition de l'OMS

L'OMS définit l'adolescence comme la période allant de 10 à 19 ans. et les jeunes la période allant de 19 à 24 ans.

#### 1.2 Définition de la puberté

La puberté est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est à la puberté que nous assistons à une différenciation nette des caractéristiques masculines et féminines. Elle se caractérise par des transformations somatiques, endocriniennes et psychologiques : c'est la dernière étape de différenciation sexuelle qui confère aux adolescents la faculté de procréer. Dans la majorité des cas, la puberté débute à 10 ans et demi chez la fille par l'apparition du bourgeon mammaire, à 11 ans et demi pour le garçon, par l'augmentation du volume testiculaire [68,72].

### 2. HISTORIQUE

L'usage français ne reconnaît l'adolescence comme période particulière que depuis le 18<sup>e</sup> siècle. Auparavant, adolescence et enfance étaient confondues : les termes latins « puer » et « adolescere » étaient synonymes et employés indifféremment. C'est le critère « indépendance » qui déterminait le passage de l'enfance à l'âge moyen : la jeunesse.

La Grèce Antique avait reconnu quant à elle, la nécessité d'introduire une étape entre l'enfance et l'âge adulte. C'est l'éducation ou l'initiation qui permettait ce passage. Bien d'autres civilisations ont reconnu la nécessité des rites d'initiation ; ceux-ci facilitent grandement la modification des investissements et réduisent cette période que notre 20<sup>e</sup> siècle ne cesse d'allonger.

Au moyen - âge la différence entre l'enfant et l'adulte était ignoré et dès qu'il pouvait se passer des soins de sa mère, l'enfant devenait l'égal de son aîné.

Au 18<sup>e</sup> siècle, deux modèles d'adolescents apparaissent : Chérubin et le conscrit. Le premier nous présente le jeune homme avec des caractères féminins, le second met l'accent sur les qualités viriles. Cependant, il faudra attendre le 19<sup>e</sup> siècle et WAGNER pour reconnaître en un personnage l'idéologie moderne de l'adolescence : pureté, force physique, joie de vivre, etc...

Le 20<sup>e</sup> siècle peut à juste titre être appelé le siècle de l'adolescence, bien que le statut des jeunes ne soit pas encore nettement déterminé.

Siècle de l'adolescence, il n'y a qu'à compter le nombre d'articles de journaux ou d'études qui paraissent mensuellement, traitant des problèmes spécifiques à cette catégorie d'âge. L'adolescence devient la période reine, il lui est copié ses modes, on lui envie sa marginalité et sa prétendue insouciance. La réalité de l'adolescence est infiniment moins paradisiaque que ne l'imagine certains adultes. L'adolescent n'a pas vraiment de statut social, l'explication de sa marginalité est plutôt à chercher en ce sens que comme résultat d'une volonté délibérée.

L'adolescence est la période au cours de laquelle l'individu doit abandonner ses intérêts d'enfant pour investir le champ social de l'adulte. Dans notre culture, c'est l'éducation qui prépare l'enfant à ce passage. Depuis le 17<sup>e</sup> siècle, toutes les grandes institutions sociales ont partagé ce souci d'éducation : la famille, l'église, l'état, les intellectuels, etc...

Les premiers textes recommandant aux parents de préparer leurs enfants à la vie adulte par une éducation appropriée datent de la fin du 16<sup>e</sup> siècle. L'église, quant à elle ne voudra pas être en reste et préférera abandonner en partie sa fonction religieuse pour participer au grand mouvement d'éducation. Les écoles apparaissent et se généralisent au 17<sup>e</sup> siècle. Elles ne sont pas réservées aux riches comme on le croit habituellement, toutes les classes sociales s'y côtoient. Quant aux philosophes et aux moralistes, leurs idées orientent l'enseignement et l'éducation.

L'enfant perd la liberté dont il jouissait au moyen - âge, il doit très tôt se préparer à son insertion dans une société de plus en plus complexe. Les châtiments corporels, les pensions et internats sont les moyens choisis, en particulier au 19<sup>e</sup> siècle, pour assurer la socialisation. De nos jours, psychologues, sociologues, éducateurs se penchent à

leur tour sur les problèmes d'éducation et de socialisation de l'adolescent. Si le but n'a pas changé, les moyens se sont quelque peu adoucis [47].

### **3. L'ADOLESCENCE EN TANT QUE PERIODE DE TRANSFORMATION POUR L'INDIVIDU**

#### **3.1 Modifications physiologiques de la puberté.**

##### ***3.1.1 Les hormones gonadotropes et leur régulation:***

La sécrétion des hormones sexuelles par les gonades se fait sous l'effet stimulateur des gonadotrophines LH et FSH sécrétées par l'antéhypophyse stimulée par le Gn RH hypothalamique. La sécrétion de la FSH et de la LH se fait de façon pulsatile avec des pics toutes les 90 mn ; ces pics, plus important pour la LH que pour la FSH augmente d'amplitude dès le début de la puberté et surtout au cours du sommeil. La sécrétion pulsatile des gonadotrophines est la résultante d'une sécrétion parallèle de la Gn RH hypothalamique. La régulation de cette sécrétion épisodique de la Gn RH se fait par l'intermédiaire d'un centre situé au niveau du noyau arqué de l'hypothalamus appelé oscillateur ou horloge ou générateur de pulsativité de Gn RH.

##### ***3.1.2 Les hormones sexuelles***

Les hormones sexuelles sont sécrétées par les surrénales et les gonades. Les modifications de la sécrétion de ces hormones au cours de la puberté constituent l'adrénarchie et la gonadarchie. L'adrénarchie constitue la première étape de modification hormonale de la puberté avec une augmentation de la déhydroépiandrostérone (DHEA) et de l'androstènedione. Elle est en partie responsable du développement de la pilosité pubienne (pubarchie) et axillaire.

La gonadarchie correspond à une augmentation de la testostérone chez le garçon et des œstrogènes chez la fille sous l'effet de l'augmentation des hormones gonadotropes. La FSH augmente en premier et entraîne un développement des follicules ovariens chez la fille et des tubes séminifères chez le garçon.

### **3.1.3 Développement somatique pubertaire:**

#### ***a. Chez la fille***

La puberté chez la fille commence entre 8 et 13,5 ans avec un âge moyen à 11 ans. Les premières règles ou ménarges apparaissent entre l'âge de 10 et 16 ans.

L'âge de la puberté est variable en fonction des facteurs génétiques, nutritionnels, socio-économiques et de l'état de santé de l'enfant. Le développement pubertaire comporte, outre une poussée de croissance importante, un ensemble de modifications des organes génitaux et des caractères sexuelles secondaires: développement des seins appelé thélarche et de la pilosité sexuelle.

#### ***b. Chez le garçon***

La puberté chez le garçon commence entre l'âge de 9 et 14 ans avec un âge moyen à 12 ans. Le premier signe de la puberté chez le garçon est l'augmentation du volume des testicules. Le grand axe du testicule mesure en moyenne 2 cm avant la puberté il dépasse 2,5 cm au début de la puberté et atteint la dimension adulte d'environ 5 cm à 16-18 ans. Son volume passe de 2 à plus de 15 ml [10,68].

## **3.2 Les modifications psychologiques de l'adolescence**

Les transformations physiques de l'adolescence conduisent le sujet à une réévaluation de son image corporelle. La croissance parfois très rapide à cette période de sa vie, l'apparition des seins chez la jeune fille, etc... font osciller l'adolescent(e) entre des périodes de narcissisme et des périodes de rejet lui-même. C'est principalement dans le domaine sexuel que nous pouvons observer des modifications au moment de la puberté et de l'adolescence.

La sexualité qui était restée sans évolution après le refoulement du complexe d'Œdipe subit une poussée importante. En termes familiers, on pourrait dire que l'adolescent se retrouve avec un désir sexuel dont il ne sait que faire. A l'indifférence ou au mépris plus ou moins réel qui caractérise les relations garçons/filles à la période de latence, succède un intérêt très vif, quoique s'exprimant de façon ambiguë et maladroite.

La puberté est marquée par une réactivation du complexe d'Œdipe, et le sujet passe par des phases normales d'auto-érotisme et de choix d'objets homosexuels, avant de

parvenir au choix hétérosexuel. Tout se passe comme s'il s'opérait un bilan des expériences d'enfance ; resurgissant ici et là des éléments que l'on aurait pu croire dépassés. Selon FREUD, la période pubertaire n'aurait pas les mêmes conséquences chez le garçon et chez la fille : émergence de la libido chez le premier, elle serait marquée chez la seconde par un refoulement portant sur le plaisir clitoridien principalement.

L'adolescence permet l'accession au dernier stade de l'évolution psycho sexuelle : la génitalité . Dans la théorie psychanalytique, le stade génital est identique au stade phallique, en ce que l'un et l'autre supposent l'organisation des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, toutefois, une différence essentielle nous oblige à les isoler : au stade phallique, il n'existe qu'un seul organe, l'organe mâle et l'opposition est réduite à Phallique/Castré.

Au stade génital, il y a reconnaissance de l'existence des deux sexes, l'opposition devient : masculin/féminin. L'adolescence est marquée par ailleurs par une séparation plus ou moins complète d'avec les images parentales et d'une réorganisation des investissements libidinaux. L'attachement sexuel aux parents doit définitivement disparaître pour faire place vis-à-vis de ceux-ci à des relations déssexualisées et égalitaires, c'est-à-dire, non plus de subordination, mais d'un adulte à d'autres adultes.

La libido ainsi libérée s'oriente à l'extérieur de la cellule familiale sur l'objet hétérosexuel. Il s'agit là, bien sûr d'un développement idéal. Il n'est pas rare que ce développement se trouve freiné ou même stoppé, il y a fixation à un mode de fonctionnement pré-génital, il peut en résulter un équilibre précaire.

### **3.3 L'échec des remaniements de l'adolescence :**

La séparation d'avec les images parentales n'est jamais tout à fait complète ; ainsi a-t-il pu être affirmé qu'on « épouse toujours son père ou sa mère ». Si le détachement n'est pas satisfaisant, l'individu est malade, névrosé, pervers ou psychotique. Il s'opère une régression et une fixation à une organisation pré-génitale. Par exemple :

l'homosexualité peut être interprétée comme une fixation à la période normale de choix d'objet homosexuel [47].

#### 4 LES RELATIONS SOCIALES DE L'ADOLESCENT

Contrairement à certaines idées qui ont cours, l'adolescence n'est pas une période de l'existence particulièrement heureuse. Au contraire, en quelques années, le jeune homme ou la jeune fille a abandonné l'irresponsabilité de l'enfance, la cellule familiale, et les jeux qui les avaient passionnés jusqu'alors pour s'insérer dans la vie adulte.

Pour certains, l'adolescence est le moment de l'entrée dans la vie active avec une confrontation brutale au monde adulte. Il peut en résulter des désillusions et en tout cas de grandes difficultés d'adaptation. Pour d'autres, c'est la fin des études secondaires et l'accession à l'enseignement supérieur. Cette dernière voie a pour effet de protéger artificiellement l'individu contre la société adulte, en la gardant en état de dépendance économique et affective ; la période d'adolescence en est singulièrement allongée. D'autres enfin quitteront la cellule familiale pour s'engager dans la marginalité.

Un point commun à presque tous les adolescents : **l'importance accordée au groupe**. Qu'ils soient déjà engagés dans la vie active, qu'ils poursuivent des études ou qu'ils aient opté pour des formes de vie plus ou moins communautaires, la réunion d'individus du même âge et ayant les mêmes problèmes constitue pratiquement la règle.

##### 4.1 L'importance du groupe pour l'adolescent:

Le groupe d'adolescents est une sorte de continuation de l'enfance en même temps qu'il représente un engagement dans la vie adulte

##### 4.2 Le groupe comme moyen de satisfaction des pulsions:

Il est bien connu qu'en groupe, l'individu s'autorise des comportements qu'il inhibe lorsqu'il est seul. Les pulsions que l'adolescent exprime grâce au groupe sont d'ordre agressives ou sexuelles. Pour ce qui est des pulsions agressives, elles ont parfois un caractère anarchique, ce sont les bagarres entre jeunes.

D'autres fois elles sont plus socialisées, au travers du sport notamment. C'est souvent au sein du groupe de jeunes que l'adolescent trouve ses premiers partenaires sexuels, ou bien le groupe est utilisé pour se les procurer (« drague » en groupe).

#### **4.3 Le groupe comme moyen d'investissement de champ social de l'adulte.**

Là encore, le groupe est utilisé comme moyen de lever des inhibitions. L'univers de l'adulte est constitué de lieux que l'adolescent investit, le groupe constitue un élément rassurant dans cette conquête.

#### **4.4 Le groupe comme moyen de protection contre la société.**

Les modèles sociaux des adultes: famille, travail, élevage des enfants, semblent comporter des responsabilités qui effraient l'adolescent. Le groupe lui permet en partie d'échapper à la prise de ces responsabilités, du moins, il la retarde. Pour certains qui auront choisi des modes de vie marginaux telles que les communautés, les responsabilités se trouveront diluées.

### **5. CONCEPTION AFRICAINE DE L'ADOLESCENCE .**

Pour la plus part des sociétés africaines l'adolescence est définie au delà des seuls critères d'âge. Pour de nombreuses sociétés traditionnelles de l'Afrique de l'ouest, un homme de 20 ans qui n'a pas subi les rites de l'initiation est toujours un adolescent.

Pour les dioula, les bambara, et les sociétés mandingues de l'Afrique occidentale, on qualifiera un homme de plus de 20 ans de « bilakôro », tant qu'il n'aura pas subi les rites initiatiques de sa société, dont l'aspect le plus visible est la circoncision.

Ce terme de « bilakôro » qui signifie incirconcis est le plus souvent un qualificatif affecté aux enfants. En désignant donc un adulte de « bilakôro », cela indique qu'on ne lui accorde pas le même statut que les autres adultes initiés. Sans cette initiation dans la société traditionnelle, l'adulte restera un « éternel » enfant ou adolescent.

Chez les Mossi, une adolescente de 15 ans qui est mariée, est désignée par le terme de « paaga » (femme adulte). En fait, le mariage différencie le statut d'adolescente et d'adulte et chez le garçon l'initiation marque le début de l'âge adulte.

La raison tient au fait que dans les sociétés traditionnelles, la procréation est acceptée ou doit se faire uniquement dans le cadre du mariage.

Il est vrai que cette définition contextuelle de l'adolescent varie avec les réalités de chaque pays, mais elle a le mérite d'établir la difficulté épistémologique de la notion d'adolescent pour des pays restés fortement ancrés dans la tradition [79].

## **B. SEXUALITE DE L'ADOLESCENT**

Après avoir subi tous ces remaniements sur le plan psychologique, physiologique et social, l'adolescent va vivre maintenant l'expression de tous ses remaniements sur le plan sexuel.

### **1. RELATION SEXUELLE**

La première expérience sexuelle peut venir à n'importe quel moment de l'adolescence. Elle comporte alors un certain nombre de risques:

- génératrice d'angoisse si l'adolescent a le sentiment de ne pas être à la hauteur, ou s'il éprouve de la douleur, de la culpabilité.
- avoir des conséquences sur la santé de l'adolescent comme les grossesses, les maladies sexuellement transmissibles.

L'incidence des relations sexuelles parmi les adolescents non mariés est en nette progression dans nos sociétés, qui de façon traditionnelle séparaient garçons et filles jusqu'au mariage [75]. Les principales raisons de cette précocité résident dans l'urbanisation rapide, l'occidentalisation de nos sociétés à travers les médias. [78]

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, à l'exemple de la Côte d'Ivoire, du Mali et du Sénégal, 48% des adolescents ont eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans [28, 29, 30, 31, 61].

Nichols [57] au Liberia, affirmait que 50 % des filles de 14 à 17 ans avaient déjà eu leur premier rapport sexuel, et Ankrah [3] de noter 84 % en Afrique du Sud. Des taux de 51 % et de 28 % ont été rapportés par Pilai [65] respectivement au Kenya et au Nigeria.



## 2. CONTRACEPTION ET MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La précocité au mariage et aux relations sexuelles, ont pour effet de causer de nombreux problèmes aux adolescents qui ignorent pour la majorité l'existence de moyens contraceptifs. La plus part n'ayant aucune expérience des relations sexuelles et de la régulation des naissances. Ce phénomène a pour corollaire de créer des grossesses indésirées , de grossesses à risques et la survenue de nombreuses maladies sexuellement transmissibles. Souvent c'est le partenaire qui par réprobation de la contraception favorise la survenue d'une grossesse indésirée.

En Zambie Pilai [66] rapportait que 35 % des adolescents avaient déjà contracté une MST et que 63 % n'avaient aucune notion sur la planification familiale. Ankrah [3] au Kenya notait que 35 % des cas d'infections à VIH étaient dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans .Il a également relevé une très faible utilisation des préservatifs (10 %) chez les adolescents sud africains au moment de leur premier rapport sexuel.

De façon plus globale en milieu rural, Linda [41], Allen [2], et Carael [9] trouvaient un très faible taux d'utilisation de préservatifs au Rwanda ,tandis que Kapiga [35], rapportait 6 % d'utilisation en milieu rural tanzanien .Kane [33] a relevé en Gambie que 72 % des adolescents n'avaient pas utilisé une méthode contraceptive au moment de leur premier rapport sexuel.

Olayinka [60] et OLadosu [59] au Nigeria observaient qu'un grand nombre de séropositifs sont des adolescents et le sont par manque d'utilisation de préservatifs. Mati [46] observait que 32% des cas de gonococcie en Ouganda se retrouvaient dans la tranche d'âge de 13 à 15 ans

### 3 .GROSSESSES ET AVORTEMENTS

Chez l'adolescent la grossesse comporte de nombreux risques ,car la future mère est immature sur le plan psychologique , physiologique et anatomique.

Des complications et des séquelles à long terme se trouvent accrues.

Aux Antilles Gallaises [26] révélait que 14 % des adolescentes étaient déjà mères.

Lee [37] relevait que 28 % des adolescentes en Afrique étaient mères avant l'âge de 18 ans et que plus de 15 millions de filles âgées de 15 -20 ans étaient mères chaque année .

Des études menées dans certains pays d'Afrique, ont montré que la proportion de femmes âgées de 20 à 49 ans ayant donné naissance avant 20 ans c'est-à-dire à l'adolescence est de 64% au Cameroun, 60,7% au Mali, 55,5% au Botswana, 50% à Madagascar et 41,1% en Égypte [ 54 ].

Aussi il faut noter que le jeune âge (<18ans), est un important facteur de risque pour la santé de la mère , car il accroît la mortalité maternelle [71]. Des études ont montré en Tanzanie au Nigeria et dans bien d'autres pays qu'une mère âgée de 15 à 19 ans a deux fois plus de chance de mourir en couche qu'une mère âgée de 20 à 24 ans [ 7].

Si le père est aussi un adolescent , il aura à subir des conséquences défavorables au plan social et psychologique.

L'ignorance de la contraception et le refus de la grossesse (honte , culpabilité et réprobation sociale ) conduisent certainement l'adolescent à l'avortement [ 61 ].

L'avortement est alors provoqué dans des conditions médicales douteuses entraînant des complications graves pouvant aller à la stérilité ; et souvent le décès de l'adolescente [ 28].

Lankoandé et coll. avaient trouvé au Burkina-faso que l'avortement était responsable de 30% de causes de décès chez les adolescentes [36].

Brahim [6] rapportait qu'au Nigeria 42% des adolescentes avaient connue soit une MST , soit un avortement , et Meekers [ 48] de constater qu'au Cameroun 9% des filles de 15 à 17 ans avaient déjà avorté.

Au Congo, Kenya ,Liberia, Mali, Nigeria, Congo Démocratique , 38 à 68% des femmes sollicitant des soins pour les complications liées à un avortement ont moins de 20 ans. Une étude faite au Nigeria a révélé que 16% de tous les décès maternels était dus à un avortement dans l'adolescence [ 60].

**IV - DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**

## **A . OBJECTIFS**

## **.OBJECTIF GENERAL**

Contribuer à l'étude des connaissances, attitudes, et pratiques des adolescents en matière de sexualité ,de planification familiale et de MST/SIDA en milieu rural.

## **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- a) Décrire le niveau actuel de connaissance des adolescents en matière de sexualité, de planification familiale et de MST/SIDA en milieu rural ;
  
- b) Identifier les comportements à risque en matière de MST/SIDA chez les adolescents en zone rurale ;
  
- c) Identifier les déterminants de la sexualité chez les adolescents en milieu rural ;
  
- d) Déterminer les facteurs d'utilisation et de non utilisation de la méthode contraceptive chez les adolescents du milieu rural ;
  
- e) Faire des suggestions en vue d'améliorer la santé reproductive des adolescents en milieu rural.

## **B. METHODOLOGIE**

## **1. CADRE D'ETUDE .**

### **1.1 Situation Géographique**

La province du Sanmatenga est située au Centre - Nord du Burkina Faso. Elle est limitée au Nord par la province du Soum, au Sud par celles du Ganzourgou et de l' Oubritenga, à l'Est par le Namentenga, et à l'Ouest par le Bam et le Passoré . Kaya chef-lieu de la province, est situé à 100 kilomètres (km) sur l'axe routier Ouaga - Dori (RN3), précisément à la latitude 13°6' Nord et à la longitude 1°5' Ouest.

Le Sanmatenga couvre une superficie de 9419 km<sup>2</sup> délimitée par un rectangle dont les coordonnées géographiques sont les parallèles 12°40' et 14°N et les méridiens 0,40' et 1°35'W, représentant sur le terrain les distances moyennes de 125 km du Nord au Sud et 75 km d'Est en Ouest.

### **1.2 Subdivision administrative**

La province a été créée par ordonnance n° 84-055/CNR/PRE du 5 Août 1984, qui a découpé le territoire national en 30 provinces et 250 départements. Ainsi en 1991 le Sanmatenga compte 11 départements et, 331 villages et 4 communes.



**Tableau I : Départements, et villages du Sanmatenga**

<b>Département</b>	<b>Superficie en Km2</b>	<b>densité Hbts / Km2</b>	<b>Nbre de Villages</b>
Barsalogo	1720	25	33
Boussouma	780	73	37
Dablo	550	21	10
Kaya	922	70	57
Korssimoro	667	42	29
Mane	730	42	44
Namissiguima	420	11	08
Pensa	1000	21	12
Pibaore	470	40	19
Pissila	1528	40	55
Ziga	632	37	17
<b>TOTAL</b>	<b>9419</b>	<b>39</b>	<b>331</b>

#### Répartition ville/ campagne

L'urbanisation est très embryonnaire dans la province. Kaya est la seule ville qui réponds aux critères urbains définis au niveau national. En effet avec plus de 30000 habitants, Kaya fait partie des 10 villes moyennes du Burkina Faso.

En résumé la population au Sanmatenga est urbaine à 8 %, et rurale à 92%.

### 1.3 L'état de la population

La population du Sanmatenga a connu une augmentation rapide au cours de ces dernières années. Elle est passée de 287.109 habitants (Hbts) en 1975 à 367.724 en 1985, et à 405 563 en 1991, soit une augmentation de 41 % en une quinzaine d'années.

#### 1.3.1 Répartition de la population par sexe et par âge

Il ressort de l'analyse de la population par sexe et par âge que le Sanmatenga compte une forte proportion de jeunes de moins de 15 ans représentant en 1991, 49.6% de l'ensemble de la population ; les 15-64 ans, 47.6 % et les 65 ans et plus, 2.8%. Le taux de croissance démographique est estimé à 1.8 % contre 2.6 % pour la moyenne nationale.

La structure de cette population est marquée par des inégalités entre les sexes. Il reflète cependant un léger équilibre entre les 49,7% d'hommes et les 50,2% de femmes.

#### 1.3.2 Répartition de la population selon l'ethnie et la religion

La population de la province est essentiellement composée de mossi 94.2% ; viennent ensuite les fulbé 5 % ; et les autres ethnies 0.8 %. Il s'agit de Bissa, Goin, Léla, Lobi, Gourmantché, Samo, Dafing, ...

Les religions musulmane et animiste sont dominantes avec respectivement 47.28 % et 41.18 % de la population ; viennent ensuite les autres religions 11.54 %.

#### 1.3.3 Répartition de la population selon le niveau d'instruction et d'alphabétisation

L'alphabétisation dans l'ensemble du pays reste très faible malgré les efforts consentis pour lutter contre l'analphabétisme .Le taux d'alphabétisation au niveau de la province est 9.82 % contre 12.7 % pour l'ensemble du pays. Ce taux est plus faible en zone rurale 7.5% qu'en zone urbaine 37.9% . La langue la plus utilisée est le Mooré.

Le taux d'instruction dans la province est de 33.2 % en zone urbaine et de 3.47 % en zone rurale.

## 1. 4. Les secteurs sociaux

### 1.4.1 Comportements et attitudes à l'égard de la maladie

Dans les sociétés rurales africaines, les comportements et attitudes à l'égard de la maladie traduisent bien souvent la conception qu'elles en font :

Dans l'aire sanitaire du CSPS de Basma, situé à 30Km au nord de Kaya, une recherche anthropologique sur la conception des maladies chez les mossi de la région a été exécutée en 1989 par A. Meulembrock. L'auteur y a répertorié environ 75 maladies.

***De l'analyse des noms de ces maladies, les conclusions suivantes ont été tirées :***

- La maladie tire son nom parfois d'un symptôme , d'un effet de la maladie ou d'une partie du corps ;
- Pour d'autres, une comparaison avec un objet, un arbre ou un animal, semblable à un symptôme, détermine leur nom ;
- Quand le nom indique une ressemblance d'un symptôme avec un objet, un arbre ou un animal, il correspond souvent à la cause de la maladie et sera utilisé comme traitement.
- Le symbolisme des nombres.

Le masculin est associé au chiffre 3 et le féminin au chiffre 4. Ces chiffres déterminent parfois les choses, parfois la valeur marchande du traitement, parfois toute une attitude à observer. La conception traditionnelle des maladies et de leurs causes déterminent généralement en milieu rural, l'attitude et le comportement des maladies. Il apparaît donc que les formations sanitaires modernes ne sont pas les premiers lieux de visites. Le coût élevé des médicaments prescrits est un facteur limitant.

### 1.4.2 Pharmacopée.

L'étude anthropologique de la conception des maladies chez les mossi de l'aire sanitaire de Pasma , situé à 30km au nord de kaya , montre l'importance de la médecine traditionnelle. C'est dire que dans la province du Sanmatenga ,elle demeure le premier recours des populations rurales.

*Ce recours à la pharmacopée traditionnelle s'explique par les facteurs suivants :*

- la conception traditionnelle sur les maladies
- Le bas niveau des revenus des ménages
- le coût élevé des produits pharmaceutiques.

#### *1.4.3. Les infrastructures*

La province compte, 1 Centre Hospitalier Régional (CHR) ; 2 Centres Médicaux (CM); 21 Centres de Santé et de Promotion Social (CSPS) ; 3 dispensaires; 1 maternité.

Les ratio infrastructures / population se présentent donc comme suit en 1991 :

- \* 1 CHR pour 404563 hbts ;
- \* 1 CM pour 202 282 hbts ;
- \* 1 CSPS pour 19265 hbts ;
- \* 1 dispensaire pour 134855 hbts.

#### *1.4.4. Le personnel de santé*

En 1991, il y avait pour toute la province : 6 médecins et 1 dentiste ; 8 attachés de santé ; 47 infirmiers et sages-femmes ; 4 techniciens de laboratoire ; 9 accoucheuses auxiliaires et 19 matrones.

*De ce fait les ratios personnels de santé / population étaient :*

- \* 1 médecin pour 67 428 hbts
- \* 1 attaché de santé pour 55 570 hbts
- \* 1 accoucheuse auxiliaires pour 10499 femmes en âges de procréer
- \* 1 matrone pour 4 974 femmes en âges de procréer

### **1.5. L'éducation**

#### *1.5.1 Les infrastructures scolaires*

En 1993, la province comptait 110 écoles primaires et 339 salles de classes ; 7 établissements secondaires et 48 salles de classes.

Kaya compte 27 écoles et 109 salles de classes, suivi de Boussouma respectivement 16 et 49 ; Mané 14 et 36 ; Pissila 15 et 44.

Les départements défavorisés sont Dablo avec 2 écoles et 5 classes ; Namissiguima 2 écoles et 5 classes.

### 1.5.2. Les effectifs

Pour l'année 1992/93 , le nombre d'élèves inscrits dans les écoles publiques atteignait 16 311 dont 5 128 filles ; dans les écoles privées formelles il atteignait 117 dont 41 filles. Au niveau du secondaire , la situation était la suivante : 2 568 dont 594 filles pour le public ; 324 dont 116 filles pour le privé.

### 1.5.3. Les ratios

En 1993, on observait les ratios suivants pour l'ensemble de la province :

- ratio élève/ classe : 49 pour le primaire et 60 pour le secondaire,
- ratio élève/maître : 46 pour le primaire et 35 pour le secondaire [62].

## 2. TYPE D'ENQUETE

Notre étude était une enquête de type CAPC par questionnaire. Elle entrait dans le cadre d'une étude sous - régionale intitulée : « Lien entre la sexualité des adolescents et la santé reproductive ainsi que la fécondité dans les zones rurales et urbaines du Mali et du Burkina Faso ». C'était une étude transversale et un seul passage a été effectué.

L'initiative revient au Centre de Recherche sur la Population et le Développement (CERPOD) et à l' Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) de l'université de Ouagadougou qui sont chargés de l'exécution du projet respectivement au Mali et au Burkina Faso en collaboration avec la London School of Health and Tropical Medecine (LSHTM), avec le financement de la Fondation Rockefeller.

## 3. POPULATION D'ETUDE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

La population intéressée par notre étude était celle des adolescents de 15 à 19 ans inclus vivant dans la province du Sanmatenga. L'instrument de collecte des données utilisé était un questionnaire écrit et anonyme avec plusieurs sections:

- Section socio-économique
- Section sexualité

- Section planification familiale
- Section MST/SIDA
- Section psychosocial

Il faut préciser que, l'annexe représente le questionnaire global dans lequel nous avons effectué l'analyse des données qui nous intéressait pour cette présente étude ( Voir Annexe )

## **4.ECHANTILLONNAGE**

### ***4.1 Méthode***

La province du Sanmatenga était notre terrain d'étude. Dans chaque localité nous avons effectué un sondage par grappe stratifié à deux degrés, l'unité statistique étant l'adolescent dans la concession ou le ménage.

### ***4.2 Base de sondage***

Dans la province, la base de sondage était constituée par la liste des zones de dénombrement (unité géographique qui renseigne sur le nombre de concessions, la population qui y habite, avec les délimitations et des repères précis) établie lors du recensement général de la population et de l'habitation de 1996.

Le nombre de zones de dénombrement était de 30 avec un nombre de concessions par zone de dénombrement qui était de 30, soit 900 concessions à enquêter.

A partir des zones de dénombrement, on établissait une liste des chefs de ménages par concession et on effectuait le tirage des ménages qui constituent les unités statistiques d'observation. On administrait le questionnaire aux adolescents éligibles par l'âge.

### ***4.3 Taille de l'échantillon***

L'effectif total des adolescents enquêtés s'élevait à 363 personnes.

## **5. FORMATION DES ENQUETEURS**

Une formation des enquêteurs a été réalisée : un préalable en vue d'optimiser leur rendement. Elle a été axée sur le questionnaire qui allait être administré en moré et fulfuldé, langues les plus parlées dans la province, et sur les qualités intrinsèques d'un bon enquêteur.

Les filles devaient administrer le questionnaire seulement aux filles et les garçons seulement aux garçons afin d'éviter la perte d'information qui pourrait être due aux barrières culturelles car il y a une plus grande gêne à parler de sexualité à quelqu'un du sexe opposé. Selon la zone considérée, les enquêtrices se chargeaient des concessions impaires et les enquêteurs des concessions paires et vice versa.

## **6. PRETEST**

Un pré test à été réalisé à l'issue de la formation.

Cela a permis de recentrer le questionnaire parce que certaines questions se sont avérées très gênantes compte tenu des spécificités socioculturelles.

## **7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

Cette enquête a été réalisée du 17 Mars au 20 Mai 1998 avec trois équipes composées chacune d'un superviseur, d'un contrôleur et de sept enquêteurs repartis dans la province.

## **8. ANALYSE DES DONNEES**

Les données ont été codées, saisies et analysées sur micro-ordinateur équipé du Logiciel IMPS version 3.1 à l'UERD. Les tests statistiques utilisés ont été le test du chi-carré de Mantel-Haenszel et le test exact de Fisher avec un degré de signification au seuil de 0,05.

## **C. RESULTATS**



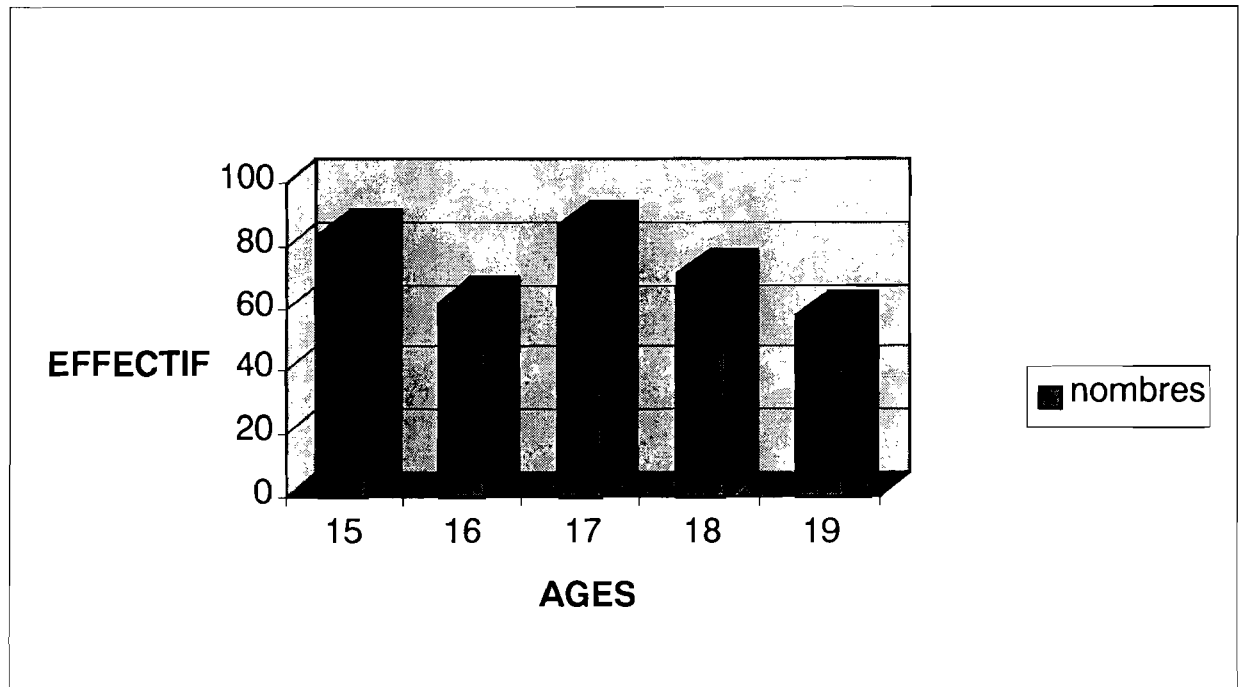
## 1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE.

La taille de notre échantillon a été de 363 adolescents, mais l'effectif des réponses a varié suivant les items du questionnaire auxquels les adolescents ont répondu ou non .

### 1.1 Ages et sexes

#### 1.1.1 Ages

La distribution des adolescents selon l'âge est présentée dans la figure 1.

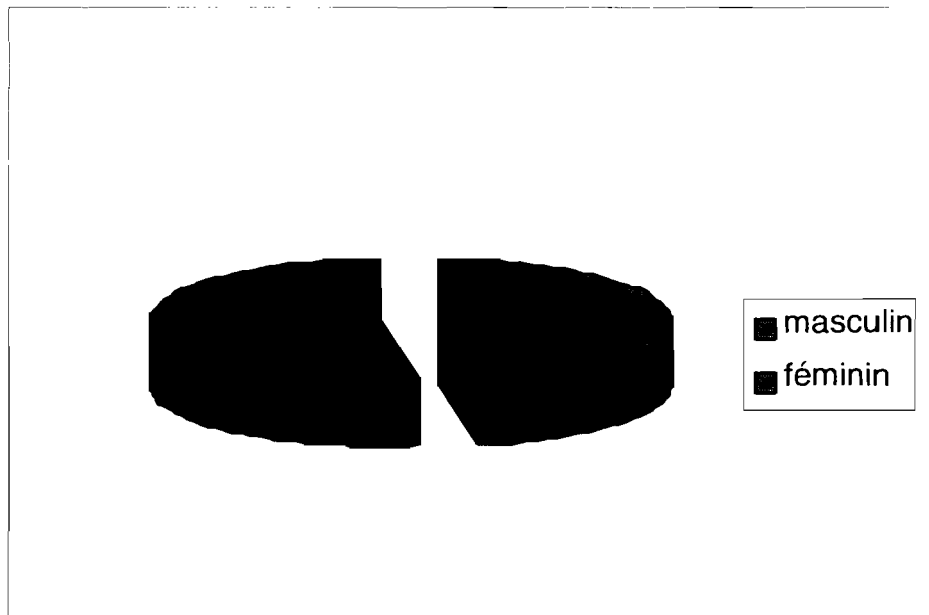


**Figure 1. Distribution des adolescents selon l'âge en année.**

L'âge moyen était de 17,1 ans avec des extrêmes de 15 et 19 ans.

### 1.1.2 SEXES

La figure 2 représente la répartition des adolescents selon le sexe.



**Figure 2. Répartition selon le sexe**

Le sexe féminin était prédominant avec 193 adolescentes (52,9 %), le sexe masculin comptait 170 adolescents (47,1%). Le sexe ratio était de 0,9

## 1.2. Situation matrimoniale

Le tableau II représente la répartition des adolescents selon leur situation matrimoniale

**Tableau II. Répartition des adolescents selon leur situation matrimoniale.**

SITUATION MATRIMONIALE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Marié (e) monogame	59	16,2%
Marié (e) polygame	43	11,8 %
Célibataire	<b>261</b>	<b>72 %</b>
Total	363	100 %

La majorité des adolescents de notre échantillon était célibataires soit 72 % (261) suivie des mariés 28% (102).

### 1.3. Religion

Le tableau III représente la répartition des adolescents selon leur religion

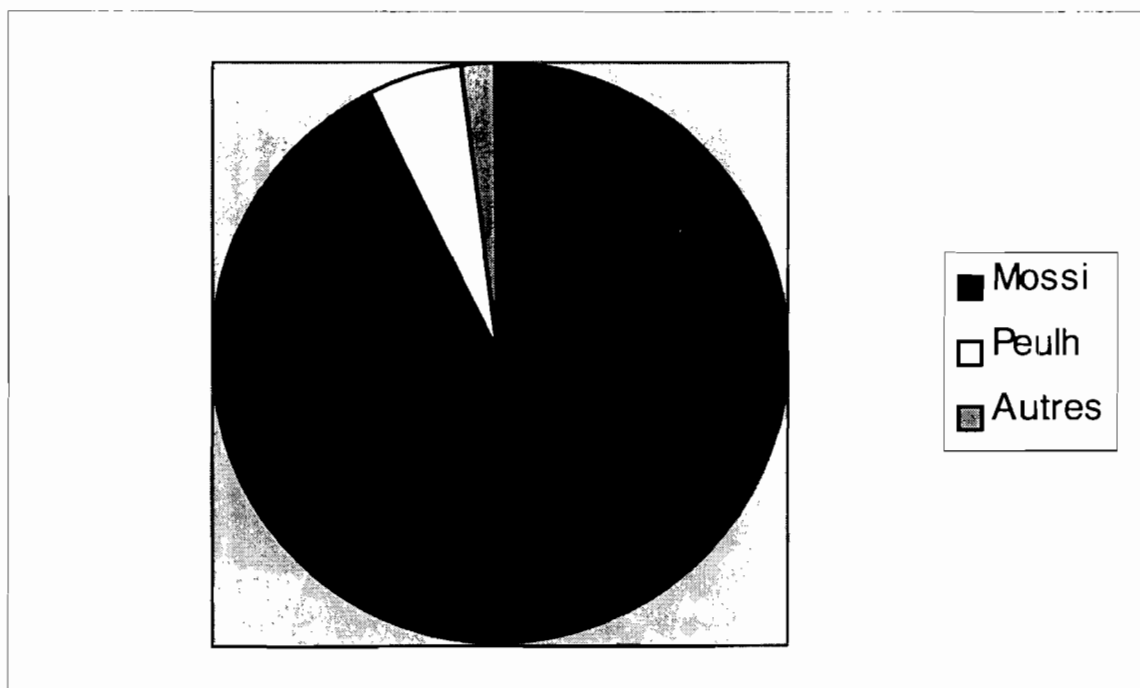
**Tableau III. Répartition des adolescents selon leur religion.**

RELIGIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Musulmans	<b>191</b>	<b>52.8%</b>
Animistes	116	31,4%
Catholiques	47	13%
Protestants	7	1,9%
Aucune	1	0,3%
Total	363	100%

Plus de la moitié ,52.8% (191) des adolescents était musulman.

## 1.4. Ethnies

La figure 3 représente la répartition des adolescents selon l'ethnie



**Figure 3 Répartition des adolescents selon l'ethnie.**

Dans notre échantillon les adolescents Mossi étaient les plus nombreux avec 93 % (338).

## 1.5. Niveau de scolarisation

Le tableau IV représente la répartition selon le niveau scolaire atteint par les adolescents.

**Tableau IV. Répartition des adolescents selon le niveau d'études**

NIVEAU D'ETUDES		POURCENTAGES	EFFECTIFS
Primaire	École coranique ou alphabétisation	42	11,6%
Secondaire (1° cycle)		11	3%
<b>Analphabète</b>		<b>310</b>	<b>85,4%</b>
Total		363	100%

On retrouvait une majorité d'analphabète soit 85,4% (310).

### **1.6. Occupation**

Le tableau V représente les différents types d'occupations qu'avaient les adolescents au moment de l'enquête

**Tableau V Répartition des adolescents selon le type d'occupation**

TYPE D'EMPLOI	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Indépendants *	123	34 %
Employeur	1	0,3 %
Apprenti(es)	8	2,2 %
Travailleurs à la tâche**	6	1,7 %
Aide familiale***	<b>199</b>	<b>55,3 %</b>
Elèves	17	4,7 %
Autres	4	1.7 %
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100 %</b>

NB : \* Indépendant: Adolescents ne travaillant pas avec un adulte comme patron.

\*\*Travailleur à la tâche: Adolescent contractuel

\*\*\* Aide familiale: Adolescents aidant aux travaux domestiques avec ou sans rémunération

La majorité des adolescents de notre échantillon sont des aides familiales à 55,3 % (199), puis suivent ceux qui ont une activité indépendante avec 33 %.(123)

## 2. SEXUALITE

### 2.1 Age et déterminants du premier rapport sexuel

#### 2.1.1 Age au premier rapport sexuel

Nos enquêtés avaient globalement un âge au premier rapport sexuel compris entre 10 et 19 ans. L'âge moyen des premiers rapports sexuels était de 16.1 ans. A 17 ans, le tiers avait déjà eu leur premier rapport sexuel.

#### 2.1.2. Déterminants du premier rapport sexuel

##### **a. Le devoir conjugal**

Le devoir conjugal a été à l'origine du premier rapport sexuel chez 35,7 % (130) d'adolescents. Il faut noter que cela a été le cas uniquement des filles. Cette différence avec les garçons est hautement significative ( $p < 0,0000001$ ). 22,9 % (29) de ces filles étaient des musulmanes contre 8,5 % (11) d'animistes et 4,5 % (6) de chrétiennes. Cette différence était aussi significative ( $p = 0.01$ ).

##### **b. Les sentiments**

Globalement 32 % (116) des enquêtés ont eu leur premier rapport sexuel par amour de leur partenaire. Les garçons étaient significativement plus nombreux avec un taux de 22 % (76) que les filles avec un taux de 10 % (40). ( $p < 0.000001$ ).

##### **c. Le mimétisme**

Nos enquêtés dans 18 % (65) des cas ont eu leurs premiers rapports sexuels, par simple mimétisme. Les garçons étaient plus nombreux à le faire avec un taux de 14% (51) que les filles avec 4 % (14) ( $p < 0,0000001$ ). Il faut noter que 40 % de ces adolescents avaient le niveau de l'école primaire.



#### ***d. La Curiosité***

Globalement 13,4 % (49) des adolescents enquêtés ont eu leur premier rapport sexuel guidés par la curiosité, dont 10 % (36) des garçons contre 3,4% (13) des filles avec  $p < 0.0001$ .

#### ***e. L'attraction physique***

Il est apparu que 4,6 % (16) des adolescents ont eu leur premier rapport sexuel à cause de l'attraction physique que leur partenaire exerçait sur eux. Les garçons ont été plus guidés par le physique de leur partenaire que les filles avec respectivement un taux de 4 % (14) et 0,6 % (2). Cette différence était significative. ( $p=0.002$ ).

#### ***f. La menace ou la peur***

Dans 2,2 % (8) des cas, les adolescents ont été victimes de menace ou de peur de la part de leur partenaire et cela les a conduit à avoir leur premier rapport sexuel.

Cette différence avec les garçons est statistiquement significative ( $p=0.001$ ).

#### ***g. La promesse de mariage***

Les 1,7 % (6) de filles ont eu leur premier rapport sexuel parce que leur partenaire leur avait promis le mariage.

#### ***h. La raison financière***

Trois filles (0,6 % ) ont eu leur premier rapport sexuel avec leur partenaire pour des raisons financières. Par rapport aux garçons la différence n'était pas significative ( $p=0,25$ ) et 95 % d'entre elles avaient le niveau du primaire.

**Tableau VI. Répartition des adolescents filles et garçons selon les déterminants du premier rapport sexuel.**

Déterminants du premier rapport sexuelle	Garçons		Filles		Valeurs de <i>p</i>
	N	%	N	%	
Le devoir conjugal	0	0	130	37,5	p<0,0000001 S
Les sentiments	76	21	40	11	p=0,01 S
Le mimétisme	51	14	14	4	p<0,0000001 S
La curiosité	36	10	13	3,4	p=0,00006 S
L'attrance physique	14	4	2	0,6	p=0,00008 S
La menace ou la peur	0	0	8	2,2	p=0,03 S
La promesse de mariage	0	0	6	1,7	p=0,03 S
La raison financière	0	0	3	0,6	p=0,25 NS

N= effectifs des réponses

%= pourcentages des réponses

S= différence significative

NS= différence non significative

## 2.2 Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois

La répartition des adolescents selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est représentée par le tableau VII.

**Tableau VII. Répartition des adolescents selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois.**

Nombre de partenaires	Pourcentages	Effectifs
0	14,4 %	26
1	<b>65 %</b>	<b>117</b>
2	<b>16,7 %</b>	<b>30</b>
3	3,3 %	6
4	0,6 %	1

Le nombre de partenaire sexuel de nos enquêtés au cours des 12 derniers mois variait entre 1 et 4, avec une moyenne de 1.1 partenaires.

### 2.3 Buts des rapports sexuels

#### 2.3.1 *Le devoir conjugal*

Parmi les adolescents 91 % (330) pensaient que les rapports sexuels sont un devoir conjugal. Autant de garçons que de filles le pensaient avec un taux respectif de 44 % (160) et 47% (170) avec  $p=0,003$

#### 2.3.2 *La recherche du plaisir*

Dans 78 % (283) des cas, les adolescents pensaient qu'avoir du plaisir était le but du rapport sexuel.

Les filles à 48 % (174) pensaient que le but des rapports sexuels était le plaisir contre 30 % (108) chez les garçons. Cette différence est significative ( $p < 0.0000001$ ).

### 2.3.3 La procréation

Globalement 30 % (109) des adolescents pensaient que le but des rapports sexuels était de procréer.

Les adolescents à 22.8 % (83) contre 7,2 % (26) des adolescentes pensaient que le but des rapports sexuels était de faire des enfants. Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0.0000001$ ).

**Tableau VIII. Récapitulatifs des différents buts des rapports sexuels selon le sexe**

Classification des buts	Garçons		Filles		Valeurs de p
	N	%	N	%	
Le devoir conjugal	159	44	160	47	p=0,001 S
La recherche du plaisir	108	30	174	48	p<0,0000001 S
La procréation	83	23	25	7	p=0,0000001 S

N= effectifs des réponses  
significative

% = pourcentage des réponses

S= Différence

NS = différence non significative

Selon la situation matrimoniale, les adolescents avaient des points de vues divergents, récapitulée dans le tableau IX :

**Tableau IX: Récapitulatif des différents buts des rapports sexuels selon la situation matrimoniale**

Buts des rapports sexuels	Célibataires		Mariés		Valeurs de p
	N	%	N	%	
Le devoir conjugal	246	68	76	21	p=0,0000003 S
La recherche du plaisir	196	54	83	23	p=0,02 NS
Faire des enfants	101	28	3	0,9	p<0,0000001 S

N= effectifs des réponses

%pourcentages des réponses

S= différence significative

NS= différence non significative

#### 2.4 Source de renseignement sur la sexualité

La première source de renseignement des adolescents semble être les amis dans 28 %(102) des cas, suivie de la radio et des agents de santé avec respectivement 6,4 %(24) et 5,2 %.(19) Notons que plus de 55 %(203) , n'ont pas de sources spécifiques de renseignements.

### 3. CONNAISSANCES ET PRATIQUES CONTRACEPTIVES

#### 3.1. Connaissances des méthodes contraceptives

##### 3.1.1 *Les contraceptifs oraux*

Dans 35,5 % (135) des cas les adolescents connaissaient la pilule et 25 % (35) arrivaient à décrire la méthode. Le groupe des adolescents célibataires connaissait mieux la méthode que les adolescents mariés ( $p=0,02$ ). Il en était de même des adolescents de confession musulmane par rapport aux chrétiens et aux animistes ( $p=0,0005$ )

##### 3.1.2 *Les contraceptifs injectables*

Les adolescents (de façon générale) connaissaient les contraceptifs injectables à 18,4 % (68). Les célibataires connaissaient mieux la méthode que les mariés ( $p=0,01$ )

##### 3.1.3 *La méthode du retrait*

Seuls 5,8 % (21) des adolescents connaissaient la méthode du retrait comme étant une méthode contraceptive. Autant de filles que de garçons la connaissaient, soit 3,6 %.

##### 3.1.4 *La continence périodique*

Dans 16,4 % des cas les adolescents connaissaient cette méthode. On notait plus de filles (11,5 %) que de garçons (5%) avec  $p=0,01$ . Ensuite plus de célibataires (9%) que de mariés (7,4%) avec  $p=0,002$ .

### 3.1.5 L'abstinence

Cette méthode était connue de 19 % (68) des adolescents de notre échantillon. Les filles avec 12,4 % connaissaient plus la méthode que les garçons soit 6,6 % ( $p=0.01$ ). Les adolescents mariés (10%) connaissaient plus la méthode que les célibataires (9%) avec  $p<0.001$ .

### 3.1.6 Les méthodes traditionnelles

Elles n'étaient connues que par 3,3 % (12) de nos enquêtés. Il s'agit de produit provenant d'écorces d'arbres, de racines, de feuilles ou des objets comme les amulettes, cordons avec noeuds, gris-gris que les couples utiliseraient afin d'éviter une grossesse.

Le tableau suivant récapitule les différentes méthodes par ordre d'importance.

**Tableau X. Connaissances des méthodes contraceptives par les adolescents.**

Connaissances des méthodes contraceptives par ordre d'importance	Effectifs	Pourcentages
1) Les contraceptifs oraux	<b>135</b>	<b>35,5</b>
2) L'abstinence	<b>68</b>	<b>19</b>
3) Les contraceptifs injectables	67	18,4
4) La continence périodique	60	16,4
5) La méthode du retrait	21	5,8
6) Les méthodes traditionnelles	12	3,3

### 3.2. Source d'information des adolescents sur la contraception.

Les adolescents du milieu rural de Sanmatenga avaient diverses sources d'informations sur la contraception. Le tableau XI récapitule par ordre d'importance les sources d'information sur la contraception.

**Tableau XI. Sources d'information des adolescents sur la contraception**

Sources d'information sur la contraception	Effectifs	Pourcentages
1) Amis	126	35
2) Radio	69	19
3) Autres sources	45	12
4) Agent de santé	41	11
5) Télévision	30	8
6) Journaux	3	0,8

Leur principale source d'information demeure leurs amis .

### 3.3. Connaissance et utilisation de la contraception au moment du premier rapport sexuel.

#### 3.3.1 Connaissance

Seuls 19,6 % (71) des adolescents connaissaient une méthode contraceptive au moment de leur premier rapport sexuel. On n'a pas noté de liaison statistiquement significative par rapport au niveau d'instruction. ( $p=0.3$ )



### 3.3.2 Utilisation de la contraception

Seuls 28 (7,6%) adolescents qui avaient connaissance d'une méthode contraceptive l'avaient effectivement utilisé au cours de leur premier rapport sexuel.

### 3.3.3 Méthodes utilisées

Les différentes méthodes utilisées par les adolescents ? 28 adolescents au cours du premier rapport sexuel sont récapitulés dans le tableau XII

**Tableau XII. Méthodes contraceptives utilisées**

METHODES UTILISÉES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
1) Les préservatifs	<b>16</b>	<b>4,4 %</b>
2) Les contraceptifs oraux	8	2,2 %
3) La continence périodique	2	0,5 %
4) Les méthodes traditionnelles	2	0,5 %
AucuneS méthodes	<b>335</b>	<b>92,4 %</b>

On notait que 92,2% (335) des adolescents n'avaient pas eu recours aux moyens contraceptifs

### 3.3.4 Raisons d'utilisation d'une méthode

Le tableau suivant récapitule les différentes raisons d'utilisation de moyens contraceptifs par les adolescents.

**Tableau XIII. Raisons d'utilisation d'une méthode contraceptive par les adolescents.**

Raison d'utilisation	effectifs	Pourcentages
Éviter une grossesse	<b>10</b>	<b>35,7</b>
Éviter grossesse et MST/SIDA	<b>10</b>	<b>35,7</b>
Éviter une MST/ SIDA	8	28,6

### 3.3.5 Raisons de la non utilisation d'une méthode contraceptive

Le tableau XIV récapitule les différentes raisons de la non utilisation de moyens contraceptifs.

**Tableau XIV . Raisons de la non utilisation de moyens contraceptifs**

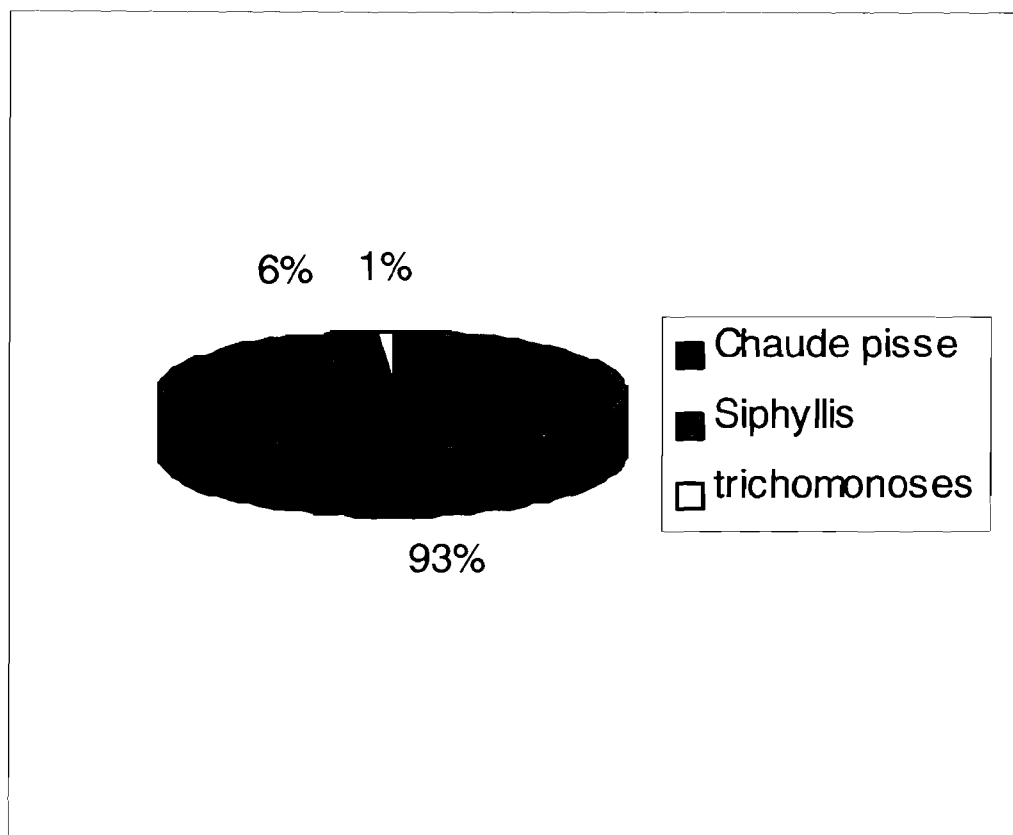
Raisons de la non utilisation de moyens contraceptifs	Effectifs	Pourcentages
1) L'ignorance	<b>210</b>	<b>58.1 %</b>
2) Le désir de grossesse	98	27 %
3) Pas de méthodes disponibles	32	8.8 %
4) Le refus du partenaire	23	6.3 %

La principale raison de la non utilisation d'une méthode contraceptive était l'ignorance et le désir de grossesse a été relevé uniquement chez les adolescents mariés.

## 4. CONNAISSANCES DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DU VIH/SIDA.

### 4.1. Connaissance sur les MST

Un faible pourcentage des adolescents (4.7%) à déjà entendu parler des maladies sexuellement transmissibles.



**Figure 4 Connaissances des MST**

La « chaude pisse » semblait la plus connue des MST car citée par 82,4 % (299)

### 4.2. Source d'information sur les MST

En matière de maladies sexuellement transmissibles les adolescents de notre échantillon se renseignaient en majorité avec la radio 61,5 % (213), suivie des amis 45,1 % (164).

Les autres moyens d'information comme la télévision, l'agent de santé, l'école, les journaux et le cinéma venaient loin derrière avec respectivement 15,4 % (56), 11 %, (40) 8,8 % (32), 4,4 % (16), 1,1% (4) .

**Tableau XV. Sources d'informations sur les MST**

Sources d'information sur les MST	Effectifs	Pourcentages
1) Radio	<b>223</b>	<b>61,5</b>
2) Amis	<b>164</b>	<b>45,1</b>
3) Autres moyens	64	18
4) Télévision	56	15,4
5) Agent de santé	40	11
6) Ecole	32	8,8
7) Journaux	16	4,4
8) Cinéma	4	1,1
9) Roman	4	1,1

### 4.3. Antécédents de MST

Dans 22,8 % (83) des cas, les adolescents interrogés avaient présenté à un moment de leur vie un ou plusieurs symptômes pouvant faire penser à une maladie sexuellement transmissible.

Le tableau XVI énumère les différents symptômes auxquelles les adolescents ont été exposés.

**Tableau XVI. Symptômes déjà vécu par les adolescents**

Symptômes	Effectifs	Pourcentages
Brûlure mictionnelle	<b>22</b>	<b>6</b>
Douleur pelvienne	20	5,5
Leucorrhée	15	4
Ulcération génitale	11	3
Dyspareunie	10	3,7
Prurit vulvaire	8	2,2

La brûlure mictionnelle dans 22 cas (6%) avait été le symptôme le plus retrouvé.

#### **4.4. Influence du vécu des MST sur le comportement sexuel**

Les adolescents ayant déjà eu un ou plusieurs des symptômes de MST, ont été interrogés sur la façon dont ils se sont comportés ultérieurement. Ainsi, 3 (0,8 %) se sont abstenus de tout acte sexuel, tandis que 1 (0,3 %) avait utilisé désormais des préservatifs et 2 (0,6 %) ont choisi d'être fidèles à un seul partenaire.

Par ailleurs, 140 (19,4 %) adolescents avaient eu honte de leur maladie et n'en n'ont pas parlé à leur partenaire; 140 (38,7 %) ont eu peur d'être rejetés par leur partenaire s'ils dévoilaient leur maladie et 10 (3 %) n'ont pas vu la nécessité d'en parler à leur partenaire.

## 4.5. Connaissances et croyances sur le SIDA

### 4.5.1 Connaissances sur le SIDA

Globalement 87.7 % (316) des adolescents avaient déjà entendu parler du SIDA avec 43.2 % (156) de garçons et 44.3 % (160) de filles.

### 4.5.2 Sources d'informations sur le SIDA

La radio a été la principale source d'information (55,6 %), suivi par les amis (41,3%). Elle avait constitué la source d'information pour 30% (108) des garçons et 26%(94) des filles et cette différence est significative( $p<0,003$ ).

Les garçons 21,6 % (78) s'informaient plus avec leur amis que les filles avec 19.7%.(72) Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,03$ ).

Les garçons avec 3,3 % (12) avaient été informés significativement plus à l'école que les filles avec 1,1 % (4)avec  $p= 0,02$ . Les adolescents ayant le niveau du secondaire, avaient eu beaucoup plus d'informations sur le SIDA que ceux du primaire ( $p<0,00000001$ ).

**Tableau XVII. Sources d'informations des adolescents sur le SIDA**

Sources d'information sur le SIDA	Effectifs	Pourcentages
1) Radio	<b>202</b>	<b>55,6</b>
2) Amis	<b>150</b>	<b>41,3</b>
3) Autres	50	14
4) Agent de santé	31	8,5
5) Télévision	30	8,2
6) Ecole	16	4,4
7) Journaux	6	1,6

### 4.5.3 Croyances et attitudes sur le SIDA

Les 97.2 % (352) d'adolescents pensaient que ni la médecine moderne , ni la médecine traditionnelle ne pouvaient guérir le SIDA. Par ailleurs, 77,7 % d'entre eux avaient affirmé que le risque d'être infecté par le VIH pouvait être minimisé en adoptant une conduite adéquate. Parmi les attitudes de prévention citées, on notait : l'utilisation du préservatif (32.7 % ), la fidélité (30 % ) et l'abstinence sexuelle (33%). Il faut noter que 37 % (134) des adolescents pensaient que si on est infecté par le VIH c'est parce que on a manqué de chance .

**Tableau XVIII. Attitudes des adolescents face au SIDA**

Attitude des adolescents face au SIDA	Effectifs	Pourcentages
1)L'abstinence sexuelle	<b>120</b>	<b>33</b>
2) L'utilisation du préservatif	<b>118</b>	<b>32,5</b>
3 ) La fidélité	<b>109</b>	<b>30</b>
4)Eviter les prostituées	18	5
5) La réduction du nombre de partenaire	15	4
6)Autres	10	2,7
7) Le port de gris-gris	2	0,5

#### *4.5.4 Connaissance et utilisation du préservatif*

##### a) Connaissance du préservatif

Les garçons dans 32,8 % (119) connaissaient mieux les préservatifs que les filles 22%.(79) avec  $p < 0,0000001$ . Les célibataires à 41,8% (152) connaissaient mieux les préservatifs que les mariés 13% (47) avec ( $p = 0,005$ ).

Les adolescents de confession musulmane (31 %) connaissaient plus les préservatifs que les adolescents chrétiens (10,6%) et les animistes (12.8%) avec  $p = 0,0001$ .

##### b) Utilisation au premier rapport sexuel

Il était 4,4 % (16) d'adolescents à avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.



## **D. DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

## 1. LIMITES DE L'ETUDE

Le biais inhérent à ce type d'étude est la difficulté de la transcription fidèle du questionnaire en langues vernaculaires pour permettre aux adolescents de bien le comprendre et de répondre aux questions le plus fidèlement possible.

Le caractère direct et peut-être gênant de certaines questions ont par moment empêché les adolescents de répondre en toute franchise c'est-à-dire sans honte et sans détour.

L'absence de focus group discussion n'a pas permis d'approfondir certains aspects.

Malgré ces insuffisances, cette étude apporte un éclairage nouveau aux problèmes de la santé de la reproduction des adolescents en milieu rural burkinabé.

## 2. SEXUALITE DES ADOLESCENTS .

### 2.1 Précocité des rapports sexuels

Dans notre série l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16.1 ans.

En Afrique cet âge est légèrement plus élevé que celui retrouvé par Lema [38] au Kenya et Agyei [1] en Ouganda qui était de 15.5 ans et plus bas que les 17 ans noté par Uche [76] au Nigeria. En Europe et au USA ,Gee [27] rapportait respectivement 17 ans et 16.4 ans

Dans l'ensemble les garçons sont plus précoces que les filles avec respectivement 15 ans et 17 ans au moment de leur premier rapport sexuel. Ces mêmes constatations ont été faites par Agyei [1] et Ncayiyana [55] qui retrouvaient respectivement 15 ans pour les garçons et 16 ans pour les filles , tandis que Lorreta [42] trouvait 17 ans pour les filles.

Cette précocité aux rapports sexuels en milieu rural serait la conséquence des mariages précoces, car dans notre étude la plupart des adolescents ont eu leurs premières expériences sexuelles par devoir conjugal .Ce phénomène a été relevé aussi en Égypte par El-Hamamsy [20] , en Ouganda par Maggwa [ 44] et par BUGA [8] en Afrique du Sud.

## 2.2 Déterminisme des premier rapports sexuels

Le déterminisme du premier rapport sexuel de nos adolescents a été le devoir conjugal, dans 35,7 % des cas. Lema [38,39] a aussi souligné ce fait au Kenya.

La deuxième raison du premier rapport est la notion d'amour.

Nous avons noté que les garçons 21 % ont été significativement plus nombreux à être guidé par ce sentiment que les filles à 11 % ( $p < 0.0000001$ ). Les pesanteurs socioculturelles dont sont victimes les filles et les femmes en milieu rural expliqueraient peut-être cette différence.

Parmi les autres déterminants du premier rapport sexuel des adolescents, les adolescents citent : la curiosité et le mimétisme dans des proportions de 13,4 % et 18 % respectivement. Ces raisons avaient été retrouvées antérieurement par Manarth [45] au Burkina Faso et par Lema [40] au Kenya.

Ce comportement en plus de l'attrance physique (4,6%) aurait significativement été plus retrouvé chez les garçons que chez les filles. Les filles seraient plus réservées car soumises à certaines contraintes de réserve vis-à-vis de certaines pulsions et de la société. Aussi ce sont elles le plus souvent qui font les frais du comportement irresponsable de l'acte sexuel. BONZI [5] avait relevé cet aspect chez les jeunes filles scolarisées du milieu rural.

Dans cette étude, les premiers rapports n'ont été déterminés par des motivations financières que dans 3 cas (0,6 %) et cela a concerné uniquement les filles. Cependant cette attirance pour l'argent est un phénomène qui prendrait de l'ampleur vu l'influence de la ville sur la campagne et que le matérialisme remplace peu à peu les sentiments [78].

Nos constatations sont contraires à celles de BONZI [5], KANON [34], et SANOU [69] qui ont rapporté des rapports sexuels rétribués chez les garçons en milieu scolaire

L : phénomène de coercition sexuelle commence à prendre de l'ampleur dans nos sociétés, même en milieu rural. En effet 2,2 % des filles ont été victimes de

violence (soit physique, soit verbale) lors du premier rapport sexuel. Ce phénomène a été aussi noté par certaines études [22].

### 2.3 Buts des rapports sexuels

La perception du but des rapports sexuels, la finalité de cet acte a été différemment interprétée par les adolescents. Dans la littérature nous avons trouvé très peu d'études relevant cet aspect ,aussi exposerons-nous nos résultats et ferons les commentaires que ces résultats nous inspirent.

Globalement les adolescents pensaient à 91 % que les rapports sexuels sont un devoir conjugal et que donc il n'a lieu que dans le cadre du mariage. Aussi nous constatons que la morale qui veut que les rapports sexuels ne se conçoivent que dans le mariage trouve ici son sens car la société a réussi à le leur inculquer. Est - ce - un idéal ou un sentiment réellement vécu par les adolescents du milieu rural ?

Quand on sait la précocité du mariage, on imagine aisément que la majorité ait cette pensée et ce comportement puisque la majorité à eu leurs premières expériences sexuelles dans le mariage. YARO aussi avait relevé ce fait [79].

Le plaisir comme étant un but des rapports sexuels est cité par 78 % ,et 30 % des adolescents ont cité la procréation comme un but des rapports sexuels.

Est - ce - à dire que le but premier des rapports sexuels qui est de procréer a mué pour faire place à un autre but qui est le plaisir ? Nous constatons que les adolescents dans le mariage et ceux dans le célibat ont des conceptions opposées sur les buts des rapports sexuels. Les adolescents célibataires pensaient que le but des rapports sexuels est de faire des enfants et est en plus un devoir conjugal.

Paradoxalement cette conception des choses n'est pas partagée par les mariés.

Le vécu du mariage donne une attitude plus pragmatique aux adolescents, qui face aux réalités du mariage et du coût de la vie perçoivent plutôt le but d'es rapports sexuels comme étant le plaisir, une sorte d'harmonie dans le foyer. Les garçons pensent plus que les fille doivent faire des enfants et rejoignent ainsi le conceptions qui veulent que le nombre d'enfants soit vu comme la richesse du chef de famille. Les

filles n'ont pas cette vision de la sexualité car ce sont elles qui supportent le poids de la maternité.

### **3. ATTITUDES ET PRATIQUES DES ADOLESCENTS FACE AUX MST ET AU SIDA.**

#### **3.1 L'information sur les MST**

La majorité des adolescents s'informait par la radio soit 61,5 %. Ce taux est plus bas que celui retrouvé par Lema au Kenya qui était de 76,6 % [37]. Cette différence pourrait s'expliquer par une moindre accessibilité à la radio en milieu rural burkinabé. L'information par les paires est de 45,1 %. Ce taux est plus élevé que celui retrouvé par Lema, soit 9,3 % [39].

Il y a nécessité d'établir une campagne d'éducation par les paires comme cela à été faite dans de nombreux pays [16].

En ce qui concerne l'information à l'école, notre pourcentage se rapproche des 10 % de Lema [39] et s'éloigne des 40% de N'dlovu [56]. Cette relative faiblesse de l'information par l'école a deux explications possibles : le faible niveau de scolarisation des adolescents de notre étude et la faiblesse des programmes d'éducation sexuelle dans nos écoles.

### 3.2 Connaissance du SIDA

Contrairement aux autres MST, les adolescents ont fait preuve d'une bonne connaissance du SIDA soit 87,7 % d'entre eux. Ce même taux a été retrouvé par Tauna au Nigeria[74] en milieu scolaire, ce qui nous fait dire que le niveau d'instruction n'a pas eu d'influence sur la connaissance du SIDA par les adolescents. Ce taux est plus élevé que celui retrouvé par Desmarthon qui retrouvait 47 % [15], et quoique discutable presque superposable à celui de Sanou dans une enquête CAP en milieu urbain [69].

Les connaissances des adolescents portent sur : le caractère incurable de la maladie (97,2 %), la possibilité de prévention (77,7 %), notamment par l'usage du préservatif, l'abstinence sexuelle (31 %), et la fidélité (30 %). Il faut néanmoins s'inquiéter de la différence de connaissance entre le Sida et les autres MST.

Kamenga [32] en Côte d'Ivoire a noté que 98% des adolescents connaissent le VIH/SIDA mais seulement 67% des garçons et 53% des filles peuvent citer au moins deux moyens de prévention.

Est - ce - à dire que les campagnes de masse mettent l'accent uniquement sur le SIDA ?

Si tel est le cas , une réorientation s'impose car les autres MST font le lit du SIDA

### 3.3 Connaissances des MST.

Les MST sont connues de 24,7 % des adolescents, taux très faible par rapport à celui retrouvé par Agyei [1] soit 90 % .Cette faible connaissance des MST associée à la faible utilisation des préservatifs explique que 22,8 % d'entre eux aient déjà présenté à un moment de leur vie un symptôme en rapport avec une MST, telles que les brûlures mictionnelles et les ulcérations génitales

Agyei [1] dans sa série retrouve 14,3 % des adolescents ayant présenté un symptôme de MST. La « chaude pissée » ou gonococcie est la plus connue des MST car citée par 82,4 % des adolescents. Daouda [14] au Niger a fait les mêmes constatations .Cette

MST est de surcroît très présente chez les garçons car Ouedraogo [63] souligne dans une enquête CAP au Burkina Faso que 20 % des adolescents présentaient la blennorragie

Les autres MST tels que la syphilis et le chancre mou sont peu connus avec 5,5 % et 1,1%. Cette très faible connaissance des MST ne peut qu'engendrer un manque de protection vis-à-vis de ces maladies, fait que relève notre étude. Le fait d'avoir contracté une MST n'a pas eu de répercussion sur le comportement ultérieur de l'adolescent en matière de relation sexuelle. En effet à la suite d'une MST seuls 1,1 % ont changé de comportement (abstinence et port de préservatif). Cela montre que les adolescents ne sont pas conscients du danger que représentent les MST et le VIH. Lema [37,38] et Faxelid [21] retrouvaient le même phénomène au Kenya et en Zambie.

L'information du partenaire est rarement faite et ceci trouve plusieurs explications : la peur (38,7%) ou la honte (19%).

Ces attitudes trouvent leurs sources dans les tabous qui entourent la sexualité et les MST. Par ailleurs elles expliqueraient aussi la propagation des MST chez les adolescents. Beaucoup d'adolescents (20 %), ne lient pas leur santé à leur comportement, dans la mesure où 37 % pensent que l'infection par le VIH survient par malchance !

### **3.4 Source d'information**

En matière de source d'information sur le SIDA, la radio vient en tête avec 55,6 %, ce taux est plus bas que celui retrouvé respectivement par Lema [37], au Kenya 76,6 % Asindi [4] au Nigeria 80 % et plus élevé que celui de Niessougou [58] qui a trouvé 43 % dans une enquête en milieu rural burkinabé.

Cette étude nous a révélé que les garçons ont significativement plus accès à la radio que les filles. Ce qui nous amène à dire avec Manarth [45] que les filles au moment du passage à la radio des émissions sur les MST/SIDA sont le plus souvent occupées aux tâches ménagères. Les adolescents s'informent avec leurs amis à 41,3 %, taux supérieur à celui retrouvé par Lema au Kenya [37].



### 3.5 Comportements à risque

Dans notre série 20,6% des adolescents au cours des 12 derniers mois avaient eu un partenaire sexuel. Ces chiffres sont similaires aux 20% retrouvés par Kamenga [32] en Côte d'Ivoire. Il en ressort qu'une activité sexuelle aussi intense doublée de multipartenariat ne peut qu'exposer d'avantage les adolescents aux nombreuses MST et au VIH [16,18,20,70,77].

La très faible utilisation des préservatifs 4,4 % dans notre étude , augmente le risque des adolescents d'être infectés par les MST et le VIH. Ce taux est inférieur aux 12% retrouvés antérieurement par Sawadogo [70] et aux 83 % retrouvés par Agyei [1] en Ouganda], ou les campagnes pour promouvoir l'utilisation des préservatifs ont débuté précocement.

## 4. ADOLESCENTS ET PLANIFICATION FAMILIALE.

### 4.1 Connaissance et utilisation de la contraception de façon générale.

Une majorité des adolescents, soit 93 % n'ont pas d'opinion sur l'utilisation des moyens contraceptifs et 58 % d'entre eux n'ont jamais entendu parler de contraception contre 38% dans la série de Agyei [1]. Les contraceptifs oraux sont connus de 35,5 % des adolescents, chiffre en deçà de celui trouvé par Chipfakacha soit 49 % [ 12 ].

Les contraceptifs injectables sont connus par 18,4 % de nos adolescents, chiffre plus bas que celui retrouvé par Chipfakacha soit 49 % [ 12].

L'abstinence était connue de 19 % des adolescents et les méthodes traditionnelles par 3,3 %, chiffre encore en deçà de ceux retrouvés par Chipfakacha soit 34 % et 35,7% [12] Nous notons ,qu'autant de garçons que de filles connaissent la contraception orale, la méthode du retrait. L'abstinence était connue de 19 % des adolescents et les méthodes traditionnelle par 3,3 %. Ces chiffres sont en deçà des 34 ° et 35,7 % retrouvés par Chipfakacha [ 12 ].

L'abstinence était connue de 12 % des filles et de 6,4% garçons.

Parmi les 7 % d'adolescents qui ont utilisé une méthode contraceptive, les principales motivations sont : désir d'éviter une grossesse, et une MST.

#### **4.2 Connaissance et utilisation de la contraception au premier rapport sexuel.**

Dans notre série, 19,6 % des adolescents avaient une connaissance d'une méthode contraceptive au moment de leur premier rapport sexuel chiffre plus bas que les 83% d'Agyei [ 1 ]. Parmi ces 19,6 %, seul le tiers a effectivement utilisé une méthode contraceptive aux premier rapports sexuels, taux plus élevé que les 11,2 % retrouvés par Agyei [1]. Cela montre clairement que chez les adolescents, il y a une différence notable entre la connaissance et l'utilisation des moyens contraceptifs[ 41,13 ].

La méthode la plus connue et utilisée par les adolescents est le préservatif avec 4.4 %. Ce fait a été retrouvé antérieurement par Manarth [45] et par Daouda au Niger[14]. Notre taux est plus faible que celui de Lema au Kenya qui est de 12,6 % [37]. Cette faible utilisation du préservatif serait due à la perception qu'ont les adolescents de ce moyen de prévention : manque de confiance envers l'un des partenaires, incompréhension., etc...

Ceci est valable en milieu rural [62] qu'en milieu urbain [69 ]. Cette utilisation du préservatif est à encourager chez les adolescents, car répondant à un double impératif : prévenir les grossesses indésirées et se protéger contre les MST/SIDA.

Puis vient la contraception orale avec 2,2 % des adolescents , constatation aussi faite par YARO [78,79]. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par LEMA [37] qui est de 6,6%

### 4.3 Source d'information sur la contraception

Les adolescents ont tendance à s'informer auprès de leurs amis en ce qui concerne la contraception avec un taux de 34,5 %. Cette tendance a été retrouvée par YARO au Burkina et Daouda au Niger [14]. Notre taux est plus élevé que celui retrouvé par Lema 21,9 % [38] et Chipfakacha 25,1 % [12]. L'information par les pairs étant ici la source la plus exploitée, on peut comprendre que les adolescents véhiculent entre eux de fausses informations, et partant des messages erronés qui les induisent perpétuellement en erreur.

L'agent de santé, représente une source d'information pour seulement 11,3 % des adolescents de notre série. Ces chiffres sont plus bas que ceux de CHIPFAKACHA au Botswana qui est de 55,1 % [12] ou les services de santé sont plus fréquentés.

L'agent de santé référence en matière de contraception serait-il inefficace ? ou doit-on imputer cela à l'inaccessibilité des services de santé ? ou l'autre élément à prendre en compte est l'attitude négative du personnel de santé face à une demande de contraception d'un adolescent ? TANKOANO [73] notait que l'agent de santé serait par moment un obstacle à la contraception, du fait de son éloignement intellectuel des réalités du monde rural ! .

Il est alors normal de penser que nos agents de santé dans les formations sanitaires devraient bénéficier d'une solide formation psychosociale à même de répondre aux besoins de nos adolescents en matière de planification familiale. La solution ne repose pas uniquement sur les structures de santé mais aussi sur les parents, et la communauté toute entière.

## **E. CONCLUSION**

Au terme de notre étude nous pouvons dire que:

les adolescents du milieu rural de la province du Sanmatenga ont des rapports sexuels précoces dès l'âge de 10 ans effectués dans un contexte d'ignorance du fonctionnement de l'appareil génital. Les principaux déterminants de cette précocité sont :

les mariages précoces , le mimétisme , l'attrance physique .

Cette précocité expose de ce fait les adolescents aux nombreux facteurs de risques de transmissions des MST/SIDA [17,19] que sont : la faible utilisation des préservatifs, le manque de connaissances des MST et l'analphabétisme.

L'autre fléau est le risque de grossesses indésirées ,car paradoxalement s'ils ont une assez bonne connaissance des moyens contraceptifs, le taux d'utilisation demeure très faible .

Leur principale source d'information en matière de sexualité, de contraceptifs et de MST/SIDA demeure leurs amis.

Tout cela nous permet de dire que les campagnes d'information, d'éducation, et de communication ont eu un impact positif sur la connaissance du SIDA en tant que maladie, mais par contre n'a rien apporté de spécifiques aux adolescents quant à la connaissance de leur sexualité et de leur santé reproductive.

## **F. SUGGESTIONS**

**A l'issue de notre étude nous faisons les suggestions suivantes à l'endroit des autorités sanitaires :**

**1. Créer** des centres jeunes pour promouvoir la santé de la reproduction des adolescents en milieu rural. Ces centres seront le cadre de :

- Loisir : jeux de société , sport
- Formation des adolescents en éducation sexuelle par un personnel de santé averti des problèmes spécifiques des adolescents .
- Discussion avec les parents sur les tabous sexuels
- Ventes de moyens contraceptifs

**2. Promouvoir** l'information des adolescents par leurs pairs en matière de sexualité et de MST.

**3. Augmenter** le niveau de scolarisation des adolescents notamment des filles.

**4. Avec la collaboration des autorités,** religieuses , coutumières , et administratives réduire le nombre de mariages précoces.

## **G. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



1. **Agyei W.K, Mukiza G J, Epema EJ.** Sexual behaviour reproductive health and contraceptive use among adolescent and young adults in M'bale district. *J Trop Med Hyg* 1994; 97: 219-27.
2. **Allen S , Serufilira A ,Gruber V.** Pregnancy and contraception use among urban Rwanda women after HIV testing and counselling. *Am J Ht* .1993;83:705-710
3. **Ankrah E M .** Adolescence hiv and aids in sub-saharian Africa. *CEPDA* 1996 ; 13 : 18.
4. **Asindi A A , Ibia E O , Young M V .** Acquired immunodéficiency syndrome, education , exposure , knowledge and attitude of nigerian adolescent in Calabar. *Ann trop paediatr*.1992 ;12(4) :397-402.
5. **Bonzi .M** Etude multicentrique sur les comportements sexuels , les connaissances et les croyances sur le SIDA en milieu scolaire burkinabé dans 20 provinces . *Thèse de médecine :Ouaga, FSS, 1995 ;N°11:59.*
6. **Brahim L,Kemp J,Obunge E O K.** Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria . *Lancet* 1995;345(8945):300-4.
7. **Brandrup, Dietzg, Lucanow A.** Santé maternelle et planification familiale en afrique. Londres :*WHO,GTZ*,1993 :131.
8. **Buga GA, Amoko D H ,Ncayiyana D J .**Behaviour ,knowledge and attitude to sexually among school girl in Transkei, South africa. *E Afr Med J* 1996;73:100-95.
9. **Carael M , Cleland J , Adeokun L.** Overview and selected findings of sexual behaviour surveys. *AIDS* 1991;5(suppl.):S65-S74.
10. **Chamaki A .**Physiologie de la puberté. *Troisième cours national de médecine scolaire et universitaire de Tunis*.1992 ;11:124.
11. **Chandra V M.** Tous contre le SIDA .Stratégies pour l'espoir. *Action AIDS*, 1993 : 53 .
12. **Chipfakacha V G.** Attitudes of males on contraception: a kape survey; *E Afr. Med J* 1993 ;70:82-84.

13. **Coulibaly B, Eckert E , Sow T** . Recherche qualitative sur les tendances et les déterminants de la contraception moderne chez les adolescents: Cas du Mali. *Rapport de recherche CERPOD*,1994;5 :45.
14. **Daouda A, Dissirima S A, Konaté K M, Ruth E B**. Recherche qualitative sur les tendances et les déterminants de la contraception moderne chez les adolescents: Cas du Niger. *Rapport de recherche CERPOD* ,1994;5 :37.
15. **Desmarthon. M, Zongo J.E , Tiendrebeogo S et al** .CAPC vis-à-vis du SIDA et des MST chez les jeunes analphabète du milieu rural burkinabé, CISMA- Yahoundé,1992.
16. **Dipiko C , Ward P, Foyer L, Bareng M F, Tegangs, Tchupo J P et al**. Evaluation de la stratégie d'éducation des adolescents en matière de santé de la reproduction par les paires au Cameroun : le cas d'EDEA *Abstract 14BT1-5 XI CISMA - Lusaka* 12-16 sept 1999.
17. **Duncan M E, Tibaux G , Pelzer A**. First coïtus before menage and the risk of sexually transmitted disease. *Lancet* 1990;335:338-340.
18. **Duménieu C, Gahinda J**. Cours de psychologie 2<sup>ème</sup> édition .Lamare-Poinat.1982 :200.
19. **Edebiri A A**. Cervical intraepithelial neoplasia: the role of age at first coïtus in its etiology. *J Reprod Med* 1990;35:256-259.
20. **El Hamamsy L S**. Early marriage and reproductive health in two egyptians villages. *Population Council , Le Caire*.3:52.
21. **Faxelid E , N'dlovu R J , Ahlberg B M , KrantzI**. Behaviour knowledge and reaction concerning sexually transmitted diseases: implication for partner notification in Lusaka. *E fr. Med J*.1994 ;71:118-121.
22. **FNUAP** Etat de la population mondiale: droit de choisir. *Rapport New York* 1997.50.
23. **FNUAP** .Si> milliards , l'heure des choix. *Rapport New York* .1999.76p.
24. **FNUAP** .Forum africain sur la SR des adolescents. *Rapport Addis abeba* 1997,143.

25. **FNUAP**. Etat de la population mondial: les nouvelles générations, *Rapport New York* 1997,54.
26. **Gallais A , Robillard P Y , Nuissier E, Cuirassier T. Janky E** Adolescence et maternité en Guadeloupe , à propos de 184 cas. *Gynecol Biol Reprod* 1996 ;25 :523 -527.
27. **Gee M** .Comparing europeans and US approach to adolescent sexual health. *Educator' s update*.1998 ;3:1-3.
28. **Herbert LF , Karin GE**. Aspect médico - sanitaire de la reproduction chez les adolescents *OMS Publication offset Genève* :OMS,1983 :54.
29. **Institut National de la Statistique** . Enquête démographique de santé, Côte d'ivoire.1994,256.
30. **Institut National de la Statistique**. Enquête démographique de santé , Mali.1994,145.
31. **Institut National de la Statistique**. Enquête démographique de santé, Sénégal.1992,211.
32. **Kamenga C,Zanon B, Tchupo JP , Kosonou O,Saidel T ,Rehel T**. Sexual behaviour among unmarried adolescents aged 15-19 years in Ivory Coast-Result from a behavioural survey. *Abstract 14BT 1-1 ; XI CISMA-Lusaka* 12-16 sept 1999.
33. **Kane T T , Smith T , Jeng M**. Sexual activity family life education and contraceptive practice among young adults in Banjul,the Gambia. *Studies in Family Planning*.1992 ;24:50-56.
34. **Kanon S** .Conduites sexuelles à risques d'infection et connaissances du SIDA en milieu scolaire urbain de Banfora. *Thèse de médecine* :Ouagadougou ,FSS , 1991 n°25:59.
35. **Kapiga S H**. Determinants of multiple partners and condoms use among sexually actives Tanzanians.*E Afr Med J*.1996;73:435-442.
36. **Lankandé J, Ouédraogo C M R, Ouédraogo A** , La mortalité maternelle chez les adolescentes au CHU de Ouaga *Rev Med Brux* 1999 ; 2 :87-9.
37. **Lee E , Made P**. Sex and the teenage girl.*Populi* 1994;21:8-9.

38. **Lema V M, Hassan M A.** Knowledge of sexually transmitted disease HIV infection and AIDS among sexuality active adolescent in Nairobi , Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *E Afr Med J* 1994 ;71 : 122-128.
39. **Lema V M.** Sexual behaviour contraception practice and knowledge of reproductive biology among secondary school girl in Nairobi, Kenya *E Afr Med J* , 1990 ; 67:86.
40. **Lema V M.** Factors associated with adolescent sexuality in Nairobi , Kenya. *J Obst Gynec E Centre Afr* ,1989; 8:38.
41. **Linda C, Allen S , Crael M.** Knowledge ,attitude and perceived risk of AIDS among urban Rwanda women: relationship to HIV infection and behavior change. *AIDS* 1991 ;5 :993-1002.
42. **Lorreta B ,Julia K,Oorikomaba A K, et al.** Reproductive tract infection and abortion among adolescent girl in rural Nigeria. *Lancet*, 1994;344:300-04
43. **Mafany N M.** Knowledge ,attitude , and contraception sexuality and STD among secondary school student in Cameroon. *M Med Thesis Nairobi* 1989,79.
44. **Maggwa A A** Knowledge ,attitude of sex contraception and teenage pregnancy among teenagers living in a rural set up in Kenya *M Med Thesis,Nairobi*.1987,120.
45. **Manarth L, Ouoba N, Yaro Y.** Recherche qualitative sur les tendances et les déterminants de la contraception moderne et la santé de la reproduction des adolescents dans le Sahel: Cas du BF *Rapport de recherche CERPOD* , 1994;5:53.
46. **Mati J K G.** Sexually transmitted diseases in adolescent. *J Obst Gynec E Afr* 1986;5:4.
47. **Mazet P, Houzel D.** Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence. Paris ,Edition Maloine,1996:580.
48. **Meekers D, Calves A E.** Genders differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. *PSI research division working paper* 1997 ; 4:50.

49. **MESSRS/DEMP. Burkina-Faso** Attitudes des étudiants de l'université de Ouagadougou par rapport à l'utilisation des préservatifs et des méthodes contraceptives modernes. Rapport, 1995 :43 .
50. **Ministère de l'économie et des finances .INSD-** Enquête démographique de santé Burkina-faso. 1995 :250.
51. **Ministère de l'économie et des finances .INSD.** Enquête démographique de santé ,Burkina-faso. 199 300
52. **Ministère de l'économie et des finances. INSD-** Enquête démographique de santé. Rapport préliminaire. Burkina-faso. 1998-1999 :45.
53. **Ministère de l'économie et des finances. INSD-**Enquête démographique de santé, Burkina-faso. 1991 :263.
54. **Nation Unies, Commission Economique pour L'Afrique.** La grossesse de l'adolescence en afrique , ses conséquences sanitaires ,sociales et économiques :mesures appropriées pour en réduire l'ampleur notamment pour remédier aux abandons sociaux. Addis Abeba. Nation Unies, 1994 :65
55. **Ncayiyana.** Teenage pregnancy in Transkei: perspective of a devil's advocate Trans Med Quart 1992 ; 4:24-31.
56. **N'dlovu R J , Silangu R H.** Preferred sources of information on AIDS among high school Student from selected school in Zimbabwe. *J adv nurs.* 1992;17:507-13.
57. **Nicchols D , Woods E T, Gates O S , Shernan J** Sexual behaviour , contraceptive practice and reproductive health among Liberian adolescents. *Studies in family planning.* 1987,18(3):169-76.
58. **Niessougou E, Kindo P S.** Rapport général de l'enquête sur les CAP des population du département de diouguerra sur les MST et le SIDA. *ADESD,* 1996 ;1 :11.
59. **Oladosu M.** Factors influencing adolescent sexual activity in nigeria: analysis of the 1990 demographic and health survey *J Pop Social St* 1993,4 103-19.
60. **Olayinka B A, Osho A A .** Changes in attitude , sexual behaviour and the risk of HIV/AIDS transmission in Southwest Nigeria. *E Afr Med J* 1997;74:554-560.
61. **OMS.** La santé des jeunes : un défi ,un espoir. Genève :OMS, 1994 :16

62. **Ouattara S.** Population et développement de la province du Sanmatenga. Rapport 1993 :53.
63. **Ouedraogo B.** Enquête sur les CAP des femmes en matière de MST/SIDA dans 16 secteurs périphériques et les 17 villages du kadiogo. *Rapport AFAFSI-BF* ouagadougou, 1994 :130.
64. **Ouedraogo A , Lorenz N , Zina Y, Rehle J , Sourabié B R .** Sexualité et SIDA :Enquête CAPC de 1989 en milieu scolaire à Ouaga *Bull Soc Pathol Exot* 1996 ;89 :41-4.
65. **Pilai V K , Achola P P ,Barton T.** Adolescent and family planning: the case of Zambia. *Pop Rev* 1993;37:11-20.
66. **Pilai V K , Yates D L .** Teenage sexual activity in Zambia , the need for a sex education policy. *J Bios Sc* 1993 ;25(3) :411-4.
67. **Population Action International.** Reproductive risk: a world wide assesement of women's sexual and maternal health. Washington, 1995 :83.
68. **Rozenbaum H.** Puberté. Dans : *Dictionnaire de gynécologie* . Paris Edition Masson ,1990,231-232.
69. **Sanon. A. A .** Recherche sur les CAP des jeunes sur la PF et le programme ABBEF-SEATS à l'intention des jeunes. *Rapport* ,1994 :39.
70. **Sawadogo R C , Coulibaly N C , Kaboré Y A.** Enquête de connaissances , attitudes ,pratiques (CAP) sur la planification familiale , le Sida ,les maladies sexuellement transmissibles et l'éducation à la vie familiale. *Rapport final Sud Consult* 1996 ; Ouaga 312.
71. **Sia Drissa.** Connaissance ,attitude et pratique en matière de planification familiale en milieu rural : Etudes dans les villages du Sanmatenga Thèse de médecine :ouagadougou, FSS ,1998 ;41:107.
72. **Sultan C .** Puberté normale :données récentes. *Réalités en gynécologie-obstétrique.* 1990;40(3) :1-8
73. **Traïkoano F A.** Connaissance ,attitude et pratique en matière de planification familiale dans un village Gourmantché au Burkina-faso. *Thèse de médecine n°15.* Ouaga. 1989;121.

74. **Tauna B T, Hidebrand D V L.** Reproductive health Knowledge and implications:a study in Nigeria. *Early child developpement and care*.1993;87:83-92.
75. **Tengia .A , Kessy A ,Msanga G I , Moshiro C S.** Assesement of behavioural risk factors associted with HIV infection among youth in Moshi rural district , Tanzania .*East Afr Med J* 1998 ;75:528-532.
76. **UCHE A, NANCY S , JOAN K , DANIEEL S .** Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in school adolescent in Nigeria. *Inter .Family. Planning perspective*.1997;23:28-33
77. **UNAIDS,OMS .**Rapport sur l'épidémie mondial du VIH/SIDA,1997,54.
78. **Yaro Y, Noug tara A .**Revue documentaire analytique sur la SR au BF. *Rapport CRESAR* ,1996;150.
79. **Yaro.Y.** Evaluation de la SR des adolescents au BF. *Rapport*. 1997 ;63.

# **Annexe**

---



## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

**« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que me soit couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »**

**ENQUETE SUR LES LIENS ENTRE LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS,  
LEUR SANTE REPRODUCTIVE AINSI QUE LEUR FECONDITE AU MALI  
ET AU BURKINA FASO**

**CERPOD LSHTM UERD**

**FEUILLE INDIVIDU**

PAYS..... REGION/PROVINCE..... CERCLE/DEPARTEMENT..... ARRONDISSEMENT/COMMUNE..... CODE SE/ZD..... VILLAGE/QUARTIER..... NOM CHEF COUR..... NOM CHEF MENAGE..... N° LIGNE DE L'ADOLESCENT(E) AU QUESTIONNAIRE MENAGE.....	<input type="checkbox"/> PAYS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REGION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CERCLE/DEPART. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARROND/COMM. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CODE SE/ZD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VILLAGE/QUAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° COUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° LIGNE								
N° DE LA COUR DANS L'ECHANTILLON NOMBRE DE MENAGES DANS LA COUR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GARCONS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FILLES <input type="checkbox"/>								
<b>VISITE DE L'ENQUETEUR/RICE</b>									
NOM DE L'ENQUETEUR.....	CODE DE L'ENQUETEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Date Résultats CODES RESULTATS 1 Entièrement rempli 2 Pas a la maison 3 Diffère 4 Refuse 5 Partiellement rempli 6 Autre (Préciser)..... Prochaine visite (1) (2)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; text-align: center;">1</td> <td style="width:25%; text-align: center;">2</td> <td style="width:25%; text-align: center;">3</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Date</td> <td style="text-align: center;">Date/Heure</td> <td style="text-align: center;">Date/Heure</td> <td style="vertical-align: top;">                     MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                      ANNEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                      CODE RES. <input type="checkbox"/>                      NOMBRE DE VISITES <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	1	2	3		Date	Date/Heure	Date/Heure	MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CODE RES. <input type="checkbox"/> NOMBRE DE VISITES <input type="checkbox"/>
1	2	3							
Date	Date/Heure	Date/Heure	MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CODE RES. <input type="checkbox"/> NOMBRE DE VISITES <input type="checkbox"/>						
NOM DATE	CONTROLE DE TERRAIN PAR ..... .....	CONTROLE DU BUREAU PAR ..... .....	SAISIE PAR ..... .....						

QUESTIONS		MODALITÉS RÉPONSES		PASSER A (**>)
<b>SECTION I: CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES</b>				
100	Sexe	MASCULIN FÉMININ	1 2	
101	Age	AGE	.....	
102	Date de Naissance	MOIS ANNÉE	..... .....	
103	Quel est votre état matrimonial ?	SÉPARÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF/VEUVE MARIÉ(E) MONOGAME FIANCÉ(E) CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) POLYGAME	1 2 3 4 5 6 7	..> 105 ..> 105 ..> 105 ..> 105 ..> 106 ..> 107
104	Quel est votre rang dans le mariage ?	RANG DANS LE MARIAGE	....	
105	Quel était votre âge au mariage ?	AGE	.....	
106	Quel était votre âge aux fiançailles ?	AGE	.....	
107	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN CATHOLIQUE PROTESTANT TRADITIONNELLE AUCUNE AUTRE (Préciser) _____	1 2 3 4 5 8	

EMOUELE  
M. EMBE LY GEXI...

CERPOD - LSHTM

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSERA (→)
108  Quelle est votre ethnie ?	MOSSI 01 PEULH 02 GOURMANTCHÉ 03 BOBO 04 DIOULA 05 GURUNSI 06 BISSA 07  BAMBARA 08 MALINKÉ 09 SONINKÉ 10 SONRAI 11 DOGON 12 TAMASHEQ 13 SENOULO 14 MINIANKA 15 BOZO/SOMONO 16 AUTRE (Préciser) _____ 88	
109  Quel type d'instruction avez-vous reçu ?	AUCUN 1 CORANIQUE 2 ALPHABÉTISATION 3 FRANCO-ARABE/MÉDERSA 4 ÉCOLE COMMUNAUTAIRE 5 ÉCOLE FORMELLE 6	→ 200 → 200 → 200 → 111 → 111
110 Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (1er CYCLE) 2 SECONDAIRE LYCEE/TECHNIQUE 3 SUPERIEUR 4	
111  Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ?	DERNIERE CLASSE FRÉQUENTÉE .....	
112  Etes-vous toujours à l'école ?	OUI 1 NON 2	

QUESTIONS	MODALITES REPONSES	PASSER A (..>)
<b>SECTION 2: COMPORTEMENT SEXUEL, CONNAISSANCE ET PREMIERES PRATIQUES CONTRACEPTIVES</b>		
200 Avez-vous eu vos premières pollutions nocturnes/ premières règles ?	OUI 1 NON 2	..> 202
201 A quel âge les avez-vous eu ?	AGE .....	
202 Avez-vous déjà eu des contacts sexuels avec un homme/une femme ?	OUI 1 NON 2	..> 204
203 A quel âge avez-vous eu vos premiers contacts sexuels ?	AGE .....	
204 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un homme/une femme ?  <b>ENQUETEUR/RICE: SONDER BIEN POUR LA RÉPONSE "NON" POUR ÊTRE SUR QUE L'ENQUETÉ N'A PAS HONTE</b>	OUI 1 NON 2	..> 217
205 A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	AGE .....	
206 Ce moment était-il convenable pour avoir ce premier rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2	..> 208
207 Pourquoi ce moment n'était-il pas convenable ?	TROP TOT 1 TROP TARD 2 AUTRE (Préciser) 8	

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS DE RÉPONSES	PASSER(A, > ?)
<p>208</p> <p>Qu'est-ce qui vous a poussé à faire votre premier rapport avec ce/cette partenaire ?</p> <p><b>ENQUÊTEUR: LAISSER CITER LIBREMENT ET ENCERCLER LES RAISONS ÉNUMÉRÉES.</b></p>	<p>CURIOSITÉ A</p> <p>IMITER MES CAMARADES B</p> <p>AMOUR C</p> <p>ATTIRANCE PHYSIQUE D</p> <p>DEVOIR CONJUGAL E</p> <p>RAISONS FINANCIÈRES F</p> <p>PROMESSES DE MARIAGE G</p> <p>MENACE/PEUR H</p> <p>PROMESSE DE DON I</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	
<p>209</p> <p>Connaissez-vous une méthode contraceptive au moment de votre premier rapport sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>..&gt; 213</p>
<p>210</p> <p>Avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors de votre premier rapport sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>..&gt; 213</p>
<p>211</p> <p>Quelle méthode avez-vous utilisé ?</p> <p><b>ENQUÊTEUR: LAISSER CITER LIBREMENT ET ENCERCLER LA/LES MÉTHODES UTILISÉES.</b></p>	<p>PILULE A</p> <p>INJECTABLES B</p> <p>FRÉSERVATIF C</p> <p>RETRAIT D</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE E</p> <p>ABSTINENCE F</p> <p>MÉTHODE TRADITIONNELLE G</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	
<p>212</p> <p>Pourquoi avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors de votre premier rapport sexuel ?</p> <p><b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS ÉVOQUÉES PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b></p>	<p>ÉVITER UNE GROSSESSE A</p> <p>ÉVITER MST/SIDA B</p> <p>ÉVITER LES DEUX C</p> <p>PARTENAIRE VOULAIT D</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (••>)
213 A votre avis, risquiez-vous de tomber en grossesse/d'engrosser votre partenaire, au moment de votre premier rapport ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	••> 215  ••> 215
214 Pourquoi vous ne risquiez pas de tomber en grossesse/d'engrosser votre partenaire, au moment de votre premier rapport ?	UTILISAIT CONTRACEPTION 1 N'AVAIS PAS VU MES REGLES 2 PART. N'AVAIT PAS VU SES REGLES 3 J'ETAIS TROP JEUNE 4 PAS CAPABLE LA PREMIERE FOIS 5 MANQUE D'INFORMATION 6 AUTRE (Préciser) _____ 8	••> VÉRIFIEZ ET/OU CORRIGEZ 210 ET 211 SI NÉCESSAIRE.
215 Du début de votre vie sexuelle (c'est à dire depuis la toute première fois que vous avez eu des rapports avec un homme/une femme) jusqu'à l'heure où nous parlons, combien de partenaire avez-vous eu au total ?	NOMBRE PARTENAIRE VIE .....	
216 Au cours des douze (12) derniers mois écoulés, combien de partenaire avez-vous eu au total ?	NOMBRE PARTENAIRE 12 DERNIERS MOIS .....	

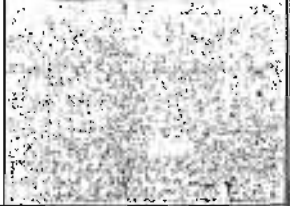
## ENQUÊTEUR/RICE

ENCERCLER LE CODE 1 DE LA QUESTION 217 POUR CHAQUE MÉTHODE MENTIONNÉE DE FAÇON SPONTANÉE.  
POUR LES AUTRES MÉTHODES NON ÉVOQUÉES, LIRE LA DESCRIPTION ET ENCELER LE CODE APPROPRIÉ.

DESCRIPTION DES MÉTHODES	217 Quelle(s) méthodes de contraception connaissez-vous ?	218 Vous/votre partenaire avez/a déjà utilisé cette méthode?	
<b>PILULE:</b> Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours pour retarder ou éviter une grossesse	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	
<b>INJECTABLES:</b> Certaines femmes reçoivent une injection pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	
<b>PRÉSERVATIF:</b> Certains hommes portent un préservatif (condom/capote) afin d'éviter d'engrosser leur partenaire	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	
<b>RETRAIT:</b> Certains hommes pratiquent le retrait, c'est à dire qu'ils se retirent avant l'éjaculation	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	
<b>CONTINENCE PÉRIODIQUE:</b> Certaines personnes évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est susceptible de tomber enceinte	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	
<b>ABSTINENCE:</b> Certains couples en dehors de l'abstinence post-natale évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois afin que la femme ne tombe pas enceinte	OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 • ✓	OUI 1 NON 2 NSP 9	



CERPOD - LSHTM - UERD

<p><b>METHODS TRADITIONNELLES:</b> Il existe des produits (écorce, racines, feuilles) ou des objets (amulettes, cordons avec noeuds, gris-gris) que les couples peuvent utiliser pour retarder ou espacer une grossesse</p>	<p>OUI SPONTANÉ 1 OUI DESCRIPTIF 2 NON 3 ↓ PASSER 219 ET ENCERCLER L</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 9</p>	
<p>219</p> <p>Quelle(s) est/sont vos sources d'information sur la contraception ?</p> <p><b>ENQUETEUR/RICE: NE LISEZ PAS. LAISSER CITER LIBREMENT ET ENCERCLER LES CODES APPROPRIÉS</b></p>	<p>CINÉMA A VIDÉO B CINÉMA PORNOGRAPHIQUE C VIDÉO PORNOGRAPHIQUE D TÉLÉVISION E RADIO F JOURNAUX G ROMANS H AMI(E)S I ÉCOLE J AGENT/STRUCTURE DE SANTÉ K NE CONNAIT AUCUNE MÉTHODE L AUTRE (Préciser) _____ Y</p>		
<p style="text-align: center;"><b>FILTRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ENQUETEUR: VÉRIFIEZ Q204 ET Q216</b></p> <p style="text-align: center;">SI 204 = 2 .....&gt; SECTION 7</p> <p style="text-align: center;">SI 204 = 1 ET SI 216 = 0 .....&gt; SECTION 4</p> <p style="text-align: center;">SI 204 = 1, ET 216 &lt; 0 .....&gt; SECTION 3</p>			

**SECTION 3 HISTOIRE DE VIE SEXUELLE. CETTE SECTION EST RELATIVE AUX 12 DERNIERS MOIS AVANT L'ENQUETE. NE SERONT ENREGISTRÉES QUE LES INFORMATIONS AYANT TRAITÉ AUX 10 DERNIERS PARTENAIRES PENDANT CETTE PÉRIODE EN COMMENÇANT AVEC LE DERNIER OU L'ACTUEL.**

300 Part. N°?	301 Prénom	302		304 Type de relation	305		306 Lien avec le/la partenaire au moment de la relation Epoux = 01 Fiancé(e) = 02 Parente(e) = 03 Copain/Copine = 04 Ami(e) = 05 Camarade = 06 Enseignant(e) = 07 Domestique = 08 Inconnu(e) = 09 Voisin(e) = 10 Client(e) = 11 Vendeur/se = 12 Employeur = 13 Prostituée = 14 Autre (précisez) = 88	307		308		309		310 Est-ce que vous avez donné de l'argent ou un cadeau après avoir fait des rapports avec ce(tte) partenaire?	311 Est-ce que vous avez reçu de l'argent ou un cadeau après avoir fait des rapports avec ce(tte) partenaire?
		303 Début de la relation	303 Fin de la relation		Unité			Signe	Ecart	Type de contraception déjà utilisée avec ce(tte) partenaire au cours des 12 derniers mois		Fréquence d'utilisation de contraception au cours des 12 derniers mois			
		M	A	M	A	Unité	N°	Signe	Ecart	H	F	H	F		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(→)
<b>SECTION 4: UTILISATION DE LA CONTRACEPTION AU COURS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL</b>		
<p>400</p> <p>Quelle(s) méthode(s) vous et votre partenaire avez-vous utilisé lors de votre dernier rapport sexuel ?</p> <p><b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LA/LES MÉTHODE(S) CITÉE(S) PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b></p>	<p>PILULE A</p> <p>INJECTABLES B</p> <p>PRÉSERVATIF C</p> <p>RETRAIT D</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE E</p> <p>ABSTINENCE F</p> <p>MÉTHODE TRADITIONNELLE G</p> <p>AUCUNE H .....</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	<p>.....&gt; 404</p>
<p>401</p> <p>Pourquoi avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors de votre dernier rapport sexuel ?</p> <p><b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS ÉVOQUÉES PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b></p>	<p>ÉVITER UNE GROSSESSE A</p> <p>ÉVITER MST/SIDA B</p> <p>ÉVITER LES DEUX C</p> <p>PARTENAIRE VOULAIT D</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	
<p>402</p> <p>Où avez-vous obtenu cette méthode utilisée avec votre partenaire la dernière fois ?</p>	<p>STRUCTURE SANTÉ PUBLIQUE 1</p> <p>STRUCTURE SANTÉ PRIVÉE 2</p> <p>PHARMACIE 3</p> <p>BOUTIQUE 4</p> <p>BAR 5</p> <p>AMI(E) 6</p> <p>PARTENAIRE 7</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ 8</p>	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(••>)
403 Quelle(s) difficulté(s) avez-vous eue(s) pour obtenir la méthode ?	DÉSAPPROBATION A MÉTHODE CHERE B GENE C AUCUNE D AUTRE (Préciser) _____ Y	QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE A CETTE QUESTION •••> SECTION 5
404 Pour quelle raison principale n'avez-vous pas utilisé une méthode contraceptive lors de votre dernier rapport sexuel ?	PARTENAIRE NE VOULAIT PAS 1 MÉTHODE PAS DISPONIBLE 2 MÉTHODE CHERE 3 VOULAIT UNE GROSSESSE 4 N'AI PAS PEUR DE MALADIE (MST) 5 CONTRE LA RÉLIGION 6 NE CONNAIT PAS DE MÉTHODE 7 AUTRE (Préciser) _____ 8	

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(••>)
<b>SECTION 5: CONTRACEPTION AU COURS DES QUATRE (4) DERNIÈRES SEMAINES</b>		
500 Combien de partenaires avez-vous eu au cours des quatre (4) dernières semaines ?	NOMBRE DE PARTENAIRES 4 DERNIÈRES SEMAINES  .....	SI 0 •> SECTION 6
501 Combien de fois avez-vous fait des rapports sexuels avec tous/toutes ces partenaires au cours des quatre dernières semaines ?	NOMBRE DE FOIS RAPPORTS AVEC TOUS PARTENAIRES  .....	
502 Avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode contraceptive au cours des quatre (4) dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 ENQ. RIEN UTILISÉ POUR RAPPORT 3	••> SECTION 6 ••> SECTION 6
503 Quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) vous ou votre/vos partenaires avez utilisée(s) ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS ÉVOQUÉES PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b>	PILULE A INJECTABLES B PRÉSERVATIF C RETRAIT D CONTINENCE PÉRIODIQUE E ABSTINENCE F MÉTHODE TRADITIONNELLE G AUTRE (Préciser) _____ Y	
504 Combien de fois le préservatif a-t-il été utilisé au cours de ces rapports ?	NOMBRE DE FOIS PRÉSERVATIF UTILISÉ  .....	
505 Combien de fois une autre méthode a-t-elle été utilisée au cours de ces rapports ?	NOMBRE DE FOIS AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ UTILISÉE  .....	
506 Pourquoi avez-vous utilisé une méthode contraceptive au cours de vos rapports des quatre dernières semaines ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS ÉVOQUÉES PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b>	ÉVITER UNE GROSSESSE A ÉVITER MST/SIDA B ÉVITER LES DEUX C PARTENAIRE VOULAIT D AUTRE (Préciser) _____ Y	

QUESTIONS	MODALITES-REponses	PASSER A (→)
<b>SECTION 6: FECONDITE</b>		
<b>ENQUETEUR/RICE: CETTE SECTION EST A REMPLIR POUR TOUTE PERSONNE AYANT EU AU MOINS UN RAPPORT SEXUEL DANS SA VIE</b>		
<b>NOTA BENE</b> LES QUESTIONS SUR LES LIGNES CLAIRES S'ADRESSENT AUX FILLES. CELLES AVEC LES NUMEROS BIS SUR LES LIGNES GRISEES S'ADRESSENT AUX GARCONS		
600 Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI NON	1 2 ..> 603
600 bis Avez-vous déjà mis une fille en état de grossesse qui s'est achevé par une naissance vivante ?	OUI NON	1 2 ..> 603 bis
601 Parmi ces naissances vivantes, combien sont toujours en vie ?	NOMBRE D'ENFANTS EN VIE .....	
601 bis Parmi ces naissances vivantes, combien sont toujours en vie ?	NOMBRE D'ENFANTS EN VIE .....	
602 Parmi ces naissances vivantes, combien sont décédés ?	NOMBRE D'ENFANTS DECÉDÉS .....	
602 bis Parmi ces naissances vivantes, combien sont décédés ?	NOMBRE D'ENFANTS DECÉDÉS .....	
603 Est-ce que vous avez déjà eu un mort-né ?	OUI NON	1 2 ..> 605
603 bis Est-ce que vous avez engrossé une fille dont la grossesse a abouti à un mort-né ?	OUI NON	1 2 ..> 605 bis
604 Combien de mort né avez-vous eu ?	NOMBRE DE MORT-NÉS .....	
604 bis Combien de grossesses dont vous êtes l'auteur ont fini par un mort-né ?	NBRE DE GROSSESSES FINIES PAR MORT-NÉS NSP	..... 9

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSERA (→)
605 Avez-vous déjà eu un avortement spontané (fausse couche) ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	→ 607
605 bis Avez-vous engrossé une fille dont la grossesse a abouti à un avortement spontané (fausse couche) ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	→ 607 bis
606 Combien d'avortement spontané (fausse couche) avez-vous eu ?	NBRE D'AVORTEMENTS SPONTANÉS ..... NSP 9	
606 bis Combien de grossesses dont vous êtes l'auteur ont fini par un avortement spontané (fausse couche) ?	NBRE DE GROSSESSES FINIES PAR AVORTEMENT SPONTANÉ ..... NSP 9	
607 Avez-vous volontairement interrompu une ou plusieurs de vos grossesse(s) ?	OUI 1 NON 2	→ 610
608 Combien de grossesse(s) ont été interrompue(s) ?	NBRE DE GROSSESSES INTERROMPUES ..... NSP 9	QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE ..... → 610
607 bis Y a-t-il des grossesse(s) dont vous étiez l'auteur qui ont été interrompues ?	OUI 1 NON 2	→ 610 bis
608 bis Combien de grossesse(s) ont été interrompue(s) ?	NBRE DE GROSSESSES INTERROMPUES ..... NSP 9	→ 610 bis

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (..>)
609 Parmi ces grossesses dont vous étiez l'auteur combien avez-vous volontairement fait interrompre ?	NOMBRE DE GROSS. FAIT INTERROMPRE VOLONT. ..... NSP 9	
610 Etes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE A CETTE QUESTION ..> SECTION 7
610 bis Etes-vous actuellement l'auteur d'une grossesse en cours ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	..> SECTION 7
611 Combien de filles/femmes sont actuellement enceintes suite à vos oeuvres ?	NOMBRE DE FEMMES ACTUELLEMENT ENGROSSÉES ..... NSP 9	



QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(••>)
<b>SECTION 7: ABSTINENCE ET SEXUALITE</b>		
<p>VÉRIFIEZ SI 204 = 2 OU SI LE TABLEAU DE LA SECTION 3 N'EST PAS REMPLI...&gt; 700</p> <p>LES QUESTIONS 700 ET 701 SONT ADMINISTRÉES A TOUS CEUX/TOUTES CELLES QUI N'ONT JAMAIS FAIT DE RAPPORTS SEXUELS, ET ÉGALEMENT A CEUX/CELLES QUI SE SONT ABSTENU(E)S AU COURS DES DOUZE (12) DERNIERS MOIS AYANT PRÉCÉDÉS L'ENQUETE</p> <p>POUR LES PERSONNES AYANT EU AU MOINS UN RAPPORT SEXUEL AU COURS DES DOUZE (12) DERNIERS MOIS (SI 216 &lt; 0) ••••&gt; 702</p>		
<p>700</p> <p>Pourquoi n'avez-vous pas eu de rapports sexuels au cours des douze (12) derniers mois ou durant votre vie ?</p>	<p>ALLAITAIT/PARTENAIRE ALLAITAIT A</p> <p>PEUR DE GROSSESSE B</p> <p>PEUR DE CONTRACTER UNE MALADIE C</p> <p>MALADE D</p> <p>PARTENAIRE MALADE E</p> <p>PARTENAIRE ABSENT F</p> <p>PAS EU DE PARTENAIRE G</p> <p>N'AI PAS SOLLICITÉ DE RAPPORT H</p> <p>N'AI PAS ÉTÉ SOLLICITÉ I</p> <p>CHOISI DE M'ABSTENIR J</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	
<p>701</p> <p>Comment appréciez-vous le fait de vous être abstenu volontairement de rapports sexuels au cours des douze (12) derniers mois ou depuis que vous avez l'âge de les faire ?</p>	<p>PIÈRE A</p> <p>CORRECTE B</p> <p>RESPECTÉ C</p> <p>RESPECTUEUSE VALBUR/HONNEUR FAMIL D</p> <p>GENÉ E</p> <p>INCAPABLE F</p> <p>MALADE G</p> <p>ANORMAL(E) H</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	
<p>702</p> <p>De quelle manière communiquez-vous vos sentiments et vos besoins sexuels à votre/vos partenaire(s) ?</p>	<p>DIRECTEMENT A</p> <p>INDIRECTEMENT B</p> <p>PAR DES GESTES C</p> <p>PAR DES REGARDS D</p> <p>PAR LETTRE E</p> <p>PAR TÉLÉPHONE F</p> <p>PAS EU OCCASION DE LES COMMUNIQUER G</p> <p>NE LES COMMUNIQUE PAS H</p> <p>AUTRE (Préciser) _____ Y</p>	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(→)
703  Pour vous, quel est le but des rapports sexuels ?	FAIRE DES ENFANTS A AVOIR DU PLAISIR B DONNER DU PLAISIR C DEVOIR CONJUGAL D NSP X AUTRE (Préciser) Y	
704  Quels sont vos sources de renseignement sur la sexualité?	PARTENAIRE A FRERE/SOEUR B CINÉMA C VIDÉO D CINÉMA PORNOGRAPHIQUE E VIDÉO PORNOGRAPHIQUE F TÉLÉVISION G RADIO H JOURNAUX I ROMANS J ALBUMS K ÉCOLE L AGENT/STRUCTURE DE SANTÉ M AUCUN N AUTRE (Préciser) Y	
705  Êtes-vous excisée ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: CETTE QUESTION EST À POSER UNIQUEMENT AUX FILLES</b>	OUI 1 NON 2 NSP 9	
706  Exciserez-vous votre fille ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: CETTE QUESTION EST À POSER AUSSI BIEN AUX FILLES QU'ÀUX GARÇONS</b>	OUI 1 NON 2 NSP 9	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSERA (→)
<b>SECTION 8: ASPECTS PSYCHOSOCIAUX</b>		
800 Quand un pauvre devient riche, pensez-vous que c'est <u>surtout</u> dû à son destin ?	OUI 1 NON 2 NSP. 9	
801 Avez-vous <u>souvent</u> le courage de faire savoir à une fille ou à un garçon qu'elle/qu'il vous plaît ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
802 Le feriez-vous si vous aviez la possibilité de changer physiquement (par exemple le teint, la taille) ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
803 Votre copain/copine/époux(se) vous demande de porter un habit que vous n'aimez pas. Le feriez-vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
804 Vous allez dans un centre de santé pour des conseils sur le planning familial et vous y rencontrez des regards désapprobateurs; y retourneriez-vous une seconde fois ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
804 bis Vous allez dans une boutique pour acheter des préservatifs et vous y rencontrez des regards désapprobateurs; y retourneriez-vous une seconde fois ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
805 Si votre sœur qui n'est pas mariée, tombe enceinte; direz-vous que c'est seulement Dieu qui l'a voulu ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (→)
806 Le jour où on ne vous adresse pas la parole dans votre famille, avez-vous le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
807 Lorsque vous percevez une injustice au sein du groupe de pairs auquel vous appartenez, préférez-vous la dénoncer vous même ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
808 Votre santé dépend-elle quelquefois de votre comportement ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
809 Est-on obligé d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un pour se faire aimer de cette personne ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
810 Vous demandez à votre partenaire de porter un préservatif avant le rapport sexuel mais il refuse; annulerez-vous le rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A(→)
810 bis Vous voulez porter un préservatif mais votre partenaire n'est pas d'accord; annulerez-vous le rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
811 Lorsque l'on est infecté par le VIH suite à une relation sexuelle, pensez-vous que c'est uniquement parce qu'on n'a pas eu de chance ?	OUI 1 NON 2 NSP 9	
SECTION 9: STATUT		
900 Quelle est votre statut d'occupation ?	INDÉPENDANT 1 EMPLOYEUR 2 SALARIÉ(E) 3 APPRENTI(E) 4 TRAVAILLEUR A LA TACHE 5 AIDE FAMILIAL(E) 6 ÉLEVE/ÉTUDIANT(E) 7 AUTRE (Préciser) 8	
901 De quel secteur d'activité tirez-vous votre revenu principal ?	AGRICULTURE 01 ÉLEVAGE 02 COMMERCE 03 ADMINISTRATION 04 PRIVÉ 05 APPRENTISSAGE 06 BOURSE D'ÉTUDES 07 PARENTS/MARI 08 AUTRE (Préciser) 88	

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSERA (→)
902 Qu'est-ce que vous faites de l'argent que vous gagnez de cette activité principale ?	GARDE TOUT POUR MOI-MEME 1 GARDE LA PLUPART POUR MOI-MEME 2 DONNE TOUT AUX AUTRES 3 DONNE LA PLUPART AUX AUTRES 4 AUTRE (Préciser) _____ 8	
903 Que ce soit dans votre communauté ou à l'école, avez-vous déjà été élu à un poste de responsable d'un groupe ou d'une association ?	ASSOCIATION DES ÉLÈVES A GROUPE DE JEUNESSE B GROUPE DE GÉNÉRATION C GROUPE DE PRESTATION D'AGRICULTURE D JAMAIS ÉTÉ ÉLU E AUTRE (Préciser) _____ Y	
904 Avez-vous l'habitude d'être choisi comme intermédiaire pour régler des différends (disputes) parmi vos pairs ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 RAREMENT 3 JAMAIS 4	
905 Avez-vous le droit de sortir en ville/dans le village en compagnie mixte ?	OUI SANS DEMANDER PERMISSION 1 OUI EN DEMANDANT PERMISSION 2 OUI EN CACHETTE 3 NE PEUX PAS SORTIR 4 AUTRE (Préciser) _____ 8	
906 Avez-vous déjà voyagé dans une ville provinciale/régionale ou dans une capitale ?	VILLE PROVINCIALE/RÉGIONALE A CAPITALE B AUCUNE C	
907 Avez-vous l'habitude d'écouter la radio ou de regarder la télévision ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: ÉNUMÉREZ LES FRÉQUENCES ET ENCERCLER LA PLUS APPROPRIÉE</b>	TOUS LES JOURS 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 RAREMENT 4 JAMAIS 5	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (••>)
<b>SECTION 10: MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>		
1000 Avez-vous déjà entendu parlé des maladies sexuellement transmissibles (MST) ?	OUI 1 NON 2	•> 1003 ou 1003 bis
1001 Quelles sont les MST que vous connaissez ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS QUI CORRESPONDENT AUX MST ÉVOQUÉES</b>	HERPES GÉNITALE A CHAUDE PISSE (sopisi) B TRICHOMONASE C CANDIDOSE GÉNITALE (lominanpo) D CHLAMYDIA E CHANCRE MOU (dana) F SYPHILIS (da) G	
1002 Quelles sont vos sources d'information sur les MST ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES MODALITÉS APPROPRIÉES</b>	CINÉMA A VIDÉO B CINÉMA PORNOGRAPHIQUE C VIDÉO PORNOGRAPHIQUE D TÉLÉVISION E RADIO F JOURNAUX G ROMANS H AMI(E)S I ÉCOLE J AGENT/STRUCTURE DE SANTÉ K AUTRE (Préciser) _____ Y	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (.,>)
<b>ENQUÊTEUR/RICE: VÉRIFIEZ SI Q204 = 2 . . . . &gt; 1015</b>		
<p>1003</p> <p>Avez-vous eu dans le courant de votre vie un ou quelques-uns des symptômes suivants ?</p>	<p>MAL EN URINANT A</p> <p>PLAIE(S) DOULOUREUSE(S) SUR LE SEXE B</p> <p>PLAIE(S) A BASE DURE SUR LE SEXE C</p> <p>PERTES VAGINALES BLANCHÂTRES D</p> <p>PERTES VAGINALES JAUNÂTRES E</p> <p>PERTES VAGINALES CRÉMEUSES F</p> <p>PRURITES (DEMANGEAISONS) VULVAIRES G</p> <p>DOULEURS AU BAS VENTRE H</p> <p>DOULEURS AU MOMENT DES RAPPORTS SEXUELS I</p>	
<b>ENQUÊTEUR/RICE</b> <b>SI L'INTERVIEWÉE N'A CONNU AUCUN DE CES SYMPTÔMES, PASSER A LA QUESTION 1015</b>		
<p>1004</p> <p>Avez-vous eu au cours des douze (12) derniers mois un ou quelques-uns des symptômes suivants ?</p>	<p>MAL EN URINANT A</p> <p>PLAIE(S) DOULOUREUSE(S) SUR LE SEXE B</p> <p>PLAIE(S) A BASE DURE SUR LE SEXE C</p> <p>PERTES VAGINALES BLANCHÂTRES D</p> <p>PERTES VAGINALES JAUNÂTRES E</p> <p>PERTES VAGINALES CRÉMEUSES F</p> <p>PRURITES (DEMANGEAISONS) VULVAIRES G</p> <p>DOULEURS AU BAS VENTRE H</p> <p>DOULEURS AU MOMENT DES RAPPORTS SEXUELS I</p>	



CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS REPONSES	PASSER A (→)
<p><b>ENQUÊTEUR/RICE</b></p> <p><b>SI L'INTERVIEWÉE N'A CONNU AUCUN DE CES SYMPTÔMES, PASSER A LA QUESTION 1015.</b></p> <p><b>SI L'INTERVIEWÉE A CONNU AU MOINS UN DES SYMPTÔMES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PASSER A LA QUESTION 1005.</b></p>		
<p>1003 bis</p> <p>Avez-vous eu dans le courant de votre vie, un ou quelques-uns des symptômes suivants ?</p>	<p>MAL EN URINANT A</p> <p>PLAIE(S) DOULOUREUSE(S) SUR LE SEXE B</p> <p>PLAIE(S) A BASE DURE SUR LE SEXE C</p> <p>DU PUS QUI SORT DE VOTRE SEXE D</p> <p>DOULEURS AU BAS VENTRE E</p>	
<p><b>ENQUÊTEUR/RICE</b></p> <p><b>SI L'INTERVIEWÉ N'A CONNU AUCUN DE CES SYMPTÔMES, PASSER A LA QUESTION 1015</b></p>		
<p>1004 bis</p> <p>Avez-vous eu au cours des douze (12) derniers mois un ou quelques-uns des symptômes suivants ?</p>	<p>MAL EN URINANT A</p> <p>PLAIE(S) DOULOUREUSE(S) SUR LE SEXE B</p> <p>PLAIE(S) A BASE DURE SUR LE SEXE C</p> <p>DU PUS QUI SORT DE VOTRE SEXE D</p> <p>DOULEURS AU BAS VENTRE E</p>	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (..>)
<b><u>ENQUÊTEUR/RICE</u></b>		
<b>SIL'INTERVIEWÉ N'A CONNU AUCUN DE CES SYMPTÔMES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS, PASSER A LA QUESTION 1015</b>		
1005 Vous êtes-vous soigné lorsque ce/ces symptômes est/sont apparu(s) la toute dernière fois ?	OUI 1 NON 2	..> 1007
1006 Comment vous êtes-vous soigné ?	AUTOMÉDICATION MODERNE A AUTOMÉDICATION TRADITIONNELLE B AU SERVICE DE SANTÉ C CHEZ LE GUÉRISSEUR D AUTRE (Préciser) _____ Y	QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE A CETTE QUESTION, ..> 1008
1007 Pourquoi vous ne vous êtes pas soigné ?	HONTE A SYMPTÔMES ONT DISPARUS B PAS DOULOUREUX C CE N'ÉTAIT PAS GRAVE D MANQUE D'ARGENT E PAS DE TEMPS F CONNAISSAIT PAS DE TRAITEMENT G AUTRE (Préciser) _____ Y	
1008 Cette maladie continue-t-elle toujours ?	OUI 1 NON 2	..> 1010
1009 Cherchez-vous un traitement dans l'avenir ?	OUI 1 NON 2	
1010 Avez-vous informé votre/tous vos partenaire(s) sexuel(s) de votre maladie ?	OUI MON/TOUS LES PARTENAIRE(S) 1 OUI QUELQUES UNS 2 NON AUCUN 3 PAS DE PARTENAIRE 4	..> 1012

CERPOD - LSHTM - UERD

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (→)
1011 Pour quelle <u>raison principale</u> n'avez-vous pas informé votre/tous vos partenaire(s) de votre maladie ?	HONTE 1 NSP QUI ME L'A DONNÉ 2 PEUR D'ETRE REJETÉ 3 PEUR D'ETRE CULPABILISÉ 4 NE VOYAIT PAS NECESSITÉ 5 AUTRE (Préciser) _____ 8	QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE A CETTE QUESTION : → 1013
1012 Suite a cette information, votre/vos partenaire(s) s'est/se sont il(s) soigné(s) ?	OUI MON/TOUS LES PARTENAIRE(S) 1 OUI QUELQUES UNS 2 NON AUCUN 3 PAS DE PARTENAIRE 4 NSP 9	
1013 Depuis que vous avez eu cette maladie, avez-vous changé de comportement sexuel ?	OUI 1 NON 2	→ 1015
1014 En quoi votre comportement sexuel a changé depuis que vous avez contracté cette maladie ?  <u>ENQUETEUR/RICE:</u>  QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE A CETTE QUESTION, VÉRIFIEZ LE TABLEAU DE LA PAGE 9 POUR LEUR CONFORMITÉ AVEC LES INFORMATIONS QUI Y FIGURENT.	ABSTINENCE SEXUELLE A FIDÉLITÉ AU PARTENAIRE B UTILISATION DE PRÉSERVATIF C RÉDUCTION DES PARTENAIRES D ÉVITER LES PROSTITUÉES E AUTRE (Préciser) _____ Y	
1015 Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ?	OUI 1 NON 2	→ FIN DE L'INTERVIEW

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A (••>)
1016 Quelles sont vos sources d'information concernant le VIH/SIDA ?  <b>ENQUÊTEUR/RICE: NE CITER PAS. ENCERCLER LES SOURCES CITÉES PAR L'ENQUÊTÉ(E)</b>	CINÉMA A TÉLÉVISION B RADIO C JOURNAUX D AMI(E)S E ÉCOLE F AGENT/STRUCTURE DE SANTÉ G AUTRE (Préciser) _____ Y	
1017 Peut-on guérir du SIDA ?	OUI 1  NON 2	••> 1019
1018 Avec quel(s) moyens ?	MÉDECINE MODERNE A MÉDECINE TRADITIONNELLE B AUTRE (Préciser) _____ Y	
1019 Est-il possible de minimiser le risque d'être infecté par le VIH (le virus qui cause le SIDA) ?	OUI 1  NON 2	••> FIN DE L'INTERVIEW
1020 Que peut-on faire pour minimiser le risque ?	ABSTINENCE SEXUELLE A FIDÉLITÉ AU PARTENAIRE B UTILISATION DE PRÉSERVATIF C RÉDUCTION DES PARTENAIRES D ÉVITER LES PROSTITUÉES E PORTER UN GRIS-GRIS F AUTRE (Préciser) _____ Y	
<b>ENQUÊTEUR/RICE</b> INFORMEZ L'INTERVIEWÉ(E) QUE L'ENTRETIEN PREND FIN ICI. VÉRIFIEZ SILENCIEUSEMENT ET ENTIÈREMENT LE QUESTIONNAIRE EN LE REPRENANT A LA QUESTION 100. ASSUREZ-VOUS QUE VOUS N'AVEZ OMIS AUCUNE QUESTION. SI TEL EST LE CAS, REMERCIEZ CHALEUREUSEMENT L'INTERVIEWÉ(E) D'AVOIR BIEN VOULU RÉPONDRE A VOS QUESTIONS.		

---

ANNEE 1999-2000

---

**TITRE : CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES EN MATIERE DE SEXUALITE, DE PLANIFICATION FAMILIALE, DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES / SIDA DES ADOLESCENTS DE 15 à 19 ANS EN MILIEU RURAL: CAS DE LA PROVINCE DU SANMATENGA.**

**MOTS CLES : Adolescents - Santé de la reproduction - Planification familiale - MST/SIDA Sexualité - Sanmatenga - Connaissances - Attitudes - Pratiques - Burkina-faso**

---

### **RESUME**

Dans le but d'améliorer la santé de la reproduction des adolescents du milieu rural, nous avons mené une enquête CAP du 17/03/98 au 20/05/98 dans la province du Sanmatenga. Malgré ses insuffisances, cette étude nous a permis de faire certains constats.

\* Pendant la période de l'étude, 363 adolescents dont 193 filles et 170 garçons , ont été interviewé avec une moyenne d'âge de 17,1 ans (extrêmes à 15 et 19 ans).

\*Ils étaient analphabètes à 85,4 % et étaient des aides familiales en majorité 55,3%.

\*Ils étaient à 72% célibataires.

\* L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16,1 ans avec une moyenne de 1,1 partenaires.

\*Les principaux déterminants de cette sexualité précoce sont : le devoir conjugal (35,7%) , les sentiments (32%), le mimétisme (18%) ,la curiosité (13,4%) et l'attirance physique (54,6%).

\*Les principaux buts des rapports sexuels sont: le devoir conjugal (91%), la recherche du plaisir (78%), et la procréation (30%).

\* Il ont une bonne connaissance de la contraception orale ( 35,5%) des préservatifs (32,8% de garçons et 22%de filles) et l'abstinence (19%)

\*Ils utilisent très peu la contraception (19,6%). La principale raison d'utilisation demeure la protection contre les grossesses et les MST/SIDA (71,4%). La principale raison de la non utilisation demeure l'ignorance (58,1%).

\*Paradoxalement il y a un grand fossé entre la connaissance du SIDA (87,5%) et celle des MST (4,7%).

\*Les adolescents s'informent en général sur les questions de sexualité avec leurs amis.

\*Il s'avère nécessaire de repenser les politique de sensibilisation sur les adolescents.

---

SERGE MATHURIN KABORE 01 BP 676 CHN-SS BOBO-DIOULASSO 01 Burkina-faso  
E-mail: mkabore@yahoo.fr

---