

BURKINA FASO  
*Unité – Progrès – Justice*

-----  
MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE, SUPERIEUR (MESS)

-----  
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCE DE LA SANTÉ  
(UFR/SDS)

SECTION MÉDECINE  
-----



Année universitaire 2010-2011

N° 185

SEXUALITE EN MILIEU SCOLAIRE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU :  
CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES ET PERCEPTIONS LIEES AU  
VIH/SIDA

### THESE

Présentée et soutenue publiquement le 04 Novembre 2011  
Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**  
(DIPLOME D'ETAT)

Par

**Posthume Donald Hunsu-Yan BAMBARA**

Né le 25 Août 1979 à Ouagadougou (BURKINA FASO)

Directeur de thèse :

**Pr Blandine BONANE/ THIEBA**

Co-directeur :

**Dr Narcisse Mathurin NARE**

Jury :

Président : **Pr Michel AKOTIONGA**

Membres : **Dr Ali OUEDRAOGO**

**Dr Narcisse Mathurin NARE**

**Dr Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail.....

## **Au Seigneur mon Dieu**

Créateur et maître de l'Univers pour sa grâce qui m'a accompagné durant ces longues années d'études. Seigneur, tu es mon berger et rien ne saurait me manquer.

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins.

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension.

Donnes à mes mains l'habileté et la tendresse.

Donnes à mes oreilles la patience d'écouter.

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent.

Donnes à mon esprit le désir de partager.

Donnes moi, Seigneur le courage d'atteindre mes vœux les plus ardents et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. Amen !

## **A mes deux papas**

### **Mon père Feu BAMBARA Tonda Michel**

Papa, tu as été arraché prématurément à notre affection. Je ne t'ai pas connu, mais je garde de toi les bons témoignages de ceux qui t'ont côtoyé. Tu as toujours été là sur mes chemins pas physiquement c'est vrai mais à travers des hommes et des femmes qui ont comblé cet immense vide de ton absence. Je suis sûr que de ton ciel tu es fier de ton fils en ce jour. Intercède auprès de Dieu afin qu'il m'accorde d'être un excellent et consciencieux médecin.

### **Papa Feu Maître BAMBARA Braban Damase**

Tu m'appelais ton deuxième fils et tu as su occuper cette place laissée par mon père. Tu as ardemment souhaité que je devienne notaire comme toi. Je garde en mémoire ces derniers instants de vie que tu as passés en service de réanimation au CHU-YO. Ton fils t'est éternellement reconnaissant. Repose en paix

**A ma mère GNANKINE Delphine,**

Femme battante, courageuse qui a joué à la fois les rôles de père et de mère dans mon éducation. Que de sacrifices consentis à l'endroit de ton fils unique. Maman, veuille trouver en ce travail, le fruit de tous tes efforts. Que Dieu t'accorde de vivre encore longtemps afin que je puisse te manifester toute ma reconnaissance.

**A mon épouse SANKIMA Wendpagnandé Jocelyne.**

Merci pour ton soutien inconditionnel. Je me remémore les durs moments de nos vies d'étudiants. Tu es une excellente gestionnaire de par ta formation en sciences économiques. Puisse Dieu t'accorder de trouver un travail qui te plaise et qui t'épanouisse. Qu'il bénisse notre couple et nous fasse nous promener vieux, main dans la main et amoureux plus que jamais. Je t'aime.

**A mes chères filles Wend-n-songdo Michelle Aurelia et Wendmimtiiri Paule Aurelle.**

Vous êtes le plus beau cadeau que le ciel m'ait donné. Amours de ma vie, je vous aime très fort. Que Dieu vous bénisse et qu'il vous accorde de réussir dans la vie mieux que vos parents.

**A mon oncle NIANKINI Anatole** merci pour tes nombreux bienfaits

**A ma belle famille**

Mr-Mme Sankima Paul et leurs enfants Rodrigue, Arnaud, Hugues  
Merci pour votre disponibilité, votre compréhension et votre soutien multiforme. Je ne puis ici tout citer. L'Eternel vous comblera au-delà de vos espérances

**A Mr /Mme SIMPORE Jean-Pierre et Adèle ainsi que leurs enfants**

Merci pour votre disponibilité et vos conseils. J'espère que parmi vos enfants une emboîtera mes pas.

**Au Dr SIGUE mon esclave et à tout le personnel de la Clinique St Jérémie**

Merci Dr SIGUE pour ta disponibilité et ta précieuse aide dans l'élaboration de ce document.

**Au Dr FATTAL Charles, son épouse Anne, ses enfants**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi durant toutes ces années.

**Au Dr YAMEOGO Emmanuel et à toute sa famille**

Merci d'avoir soigné mon père et surtout de l'avoir accompagné durant ces derniers moments de vie. Vous avez été comme un père pour moi après le décès de mon père. Dieu seul saura vous combler pour vos nombreux bienfaits.

**Au Dr WINDSOURI Mamadou**

Un grand merci pour ton immense contribution à la finalisation de ce document. Ton petit frère te dit infiniment merci.

**A Jean VANIER et à la communauté l'Arche Nongr-Massom**

Merci pour cet amour paternel et fraternel reçu. Y baarka.

**Mr, Mme BERTHOD Bernard et Chantal et à tous les membres de l'association "Burkina Solidarité" particulièrement à Mr Philippe NETTRE**

A vous tous et à chacun vont ma reconnaissance et ma gratitude. Je vous dis m

**Mme Anne France MEUNIER**, merci pour l'amitié et le soutien

**Mr l'abbé Anatole TIENDREBEOGO**, Puisse le Maître de la moisson combler son serviteur que vous êtes au-delà de vos espérances. M ka tar nônr n puusd y bark yé.

**Mr TAPSOBA André** mon grand frère, pour son soutien multiforme. Puisse le Seigneur te récompenser au-delà de tes espérances.

**Mme Augustine TAPSOBA** recevez par ce présent travail, toute l'expression de ma profonde reconnaissance

**Aux familles BAMBARA et GNANKINE** votre fils vous dit merci

**A mes maitres de l'école primaire** merci pour l'éducation et l'instruction reçues.

**A mes enseignants du Petit Séminaire de Pabré, du Collège Protestant de Ouagadougou, du Lycée Bogodogo,** merci pour l'enseignement reçu.

**A mes promotionnaires du primaire, du secondaire particulièrement toute la promotion du Petit Séminaire de Pabré,** à nous la vie.

**A mes camarades de la promotion :** Jean Eudes, Jean de Dieu, Mohamed, Ghislain, Aïssata épouse KOUDOUGOU, Ella, Alain, Oubian, Césaire, Hilaire et à tous les autres pour les moments que nous avons partagés ensemble.

**A mes Maîtres de l'Unité de Formation et de Recherches en Sciences de la Santé (UFR/SDS)**

Merci pour la formation reçue.

# **HOMMAGE A NOS MAÎTRES ET JUGES**

**A notre Honorable Maître et Président du jury,**

**Le Professeur Michel AKOTIONGA**

**Vous êtes Maître de Conférences agrégé en Gynécologie-  
Obstétrique**

**Expert auprès de l’OMS au Burkina Faso sur les questions  
génitales féminines en l’occurrence la réparation des séquelles  
d’excision**

**Coordinateur national de la lutte contre la pratique de l’excision  
au Burkina Faso.**

**Chef de service adjoint du service de gynécologie et d’obstétrique  
du CHU-Yalgado OUEDRAOGO**

**Officier de l’Ordre National**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d’avoir accepté et ce, malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l’immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionné par la clarté et l’aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. La qualité de votre enseignement et de votre personne est un phare qui nous guide et nous motive à aller de l’avant. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Veillez t rouvez i ci, cher m aître, l'expression de notre p rofond respect et de toute notre gratitude.

Puissiez-vous r ester cette s ource i mmense à l aquelle nous nous abreuverons intellectuellement et humainement.

Fasse Dieu que vos efforts et vos différentes activités portent du fruit en abondance pour la prospérité de notre nation.

Que Dieu vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

**A notre Maître et Juge le Dr Ali OUEDRAOGO**

**Maître-assistant en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS de  
l'Université de Ouagadougou,**

**Ancien interne des hôpitaux du CHU-Yalgado OUEDRAOGO**

**Gynécologue-obstétricien au CHU-Yalgado OUEDRAOGO.**

**Représentant de la fédération de gynécologie-Obstétrique au  
Burkina Faso**

Cher maître,

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous témoignez en acceptant de juger ce travail. Modestie, simplicité, discrétion, combativité, persévérance et surtout rigueur dans le travail font de vous une référence.

Permettez-nous d'exprimer ici notre sincère reconnaissance pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Nous vous souhaitons plein succès dans votre carrière hospitalo-universitaire (Concours pour l'agrégation du CAMES) qui, nous n'en doutons point, sera florissante, gratifiante pour vos patients et pour vous même.

Que le Seigneur Tout Puissant vous bénisse, qu'il bénisse votre famille ainsi que toutes vos activités.

**A notre maître et co-directeur de thèse le Dr Narcisse Mathurin NARE**

**Médecin de Santé Publique**

**Directeur de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des personnes âgées (DASPAJ).**

**Coordinateur du Point Focal de la lutte anti tabac**

Cher maître,

Nous sommes sensible à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous avez accepté avec plaisir et amabilité de codiriger notre thèse. Vous vous êtes investi pour sa réalisation malgré vos multiples occupations. Faute de mot qui pourrait traduire notre gratitude à votre égard, nous vous disons simplement merci.

Nous vous sommes redevable pour l'estime et la sympathie, portées à notre modeste personne durant la réalisation de ce travail. Nous demandons d'ores et déjà votre indulgence pour les imperfections.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nos vives et sincères félicitations pour votre nomination à la tête de cette nouvelle direction.

Que Dieu vous bénisse et vous comble, vous et toute votre famille, de multiples Grâces.

**A notre maître et juge le Dr Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID**  
**Médecin spécialiste en Maladies Infectieuses et Tropicales**  
**Ancien Interne des Hôpitaux**  
**Ancien chef de Clinique**  
**Assistant des Hôpitaux de Paris**  
**Praticien hospitalier, Médecin des Hôpitaux de Paris**  
**Conseiller Inter Pays auprès de l’OMS équipe Inter Pays Afrique de l’Ouest**  
**Membre du Réseau Africain de Formation sur le VIH/SIDA**  
**Co-coordonnateur du Diplôme Inter Universitaire en gestion des approvisionnements en produits pharmaceutiques dans la lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose en Afrique Sub-saharienne de l’UFR/SDS de l’université de Ouagadougou et du Diplôme Inter Universitaire de "Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Afrique sub-saharienne" de l’UFR/SDS, Université de Ouagadougou.**  
**Chevalier de l’Ordre National du Burkina Faso**

Cher Maître

C’est un immense honneur pour nous de vous avoir comme juge de ce travail. Votre immense intérêt pour le sujet de notre thèse vous a amené à vous proposer spontanément comme membre du jury.

Tout au long de la rédaction de cette thèse, vous n’avez eu de cesse de nous faire des remarques, de nous prodiguer des conseils pour en améliorer le contenu afin de le rendre le plus parfait possible.

Pour tous ces sacrifices, je voudrais humblement et sincèrement vous traduire l'expression de ma gratitude.

Vous êtes plus qu'un maître, vous êtes de ma famille certes pas de celle du sang, mais celle que la vie nous choisit souvent dans cette armée de gens simples et bons qui nous épaulent et guident notre chemin.

Puisse Dieu toujours vous accompagner dans vos entreprises et qu'il vous comble au-delà de vos espérances.

**A notre Maître et Directrice de thèse, le Pr Blandine BONANE /  
THIEBA ,**

**Professeur titulaire en gynécologie et obstétrique,  
Gynécologue Obstétricienne au CHU-Yalgado OUEDRAOGO,  
Directrice exécutive de la Société de Gynécologie Obstétrique du  
Burkina (SOGO)  
Coordonatrice Nationale de l'ARB,  
Chevalier de l'Ordre National,**

Cher maître,

Nous sommes sensible à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vous nous avez inspiré ce sujet de cette thèse.

Nous avons été émerveillé par votre grande simplicité, votre rigueur dans le travail et vos connaissances scientifiques. A cela, nous ajouterons votre côté maternel.

Confidences pour confidences, vous êtes maman des étudiants.

Grace à votre sens très aigü des relations humaines, le service de gynécologie-obstétrique est une référence dans la sous région.

Nous demandons votre indulgence s'il est resté en deçà de vos attentes.

Le jury a apprécié positivement ce travail que vous avez dirigé et lui a décerné la mention très honorable avec félicitations du jury.

Nous vous devons ce la et vous m anifestons no tre i nfinie reconnaissance.

Que Dieu vous comble vous et votre famille de multiples Grâces.

**« Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentés doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation »**

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ABBEF** : Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial

**BEPC** : Brevet d'Etudes du Premier Cycle

**BEP** : Brevet d'Etudes Professionnelles

**BAC** : Baccalauréat

**CNLS-IST** : Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections  
Sexuellement Transmissibles

**CAP** : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

**CAPC** : Connaissances Attitudes Pratiques Croyances

**CEBNF** : Centres d'Education de Base non Formels

**CEP** : Certificat d'Etudes Primaires

**CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

**CPAF** : Centres Permanents d'Alphabétisation et de Formation

**CERPOD** : Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le  
Développement

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale.

**CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU-YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

**DSF** : Direction de la Santé de la Famille

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**EMP** : Education en matière de Population

**FASRA** : Forum Africain sur la Santé Reproductive des Adolescents

**FJA** : Formation des Jeunes Agriculteurs

**FSH** : Follicle Stimulating Hormone ou Hormone Folliculo-Stimulante

**ICC** : Interventions pour le Changement de Comportement

**IEC** : Information Education Communication

**INSD** : Institut National de la Statistique et de la Démographie

**ISSP** : Institut Supérieur en Sciences de la Population  
**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité  
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles  
**Kit SONU** : Kit Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence  
**LH** : Luteinizing Hormone ou Gonadostimuline  
**MEBA** : Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation  
**MESSRS** : Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et la Recherche Scientifique  
**NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**ONUSIDA** : Organisation Mondiale des Nations Unies pour la Lutte contre le VIH/SIDA  
**PNDS** : Programme National de Développement Sanitaire  
**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006  
**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise  
**SRAJ** : Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes  
**UERD** : Unité d'Etude et de Recherché Démographique  
**UFR** : Unité de formation et de Recherches  
**UNICEF** : Fond des nations unies pour l'enfance  
**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population  
**VIH** : Virus d'Immuno-déficience Humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Connaissances des élèves relatives aux IST (n=662)..... 41

Tableau 2: Voies de transmission du VIH connues des élèves (n=662)..... 42

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Répartition des élèves selon les tranches d'âge et le sexe (n=662) .....	38
Figure 2: Répartition des élèves selon l'origine ethnique (n=662) .....	39
Figure 3: Moyens de prévention des IST et du VIH/SIDA (n=662) .....	43
Figure 4: répartition des élèves selon le sexe et la connaissance de la notion de séropositivité au VIH. (n=662) .....	45
Figure 5: répartition des élèves selon la connaissance des méthodes contraceptives (n=662).	46
Figure 6: répartition des élèves selon la source d'information en matière de sexualité (n=662). .....	48
Figure 7: répartition des élèves sexuellement actifs selon le multipartenariat sexuel et l'usage du préservatif au cours des rapports sexuels (n=319) .....	52
Figure 8: Conséquences des comportements sexuels à risque .....	54

# **SOMMAIRE**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	vii
HOMMAGE A NOS MAÎTRES ET JUGES .....	xii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	xxii
LISTE DES TABLEAUX.....	xxv
LISTE DES FIGURES.....	xxvi
INTRODUCTION CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES .....	5
I-SOCIETES AFRICAINES ET SEXUALITE .....	6
I.1-APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE .....	6
I.1.1-Sens traditionnel de la masculinité .....	6
I.1.2-Sens traditionnel de la féminité .....	6
I.1.3-Sens traditionnel de l'enfance.....	7
I.1.4- Les étapes de l'enfance à l'adolescence. ....	8
I.2-APPROCHE SOCIOCULTURELLE .....	8
I.2.1- Approche socioculturelle traditionnelle.....	9
I.2.1.1-L'ethnie .....	9
I.2.1.2-La religion.....	9
I.2.2-Approche socioculturelle de modernisation .....	10
I.2.2.1-Le milieu de résidence et le milieu de socialisation .....	10
I.2.2.2- L'instruction.....	10
I.2.2.3- L'approche socio-économique.....	11
II-ADOLESCENCE .....	11
II.1- DEFINITION .....	11
II.2- SEXUALITE DE L'ADOLESCENT .....	12
II.2.1-Réponse sexuelle à l'adolescence: Hormonologie chez le garçon.....	12
II.2.2- Réponse sexuelle à l'adolescence: Hormonologie chez la fille .....	12
II.2.3- Les menstruations: psychophysiologie.....	12
II.3-PREMIERES EXPERIENCES SEXUELLES .....	13
II.3.1- Première expérience sexuelle masculine: une épreuve initiatique .....	13
II.3.2-L'expérience sexuelle féminine: une quête sentimentale.....	13
II.3.3- Gestion du risque d'infection à VIH: usage et négociation du préservatif .....	14
II.3.4-Multipartenariat.....	14

III-ADOLESCENCE ET SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA FASO .....	15
III.1-DROITS DES ADOLESCENTS.....	15
III.2-POLITIQUES EN MATIERE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION. ....	15
III.3-LES GROSSESSES PRECOCES .....	16
III.3.1-Déterminants des grossesses précoces .....	17
III.3.1.1-Les facteurs démographiques .....	17
III.3.1.2- les facteurs liés aux parents.....	17
III.3.1.3- les facteurs comportementaux .....	17
III.3.2-Conséquences médicales.....	18
III.3.3-Conséquences économiques.....	18
III.3.4-Conséquences sociales .....	18
III.3.5-Conséquences scolaires.....	19
III.4-AVORTEMENT EN MILIEU SCOLAIRE.....	19
III.4.1- Méthodes abortives utilisées .....	20
III.4.2- Les principaux motifs d'avortement .....	20
IV-DYNAMIQUE SOCIALE ET FAMILIALE DANS L'EDUCATION DES JEUNES..	21
IV.1- SECTEUR EDUCATIF ET PREVENTION DU VIH/SIDA .....	21
IV.2- DYNAMIQUE SOCIO-FAMILIALE .....	22
IV.2.1- Communication parents-enfants .....	22
IV.2.1.1-Contenu de la communication.....	22
IV.2.1.2-L'entrée en matière .....	22
IV.2.1.3-Centres d'intérêt des jeunes en matière de sexualité.....	23
IV.2.1.4-Obstacles à la communication.....	23
IV.2.2- Rôle des enseignants.....	23
IV.2.3- Rôles des prestataires de santé.....	24
IV.2.4-Impact du VIH/SIDA sur le milieu éducatif.....	24
V-Le Burkina Faso .....	25
V.1-Situation géo-climatique et démographique .....	25
V.2- Aspects socioculturels .....	25
V.3- Données sanitaires .....	26
V.4- Domaine éducatif [39]. ....	26
V.4.1-Organisation du système éducatif .....	27

V.4.2-Structure du système éducatif .....	27
V.4.3-Gestion du système éducatif .....	29
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE .....	31
I-OBJECTIFS .....	32
I.1-Objectif général .....	32
I.2-Objectifs spécifiques .....	32
II-METHODOLOGIE .....	32
II.1. Cadre de l'étude, échantillonnage .....	32
II.2-Population d'étude .....	34
II.3-Collecte des données.....	34
II.3.1-Critères d'exclusion.....	34
II.3.2-Critères d'inclusion .....	34
II.4-Traitement et analyse des données.....	36
II.5-Validité de l'étude.....	36
III-RESULTATS .....	37
III.1-Caractéristiques générales de la population étudiée .....	37
III.1.1- Caractéristiques sociodémographiques .....	37
III.1.3- Connaissances des IST, attitudes et croyances sur l'infection à VIH, les contraceptifs et sources d'information en matière de sexualité. ....	41
III.1.3.1- Informations sur les IST et le VIH/SIDA.....	41
III.1.3.2- Voies de transmission du VIH .....	42
III.1.3.3- Moyens de protection contre VIH/SIDA et les IST .....	43
III.1.3.4- Connaissance de la notion de la séropositivité.....	44
III.1.3.5- Attitudes vis-à-vis d'un élève sidéen .....	45
III.1.3.6- Connaissance des méthodes contraceptives .....	46
III.1.3.7- Sources d'information en matière de sexualité. ....	47
III.1.3.8- Taux de fréquentation des centres d'écoute pour jeunes de la ville de Ouagadougou par les élèves .....	48
III.1.4- Habitudes sexuelles et comportements à risque.....	49
III.1.4.1- Expérience sexuelle.....	49
III.1.4.2-Usage d'une méthode contraceptive au cours du premier rapport sexuel... 50	
III.1.4.3- Usage du préservatif au cours des rapports sexuels .....	50

III.1.4.4- Multipartenariat sexuel.....	51
III.1.4.5- Orientations sexuelles et pratiques sexuelles .....	52
III.1.4.6- Connaissance du statut sérologique du VIH .....	53
III.1.4.7- Connaissance de centres de dépistage volontaires du VIH .....	54
IV-DISCUSSION ET COMMENTAIRES .....	55
IV.1-Limites de l'étude.....	55
IV.1.1-Limites .....	55
IV.1.2-Biais .....	55
IV.1.3- Difficultés liées au sujet d'étude.....	55
IV.2-Caractéristiques générales de notre échantillon .....	56
IV.3- Connaissances, des IST, attitudes et croyances sur l'infection à VIH, les contraceptifs et sources d'information en matière de sexualité.....	58
IV.3.1- Informations sur le VIH/SIDA et les IST.....	58
IV.3.2- Voies de transmission du VIH.....	61
IV.3.3- Moyens de prévention du VIH/SIDA et les IST.....	63
IV.3.4- Connaissance de la définition d'une personne séropositive et attitudes des enquêtés vis-à-vis d'un élève séropositif. ....	64
IV.3.5- Connaissance des méthodes contraceptives.....	65
IV.3.6- Sources d'information en matière de sexualité.....	68
IV.4- Habitudes sexuelles et comportements à risque .....	70
IV.4.1- Expérience sexuelle .....	70
IV.4.2- Usage du préservatif au cours des rapports sexuels.....	71
IV.4.3- Multipartenariat sexuel et pratiques sexuelles.....	72
IV.4.4- Connaissance du statut sérologique du VIH.....	73
IV.4.5-Connaissance de centres de dépistage volontaires du VIH par les élèves.....	74
IV.4.6- Conséquences des comportements sexuels à risque .....	74
CONCLUSION .....	75
SUGGESTIONS.....	77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	78
ANNEXE : FICHE DE COLLECTE DE DONNEES .....	86

**INTRODUCTION CONTEXTE  
ET JUSTIFICATION**

La sexualité a une dimension culturelle sous tous les cieux, ce qui fait qu'elle n'est nulle part un produit d'exportation ou d'importation. Dans nos sociétés africaines, elle revêt de manière générale un caractère tabou. En effet elle implique un contexte à la fois socioculturel et socio-économique.

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée par de grandes transformations de l'organisme liés à un développement de caractères sexuels secondaires. Ces changements poussent les adolescents à une sexualité précoce avec les risques qu'elle comporte (grossesses non désirées, infections sexuellement transmises, accouchements dystociques).

Des études sur les connaissances attitudes pratiques et croyances (CAPC) en matière de sexualité, de planification familiale et de VIH/SIDA au sein des milieux jeunes aussi bien urbains que ruraux ont ainsi été menées par TANKOANO [71] en 1989 à Fada, KANON [31] en 1991 à Banfora, KONATE [33] en 1991 à Ouagadougou, BONZI [11] dans une étude multicentrique couvrant vingt (20) provinces du Burkina-Faso en 1995, SIA [67] en 1998 dans des villages du Sanmatenga.

À l'échelle planétaire, la lutte contre le SIDA a été explicitement mentionnée dans l'objectif n°6 du millénaire pour le développement à l'horizon 2015 en ces termes: "combattre le VIH/SIDA, le paludisme ainsi que d'autres maladies". Les infections sexuellement transmissibles (IST) et surtout l'infection au VIH/SIDA font partie des graves problèmes de santé reproductive. La lutte contre ces fléaux représente de ce fait l'un des défis majeurs de ce siècle. Le nombre annuel de nouveaux cas dans le monde était évalué à 333 millions en 2000. Une étude menée en Afrique Subsaharienne stipule que : « Les relations hétérosexuelles non protégées, sans l'utilisation d'un préservatif sont la cause de 90% environ des IST et du VIH parmi les jeunes » [77 ;78]. Les IST font l'objet de nombreuses considérations souvent même superstitieuses dans certaines sociétés africaines qui l'assimilent à des manifestations de sorcellerie.

OUEDRAOGO Christine et al., au Burkina Faso dans une étude intitulée "Mieux comprendre les comportements des jeunes en matière de sexualité et face aux IST" notent que chez les Mossi les maladies transmises lors d'un rapport sexuel sont regroupées dans une catégorie nosographique qu'ils nomment pugbâase (maladies de femmes). Il s'agit des maladies que l'on contracte auprès des femmes sous entendu à l'occasion de rapports sexuels. Ce terme est d'un usage habituel tant dans la population générale que chez les guérisseurs [56].

Vu le caractère péjoratif de ce terme et la connotation négative qui sous entend les femmes comme étant responsables de ces maladies, les responsables des services d'alphabétisation en accord avec le personnel de santé ont proposé un terme moins dévalorisant à savoir "taor bâte" ou "maladies du bas ventre.

En outre, les IST constituent-elles un canal important d'infection au VIH ? Cette question a été également abordée dans le rapport de l'EDSBF-III (INSD et Macro International Inc., 2004 : 254) en ces termes : « dans la mesure où les

infections sexuellement transmissibles favorisent la transmission du virus du SIDA, la prévalence et la lutte contre ces infections constituent une priorité».

Il a été reconnu dans de nombreuses études dont celle de RWENGE en 2003[62] que la sexualité joue un rôle essentiel dans la persistance des problèmes de santé reproductive et des IST/SIDA.

L'inexistence d'une éducation sexuelle amène les jeunes qui ne sont pas au fait de la sexualité à se laisser influencer par la sexualité diffusée par les médias et cela peut également les amener à commencer une activité sexuelle qu'ils ne maîtrisent pas. STEWART [50] rapporte que « La plus grande majorité des gens qui prennent la décision de devenir sexuellement actifs le font en disposant d'une information inadéquate ».

A partir de 1986 le Ministère des Enseignements Secondaire Supérieur et de la Recherche Scientifique (M ESSRS) a initié le projet d'Education en Matière de Population (EMP) qui avait centré ses activités exclusivement dans le système d'éducation formel. Aussi, le Gouvernement Burkinabé a-t-il décidé par la loi Raabo ANIV 244/ EDUC/IPB du 24 Juillet 1987 (53) d'introduire l'Education en Matière de Population dans le système d'éducation formelle, le volet « Education Sexuelle » devant être intégré aux programmes de Sciences Naturelles et d'Economie Sociale et Familiale [33]. L'Education en Matière de Population (EMP) dans son volet éducation sexuelle a donc été instituée dans le système d'éducation formelle (enseignement secondaire) à la rentrée scolaire 1987-1988 au Burkina-Faso. Aussi la loi N° 049-2005/AN en matière de Santé de la Reproduction (SR) a été votée le 21 Décembre 2005 dans l'option d'apporter des solutions aux préoccupations des jeunes sur leur santé sexuelle et génésique.

Au vu des études déjà menées sur la sexualité des adolescents, notre étude s'est consacrée à la problématique de la sexualité des collégiens et des lycéens de la ville de Ouagadougou notamment sur leurs connaissances, attitudes ainsi que leurs pratiques sexuelles corrélatives à leur perception du risque d'IST et de VIH/SIDA.

Notre étude a été initiée dans le but d'apporter notre contribution à une meilleure orientation des politiques sanitaires et socio-éducatives en matière de Santé de la Reproduction en milieu scolaire au Burkina Faso. Elle s'articulera autour de deux parties:

- la première partie comportera les généralités,

- la seconde partie les objectifs de notre étude, la méthodologie, les résultats, une discussion, une conclusion générale puis nos recommandations.

# **PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

# **I-SOCIETES AFRICAINES ET SEXUALITE**

## **I.1-APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE**

Le Burkina Faso est un pays multiethnique et multiculturel. Tous ces groupes partagent un fond culturel commun. Nous nous sommes intéressés à la société traditionnelle moaaga (mossi). Il s'agit de l'ethnie la plus représentative dans la région du centre, cadre de notre étude.

### **I.1.1-Sens traditionnel de la masculinité**

Dans le cas de la société traditionnelle moaaga dénommée le "Moogo", l'homme est le centre et tout converge vers lui. Dans le couple, il est compris d'emblée comme le premier responsable. Sous le concept "rawa" par lequel on désigne l'homme, se cache en effet toute une vie. Rawa viendrait de "raogo" qui signifie mâle par opposition à la femelle. C'est l'homme, que le latin traduirait par "Vir". Il évoque l'homme vigoureux moralement ou physiquement. Mais l'anthropologie moaaga renvoie vite rawa sous l'angle biologique ce qui permet de voir que l'essence du concept rawa signifierait l'individu fécondant dans l'acte de procréation, la capacité donc d'être époux. Ceci lui confère une valeur sociale inestimable. Quel sens donne-t-on à la femme?

### **I.1.2-Sens traditionnel de la féminité**

L'étymologie du mot "paga" par lequel on désigne la femme est un dérivé de "fécondité". La femme est définie en partant d'un organe, le sein maternel. Elle est décrite comme la porteuse de vie en milieu moaaga. C'est en effet le sein maternel qui est le siège de la fécondité. Dans le mot paga, on peut déceler la racine "puga" (ventre ou sein maternel). On pourrait rapprocher la racine paga à "Puugo" qui signifie champ. Le champ est aussi un symbole de fécondité car la terre est appelée à certaines circonstances "M ma a tenga"(Mère la Terre). La fécondité est conçue comme étant essentiellement un don du Dieu-Transcendant

par ses intermédiaires que sont les kînkîirsi (êtres immortels) ou les yaab râmba (ancêtres) ; ils habitent la montagne, la rivière, le bois sacré. De par leur comportement, les femmes cherchent à se concilier avec les kînkîirsi (par des présents appelés "Raag-biiga" littéralement "enfant du marché" rapportés du marché pour les enfants restés à la maison, même si elle-même n'a pas encore d'enfant. Voyant qu'une femme porte avec elle de la nourriture, les kînkîirsi présumeront qu'il fait bon vivre chez cette femme, ils la suivent, se familiarisent avec elle pour ensuite s'incarner en elle [25; 51].

L'infécondité est par conséquent vue comme le refus d'incarnation en la femme des kînkîirsi ou des yaab râmba, détenteurs de la fécondité de la part de Dieu. C'est par sa maternité qu'elle peut s'accomplir dans son milieu. Présentée sous cet angle, la stérilité ne peut qu'apparaître comme un drame car elle s'interpose à l'accomplissement de la "vocation naturelle" de la femme, à son identité ontologique et sociale.

### **I.1.3-Sens traditionnel de l'enfance**

En moore ce souci est rendu par l'expression suivante: "Wub biig t'a yênd yi, t'a wubf ti fyênd vi" (éduque l'enfant pour qu'il grandisse afin qu'il puisse t'entretenir un jour). Le clan survivra donc à travers l'enfant par les rites et les coutumes qu'il lui assurera. Aussi on est "quelqu'un" dans l'au-delà dans la mesure où l'on devient un ancêtre, c'est-à-dire dans la mesure où l'on a des descendants sur lesquels on puisse exercer une certaine influence. Sans enfants, les descendants ne sont plus rien dans l'au-delà, ils sont "complètement morts". Leurs êtres s'évanouissent en quelque sorte dans le néant, ils ne sont plus rien pour quelqu'un de leur clan. Et en moore on dira d'eux: "Eb kii ne byuur la b soanda" (Ils sont morts avec leurs prénoms et les noms).

### **I.1.4- Les étapes de l'enfance à l'adolescence.**

Selon B ADINI [ 4], le " yandrem" ou enfance en moore coïncide avec toute la période qui s'étend du sevrage à la puberté de l'enfant (de 3 à 14 ans à peu près). Selon l'auteur, à cette étape de la vie, l'enfant est appelé yanga ou femelle pour désigner l'enfant en tant qu'être incomplet, non averti et même irresponsable. Dans la société Mossi, la période du yandrem représente le moment idéal pour les transformations et les modelages voulus ou attendus. C'est cette période de l'enfance qui fait donc place à l'adolescence. Contrairement aux terminologies yandrem et yanga utilisées pour désigner respectivement l'enfance et l'enfant sans distinction selon le sexe, la terminologie désignant l'adolescence et l'adolescent change selon qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon. Ainsi, le rasandlem (adolescence des garçons, rasanga étant le nom pour désigner l'adolescent) correspondrait à la tranche d'âge 14–20 ans. A ce stade du développement de l'individu, la vie en groupe va jouer un rôle prépondérant et constituera une référence pour chacun de ses gestes par le début de l'assimilation des règles sociales et des vertus morales. Quant au pugsadré, (l'adolescence des filles), elle commence selon l'auteur entre 12 et 15 ans. La pugsada (l'adolescente) désigne la fille pubère dont le développement physiologique est fait.

### **I.2-APPROCHE SOCIOCULTURELLE**

Cette approche repose sur les normes et valeurs qui déterminent la propension du milieu à approuver ou désapprouver certaines conduites et pratiques des individus en matière de sexualité. Cette approche est généralement appréhendée sous deux angles : l'approche socioculturelle traditionnelle et l'approche socioculturelle de modernisation.

## **I.2.1- Approche socioculturelle traditionnelle**

Les répercussions du milieu socioculturel sur les comportements sexuels des individus sont souvent appréhendées sous l'angle des "modèles culturels". Cette approche concerne ici les normes et obligations morales qui, traditionnellement, orientent le contrôle social des mœurs sexuelles. En définitive, il sera précisément question de mettre en évidence les changements de comportements en fonction de systèmes socioculturels spécifiques, en l'occurrence l'ethnie et la religion.

### **I.2.1.1-L'ethnie**

Le groupe ethnique se définit comme un groupe naturel d'êtres humains, présentant entre eux certaines affinités somatiques, linguistiques ou culturelles. La définition même de l'ethnie est en relation étroite avec les comportements humains et surtout les comportements sexuels. Selon MAÏGA [38], « l'ethnie, se présentant comme le cadre de production des modèles socioculturels propres à chaque société, façonne et oriente les représentations et pratiques de ses populations ». Les différences comportementales selon le sexe s'inscrivent donc dans un contexte socioculturel propre à chaque communauté.

### **I.2.1.2-La religion**

L'appartenance d'un (e) adolescent(e) à une religion signifie théoriquement son acceptation des croyances, dogmes et pratiques y afférents. Dans la majeure partie des cas, l'adhésion à une religion est le symbole de l'intégration à une communauté qui constituera un groupe de pression morale et de contrôle social. SAWADOGO [64] affirme que les associations religieuses sont un canal adéquat pour faire parvenir aux jeunes des informations sur la santé sexuelle et reproductive. Ce pendant, les jeunes qui participent à leurs activités ne reçoivent que peu d'informations sur le SIDA et les grossesses

[22]. C'est pourquoi selon BIDDLECOM[10] la religion peut jouer un certain rôle dans les efforts mis en œuvre pour améliorer la santé sexuelle et de la procréation des adolescents.

### **I.2.2-Approche socioculturelle de modernisation**

Il s'agit d'une approche culturaliste qui fait référence à l'effritement des idéaux traditionnels et l'émergence de valeurs nouvelles en matière de sexualité. Cette approche fait intervenir un certain nombre de facteurs dans l'explication des comportements sexuels des jeunes.

#### **I.2.2.1-Le milieu de résidence et le milieu de socialisation**

L'importance de l'urbanisation dans l'explication de ses comportements sexuels des jeunes peut être mise en exergue à travers leur milieu de résidence ou leur milieu de socialisation. En effet, le milieu urbain est le lieu des brassages culturels. Pour preuve le développement des jeunes générations à tout point de vue est partagé entre la cellule familiale et la structure scolaire second lieu de socialisation du jeune « moderne » et aussi un nouveau pôle d'éducation.

#### **I.2.2.2- L'instruction**

Elle peut s'exprimer en termes d'exposition à l'éducation formelle ou de durée dans le système éducatif. Dans tous les cas, cette variable fait référence à l'école occidentale. L'école étant un important moyen de transmission d'informations en matière de sexualité. De nombreuses enquêtes et recherches dans différentes parties du monde n'ont pu fournir la preuve accreditant l'idée que l'éducation sexuelle accroîtrait les expériences sexuelles chez les jeunes. Au contraire l'éducation sexuelle inciterait généralement à des relations sexuelles plus tardives et à une conduite sexuelle plus sûre.

### **I.2.2.3- L'approche socio-économique**

La recherche d'une condition économique meilleure ou d'une valorisation sociale sont les deux raisons qui guident généralement l'engagement des jeunes dans des rapports sexuels à risque. Des enquêtes démographiques et de santé de 1994-1998 menées au Kenya, au Mali, en Ouganda et en Zambie ont révélé que 13% à 38% des filles et 8% à 39% des garçons déclarent avoir récemment reçu ou versé une forme de paiement ou tout autre en échange de faveurs sexuelles[59]. Par ailleurs ce sont des hommes âgés et riches appelés en fonction du contexte "sugar daddies ou grotos" qui ont tendance à avoir des relations sexuelles avec des jeunes filles de préférence instruites en échange d'avantages matériels, financiers ou de prise en charge de leurs études [35].

Il y'a déséquilibre dans les relations du fait qu'il est difficile pour la jeune fille de refuser d'avoir des rapports sexuels ou de négocier l'utilisation du préservatif ou de contraceptifs. La vulnérabilité des jeunes filles réside aussi dans le fait que certaines croyances telles que le "mythe de rapports sexuels avec une jeune fille vierge guérissent le SIDA" persistent dans de nombreux pays en Afrique Subsaharienne [5; 8].

## **II-ADOLESCENCE**

### **II.1- DEFINITION**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): " L'adolescence " couvre la période allant de 10 à 19 ans [58].

## **II.2- SEXUALITE DE L'ADOLESCENT**

### **II.2.1-Réponse sexuelle à l'adolescence: Hormonologie chez le garçon**

À l'adolescence, on voit apparaître une forte augmentation due aux d'androgènes et particulièrement de testostérone. La production testiculaire est déclenchée par l'axe hypothalamo-hypophysaire qui secrète une quantité importante de FSH et de LH. Cette sécrétion augmente la production de testostérone qui va atteindre un maximum à l'âge de 18 ans entraînant par conséquent l'apparition des caractères sexuels primaires (croissance des testicules, du pénis, de la prostate, des vésicules séminales, des glandes de Cooper), l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix, distribution des graisses et musculature) qui se traduit par la possibilité, pour le nouvel adolescent, d'avoir des éjaculations.

### **II.2.2-Réponse sexuelle à l'adolescence: Hormonologie chez la fille**

L'adolescente doit subir une succession de changements qui surviennent généralement entre 10- 15 ans. Les changements importants à la puberté sont une augmentation de FSH et de LH, entraînant une augmentation de production d'œstrogènes. Il y a apparition des caractères sexuels secondaires chez la jeune fille (distribution particulière des graisses aux hanches, aux fesses et aux seins) lui donnant son apparence féminine.

### **II.2.3- Les menstruations: psychophysiologie**

Les menstruations constituent une crise développementale qui nécessite une adaptation majeure pour la jeune fille. Il ne s'agit pas seulement de s'inconvénients du flux menstruel qui peut certes causer une entrave à l'activité physique, mais surtout l'adaptation à un nouveau corps. Les jeunes filles

commencent à présenter de sérieuses difficultés à se conformer au rôle qui leur est conféré par la société. Elles vont quitter le monde de l'enfance où tout est permis pour rentrer dans un monde où les interdits deviennent nombreux et les devoirs incontournables.

## **II.3-PREMIERES EXPERIENCES SEXUELLES**

### **II.3.1- Première expérience sexuelle masculine: une épreuve initiatique**

Selon SOUBEIGA [69], la première aventure sexuelle revêt une importance primordiale pour les garçons. Il s'agit d'une étape à franchir dans la construction de l'identité masculine. Plus l'âge est précoce, plus l'intéressé s'enorgueillit et plus l'acte est assimilé à une prouesse. En revanche débiter tard sa sexualité peut se vivre dans la gêne et le complexe car dans certains cercles de jeunes, un tel individu peut être la risée des autres. L'individu qui s'inscrit dans une telle perspective parvient en définitive à un double résultat : satisfaire sa curiosité par la découverte de l'acte sexuel ce qui lui permet de s'affirmer aux yeux de ses copains, au mieux de se mêler aux discussions de grands et se débarrassant de tout complexe. L'effet de démonstration apparaît ici comme le point focal qui cristallise les énergies des uns et les attentions des autres. Fort de cette expérience nouvellement acquise, le « jeune initié » accède à l'autorité et au prestige que lui confère son nouveau statut et qui l'autorise, le cas échéant à s'ériger en conseiller de plus jeunes non expérimentés. Plus généralement, il bénéficie des dividendes sociaux de son acte en termes relationnels dans le cercle d'appartenance.

### **II.3.2-L'expérience sexuelle féminine: une quête sentimentale**

Il existe une réelle dichotomie entre les représentations masculines et féminines de la vie amoureuse et/ou sexuelle. Les filles conçoivent et souhaitent

avant tout vivre la rencontre avec leur premier garçon comme une aventure amoureuse, où elles sont prêtes à s'investir sentimentalement. Dans leurs représentations à elles, sentiments, amour, et sexualité vont de pair. Les filles associent plus volontiers que les garçons le sexuel à l'affectif, plus encore lorsqu'elles sont à leurs premières expériences sexuelles selon PETOD. et al [69]. Dans ce contexte particulier, quels types de rapports de forces s'instaurent dans la gestion du risque d'infection à VIH?

### **II.3.3- Gestion du risque d'infection à VIH: usage et négociation du préservatif**

Dans un contexte actuel marqué par l'apparition du VIH/SIDA, les rapports de force au sein des couples d'adolescents ou de jeunes se jouent également au tour des questions liées à l'usage du condom, et intègrent plus généralement le souci de se prémunir contre ce fléau. L'usage du préservatif ou condom répond à deux soucis majeurs: se prémunir contre le SIDA et éviter les grossesses accidentelles. Ces deux préoccupations peuvent se retrouver chez un même couple, tandis que d'autres vont chercher soit à éviter les grossesses non désirées, soit à se protéger contre les IST/SIDA.

En dehors de l'usage du préservatif, le recours simultané à une pluralité de partenaires sexuels reste également un aspect marquant de la conduite sexuelle des jeunes.

### **II.3.4-Multipartenariat**

Dans les conduites sexuelles des jeunes, la multiplication du nombre de partenaires est un phénomène assez répandu. Le multipartenariat est rarement confessé par les jeunes mais est une pratique courante. Cette pratique semble se justifier chez les jeunes filles par des questions d'ordres économiques alors que la multiplication des partenaires pour les jeunes garçons est à la fois signe de virilité, de bravoure et de prestige.

## **III-ADOLESCENCE ET SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA FASO**

### **III.1-DROITS DES ADOLESCENTS**

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1990 a été la première reconnaissance internationale des droits des adolescents à la santé, notamment à la santé en matière de la reproduction. La Convention oblige les gouvernements à garantir l'accès des adolescentes aux services de santé en matière de la reproduction.

### **III.2-POLITIQUES EN MATIERE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION.**

L'analyse des besoins en santé scolaire et universitaire au Burkina montre que l'épidémie du VIH touche celui de l'éducation où la séroprévalence en milieu scolaire et universitaire est établie à 1,19% en 2006, selon les statistiques réalisées lors des campagnes de dépistage menées au niveau des formations scolaires (Source: PAMAC, 2006). Pendant la même période, ce taux a été estimé à 1,17% chez les élèves du secondaire et de 0,8% en milieu universitaire, avec des variantes spécifiques de 1,38% pour les filles et 1,02% pour les garçons [17].

Malgré ces nombreux problèmes de santé que rencontrent les scolaires et universitaires, il existe très peu de structures sanitaires qui leur sont dédiées. En somme, les soins sont en grande partie offerts aux scolaires dans les formations sanitaires communes où ils sont reçus dans les mêmes conditions que les autres patients souvent avec un accueil peu enthousiaste. A ces insuffisances organisationnelles internes s'ajoute l'insuffisance en infrastructures équipées et en ressources humaines qualifiées et enfin l'insuffisance de coordination de interventions entre les secteurs concernés par la santé des scolaires et universitaires [21].

Le Burkina Faso a adopté la politique de population en 1991 et l'a révisée en décembre 2000, avec une large place accordée à la Santé de la Reproduction et à la santé sexuelle des jeunes. Plus récemment le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) tout en indiquant les priorités pour cette frange spécifique, précise que l'organisation de la santé scolaire et universitaire doit être prioritaire pour les dix prochaines années. L'importance accordée à la santé des jeunes a suscité la création en 1995, d'un service de santé des jeunes à la Direction de la Santé de la Famille (DSF) sous l'égide du Ministère de la Santé. L'éducation en matière de population (EMP) est adoptée en 1997 par le gouvernement dans le cadre du programme d'enseignement secondaire. Son introduction effective a débuté en 1980. Les résultats concluants ont conduit d'abord à l'élargissement de l'EMP à l'enseignement primaire et à sa généralisation depuis 1992. En juillet 1996, deux centres jeunes ont été ouverts à Ouagadougou et Bobo. Le 20 Décembre 1997, le chef de l'état lançait à la maison du peuple de Ouagadougou la campagne multimédia avec pour thème "jeunesse et santé de la reproduction" [23].

### **III.3-LES GROSSESSES PRECOCES**

Les grossesses non désirées constituent également un problème majeur de santé reproductive chez les jeunes d'Afrique subsaharienne. Les données d'enquêtes menées au début des années 2000 indiquent que les pourcentages de naissances récentes non désirées ou mal planifiées, chez les adolescentes, étaient de 23% au Burkina Faso. Il est donc impératif d'améliorer l'accès de s adolescents à des services contraceptifs à l'utilisation de méthodes contraceptives, en particulier le préservatif qui s'est avéré fournir une protection simultanée contre les IST, notamment le VIH, et les grossesses non désirées [6].

### **III.3.1-Déterminants des grossesses précoces**

#### **III.3.1.1-Les facteurs démographiques**

Le taux de fécondité des adolescents de 15 à 19 ans sur l'ensemble du pays est de 127,6 ‰, 71,9 ‰ en milieu urbain contre 150 ‰ en milieu rural [41].

On note donc une explosion démographique galopante avec une proportion élevée de jeunes sexuellement actifs et de façon précoce ainsi qu'une urbanisation en plein essor qui favorise l'initiation précoce à l'activité sexuelle.

#### **III.3.1.2- les facteurs liés aux parents**

La sexualité des jeunes est perçue de façon négative par les adultes, ce qui les amène à mener en cachette leur vie sexuelle et les retombées négatives en sont nombreuses: grossesses non désirées, avortements clandestins, maladies sexuellement transmissibles [12].

#### **III.3.1.3- les facteurs comportementaux**

Il s'agit essentiellement du multipartenariat sans l'usage du préservatif, l'alcoolisme, la toxicomanie et la délinquance juvénile. Le "Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique"(PASSAGE) sur le tabagisme des adolescents du milieu scolaire de Ouagadougou et Bobo a noté que ces derniers commençaient à fumer entre 13-15 ans [58].

Chez l'adolescent l'alcool est un indicateur de virilité et un jeune qui ne boit pas n'est pas considéré comme un "Homme".La consommation d'alcool généralement lieu dans les débits de boissons où chaque jeune qui veut se sentir admiré doit montrer son niveau maximum de sa tolérance à l'alcool. En effet, le consommateur d'alcool devient excité et perd son contrôle. Dans ce cas, le risque

d'avoir de s rapports sexuels est élevé aggravé par l'oubli de l'utilisation du préservatif [45].

### **III.3.2-Conséquences médicales**

Il s'agit entre autres des avortements spontanés, des accouchements prématurés, des accouchements dystociques par immaturité des organes génitaux, des éclampsies, de la transmission verticale du VIH, de la mortalité materno-infantile...

### **III.3.3-Conséquences économiques**

La grossesse de l'adolescente vient engendrer des dépenses supplémentaires pour sa famille: les consultations prénatales, les examens et les ordonnances à honorer, l'alimentation, l'accouchement et l'entretien du nouveau né. L'auteur de la grossesse n'apporte généralement aucune contribution pour le suivi de la grossesse.

### **III.3.4-Conséquences sociales**

La grossesse pré-maritale est considérée dans notre contexte comme une honte, un "échec social sans appel" qui contribue à ternir l'image et le nom de la famille. Elle engendre des conflits familiaux.

Au pire des cas l'adolescente peut être bannie de sa famille et aussi rejetée par l'auteur de sa grossesse qui peut la refuser (problème de paternité précoce). La situation est d'autant plus dramatique si l'auteur de la grossesse reste inconnu. Ces différentes situations peuvent conduire l'adolescente à se suicider, à procéder à une interruption de la grossesse. Certaines préfèrent l'abandon de leur enfant. Malgré les efforts faits par les différents organismes pour récupérer ces enfants abandonnés et/ou ces jeunes filles mères exclues, il reste toujours à faire et le problème mérite qu'on y attarde afin de trouver des solutions plus adéquates et plus pratiques.

Une autre composante est celle de l'interruption de la grossesse conduite par la mère avant que le père ne le sache ou alors ce sont les deux parents qui font avorter leur fille afin de préserver intacte l'image et le prestige de la famille car sous nos cieux il n'est pas aisé pour une fille mère de trouver un homme avec qui se marier.

### **III.3.5-Conséquences scolaires**

La conséquence immédiate est l'interruption des études due aux malaises physiologiques (nausées, vomissement, hypersomnie etc.) ou tout simplement un absentéisme scolaire. La grossesse est mal vécue parce que non voulue. L'interruption des études peut être également due à la honte ressentie envers les pairs. Parfois il s'agit d'un rejet par les pairs de peur de se retrouver dans la même situation.

### **III.4-AVORTEMENT EN MILIEU SCOLAIRE**

Une étude réalisée par l'UERD en 2001 a estimé à 7.800 le nombre d'avortements clandestins par an dans cette même ville et les adolescentes occupent une place importante. Les conséquences médicales de l'avortement clandestin notamment le décès et la stérilité, confèrent à cette pratique toute sa gravité et son impact sur la santé des adolescentes. Au Centre Hospitalier National Sourou SANOU (CHN-SS) à Bobo Dioulasso, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concernent des adolescentes et au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO) à Ouagadougou, 28% des décès maternels sont dus à des avortements provoqués [58]

Selon TOURE et al., l'avortement présente un danger imminent de par sa dangerosité (10 à 250 fois plus dangereux que n'importe quelle mesure de contraception) et se complique toujours. En matière de coût il est plus cher en argent et l'utilisation des services de santé au Burkina Faso pour la prise en

charge des soins post abortum pèse au moins 40% dans la balance des budgets alloués à la santé. De plus il coûte 12 fois plus qu'un accouchement normal (900fcfa kit Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence "SONU") [73].

### **III.4.1- Méthodes abortives utilisées**

De nombreuses méthodes abortives sont utilisées:

- Des méthodes médicalisées

-L'utilisation de produits pharmaceutiques : comprimés de permanganate de potassium, hormones ou d'antipaludéens (quinine), d'antibiotiques pris en surdosage.

-La pharmacopée locale (produits sous forme de lavement, d'ovules traditionnels, de tisanes ou de sondes végétales).

-Des produits chimiques ou détergents en passant par la consommation de miel et d'alcool.

-L'insertion d'objets dans l'utérus d'objets contendants ou verre pilé.

Les avortements sont le plus souvent pratiqués dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes. En effet les adolescentes ont moins recours aux méthodes médicalisées et font le plus souvent appel à un tiers pour avorter afin de minimiser les coûts ce qui explique la plus grande fréquence des complications dont elles sont victimes comme cela a pu être constaté au Nigeria par EJIRO EMUVEYAN et BARRERE au Gabon [14; 27].

### **III.4.2- Les principaux motifs d'avortement**

Les raisons économiques sont parmi les motifs fréquemment cités pour justifier un avortement. Dans la plupart des pays comme l'ont constaté RENNE (1996) au Nigeria, MPANGILE et al. (1999) en Tanzanie, GETAHUN ET BERHANE, (2000) en Éthiopie, la décision d'avorter est pour les jeunes filles

largement dépendantes de la réaction de son partenaire et de sa capacité à accepter la paternité. Pour les garçons, leur incapacité à assumer les responsabilités financières associées à la paternité et le fait de ne pas se sentir socialement prêts à être pères sont les raisons qui les poussent à appuyer la décision de leur partenaire à avorter [47]

GUILLAUME [24] fait cas de nombreuses études sur le volet contraintes scolaires et avortement réalisées à Bamako au Mali, au Togo, au Gabon et en Mozambique qui citent les "contraintes scolaires" comme l'une des trois principales raisons justifiant l'avortement.

## **IV-DYNAMIQUE SOCIALE ET FAMILIALE DANS L'EDUCATION DES JEUNES**

### **IV.1- SECTEUR EDUCATIF ET PREVENTION DU VIH/SIDA**

L'ONUSIDA a tiré la sonnette d'alarme sur l'importance de l'élaboration des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA lors de la campagne mondiale contre le SIDA menée en 1999 auprès des enfants et des jeunes : « Il appartient aux ministères de l'Education d'élaborer avec l'aide des associations de parents et d'enseignants et la participation de représentants d'étudiants, des politiques visant à intégrer l'éducation en matière de compétences pour la vie quotidienne, de santé sexuelle et de VIH/sida dans les programmes scolaires et ce, dès l'entrée à l'école primaire et de manière suivie tout au long de la scolarité de l'étudiant ». Le principe de base de ces initiatives consiste à aider les jeunes à adopter des comportements susceptibles de les protéger contre la contamination par le VIH. Il en ressort qu'il est indispensable d'engager une politique multisectorielle dont la mise en place n'est possible que si elle bénéficie d'un soutien politique puissant au plus haut niveau, ainsi que d'un appui solide à tous les échelons au sein de ses ministères de l'éducation, de ses organisations non

gouvernementales, des autorités religieuses, des institutions éducatives et des communautés [32].

## **IV.2- DYNAMIQUE SOCIO-FAMILIALE**

### **IV.2.1- Communication parents-enfants**

#### **IV.2.1.1-Contenu de la communication**

Selon OUEDRAOGO et al. [54] les échanges sont limités à des conseils : appels à la prudence (ne pas être pressé d'avoir des relations sexuelles), des mises en garde, encouragement à la pratique de l'abstinence jusqu'au mariage, l'obtention d'un travail rémunéré avant de s'engager dans les relations sexuelles. Les parents font appel aux valeurs traditionnelles telles que l'honneur et son contraire la honte comme épouvantail pour convaincre l'adolescent d'adopter les bonnes habitudes, le savoir-faire et les comportements qui lui vaudront la considération sociale.

#### **IV.2.1.2-L'entrée en matière**

Plusieurs circonstances particulières sont saisies pour attirer l'attention de leurs enfants sur les situations problématiques et les conséquences fâcheuses. Ce procédé est souvent utilisé par les parents pour illustrer des situations diverses que les enfants devraient éviter s'ils ne veulent pas de problèmes. Les cas difficiles sont ainsi mis en exergue et stigmatisés afin de servir d'exemples à proscrire. Du point de vue endogène, le malaise s'explique eu égard aux normes dominantes en vigueur dans la société : le thème de la sexualité s'inscrit dans un environnement nouveau qui n'est pas encore intériorisé. On assiste à un blocage, tant du côté des adultes que de celui des jeunes. Toutes ces stratégies de communication dénotent le malaise que les parents ressentent de vant leurs responsabilités de parler des questions sexuelles avec leurs enfants [54].

### **IV.2.1.3-Centres d'intérêt des jeunes en matière de sexualité**

Les principales préoccupations des jeunes en matière de sexualité se résument en la connaissance des symptômes du SIDA, la date de l'ovulation chez la fille et la période propice pour une fille de tomber en grossesse. Les plus jeunes adolescents cherchent à s'informer sur l'âge «raisonnable» pour avoir des relations sexuelles. D'autres veulent confirmation ou infirmation de ce qu'il est courant d'entendre dans la bouche de leurs camarades et qui les incitent à avoir des relations sexuelles pour ne pas tomber malades. Les plus jeunes adolescents posent aussi des questions sur la manière dont sont conçus les bébés ou également « savoir comment on fait des enfants» [22; 25].

### **IV.2.1.4-Obstacles à la communication**

Le manque de communication a été confirmé dans une étude par l'Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial (ABBEF) en 2000 qui a montré que ce blocage provient du fait que les parents sont embarrassés de parler de problèmes de sexualité à leurs enfants et d'autre part parce qu'ils sont ignorants sur ce sujet [1; 69].

### **IV.2.2- Rôle des enseignants**

Les enseignants occupent une place de choix auprès des adolescents parce que bien souvent ceux-ci les écoutent mieux que leurs parents. Cependant un certain nombre d'obstacles s'interposent à l'exercice effectif de ce rôle. Certains enseignants du secondaire ne se sentent pas responsables de l'éducation en santé de la reproduction qui déborde le cadre de leur enseignement. Ils sont chargés de l'instruction et ont seulement un programme officiel à assumer. De plus ils n'ont pas reçu ni formation en Santé de la Reproduction ni prérogatives

du Ministère des Enseignement Secondaire et Supérieur (MESS) pour jouer ce rôle [5].

#### **IV.2.3- Rôles des prestataires de santé**

Les agents de santé constituent également une source importante d'information pour les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive. A ce titre, les informations et connaissances qu'ils détiennent font d'eux de véritables interlocuteurs privilégiés des adolescents car ils peuvent allier soins aux conseils, informations et éducation en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Des obstacles s'interposent également dans l'exercice effectif de ce rôle. Le manque de moyens alloués rend difficile cette tâche et de nombreux prestataires selon OUEDRAOGO et al [54] ont fait le constat que les agents de santé affirment qu'il leur est demandé un travail supplémentaire. Le terme de moyens recouvre d'abord un supplément monétaire car ils exercent ce rôle en plus de leurs tâches habituelles qui sont de soigner les malades. Cela recouvre aussi un manque de formation spécifique non seulement sur le contenu mais aussi sur les méthodes d'approche.

#### **IV.2.4-Impact du VIH/SIDA sur le milieu éducatif**

Le dépistage est volontaire et confidentiel à partir de l'âge de 18 ans, mais une faible proportion de jeunes se présente pour faire le test. Les associations de jeunes sont en train de lutter pour que l'âge à partir duquel le dépistage est possible soit abaissé. Le nombre de centres de conseils et de dépistage volontaire est limité et les centres existants sont concentrés dans les zones urbaines [54]. AKAPAKA et YARO [2] dans une étude sur l'impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif au Burkina Faso sont arrivés à la conclusion qu'au niveau du secondaire il y avait une insuffisance notable en matière de prévention.

Il s'agit là d'un constat amer qui permet de souligner que d'influencer ces comportements pour qu'ils soient plus protecteurs, par l'intermédiaire d'informations et de services appropriés, garantissant ainsi des avantages immédiats et à long terme pour eux-mêmes et pour la société [46; 54].

## **V-Le Burkina Faso**

### **V.1-Situation géo-climatique et démographique**

Le Burkina Faso est un pays continental situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique occidentale. Il couvre une superficie de 274 000 km<sup>2</sup>. Pays sahélien, le Burkina Faso a un climat tropical de type soudanien sec marqué par une pluviométrie dont la moyenne varie entre 300 mm au Nord et 1 200 mm au Sud, mal répartie à l'échelle nationale [42].

Estimée à 4 349 600 habitants en 1960, la population burkinabè est passée respectivement à 5 638 203 en 1975, 7 964 705 en 1985, 10 312 609 en 1996 et à 14 017 262 d'habitants selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2006 (RGPH-2006). Ce niveau de fécondité est très élevé au regard de la moyenne africaine qui est d'environ à 5,1 enfants par femme. Cette forte fécondité peut s'expliquer par l'environnement nataliste, les us et coutumes, la représentation sociale de l'enfant comme garant de l'assurance vieillesse, la faible utilisation des méthodes contraceptives et le faible niveau de scolarisation des femmes. La population des jeunes âgés de 0 à 19 ans a été évaluée à 7 974 496 soit 56,89% de la population burkinabé.

### **V.2- Aspects socioculturels**

Au Burkina Faso, on dénombre une soixantaine d'ethnies parlant presque autant de langues, et trois grands groupes religieux à savoir les animistes (25,9%), les chrétiens (catholiques 17,6% - protestants 3,1%) et les musulmans (52,4%). Au titre des ethnies, les principales sont les suivantes : les Mossi (48

%), les Peulh (10,4 %), les Lobi (7 %), les Bobo (6,8 %), les Mandé (6,7 %), les Sénoufo (5,3 %), les Gourounsis (5,1 %), les Gourmantché (4,8%), les Touareg (3,3 %) et les autres ethnies représentent 2,6 % de la population. Ces différents groupes partagent un fond démographique et culturel commun mais diffèrent en ce qui concerne leur culture et leur organisation socioéconomique et politique [42].

### **V.3- Données sanitaires**

La couverture sanitaire est très faible. Le Burkina Faso comptait en 2006, 3 centres hospitaliers nationaux (CHN), 9 centres hospitaliers régionaux (CHR), 42 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), 26 centres médicaux (CM), 1211 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 178 dispensaires et 18 maternités isolées qui doivent être normalisées en CSPS, soit un total de 1487 infrastructures. D'une manière générale, la couverture en infrastructures sanitaires se caractérise par son insuffisance et une inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions par rapport aux normes définies. En 2007, les ratios population par personnel de santé étaient de 32 496 habitants pour un médecin, 6129 habitants pour un infirmier et de 23 726 femmes en âge de procréer pour une sage femme ou maïeuticien d'état. Or les normes de l'OMS préconisent 10 000 habitants par médecin, 5000 habitants par infirmier et 5000 femmes par sage femme [42].

### **V.4- Domaine éducatif [39].**

Le taux brut de scolarisation est passé de 20,9% en 1984/85 à 72,6% en 2008/2009, mais ce niveau de scolarisation demeure l'un des plus faibles dans la sous-région ouest-africaine. Aussi, beaucoup d'efforts restent à fournir pour atteindre l'Education Pour Tous (EPT) visée par les OMD à l'horizon 2015.

### **V.4.1-Organisation du système éducatif**

Le système éducatif burkinabé est organisé en deux sous systèmes avec peu de passerelles entre eux. Il s'agit du système formel et du système non formel.

L'enseignement formel comprend :

- L'enseignement de base
- L'enseignement secondaire
- L'enseignement supérieur.

L'enseignement non formel comprend

- L'éducation non formelle de la petite enfance (Bébé-songo, Haute Garderie)

L'alphabétisation assurée par le ministère délégué à l'alphabétisation et à l'éducation non formelle par certaines structures (ONG) et ministères (santé, agriculture, environnement et c.). Elle regroupe: la formation de jeunes agriculteurs (FJA), les centres permanents d'alphabétisation et de formation (CPAF), les centres d'éducation de base non formels (CEBNF), les cours du soir.

### **V.4.2-Structure du système éducatif**

Le système éducatif dans son ensemble est structuré comme suit:

- L'enseignement de base comprend

L'enseignement primaire qui accueille les enfants de 6 ans (révolus) à 13. Ce cycle est constitué de trois cours d'une durée de deux ans chacun, le cours préparatoire (CP1-CP2), le cours élémentaire (CE 1, CE 2), le cours moyen (CM1-CM2). La fin du cycle primaire est sanctionnée par le diplôme du CEP.

- L'enseignement secondaire

Maillon central du système éducatif formel, il concerne les élèves de 13 à 19 ans et est structuré comme suit :

L'enseignement général qui comprend deux cycles: Le premier cycle d'une durée de quatre ans sanctionné à la fin par le diplôme du brevet d'études du premier cycle (BEPC). Le second cycle dure trois ans et est couronné par le baccalauréat (BAC).

- L'enseignement technique et professionnel qui comprend trois cycles

Le cycle court dure trois à quatre ans après le CEP suivant les filières de formation et est sanctionné en fin de cycle par le certificat d'aptitudes professionnelles (CAP)

Le cycle moyen dure deux ans après le BEPC et débouche sur le brevet d'études professionnelles (BEP)

Le cycle long dure trois ans après le BEPC et conduit au baccalauréat (BAC).

- L'enseignement supérieur

Ce niveau d'enseignement est le dernier maillon du niveau du système éducatif. Il reçoit les étudiants de 18 ans et plus. On constate que des étudiants arrivent de plus en plus jeunes à ce niveau. L'enseignement universitaire offert dans diverses filières de formation est dispensé pour l'instant dans les trois villes suivantes à savoir Ouagadougou (Université de Ouagadougou ou U.O), Bobo Dioulasso (Université Polytechnique de Bobo ou U.P.B) et Koudougou (Ecole Nationale Supérieure de Koudougou ou ENSK). L'université de Ouagadougou le plus ancien des établissements d'enseignement supérieur fut créée par l'ordonnance N° 74-031/PRES/EN du 19 Avril 1974. Elle comprend sept unités de Formation et de Recherches (UFR) subdivisées en section ou département et un institut l'ISSP (Institut Supérieur en Sciences de la Population). Le cursus

universitaire permet de former des cadres supérieurs tels que des économistes, des juristes, des médecins, des ingénieurs. En outre les instituts et centres universitaires conduisent également des recherches visant le progrès social et le développement économique du Burkina Faso.

#### **V.4.3-Gestion du système éducatif**

- L'enseignement de base

L'objectif d'éducation vise essentiellement à former les enfants à la vie sociale et aux responsabilités communautaires. Le contenu des programmes porte sur des notions élémentaires devant servir d'assises à des apprentissages de niveau supérieur. Ainsi les programmes en vigueur se fondent sur l'acquisition du savoir.

- L'alphabétisation et l'éducation non formelle

Les programmes intègrent l'acquisition de connaissances et le développement de certaines compétences en vue de faciliter l'intégration sociale et économique des apprenants dans la société.

- L'enseignement secondaire
- L'enseignement secondaire général

À ce niveau les programmes favorisent l'acquisition de connaissances générales avec but ultime la préparation de sortants à poursuivre des études supérieures. Ce type d'enseignement ne permet pas la préparation à un métier ou une profession. C'est un enseignement purement cognitif.

- L'enseignement technique et professionnel

Le contenu des programmes à ce niveau permet aux apprenants d'acquérir des connaissances nécessaires à la pratique d'un métier ou d'une profession (mécanicien, électricien, menuisier etc.). Il forme des cadres intermédiaires

notamment des techniciens en menuiserie métallique, en architecture, en génie civil etc.

- Les écoles de formation professionnelle

Elles préparent les sortants comme dans l'enseignement technique à l'accomplissement des tâches spécifiques. Les programmes dispensés dans ces types d'établissements favorisent l'acquisition de compétences pratiques dans des domaines diversifiés de la vie économique et sociale comme l'éducation, la santé, l'industrie de transformation.

- L'enseignement supérieur

L'enseignement universitaire est offert dans diverses filières de formation appelées les Unités de Formation et de Recherches (UFR).

## **DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE**

## **I-OBJECTIFS**

### **I.1-Objectif général**

Evaluer les connaissances, attitudes, pratiques en matière de sexualité des collégiens et lycéens de la ville de Ouagadougou et leurs perceptions liées aux IST et au VIH/SIDA.

### **I.2-Objectifs spécifiques**

1. Décrire le niveau de connaissances des collégiens et lycéens de la ville de Ouagadougou en matière de sexualité.
2. Identifier les comportements sexuels à risques d'IST /VIH/SIDA chez les collégiens et lycéens sexuellement actifs.
3. Evaluer les déterminants de leurs pratiques sexuelles à risques
4. Evaluer les déterminants de la sous fréquentation des services de santé reproductive par les collégiens et lycéens de la ville de Ouagadougou et les conséquences en matière de prévention.

## **II-METHODOLOGIE**

### **II.1. Cadre de l'étude, échantillonnage**

L'étude s'est déroulée dans les établissements secondaires de la ville de Ouagadougou. La ville de Ouagadougou capitale économique du Burkina Faso compte trente secteurs et dix sept villages pour cinq arrondissements à savoir Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongr-Massom, et Sig-Nonghin. Elle est située dans la région du Centre province Kadiogo. Selon l'annuaire statistique de l'enseignement secondaire 2009 -2010 du Ministère des Enseignements Secondaire Supérieur, la région du Centre comprendrait 323 établissements d'enseignement secondaire général, technique et professionnel confondus, 2454 classes avec un effectif total s'élevant à 135 379 élèves dont 50,1% de filles. Le

taux brut de scolarisation est de 55% au premier cycle et de 26,6% au second cycle [40].

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive à passage unique qui s'est déroulée du 20 Octobre au 30 Mars 2011. La population d'étude était constituée par les élèves adolescents et jeunes âgés de 11 à 25 ans fréquentant ces établissements. La taille de l'échantillon a été calculée pour une prévalence estimée d'élèves ayant une bonne connaissance (IST et du VIH/SIDA) de 50%.

La taille minimale de notre échantillon devant être de 900 élèves, nous en avons interrogé 1200. L'échantillon s'est fait par tirage aléatoire simple avec au 1<sup>er</sup> niveau le choix de 6 établissements dont 5 lycées et 1 établissement d'enseignement secondaire technique et professionnel. (soit 6/323) et au 2<sup>ème</sup> niveau le tirage des élèves dans chacun des établissements. Il s'est agi du :

- Lycée Marien N'GOUABI, établissement public d'enseignement général situé au secteur 9 (Goughin Nord).
- Lycée Philippe Zinda K ABORE, établissement public d'enseignement général situé au secteur 3 (Paspanga)
- Lycée BANGRE NOOMA, établissement privé d'enseignement général situé au secteur 4.
- Lycée Nelson MANDELA, établissement public d'enseignement général situé au secteur 3 (Paspanga).
- Lycée NEWTON, établissement privé d'enseignement général situé au secteur 1 (Quartiers Saints)
- Lycée PE NIEL, établissement privé d'enseignement général situé au secteur 23 (Tanghin).
- Lycée Technique National El Hadj Général Sangoulé L AMIZANA (Ex Lycée Technique de Ouagadougou), établissement public d'enseignement technique et professionnel situé au secteur 13 (Zogona).

La taille des grappes de chaque établissement a été déterminée par la méthode proportionnelle par la taille et le tirage a été réalisé à l'aide de la table des nombres au hasard sur la base de sondage des établissements secondaires choisis.

## **II.2-Population d'étude**

Les élèves régulièrement inscrits pendant l'année scolaire 2010-2011 ont été concernés par notre étude.

## **II.3-Collecte des données.**

Dans ces lycées, nous nous sommes présentés aux responsables munis de notre autorisation d'enquête délivrée par la Direction Régionale des Enseignements Secondaire et Supérieur de la Région du centre. Un entretien était effectué afin de préciser quel en était l'objectif et l'intérêt qu'il présente pour le milieu scolaire. Au regard de la nouvelle réglementation adoptée par le Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur qui interdit l'accès direct aux élèves dans les établissements pour les enquêtes, nous avons mis à contribution les délégués de classe. Ces derniers ont été chargés de distribuer les fiches aux élèves et ce selon le niveau d'étude puis de leur restitution.

### **II.3.1-Critères d'exclusion**

N'ont pas été pris en compte les fiches de collecte non dûment remplies ou qui comportaient des éléments de réponse à caractère humoristique, sensationnel ou désobligeant soit 288/1200. Par ailleurs des fiches ne nous ont pas été restituées par les élèves soit 250/1200.

### **II.3.2-Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude tous les adolescents volontaires appartenant aux établissements dans lesquels nous avons réalisé notre enquête.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques
  - Sexe
  - Age
  - Niveau d'étude
  - Ethnie
  - Religion
  - Situation matrimoniale
  - Résidence
  - Bourse d'études
  - Profession des parents
- Connaissances, attitudes et croyances sur les IST, l'infection à VIH, les contraceptifs et les sources d'information en matière de sexualité :
  - IST connues.
  - Connaissances sur les modes de transmission du VIH.
  - Informations sur les moyens de prévention du VIH/SIDA et des IST.
  - Connaissances de la séropositivité au VIH.
  - Sentiments vis-à-vis d'un élève vivant avec le VIH.
  - Méthodes contraceptives connues.
  - Sources d'information en matière de sexualité
  - Fréquentation des centres d'écoute pour jeunes.
- Habitudes sexuelles et comportements à risque :
  - Existence d'une expérience sexuelle.

- Age du premier rapport sexuel.
- Usage d'une méthode contraceptive au premier rapport sexuel.
- Usage du préservatif au cours des rapports sexuels.
- Nombre de partenaires sexuels.
- Orientations sexuelles et pratiques sexuelles.
- Connaissance du statut sérologique du VIH.
- Connaissance du statut sérologique du VIH du ou des partenaires sexuels.
- Connaissance de centres de dépistage volontaire du VIH dans la ville de Ouagadougou.
- Connaissances des conséquences d'une sexualité précoce :
  - Risque de cancer du col de l'utérus
  - Risques d'IST et du VIH/SIDA
  - Grossesse et paternité précoces
  - Avortements clandestins
  - Abandon scolaire

#### **II.4-Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies sur micro-ordinateur. Les résultats de l'étude ont été analysés à l'aide du logiciel Epi Info 3.5.1 version française.

#### **II.5-Validité de l'étude**

Dans ce type d'étude, les risques de biais qui sont difficilement contournables ont été minimisés par :

- La mise en confiance des élèves par une explication précise des objectifs de notre étude, ainsi que les différents items de la fiche.

- Le caractère anonyme et confidentiel du questionnaire
- Notre présence et notre disponibilité à fournir d'éventuelles explications sur les préoccupations des élèves en matière de sexualité.

### **III-RESULTATS**

#### **III.1-Caractéristiques générales de la population étudiée**

La taille de notre échantillon était 662 élèves mais l'effectif des réponses a varié suivant les items du questionnaire auxquels les élèves ont ou non répondu. Aussi 250/1200 enquêtés n'ont pas rendu les fiches qu'ils ont remplies soit un taux de déperdition de 20,83% et 288/1200 fiches soit 24% ont été éliminées.

##### **III.1.1- Caractéristiques sociodémographiques**

###### **▪ Le sexe**

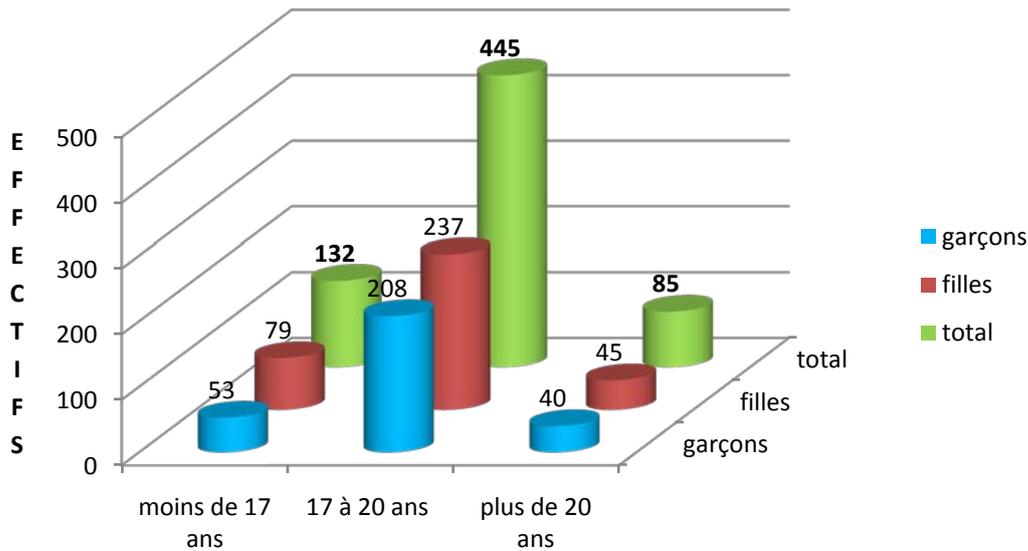
Sur un effectif de 662 élèves, nous avons noté 54,50% (361/662) de filles et 45,50% (301/662) de garçons Le sexe ratio était de 0,8/1.

###### **▪ L'âge**

L'âge moyen des élèves était de 15,7 ans  $\pm$  1,4. En classe de sixième il était de 12,1 ans  $\pm$  2,1 et de 19,8 ans  $\pm$  1,3 en terminale.

Chez les filles nous avons retrouvé un âge moyen de 18,1ans  $\pm$  1,7 et chez les garçons il était de 18ans  $\pm$  1,5. L'âge variait de 11 à 25 ans.

La tranche d'âge de 17 à 20 ans constituait 67,22% (445/662) de notre échantillon suivis des moins de 17ans 19,94% (132/662)et des plus de 20 ans avec 12,84% comme indiqué sur la figure 1.



**Figure 1: Répartition des élèves selon les tranches d'âge et le sexe (n=662)**

#### ▪ Le niveau d'études

Les élèves de la classe de seconde ont constitué 36,70% (243/662) de l'effectif suivis par ordre décroissant de la classe de troisième 23,40% (155/662), la classe de terminale, 20,40% (135/662), la classe de première 11% (73/662), la classe de quatrième avec 3,30% (22/662), la classe de cinquième 2,90% (19/662), puis enfin la classe de sixième 2,30% (15/662).

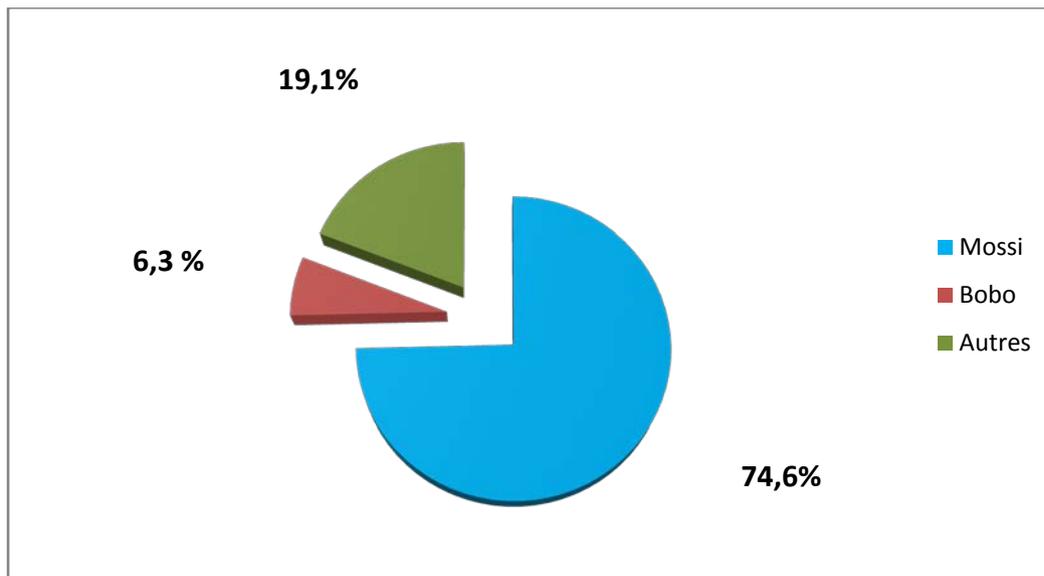
#### ▪ La religion

Nous avons trouvé que 43,8% (290/662) des enquêtés étaient chrétiens catholiques, 41,1% (272/662) musulmans, 14% (93/662) chrétiens protestants. Les animistes et les autres religions représentaient respectivement 0,6% (4/662) et 0,5% (3/662).

#### ▪ La nationalité et ethnies

Les élèves étaient à 98,5% de nationalité burkinabè.

Notre étude a englobé 18 ethnies différentes représentées sur la figure 4. Nous les avons classées en trois entités.



**Figure 2: Répartition des élèves selon l'origine ethnique (n=662)**

L'ethnie Mossi qui regroupe les Yadsé, les Yarsé, les Silmimôsé a constitué 74,6% (494/662) de notre échantillon.

L'ethnie Bobo qui regroupait les Djan, les Dafing, les Toussian, les Karaboro, les Yorobo, les Guin, les Sénoufo, les Birifora a constitué 6,3% (42/662).

Quant aux autres ethnies constituant 19,1% (126/662) de notre échantillon, il s'agissait:

Des Gourounsi(Kô) avec 7,09% (47/662), des Bissa avec 3,6% (24/662), des Peulh avec 2,9% (19/662), des Dagari avec 1,8% (12/662), des Samo avec 1,4% (9/662) des Gourmatché avec 0,8% (5/662).

Les élèves de nationalité étrangère ont constitué 1,5%(10/662) de l'échantillon.

#### ▪ La situation matrimoniale

Six cent quarante-quatre soit 97,3% des enquêtés étaient célibataires dont 99% (298/301) des garçons et 95,8% (346/361) des filles, 2,1% (17/662) étaient fiancés dont 0,7% (2/301) des garçons et 3,3% (12/361) des filles.

Un garçon (1/301) et une fille (1/361) vivaient en concubinage soit un même pourcentage de 0,3%. Les enquêtés qui étaient mariés ont constitué 0,3% (2/662) de notre échantillon étaient mariés. Il s'agissait uniquement de filles soit 0,6% (2/361).

#### ▪ **Le lieu de résidence**

Deux cent cinquante-cinq soit 84,7% des garçons habitaient chez leurs parents, 8,3% (25/301) chez leur tuteur, 5,3% (16/301) seul en location, 1,3% (4/301) en colocation avec des amis et un seul garçon (1/301) avec sa conjointe soit 0,3%.

Quant aux filles 88,1% (318/361) habitaient chez leurs parents, 9,1% (33/361) chez leur tuteur, 1,4% (5/361) seule en location, 1,2% (4/361) avec leur conjoint. Une seule (1/361) soit 0,3% vivait en colocation avec des amis.

#### ▪ **La bourse d'études**

Six cent dix-sept enquêtés soit 93,2% (617/662) étaient sous la dépendance financière de leurs parents, 3,3% (22/662) avaient recours à un petit travail pour subvenir à leurs besoins, 2,1% (14/662) étaient pris en charge par un ami ou une amie, 0,8% (5/662) dépendaient financièrement de leur conjoint(e), 0,3% (2/662) de leur fiancé(e) et 0,3% (2/662) de leur tuteur.

#### ▪ **La profession des parents**

Cinq cent cinquante-huit élèves (279/662) soit 42,14% avaient des parents fonctionnaires, 13,74% (91/662) des parents agriculteurs, 6,34% (42/662) des parents commerçants, 6,04% (40/662) des parents appartenant au secteur informel et 30,66% (203/662) des parents étaient à la retraite.

Quatorze élèves (07/662) soit 1,05% des enquêtés étaient orphelins de père et de mère.

### III.1.3- Connaissances des IST, attitudes et croyances sur l'infection à VIH, les contraceptifs et sources d'information en matière de sexualité.

#### III.1.3.1- Informations sur les IST et le VIH/SIDA

Les réponses concernant les infections sexuellement transmissibles (IST) montrent une assez bonne connaissance de la part des élèves sur ces points (Tableau 1)

**Tableau 1: Connaissances des élèves relatives aux IST (n=662)**

<b>Variables</b>	<b>Nombre d'élèves</b>	<b>Pourcentages</b>
Ont cité comme IST :		
SIDA	<b>534</b>	<b>80,7</b>
Gonococcie	<b>460</b>	<b>69,5</b>
Syphilis	<b>437</b>	<b>66</b>
*Autres	<b>46</b>	<b>6,9</b>

\*AUTRES : Hépatite Virale B, Chancre mou, Herpès, Chlamydiae, Human papilloma virus responsable du cancer du col de l'utérus.

D'autres IST ont été mentionnées par 6,9%(46/662) enquêtés dont 7,3% (22/301) des garçons et 6,6%(24/361) des filles. Il s'agissait d'une part de l'hépatite virale B, du chancre mou, de l'herpès, de la chlamydiae. D'autre part le tétanos, la rage, la tuberculose, la drépanocytose, l'hémophilie, la bilharziose, la cataracte étaient cités de manière erronée et aberrante.

### III.1.3.2- Voies de transmission du VIH

Dans notre étude, les réponses concernant la transmission du VIH illustrent également une assez bonne connaissance de la part des élèves sur ces points (tableau 2)

**Tableau 2: Voies de transmission du VIH connues des élèves (n=662)**

<b>Variab</b> les	<b>Nombre d'élèves</b>	<b>Pourcentages</b>
Ont cité comme mode de transmission du SIDA :		
Rapports sexuels	<b>587</b>	<b>88,67</b>
Transfusion sanguine	<b>480</b>	<b>72,5</b>
Materno-fœtale	<b>229</b>	<b>34,6</b>
Autres voies	<b>66</b>	<b>10</b>
<b>*Vraies</b>	<b>15</b>	<b>2,26</b>
<b>*Erronées</b>	<b>46</b>	<b>7</b>
Ne sait pas	<b>46</b>	<b>7</b>

**\*Vraies** : excision, prostitution, morsure d'une personne infectée par le VIH.

**\*Erronées** : baisers profonds, manger avec une personne vivant avec le VIH, morsure ou griffure ou léchage d'un animal enragé.

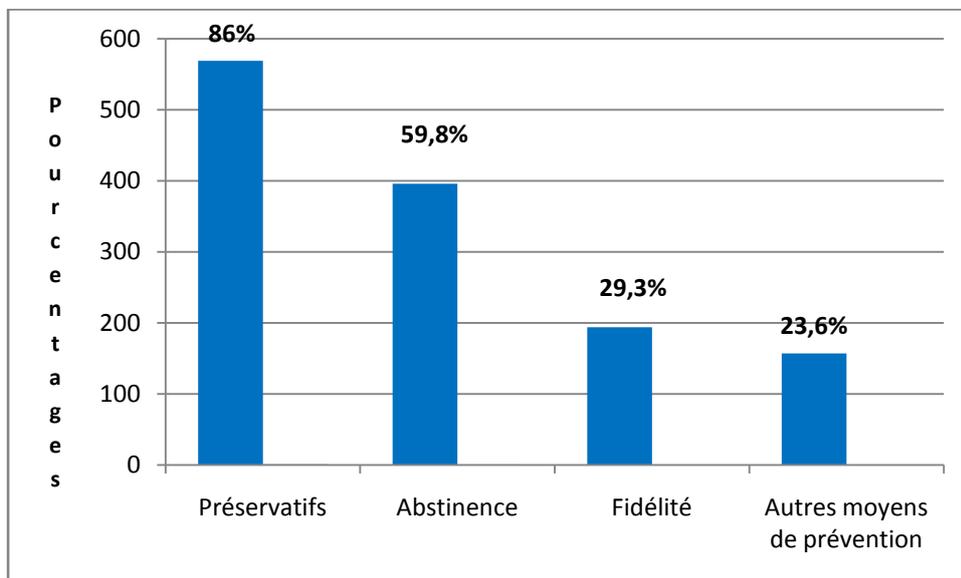
Nous avons recensé d'autres modes de transmission du VIH, qui ont été mentionnés par 10% (66/662) des enquêtés. Nous les avons regroupés en voies de transmissions vraies et en voies de transmissions erronées :

- Les modes de transmission vrais sont cités par 2,26%(15/662) des enquêtés. Il s'agit de l'excision, la prostitution, les pratiques bucco-sexuelles (fellation) et pénétration anale, être mordu par une personne infectée par le VIH.
- Quant aux modes de transmission erronés, ils sont mentionnés par 7%(46/662) des enquêtés. Il s'agit des baisers profonds, manger avec quelqu'un qui a le SIDA, la morsure, griffure ou léchage d'un animal enragé (chien, souris, chat, lapin, chacal).

Ceux qui ont cité moins trois voies de transmission du VIH/SIDA représentaient 7% (46/662) des enquêtés.

### III.1.3.3- Moyens de protection contre VIH/SIDA et les IST

La figure 3 indique les valeurs respectives des trois principaux moyens de protection des IST/VIH/SIDA connus par nos enquêtés.



**Figure 3: Moyens de prévention des IST et du VIH/SIDA (n=662)**

Les préservatifs (masculin et féminin) ont été cités par 86%(569/662) des enquêtés et l'abstinence venait en seconde position citée par 59,8%(396/662) des enquêtés.

D'autres moyens de prévention évoqués par 23,6%(157/662) des enquêtés ont été regroupés en moyens de prévention vrais et en moyens de prévention erronés :

- Les moyens de prévention vrais cités étaient: prendre des antirétroviraux (ARV) en cas d'accident et d'exposition au sang, mener des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les IST, faire son test du dépistage du VIH, s'abstenir de tout rapport sexuel, pratiquer la chasteté, éviter la polysexualité, lutter contre la pratique de l'excision, bien stériliser le matériel chirurgical, bien contrôler le sang après les dons de sang afin d'éviter toute transmission post transfusionnelle, utiliser des gants lors de tout acte médical notamment la pratique chirurgicale et les prélèvements sanguins, éviter d'utiliser les objets tranchants souillés (lames...)
- Parmi les moyens de prévention erronés cités, nous avons retrouvé la prise de paracétamol et le fait d'éviter d'utiliser des objets touchés par les séropositifs.

#### **III.1.3.4- Connaissance de la notion de la séropositivité.**

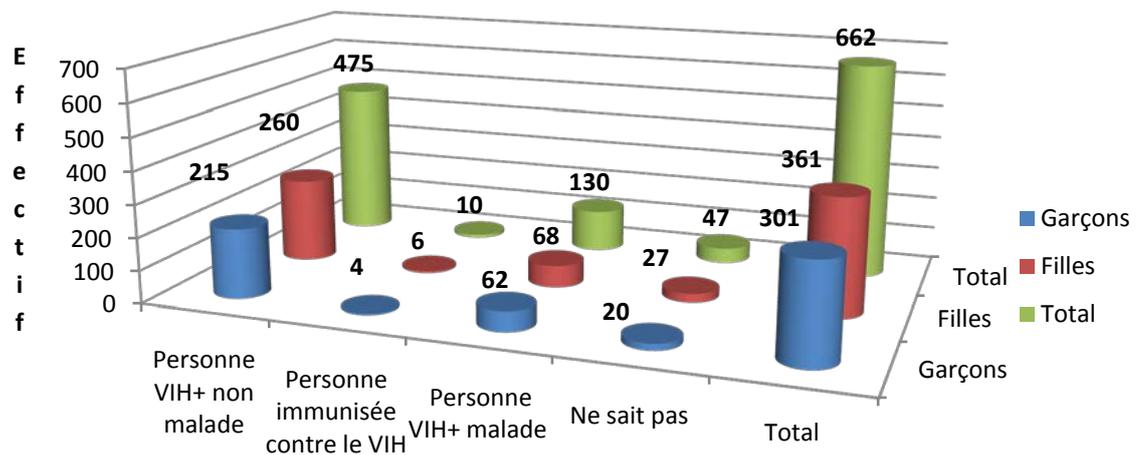
La figure 4 résume les connaissances que les enquêtés ont de la séropositivité au VIH.

Quatre cent soixante-quinze élèves (475 /662) soit 71, 8% des enquêtés dont 72% (260 /361) des filles soit deux et 71,4%(215/301) des garçons définissaient une personne séropositive comme une personne infectée par le VIH mais non malade.

Cent trente élèves (130/662) soit 19,6% des enquêtés dont 18,8% (68/361) des filles et 20,6% (62/301) des garçons définissaient quant à eux une personne séropositive comme une personne infectée par le VIH et malade.

Dix élèves (10/662) soit 1,5% des enquêtés dont 1,7% (6/361) des filles et 1,3% (4/301) des garçons la définissaient comme une personne immunisée contre le VIH.

Quarante-sept élèves (47/662) soit 7,1% de enquêtés dont 7,5% (27/361) des filles et 6,6% (20/301) n'en ont pu donner une définition.



**Figure 4: répartition des élèves selon le sexe et la connaissance de la notion de séropositivité au VIH. (n=662)**

### III.1.3.5- Attitudes vis-à-vis d'un élève sidéen

Quatre cent soixante-quinze élèves (475/662) soit 71,8% des enquêtés disaient éprouver de la compassion à l'endroit d'un élève sidéen. Vingt-deux élèves (22/662) soit 3,3% l'éviteraient de peur d'être infectés à son contact. Cent

soixante-cinq (165/662) soit 24,9% l'approcheraient mais tout en prenant le maximum de précautions.

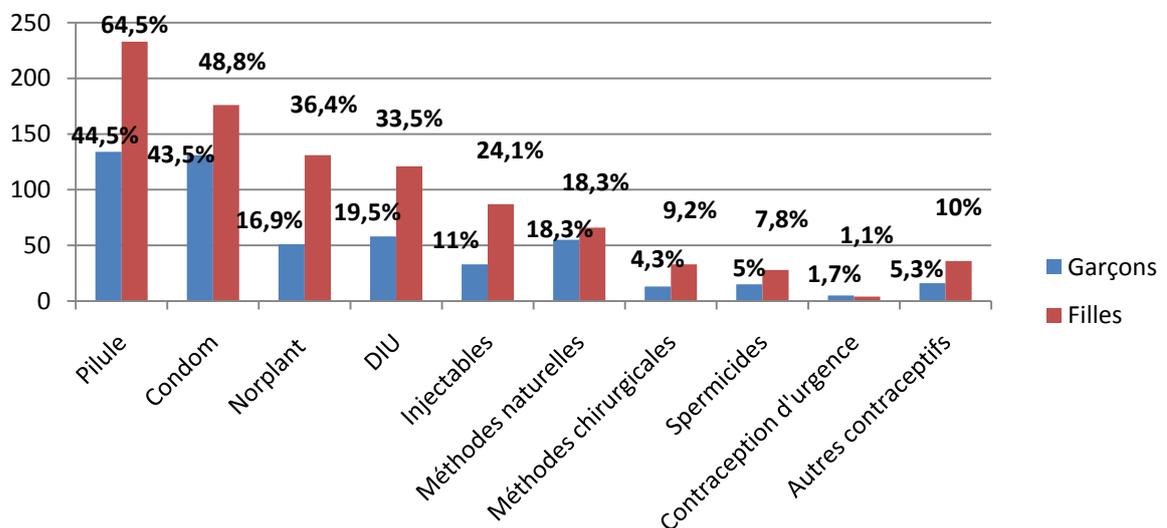
Les sentiments par rapport au SIDA ne variaient pas en fonction des variables ethno-religieuses.

### III.1.3.6- Connaissance des méthodes contraceptives

La figure 5 fait un état exhaustif de la connaissance de nos enquêtés sur les méthodes contraceptives.

Par ordre décroissant on distinguait :

- la pilule citée par 64,5% (233/361) des filles et 44,5% (134/301) des garçons.
- le préservatif par 48,8% (176/361) des filles et 43,5% (131/361) des garçons.



**Figure 5: répartition des élèves selon la connaissance des méthodes contraceptives (n=662).**

- le norplant par 36,3% (131/361) des filles et 16,9% (51/301) des garçons.

- le stérilet ou Dispositif Intra Uterin (DIU) par 33,5% (121/361) de filles et 19,5% (58/301) des garçons.
- les injectables par 24,1% (87/361) des filles et 11% (33/301) des garçons.
- les méthodes naturelles (le coït interrompu, la méthode d'Ogino Knauss, la méthode de Billings ou de la glaire cervicale, la méthode de la température basale) par 18,3% (66/361) des filles. Ce même pourcentage était retrouvé chez les garçons (55/301).
- les méthodes chirurgicales (vasectomie et ligature des trompes) par 9,1% (33/361) des filles et 4,3% (13/301) des garçons.
- les spermicides par 7,8% (28/361) des filles et 5% (15/301) des garçons.
- la contraception d'urgence par 1,1% (4/361) des filles et par 1,7% (5/301) des garçons.

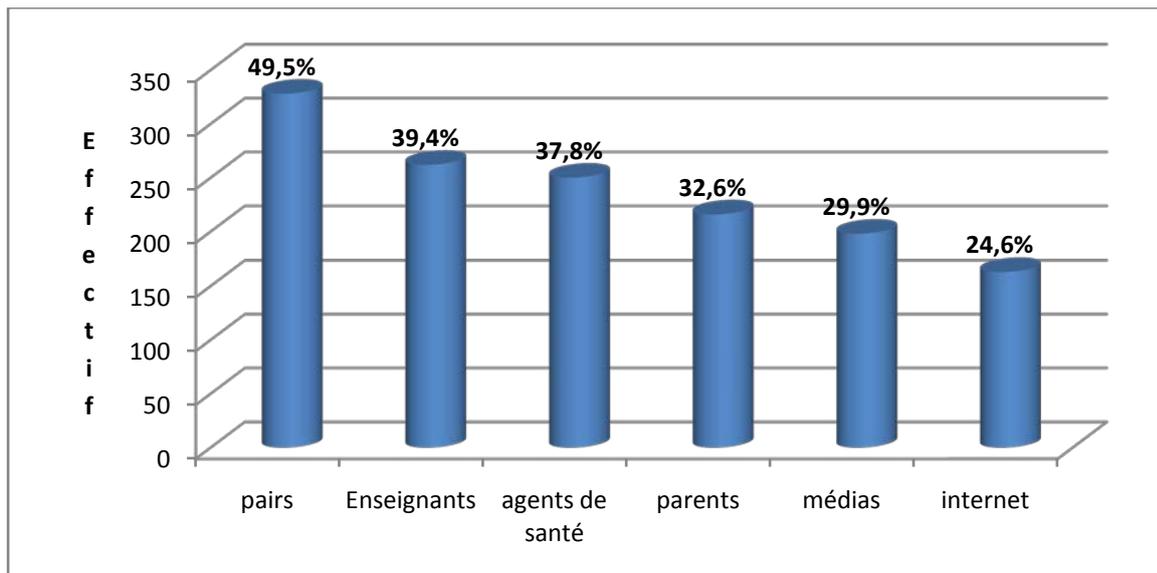
D'autres méthodes contraceptives ont été retrouvées par 10% (36/361) des filles et 5,3% (16/301) des garçons. Il s'agit de :

- la douche vaginale
- la pénétration anale hétérosexuelle pratiquée comme méthode contraceptive par les partenaires sexuels durant les périodes d'ovulation afin de réduire les risques de grossesse.

A toutes ces méthodes s'ajoutaient les ARV qui ont été mentionnés de manière erronée et aberrante.

### **III.1.3.7- Sources d'information en matière de sexualité.**

La figure 7 est un bilan des sources d'information des enquêtés en matière de sexualité. Les pairs étaient cités par 49,5% (328/662) des enquêtés.



**Figure 6: répartition des élèves selon la source d'information en matière de sexualité (n=662).**

### **III.1.3.8- Taux de fréquentation des centres d'écoute pour jeunes de la ville de Ouagadougou par les élèves**

Nous avons retrouvé que 6,90% (46/662) des enquêtés dont 6,6% (24/361) de filles et 7,3% (22/301) de garçons fréquentent les centres d'écoute pour jeunes.

Les principales raisons évoquées ont été :

- l'attitude réprobatrice des agents de santé par 93,2% (617/662)
- le manque de confidentialité par 85,5% (566/662).
- l'indisponibilité des agents de santé à écouter les jeunes pour leur apporter des réponses en matière de santé sexuelle et reproductive, par 88,1% (583/662) des enquêtés

### III.1.4- Habitudes sexuelles et comportements à risque

#### III.1.4.1- Expérience sexuelle

Globalement, 48,2% (319/662) de notre échantillon avait une expérience sexuelle. Les différences observées sont relatives au sexe, à l'âge et à la classe, le lieu de résidence, la religion et la fonction des parents.

- En fonction du sexe et de l'âge

Cent quatre-vingt-deux (182/301) soit 60,5% des garçons ont une expérience sexuelle contre 38% (137/361) des filles.

L'âge du premier rapport sexuel était  $15,9 \pm 2,2$  ans chez les garçons et  $17,4 \pm 2,6$  ans chez les filles. La moyenne d'âge au premier rapport sexuel variait de  $16,6 \pm 1,7$  ans pour les élèves burkinabè et 15 ans pour les élèves étrangers.

- En fonction de la tranche d'âge

Quarante-trois garçons des garçons sexuellement actifs soit 23,6% (43/182) avaient eu leur première expérience sexuelle entre [10-14] ans. Chez les filles sexuellement actives, 8% (11/137) l'avait été dans cette même tranche d'âge.

Dans notre série, 73% (100/137) des filles des filles sexuellement actives et 70,9% (129/182) des garçons sexuellement actifs l'ont été entre [15-19] ans.

Chez les élèves de plus de 20 ans on notait que 19% (26/137) des filles et 5,4% (10/137) des garçons étaient sexuellement actifs.

Globalement, avant l'âge de 20 ans, 94,5% (172/182) des garçons et 81% (111/137) des filles avaient déjà eu une expérience sexuelle. Si l'on rapporte la population des élèves sexuellement actifs à la population générale, 42,74% (283/662) d'entre eux dont 57,14% (172/301) des garçons et 30,74% (111/361)

des filles auraient eu leur première expérience sexuelle avant 20 ans avec une tendance des garçons à avoir des rapports sexuels précoces.

- En fonction de la classe

En classe de sixième, aucun des enquêtés n'a eu une activité sexuelle. En classe de cinquième 10,52% (2/19) avaient une expérience sexuelle ; 54,54% (12/22) en classe de quatrième ; 46,45% (72/155) en troisième ; 46,50% (113/243) en seconde ; 54,80% (40/73) en première et 59,25% (80/135) en terminale. La majorité des élèves sexuellement actifs quel que soit leur niveau d'étude a eu leur premier rapport sexuel avant 20 ans soit 71,78% (229/319).

- En fonction du lieu de résidence

Nous avons observé que sur les 48,2% d'élèves sexuellement actifs 84,3% vivaient chez leurs parents, 8,4% chez un tuteur ou une tutrice, 5,3% seuls en location, 1,8% avec leur conjoint ou conjointe et 0,3% vivaient en colocation avec des amis du même sexe.

### **III.1.4.2-Usage d'une méthode contraceptive au cours du premier rapport sexuel**

Aucune méthode contraceptive n'avait été utilisée lors de la première expérience sexuelle par 61,8% des élèves, 38,2% seulement en ont utilisé et c'est le préservatif qui était la seule méthode contraceptive.

### **III.1.4.3- Usage du préservatif au cours des rapports sexuels**

Cent quatre-vingt-un élèves (181/319) soit 56,73% des enquêtés sexuellement actifs utilisaient régulièrement le préservatif lors des rapports sexuels dont 55,50% (101/182) des garçons et 58,40% (80/137) des filles.

Cent six élèves sexuellement actifs (106/319) soit 33,22% l'utilisaient irrégulièrement dont 32,41% (59/182) des garçons et 34,30% (47/137) des

filles. Vingt-neuf (29/319) élèves sexuellement actifs soit 9,10% ne l'utilisaient jamais dont 5,50% (19/182) des garçons et 7,30% (10/137) des filles.

Les raisons étaient:

- le préservatif réduit le plaisir sexuel évoqué par 41,60% (57/137) des filles et 42,85% (78/182) des garçons sexuellement actifs.
- le refus du partenaire sexuel d'utiliser le préservatif cité par 41,60% (57/137) des filles et 42,30% (77/182) des garçons sexuellement actifs.
- la gêne de s'en procurer par 20,43% (28/137) des filles et 20,87% (38/182) des garçons sexuellement actifs.
- le manque de préservatif au moment du rapport sexuel a été évoqué par 34,30% (47/137) des filles et 32,96% (60/182) des garçons ("S'il y'a une occasion qui se présente et que je n'ai pas de préservatif, je fais sans" a dit un élève)
- D'autres raisons ont été évoquées par 13,13% (18/137) des filles et 15,54% (21/182) des garçons sexuellement actifs. Il s'agissait essentiellement d'allergies, du caractère parfois imprévu des rapports sexuels, la mauvaise qualité des préservatifs vendus dans les boutiques, la connaissance de leur statut sérologique du VIH par chacun des partenaires sexuels, la période d'infécondité du cycle menstruel.

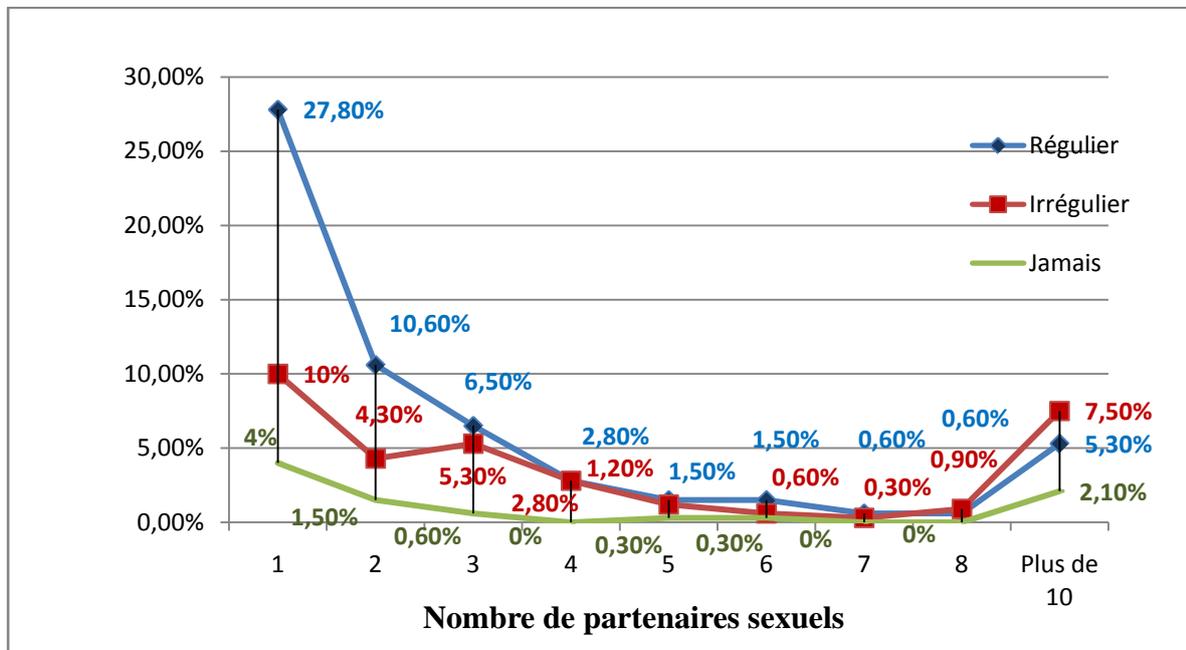
#### **III.1.4.4- Multipartenariat sexuel**

Le sexe ratio était de 1,3 et le nombre moyen de partenaires sexuels est de 2,1 pour les filles et 4,2 pour les garçons.

Sur les 48,2% (319/662) d'élèves sexuellement actifs, 63,50% (87/137) des filles avaient eu qu'un seul partenaire sexuel et 25,82% (47/182) des garçons. Dans notre étude, 5,10% (7/137) des filles ont eu plus de dix partenaires

sexuels différents de puis le début de leur activité sexuelle ainsi que 22,52% (41/182) des garçons.

Nous avons établi chez nos enquêtés un rapport entre multipartenariat sexuel et usage du préservatif.



**Figure 7: répartition des élèves sexuellement actifs selon le multipartenariat sexuel et l'usage du préservatif au cours des rapports sexuels (n=319)**

### III.1.4.5- Orientations sexuelles et pratiques sexuelles

Les élèves sexuellement actifs de notre échantillon se déclarent hétérosexuels. En plus de la voie vaginale, nous avons rapporté l'existence d'autres pratiques sexuelles existante à savoir les pratiques bucco-sexuelles et anales :

- Trente-quatre filles (34/137) soit 24,8 % pratiquaient la fellation
- Seize garçons (16/182) soit 8,8 % pratiquaient le cunnilingus.
- Quinze garçons (15/182) soit 8,2 % pratiquaient la pénétration anale avec leur partenaire sexuelle et ce sans utiliser de préservatif.

### III.1.4.6- Connaissance du statut sérologique du VIH

Trois cent quatre-vingt-neuf soit 58,8% (389/662) dont 61,8% (186/301) des garçons et 56,2% (203/361) des filles ignoraient leur statut sérologique du VIH.

Cent quatre-vingt-seize élèves sexuellement actifs (196/319) soit 61,44% ne connaissaient pas leur statut sérologique du VIH de leur(s) partenaire(s) sexuel(s) dont 70,87% (129/182) des garçons et 48,9% (67/137) des filles.

Nous avons établi un rapport entre la connaissance du statut sérologique et l'utilisation du préservatif chez les couples d'adolescents sexuellement actifs

#### ▪ Chez les filles

Cas du couple "son propre statut sérologique du VIH connu / statut sérologique du ou des partenaires sexuels connu" :

Quarante élèves (40/58) soit 69% des élèves dans ce cas utilisaient régulièrement le préservatif, 24,1% (14/48) irrégulièrement et 5,2% (3/58) ne l'utilisaient jamais

Cas du couple "son propre statut sérologique du VIH non connu / statut sérologique du ou des partenaires sexuels non connu" :

Dix-neuf élèves (19/40) soit 47,5% dans ce cas utilisaient régulièrement le préservatif, 40% (16/40) irrégulièrement et 12,5% (5/40) ne l'utilisaient jamais.

#### ▪ Chez les garçons

Cas du couple "son propre statut sérologique du VIH connu / statut sérologique du ou des partenaires sexuels connu" :

Vingt-quatre élèves (24/38) soit 63,2% dans ce cas utilisaient régulièrement le préservatif, 31,6% (12/38) irrégulièrement, et 5,3% (2/38) ne l'utilisaient jamais

Cas du couple "son propre statut sérologique du VIH non connu / statut sérologique du ou des partenaires sexuels non connu" :

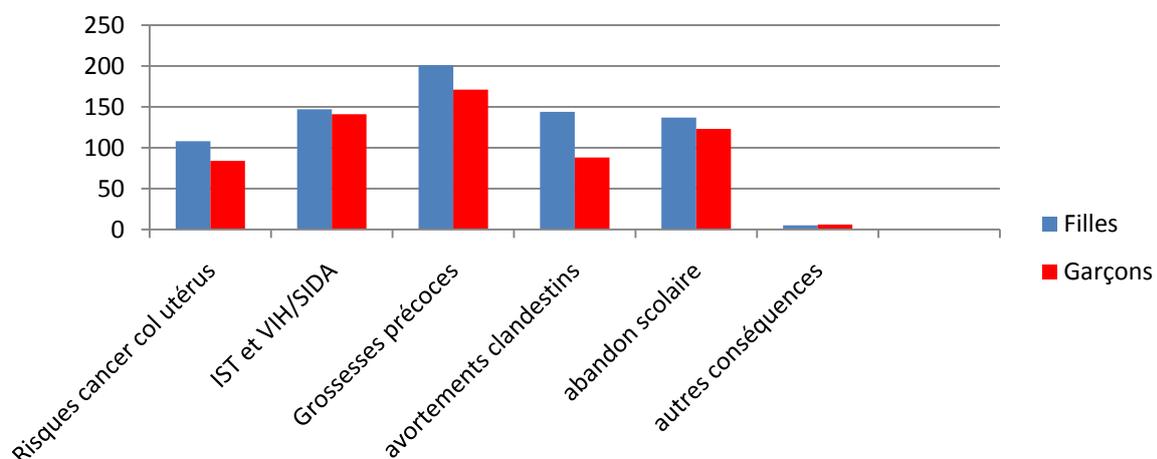
Quarante élèves (40/81) soit 49,4% dans ce cas utilisaient régulièrement le préservatif, 37% (30/81) irrégulièrement et 13,6% (11/81) ne l'utilisaient jamais.

### III.1.4.7- Connaissance de centres de dépistage volontaires du VIH

Quatre cent cinquante élèves soit 67,9% (450/662) des élèves ne connaissent aucun centre de dépistage volontaire dont 68,3% (274/361) de filles et 67,4% (203/301) de garçons.

La figure 8 indique les conséquences des comportements sexuels à risque mentionnées par les enquêtés. Il s'est agi par ordre décroissant de grossesses précoces, des IST/VIH/SIDA, l'abandon scolaire, les avortements clandestins, le risque de survenue du cancer du col de l'utérus.

D'autres conséquences ont été également mentionnées : le bannissement familial, la mortalité materno-fœtale, l'abandon des nouveaux nés par les filles mères, les lésions uéro-cervico-vaginales suites aux accouchements dystociques et l'immaturation de l'appareil génital de la jeune fille.



**Figure 8: Conséquences des comportements sexuels à risque**

## **IV-DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

### **IV.1-Limites de l'étude**

#### **IV.1.1-Limites**

Une enquête exhaustive il est évident aurait fourni certes des résultats plus fiables, mais nécessairement des moyens matériels et humains adéquats.

#### **IV.1.2-Biais**

Le risque de biais bien que difficilement contournable a été minimisé par :

- La mise en confiance des élèves par une explication détaillée et une réponse aux questions posées.
- Le caractère anonyme et confidentiel du questionnaire
- Notre présence et notre disponibilité à fournir des explications non seulement sur le questionnaire et sur la sexualité et les méthodes contraceptives. Nous avons reçu de nombreux appels téléphoniques de nombreux élèves qui ont manifesté leur intérêt pour notre étude.

#### **IV.1.3- Difficultés liées au sujet d'étude**

Nous avons adressé une demande d'autorisation d'enquête à la direction régionale des enseignements secondaire, supérieur qui a répondu favorablement à notre requête. Certains chefs d'établissements malgré la présentation de notre autorisation d'enquête ne nous ont pas réservé un bon accueil. Il nous a été demandé la suppression de certains items dont la teneur a été jugée osée. Ceci témoigne de l'impact psychosocial important de ce sujet dont l'abord reste délicat surtout dans le cadre d'une enquête de masse. Cependant une attitude venant de la part d'intellectuels et de surcroît des acteurs de l'éducation nous a énormément étonné car les objectifs de notre étude visent entre autre un apport

de solutions dans l'éducation de ses élèves en matière de santé sexuelle et génésique.

Ces attitudes témoignent de la difficulté et de l'intérêt de la maîtrise du profil socioculturel de ses acteurs de l'éducation d'une part et du profil socioculturel et socio-économique des élèves d'autre part afin d'élaborer de meilleures stratégies en matière d'éducation et de santé sexuelle et reproductive.

#### **IV.2-Caractéristiques générales de notre échantillon**

Dans notre étude, l'âge moyen des élèves était de  $15,7 \pm 1,4$  ans. BONZI [11], DIALLO [19], TOURE [74] et TANO-VE [72] ont fait le même constat.

Celui des filles était de  $18,1 \pm 1,7$  ans et celui des garçons de  $18 \pm 1,5$  ans. Ceci correspond aux résultats qui ont été retrouvés par BONZI [11], KONATE [33], KANON [31], BAYA [8] et TANO-VE [72].

Le sexe ratio était de  $0,8/1$ , inférieur à celui retrouvé par BONZI [11] ( $3,2/1$ ), KANON [31] ( $2,1/1$ ), SICARD [68] ( $2,1/1$ ) à Banfora, TANO-VE [72] ( $1,9/1$ ).

Cette infériorité s'expliquerait par le fait d'une part qu'il a été plus d'établissements dans la région du centre soit trois cent vingt-trois (323) environ selon l'annuaire statistique de l'enseignement secondaire du MESSRS 2009 - 2010 [40] avec une scolarisation plus importante des filles. L'une des priorités du gouvernement burkinabè en matière d'éducation est la promotion de l'éducation des filles. Il faut également noter que la population burkinabè est en majorité féminine 51.71% (RGPH 2006).

Les élèves de confession religieuse chrétienne étaient les plus nombreux (57,8%) confirmant les résultats de BONZI [11], TANO-VE [103] OUEDRAOGO [53], KOUWONOU et MUKAHIRWA et al [29] qui ont trouvé respectivement 53%, 74% et 82%. Les structures religieuses d'obédience chrétienne ont constitué la pierre angulaire du système éducatif au Burkina Faso

par la formation de l'élite d'avant et d'après les indépendances. L'école a constitué également un large canal de conversion à la religion chrétienne (protestant comme catholique).

Les élèves enquêtés étaient majoritairement d'ethnie mossie (74,6%). Le ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso dans la mise en œuvre de son programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement avait fait le même constat. [42].

Les élèves étaient célibataires dans leur majorité (97,3%) comme l'ont trouvé BONZI [11] (94,8%), KANON [31] (90,7%), SICARD [68] (90,7%), TANO-VE [72] (98,7%), MABIALA [37] (97,2%).

La prédominance de célibataires dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que notre enquête se soit effectuée en milieu scolaire.

Les élèves pour la plupart à cet âge vivent encore chez leurs parents ou chez un tuteur dont ils en dépendent socialement car beaucoup n'ont pas encore atteint l'âge de la majorité. Abordant dans le même sens, TOURE [74] notait que 83,7% des élèves vivaient chez leurs parents et 10,6% chez leurs tuteurs, chez KANON [31] 75,3% des garçons et 86,4% des filles résident chez leurs parents ou chez un tuteur, chez SICARD [68] 78,7% des enquêtés vivent chez leurs parents ou chez un tuteur, chez TANO-VE A [72], 77% vivaient chez leurs parents.

Dans notre contexte la majorité n'est pas exclusivement liée à l'âge mais aussi à l'indépendance économique. La plupart des élèves enquêtés soit 93,2% des enquêtés quel que soit leur âge dépendent toujours financièrement de leurs parents. Notre résultat était supérieur à celui de SICARD [68] qui lui a fait trouvé une proportion de 79,1%.

Abordant le volet profession des parents, nous avons trouvé que les élèves étaient en majorité enfants de fonctionnaires à hauteur de 42,1%, agriculteurs à

seulement à 13,5%. Ces résultats seraient tributaires du cadre de l'étude. Celle-ci a été menée en milieu urbain de la ville de Ouagadougou capitale économique du Burkina Faso où on retrouve la plupart des travailleurs de la fonction publique et du secteur privé. La population burkinabè dans son ensemble est en réalité à près de 90% rurale et agricole.

Nous avons noté une faiblesse des effectifs au niveau des classes du premier cycle du secondaire. Cela s'expliquerait en majeure partie par le refus des responsables d'établissements de nous donner l'autorisation d'administrer notre questionnaire aux élèves des classes de sixième, cinquième et quatrième arguant l'extrême jeunesse des élèves de ces classes et leur incapacité à répondre à des questions de sexualité. Seul le lycée Marien N'Gouabi a fait exception à la règle en acceptant que nous administrions notre questionnaire à tous les niveaux d'études. Nous devons donc les effectifs du premier cycle de notre échantillon à cette unique exception.

### **IV.3-Connaissances, des IST, attitudes et croyances sur l'infection à VIH, les contraceptifs et sources d'information en matière de sexualité.**

#### **IV.3.1-Informations sur le VIH/SIDA et les IST.**

A priori, les élèves enquêtés paraissent informés sur le VIH/SIDA et les IST. Plus de 80% de ses adolescents avaient entendu parler du VIH/SIDA. DEMBELE [18] et CISSE [13] au Mali trouvaient respectivement 81,1% et 94,4%, BONZI [11], SICARD [68], KANON [31] et SANOU [63] au Burkina Faso respectivement 91,7%, 92,2%, 93%, 99,2%, KAMALA et ABOUD [28] en Tanzanie 93,7%, RWENGUE [61] au Cameroun 97,1%, KOUWONOU et MUKAHIRWA [29] à Lomé 99%, TOURE [74] à Abidjan 99,3%. Notre résultat en était bien inférieur mais néanmoins d'un assez bon

niveau puisqu'il reflétait de manière exhaustive le niveau de connaissance des élèves de la ville de Ouagadougou en matière de VIH/SIDA.

Le plus souvent le niveau hypothétique d'informations au sujet du VIH/SIDA chez les enquêtés ne reflète pas toujours le niveau global de connaissance. Certains élèves se disent bien informés au sujet du VIH/SIDA alors qu'ils ont un niveau faible de connaissance de cette maladie. A ce propos, une recherche réalisée en Mars 2007 par SAWADOGO Alamissa et al.[65] chercheurs au centre d'études, de recherches et de formation pour le développement économique et social (CERFODES) au sein des universités de Ouagadougou, de Bobo-Dioulasso et de Koudougou sur l'analyse des perceptions, des attitudes et des pratiques des universitaires face au VIH/SIDA et leur réponse en matière de lutte contre ce phénomène. Chaque enquêté a tenté de donner une définition. Il ressort des données recueillies que la majorité des enquêtés éprouvaient de nombreuses difficultés dans cette définition. Dans l'ensemble, seulement 41,2% ont pu donner une définition approximativement juste. Cependant, 21,2% ont simplement affirmé qu'ils ne connaissaient pas ou qu'ils ne se rappelaient plus de la définition. Aussi, 37,6% des enquêtés ont donné des réponses fausses.

Parmi ces fausses réponses, on peut retenir les définitions telles que « Syndrome Déficience Active », « Syndrome D'immuno Déficience Humaine », « Syndrome Déficience Acquise », « Virus d' Instinct Humain », « virus immuno humain » [96].

La difficulté dans la définition pourrait être un des facteurs qui expliquent la négligence des « universitaires » face à ce fléau du VIH/SIDA. Les enquêtés ont reconnu eux-mêmes que le monde universitaire accorde peu d'importance à la lutte contre le SIDA.

La gonococcie était citée dans notre étude par 69,5% des enquêtés. KONAN et al. [30] en Côte d'Ivoire retrouvait 59,6%, CISSE [13] au Mali et SICARD [68] à Banfora qui ont trouvé respectivement 80,5% et 92 %.

La syphilis quant à elle était mentionnée par 66% de nos enquêtés. SICARD et al. [68] retrouvait 72,2%.

Human papilloma virus (HPV) responsable du cancer du col de l'utérus a été également cité comme IST. Il constitue dans notre pays un véritable problème de santé publique. Ce cancer selon KABRE [26] occupait en milieu hospitalier de 1995-1998 au Burkina Faso le 2<sup>ème</sup> rang des cancers gynécologiques (31,7%) après celui du sein (51). Dans la plupart des cas, le cancer du col de l'utérus se développe à partir d'une lésion bénigne due au papillomavirus humain (HPV). Toujours selon l'auteur, il serait intéressant, lors des différentes approches avec les adolescentes de faire ressortir ce lien "précocité de rapports sexuels et/ou grossesse précoce – cancer du col de l'utérus" afin de mieux les informer sur les risques encourus et encourager par ailleurs le test de dépistage du cancer du col qui doit être encouragé et proposé chez toutes celles qui sont en activité génitale.

Des non IST ont été citées comme IST prouvant qu'il existait néanmoins une certaine méconnaissance des IST en milieu scolaire. Ce sont : le tétanos, la rage, le choléra, la tuberculose, la drépanocytose, l'hémophilie, la bilharziose, la cataracte, le cancer du col de l'utérus

Bien que erronées certaines d'entre elles pourraient avoir une explication de par les représentations dont elles font l'objet dans notre société surtout traditionnelle :

- S'agissant du cas de la bilharziose, l'identification de cette maladie comme IST par les jeunes se justifierait traditionnellement. Au Burkina Faso, chez les Mossi, les IST sont dites "taor baa se" ou littéralement "maladies du bas ventre" incluant ainsi les parties

génitales, mais aussi les intestins, le foie. La bilharziose. Elle aurait peut-être été mentionnée à cause de cette représentation.

- La drépanocytose et l'hémophilie, de ux hémoglobinopathies de par leur transmissibilité génétique auraient été assimilées à des IST.

Les campagnes de sensibilisation de masse engagées ces dernières années par le gouvernement burkinabè et ses partenaires au développement ont sûrement joué un rôle déterminant dans l'information des populations sur le Sida. Cependant il faut souligner que le bon niveau global de connaissance du VIH/SIDA dans notre étude était fonction de l'âge et du niveau d'étude. Les élèves plus âgés avaient un meilleur niveau de connaissance que les plus jeunes. Ainsi, nous pouvons noter que l'âge et le niveau d'étude sont des facteurs importants dont il faut tenir compte pour apprécier le niveau réel de connaissance du VIH/SIDA chez les élèves.

#### **IV.3.2- Voies de transmission du VIH**

La connaissance sur les modes de transmission du VIH/SIDA constitue un aspect important dans la lutte contre ce phénomène. Nombreux sont ceux qui ont vu des parents ou de s proches mourir de maladies dont les manifestations font penser au SIDA.

Quel est alors le niveau de connaissance des enquêtés sur les modes de transmission du SIDA ?

Plus de trois quart des élèves enquêtés soit 87,9% identifiaient les rapports hétérosexuels non protégés comme la principale voie de transmission du VIH au Burkina Faso. Les mêmes proportions étaient retrouvées par KAMALA et ABOUD [28] en Tanzanie 86,7%, TOURE [74] à Abidjan 89,2%, RWENGUE [61] au Cameroun 93,5%, KANON [31], SICARD [68], BONZI [11] au Burkina Faso respectivement 96,2%, 96,6%, 97%, KONAN[30] en Côte d'Ivoire et CISSE [13] au Mali respectivement 98,3% et 99,5%.

Selon une étude menée par WILLIAMS G. et al. [78] dans trois pays africains, Nigéria, Tanzanie, Botswana, il est ressorti qu'en Afrique subsaharienne, les relations sexuelles non protégées étaient la cause de 90% environ des infections par le VIH chez les jeunes.

La transmission sanguine comme seconde voie de transmission du VIH a été citée par 72,5% des élèves. KAMALA et ABOUD [28] en Tanzanie retrouvaient 75,5%, KANON [31] et SICARD [68] au Burkina Faso 79,1% et 79,5%.

La transmission verticale était citée par 34,6% de s'enquêtés. Cette voie semblerait moins mentionnée parce que les campagnes de sensibilisation menées à l'endroit des jeunes auraient tendance à mettre l'accent sur la transmission sexuelle et la transmission sanguine. Pour ce faire, le Ministère de la Santé du Burkina Faso à l'instar d'autres pays dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique sectorielle a élaboré et mis en œuvre de nombreux programmes en faveur de la santé maternelle et infanto-juvénile. Il s'agit du Programme de Prévention de la Transmission VIH Mère - Enfant (PTME).

A la suite des précédentes voies de transmission du VIH, d'autres voies de transmission étaient mentionnées par 10% de s'enquêtés : il s'agissait de l'excision, la prostitution, les pratiques bucco-sexuelles (fellation) et anales (sodomie), la morsure d'un sidéen. BAYA [7] disait à ce propos que en plus de la circoncision et de l'excision, les différents sous-types du VIH, les pratiques sexuelles (rapports sexuels pendant les règles, la sodomie, utilisation de produits asséchants le vagin, prostitution, etc.) peuvent être incriminés et ailleurs l'importance respective des IST classiques dans les différents pays et surtout les différences entre pays dans l'accès à des services de qualité de prise en charge des IST ne devraient pas être oubliées.

Selon AMUYUNZU-NYAMONGO et BIDDLECOM et al, en 2005 cités par TANTCHOU YAKAM[70], les jeunes ont des connaissances

peu approfondies sur le VIH/SIDA et les IST. Ceci révèle le déséquilibre existant et persistant dans les politiques d'éducation orientées sur le VIH/SIDA et les IST. Des connaissances erronées sur les voies de transmission du VIH circulent chez nos enquêtés comme le fait de manger ou de boire avec quelqu'un qui a le SIDA, le fait d'utiliser des objets touchés par quelqu'un qui a le SIDA.

Malgré le niveau assez satisfaisant de nos enquêtés sur la connaissance des voies de la transmission du VIH, nous pensons que les gouvernements des pays africains doivent ensemble saisir l'opportunité de repenser une nouvelle génération de politiques et de programmes, c'est-à-dire associer dans la définition de ses interventions et leur mise en œuvre tous des acteurs communautaires et en particulier les bénéficiaires principaux que sont les adolescents. Ne pas relever ce défi hypothéquerait sérieusement les chances pour le Burkina Faso d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) auxquels il a pleinement souscrit.

#### **IV.3.3- Moyens de prévention du VIH/SIDA et les IST**

Tout comme les modes de transmission, la connaissance des moyens de protection et de prévention du VIH/SIDA et des IST constituent aussi un facteur déterminant dans la lutte contre le SIDA. En effet, la connaissance des modes de contamination et de ses moyens de prévention pourrait permettre d'adopter des comportements à moindre risque et d'éviter de se faire contaminer par le virus.

Concernant ces moyens de protection, nos enquêtés connaissent l'abstinence (59,8%), la fidélité (29,3%) et le préservatif (86%) comme moyens efficaces pour réduire les risques. Il existait malgré tout des lacunes en matière d'information ce qui implique qu'il faut renforcer les capacités des adolescents et des jeunes à mieux se protéger par des actions de communication surtout à l'endroit des plus jeunes en l'occurrence les élèves du 1<sup>er</sup> cycle qui non

seulement sous informés mais dont les connaissances sur les grossesses et les IST/VIH/SIDA sont encore plus lacunaires que ceux de leurs aînés.

Des études notamment celles menées par GRUNSEIT A. et KIPPAX S. citées par GAL-REGNIEZ [22] ont ainsi montré qu'une information exacte, donnée au moment et à l'âge voulus, encourage un comportement responsable et, contrairement à certaines idées reçues, retarde généralement le début de l'activité sexuelle. Pour que les individus puissent limiter les risques ou modifier leurs comportements, ils doivent également acquérir des aptitudes bien particulières et se sentir soutenus par leur milieu. Le manque d'information et de dialogue sur la sexualité a de lourdes conséquences pour les jeunes.

#### **IV.3.4- Connaissance de la définition d'une personne séropositive et attitudes des enquêtés vis-à-vis d'un élève séropositif.**

Quatre cent soixante-quinze enquêtés soit 71,8% ont défini une personne séropositive comme étant un individu infecté par le VIH mais non malade. Dans notre contexte, le SIDA est généralement décrit comme une maladie qui attire la honte sur toute la famille car le malade est toujours considéré comme coupable d'avoir mené une vie sexuelle non exemplaire dont le SIDA serait la sanction.

Selon GAL-REGNIEZ et al. [22], de nombreux adolescents condamnent durement les séropositifs. La discrimination constitue alors un enjeu de santé publique car elle compromet la prévention, limite le recours au dépistage et favorise le déni de la maladie par les personnes atteintes, tout en restreignant leurs recours aux traitements.

Cependant une certaine empathie existe et témoigne notre étude qui a révélé que 71,8% des enquêtés affirmaient qu'ils auraient de la compassion pour un élève sidéen (s'approcher de lui ou d'elle afin qu'il ou qu'elle ne sente pas seule, l'encourager à se rendre dans des centres de santé pour son traitement,

l'aider à faire ses exercices, manger avec lui, lui donner des conseils). Notre résultat corrobore celui de TOURE [74] qui a trouvé dans son étude sur les connaissances, attitudes, pratiques des collégiens d'Abidjan face au VIH/SIDA que 71,2% des adolescents ont affirmé adopter une attitude positive à l'égard de personnes porteuses du VIH : ainsi, 64,1% d'entre eux pensaient qu'un élève séropositif devrait être autorisé à rester à l'école, 58,9% affirment pouvoir serrer la main d'une personne infectée par le virus du sida, 47,3% et 41,4% accepteraient respectivement de manger et de vivre ensemble avec une personne vivant avec le VIH.

Cependant 24,9% de nos enquêtés ont affirmé par contre qu'ils seraient extrêmement prudents face à un élève séropositif (s'approcher de lui mais tout en prenant le maximum de précautions) et 3,3% l'éviteraient de peur d'être infectés à leur tour. KANON [31] en milieu scolaire de la ville de Banfora, retrouve un taux d'éviction plus important que le nôtre soit 36,2%. Au vu de ces résultats, force est de reconnaître que la discrimination existe bel et bien à tous les niveaux, non seulement socioprofessionnel mais aussi au sein de nos établissements scolaires. Il serait alors difficile pour un élève de dévoiler sa séropositivité à son entourage de peur d'être stigmatisé, abandonné de tous.

En effet, la plupart des adolescents considèrent que s'ils sont infectés par le VIH, leur vie est terminée car il n'y a pas de traitements, pas de remèdes et l'issue en est la mort, à plus ou moins longue échéance [55].

#### **IV.3.5- Connaissance des méthodes contraceptives**

Concernant les avantages de l'utilisation des contraceptifs, les élèves enquêtés pensaient qu'ils permettraient de lutter contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles.

La pilule, le préservatif et le norplant ont été les méthodes contraceptives les plus mentionnées par les enquêtés et ce par ordre décroissant. CISSE [13] au

mali a fait le même constat chez les adolescents scolarisés de la ville de Sikasso. La pilule était citée par 90,48% des élèves dont 53,7% des garçons et 46,3% et le préservatif par 65,71% dont 55,1% des garçons et 44,9% des filles.

Les méthodes contraceptives telles le stérilet ou dispositif intra utérin, les injectables étaient moins bien connues des élèves sans doute parce qu'elles sont plutôt des méthodes utilisées par les femmes dans les services de Planification Familiale (PF) pour leur effet prolongé. Les jeunes pour la plupart sont intéressés par des méthodes contraceptives dites mécaniques et de barrière (préservatif, pilules, spermicides...) avec comme préoccupation majeure l'éviction d'une grossesse non désirée et/ou la prévention des IST/VIH/SIDA.

Les méthodes naturelles (le coït interrompu, la méthode d'Ogino Knauss, la méthode de Billings ou de la glaire cervicale, la méthode de la température basale) ne sont pas en reste et sont citées par les filles et les garçons à hauteur de 18,3%. KOUWONOU et MUK AHIRWA [29] ont évalué le niveau de connaissances des méthodes de contraception dites naturelles par tranches d'âges chez les jeunes fréquentant le centre jeune de l'Association Togolaise du Bien Etre Familial (ATBEF). Les [10-14 ans], [15-19 ans], [20-24 ans] ont cité les méthodes naturelles respectivement à hauteur de 13,5%, 21,6% et 37%.

MABIALA [37] quant à lui a trouvé que 42,5% de ses adolescents sexuellement actifs utilisaient en majorité les méthodes contraceptives naturelles en particulier la méthode d'Ogino Knauss.

Nous constatons aussi par ailleurs que certains élèves ont une préférence pour les méthodes naturelles surtout lourdes de conséquences (VIH/SIDA/IST et grossesses non désirées...) parce qu'ils ne les maîtrisent pas. L'adoption d'une contraception d'urgence est le plus souvent consécutive à des rapports sexuels non ou mal protégés. Par exemple le préservatif n'a pas été utilisé ou que celui-ci s'est déchiré ou il a glissé, la prise de la pilule n'a pas été respectée, les spermicides ont été mal utilisés.

Des enquêtés ont mentionné la pénétration anale hétérosexuelle comme étant une méthode naturelle qui pratiquée par les partenaires sexuels durant les périodes d'ovulation peut réduire la survenue d'une grossesse non désirée. Cette pratique sexuelle se faisant dans notre série sans utilisation de préservatifs multiplie le risque de contracter le VIH.

Quant aux méthodes chirurgicales (vasectomie et ligature des trompes), elles sont peu d'actualité dans notre contexte car il s'agit de méthodes contraceptives définitives et leur délivrance fait suite à une décision médicale. Seulement 9,1% des filles et 4,3% des garçons en ont fait cas. KOUWONOU et MUKAHIRWA [74] au Togo ont trouvé que respectivement 4% des garçons et 8% des filles fréquentant le centre jeune de l'association togolaise du bien être familial (ATBEF) ont mentionné la ligature des trompes et 1% seulement des garçons et des filles ont fait cas de la vasectomie.

Les ARV ont été mentionnés de manière erronée et aberrante comme faisant partie intégrante des méthodes contraceptives orales ce qui prouve que les élèves ont des connaissances approximatives des méthodes contraceptives. Par ailleurs des rumeurs mettant en cause la qualité et l'efficacité des produits de contraception circulaient chez nos enquêtées dont certains croyaient que leur utilisation entraînerait la stérilité. Il nous a été cité à titre d'exemple le cas d'une connaissance qui n'arrive plus à tomber enceinte ou a mis du temps avant de l'être à nouveau suite à l'utilisation d'une méthode contraceptive. La question qui est revenue le plus souvent était la suivante : " Quelle est alors la méthode contraceptive la mieux adaptée pour les jeunes filles ?".

Ce négativisme se répercute très d'angereusement sur la pratique contraceptive dans la mesure où les pairs jouent un rôle important dans la chaîne des sources d'information en matière de sexualité.

### IV.3.6-Sources d'information en matière de sexualité

Concernant les sujets liés à la sexualité, les premiers interlocuteurs des adolescents sont les amis. Ceci est plus l'apanage des garçons qui appartiennent souvent à des groupes non mixtes qui se réunissent très régulièrement après le travail ou l'école.

Il se pose le problème du caractère tabou de la question de la sexualité dans nos sociétés africaine lourde de conséquences, aussi bien pour les jeunes que pour les adultes. Des parents, même intellectuels répugnent encore à aborder un tel sujet avec les enfants, ce qui fait que l'éducation sexuelle en famille est presque inexistante. Donc du fait de son caractère tabou, cette sexualité qui s'impose aux jeunes est entourée de mystère et la résultante de cette situation est que les jeunes ne sont pas correctement informés sur la sexualité. Les messages sur le sexe qu'ils reçoivent des membres de leur famille, enseignants, pairs et des médias sont souvent contradictoires, entre "pratiquez l'abstinence jusqu'au mariage" d'un côté et "ayez des rapports sexuels aussi souvent que possible" de l'autre. Les jeunes se tournent alors vers les groupes de pairs qui vont diffuser des messages d'information qui dans la plupart des cas sont erronés, à caractère sensationnel ou incitatifs.

Dans notre étude, les pairs ont constitué la principale source d'information en matière de sexualité soit 49,5% de nos enquêtés qui en ont fait cas. BONZI [11] a trouvé que 60% des enquêtés avaient cité les pairs comme principale source d'information.

Cependant les jeunes accordent une grande importance à la qualité de l'information qui pourrait être fournie par les enseignants ou par le personnel de santé. Des entretiens qualitatifs nous montrent que pour les jeunes scolaires, le système éducatif formel ou non formel peut donner accès à une éducation de base sur le corps humain, la contraception et les IST/VIH/SIDA, notamment grâce aux cours de biologie mais aussi grâce à d'autres matières (civisme,

économie sociale et familiale). GAL-REGNIEZ A. et al. [22] ont fait le constat que les jeunes sont favorables à l'éducation sexuelle aussi bien au primaire qu'au secondaire. Ainsi quatre cinquième de s adolescents qui ont fréquenté l'école affirment qu'il est important que l'éducation sexuelle soit enseignée à l'école et que les 12-14 ans puissent obtenir des informations expliquant comment éviter le sida et comment utiliser le préservatif.

Les enseignants occupaient la seconde place cités par 39,4% des élèves. KANON [31] et BONZI [11] ont fait le même constat en trouvant respectivement 38,5% et 65,7%. Cependant ces derniers manquent de compétences dans la transmission des informations relatives à la santé sexuelle et de la reproduction et certains ne se sentent pas officiellement mandatés pour le faire. De plus, certains enseignants évoquent un calendrier chargé avec le respect strict des feuilles de route (programmes de cours) qui ne leur permet pas d'insérer d'autres cours au risque de ne pas achever les programmes.

En plus du personnel éducatif, le personnel sanitaire est une source plébiscitée par les adolescents (source formelle d'information). Il est mentionné comme source d'information sur les méthodes contraceptives et les IST/VIH/SDIDA. Bien que cette source soit souvent jugée la plus crédible, elle semble peu accessible pour diverses raisons et témoigne le faible effectif d'enquêtés dont 6,6% des filles et 7,3% des garçons qui ont dit fréquenter les centres d'école pour jeunes de la ville de Ouagadougou. Cette situation s'explique par cette attitude de certains prestataires qui lorsqu'ils ont en face d'eux des adolescents les jugent trop jeunes pour avoir recours à des services de Santé de la Reproduction. Les adolescents ont besoin d'un cadre adéquat empreint de cordialité et de sincérité de la part du praticien afin de pouvoir bien s'exprimer et se confier dans le cadre de leur quête d'information.

Les parents, les médias, internet occupent le bas de l'échelle des sources d'information des adolescents, cités respectivement par 32,6%, 29,9% et 24,6%

des enquêtés. TOURE [74] fait cas des médias comme principale source d'information à 99,3%. KANON [31] trouve que 58% des enquêtés ont cité la radio et 45,5% les journaux tandis que chez BONZI [11] la radio est citée à 82,4% et les journaux à hauteur de 74,7%.

Les nouvelles technologies de l'information occupent une place non négligeable dans la quête d'informations. Quand elles sont utilisées à bon escient, elles constituent de bonnes sources d'informations. Malheureusement des informations sensationnelles et incitatifs sur la sexualité y circulent et peuvent de ce fait influencer les adolescents dans leur manière de concevoir et d'appréhender la sexualité.

L'idéal en la matière serait de cibler les jeunes adolescents et rendre obligatoires les programmes d'éducation sexuelle. Les adolescents entre 12 et 14 ans devraient être les cibles primaires de l'éducation sexuelle à l'école parce que la plupart d'entre eux sont à l'école et qu'ils n'ont pas encore eu de rapports sexuels. Dans l'idéal, l'éducation sexuelle devrait commencer dans les petites classes du primaire pour monter en puissance en fin du primaire et au tout début du cycle secondaire. Considérer l'éducation à la prévention du VIH et des grossesses comme une composante obligatoire des programmes académiques permettra d'améliorer la couverture des programmes scolaires.

#### **IV.4- Habitudes sexuelles et comportements à risque**

##### **IV.4.1- Expérience sexuelle**

La vie sexuelle de nos enquêtés débute pour une grande partie d'entre eux assez précocement. Près de la moitié de nos enquêtés soit 42,8% avait eu une expérience sexuelle dont plus de la moitié des garçons et plus du tiers des filles. Environ 30,74% des filles et 63,13% des garçons de 10 à 19 ans ont eu des rapports sexuels. La proportion de jeunes sexuellement actifs augmente rapidement avec l'âge et croît significativement après 14 ans

KOUWONOU, MUKAHIRWA [29] qui ont trouvé un âge moyen de 16,6 ans, KANON [31] et SICARD [31] eux ont trouvé un âge moyen de  $15,6 \pm 2,5$  ans chez les garçons et  $17 \pm 1,6$  ans chez les filles.

BONZI [11] quant à lui retrouvait un âge moyen de  $17,4 \pm 1,7$  ans chez les filles et  $16 \pm 2,3$  ans chez les garçons.

TOURE [74] lui, rapportait que plus de la moitié des élèves enquêtés soit 56,1% a eu des rapports sexuels. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans chez les filles et 15,28 ans chez les garçons.

Chez MALABIA [37] on note un âge plus précoce à la première expérience sexuelle. Il a trouvé que 52,7% des élèves avaient une expérience sexuelle dont 57% des filles et 43% des garçons et ce en majorité avant l'âge de 14 ans. Chez CISSE [13] 75,7 % des adolescents scolarisés étaient sexuellement actifs dans l'intervalle d'âge de [10-15 ans].

Dans notre série, 61,8% des adolescents n'ont utilisé aucune méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel. KOUWONOU et MUKAHIRWA [29] ont trouvé que 74% des élèves n'en avaient pas eu recours. Ceux qui en avaient utilisé une, était la méthode d'Ogino Knauss par 18%.

Les adolescents qui débute assez précocement une vie sexuelle sans avoir des connaissances adéquates en matière de sexualité. Ceci pourrait s'expliquer en partie par l'influence des médias (films, publicités etc.), le caractère tabou de la sexualité dans la société, la faible disponibilité des parents à assurer l'éducation sexuelle de leurs enfants qui sont en majorité des fonctionnaires dans notre cas. Dans notre étude l'activité sexuelle débute en classe de cinquième.

#### **IV.4.2- Usage du préservatif au cours des rapports sexuels**

L'utilisation du préservatif chez les enquêtés était faible. Seulement 27% des élèves sexuellement actifs de notre série en faisaient un usage régulier. Dans

notre étude, les enquêtés ont évoqué plusieurs raisons à la non utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels dont entre autre :

- La réduction du plaisir sexuel
- Le refus du partenaire sexuel : il s'agit là d'une situation complexe. Selon SOUBEIGA [69] la psychologie d'un tel sentimentalisme suppose que la confiance absolue en l'autre doit entraîner de ce fait le non recours aux mesures de protection dont l'usage du préservatif.
- La gêne d'aller en acheter qui illustre à ce point la sexualité est taboue.
- Le caractère imprévu des rapports sexuels
- La connaissance de leurs statuts sérologiques du VIH par chacun des partenaires sexuels. Dans ce cas précis, le volet sentimental est en plus doté de la légitimité d'une biographie biologique non vulnérable (sérologie du VIH négative) qui tous les deux réunis autoriseraient à ne pas avoir recours à des moyens de protection.
- La partenaire sexuelle n'est pas en période d'ovulation. Dans ce cas de figure, ni le risque de grossesse ni les risques de contracter les IST et le VIH/SIDA ne sont redoutés et donc sont relégués en second plan.
- L'exploration et l'identification de motivations profondes psychosociales et culturelles de ces différents comportements sexuels à risque sont essentielles dans l'élaboration de politiques stratégiques dont l'objectif final est un changement de comportement.

#### **IV.4.3- Multipartenariat sexuel et pratiques sexuelles**

La majorité des adolescents sexuellement actifs soit 63,5% de filles n'avaient qu'un seul partenaire contre seulement 25,8% des garçons.

Les garçons étaient les plus nombreux à avoir eu plusieurs partenaires soit 22,5% pour seulement 5,1% des filles.

Les pratiques bucco-sexuelles et anales sont d'actualité chez nos enquêtés. Il s'agit de la fellation, du cunnilingus et de la sodomie. Il est important de souligner une facette très importante de la pratique de la sodomie par certains enquêtés comme méthode contraceptive afin de minimiser le risque de grossesse. Cette pratique est fortement à risque d'IST et de VIH/SIDA d'autant plus qu'aucune protection n'est prise.

#### **IV.4.4- Connaissance du statut sérologique du VIH**

Chez les élèves sexuellement actifs, l'influence de la biographie sexuelle serait à l'origine d'une vulnérabilité due au multipartenariat sexuel et aggravée par la non protection de rapports sexuels. La présence de cette vulnérabilité sexuelle peut conduire au refus du dépistage.

L'absence de tout rapport sexuel dans la biographie sexuelle peut rendre la nécessité du dépistage injustifiable à cause de la très forte connotation VIH-rapport sexuel. Cette attitude est constatée chez certains réticents dont la biographie sexuelle est vierge de tout rapport sexuel. C'est le cas de 40,2% des garçons et 61,5% des filles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels. Il est banni toute possibilité de contamination par voie sexuelle. La réduction de l'infection au seul aspect sexuel de la transmission peut développer le refus de dépistage.

Le cas inverse peut se produire. En effet, si la biographie sexuelle vierge peut entraîner le refus, elle peut être à l'origine aussi d'un comportement d'adhésion se trouvant être soutenu par une altérité négative d'adhésion qui confère donc la même légitime assurance contre l'infection "n'a jamais eu de rapports sexuels, donc ne peux jamais avoir le sida".

#### **IV.4.5-Connaissance de centres de dépistage volontaires du VIH par les élèves**

La situation de rapports distants avec les structures susceptibles d'apporter l'information juste et éclairante sur les questions du VIH/SIDA en générale est celle par laquelle l'élève perd l'opportunité de s'informer. En retournant la perspective, l'information allant de ces structures aux élèves accuse aussi une limite car du point de vue de son contenu, elle n'éclaire pas suffisamment et c'est avant tout l'invite à faire le dépistage ou la nécessité de se protéger au moyen du préservatif qui prévaut. L'information demeure abstraite, imprécise quant à son contenu.

Nous avons noté que de plus de la moitié des élèves enquêtés ne connaissent pas d'adresses de centre de dépistage volontaire du VIH 67,4% des garçons et 68,3% de filles. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Conseil National de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA (CNLS IST-VIH/SIDA) ont été cités de manière erronée comme étant des centres de dépistage volontaire du VIH. Les associations de lutte contre le SIDA dans le cadre de l'information et la sensibilisation des adolescents gagneraient à réviser leurs techniques d'approche et de communication pour un meilleur changement de comportements.

#### **IV.4.6-Conséquences des comportements sexuels à risque**

Notre enquête a révélé que même si les connaissances des élèves sexuellement en rapport avec leur sexualité et à l'infection à VIH/SIDA sont "bonnes", ces derniers n'adoptent pas des comportements adéquats à la prévention des risques qu'ils encourent. Il s'agit là de la conclusion à laquelle nous sommes parvenue au terme de notre recherche.

## CONCLUSION

De nos jours, la sexualité pendant l'adolescence devient de plus en plus précoce avec comme conséquences des grossesses non désirées, des avortements provoqués clandestins, le VIH/SIDA et les IST.

La gestion de cette sexualité et la prévention de ses conséquences deviennent un impératif. Plusieurs barrières d'ordre éducatif, médical, psychologique, social, financier s'opposent à l'utilisation de ses méthodes contraceptives ainsi qu'à la prévention et la lutte contre le VIH, les IST et les grossesses précoces.

Notre étude portant sur les connaissances, attitudes, pratiques des collégiens et des lycéens de la ville de Ouagadougou en matière de sexualité et leurs perceptions liées aux IST et VIH/SIDA nous a permis de faire le constat suivant : Tout porte à croire que les élèves sont conscients de ses normes conséquences de leur sexualité qu'ils ne maîtrisent pas mais prennent néanmoins d'énormes risques. Les déterminants de ces comportements sexuels sont multiples et variés.

Les parents, les structures associatives, éducatives et sanitaires bien que ouvertes à tous les jeunes quelque soit leur statut social ne jouent pas suffisamment leur rôle dans l'éducation sexuelle des jeunes. Les parents constituent la principale source d'information en matière de sexualité et la conséquence en est une sexualité débutée précocement avec un âge moyen de 15 ans associée à une adoption de comportements sexuels à risque à savoir, les rapports sexuels non protégés, le multipartenariat sexuel, les pratiques bucco-sexuelles (fellation, cunnilingus) et anales (sodomie).

D'une façon générale, une sous fréquentation des centres d'écoute pour jeunes a été notée. Le personnel de santé est remis en cause par les élèves. Les principales conséquences de cette sous fréquentation est la méconnaissance des

méthodes contraceptives, la méconnaissance pour la majorité des élèves de leur statut sérologique du VIH même si la loi constitue un frein pour le test de dépistage des élèves mineurs.

D'autres études plus élargies et en prenant compte les différents aspects du problème de la sexualité des adolescents notamment les aspects psychosociaux et culturels pourraient d'avantage contribuer à élaborer de meilleures stratégies visant l'objectif final de changement de comportements.

## **SUGGESTIONS**

### **1-Au Directeur de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des Personnes Agées (DASPAJ) :**

- Redynamiser les centres d'écoute pour jeunes
- Incorporer la contraception de l'adolescente dans la formation continue des prestataires de service de planification.
- Promouvoir l'information des groupes cibles adolescents par l'intermédiaire des médias.

### **2-A l'endroit du Ministre des Enseignements Secondaire, Supérieur.**

- Introduire un module de santé de la reproduction dans le programme des jeunes dès les classes de sixième.
- Publier les résultats de recherches sur les problèmes de santé des adolescents et en tenir compte dans l'élaboration des programmes d'éducation.

### **3-Aux prestataires de santé des centres d'écoute pour jeunes**

- Améliorer la qualité l'accueil lors des prestations avec les adolescents.

### **4-A l'endroit des parents**

S'impliquer d'avantage dans l'éducation sexuelle des enfants en communiquant avec eux.

### **5-A l'endroit des adolescents et des jeunes du milieu scolaire**

- Approcher un personnel qualifié pour avoir des informations justes et vraies en matière de sexualité et sur la contraception.
- Faire le test de dépistage du VIH
- Adopter des attitudes à moindre risque de transmission des IST et du VIH.
- Eviter les comportements à risque tels que l'alcoolisme et la toxicomanie

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial.** Etude pour l'identification de s besoins des parents dans le domaine de la communication en matière de sante sexuelle et de la reproduction .Rapport final, Ouagadougou: ABBEF, 2000.
- 2. AKPAKA O., YARO Y.,**L'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso, In institut international de planification de l'éducation IPE, <http://www.unesco.org/iiep>, 2005.
- 3. BADINI/KINDA F., BADINI A., ZARE/KABORE W., Association d'appui et d'éveil PUGSADA,** Etude sur le harcèlement sexuel des filles en milieu scolaire au Burkina Faso, Décembre 2008.
- 4. BADINI A.,** Naître et grandir chez les Moosé traditionnels, Découvertes du Burkina, Paris-Ouagadougou : SEPIA-ADDB, 1994.
- 5. BAKYONO L., DA SANSAN J-B., KYELEM M, SEDGHO/HEMA S., SOME S,** Module de formation des enseignant<sup>3</sup> du secondaire à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, DEmp/ CNLS/PPLS, Mars 2001.
- 6. BANKOLE A., et SINGH S.,** Condom use f or p reventing S TI/HIV a nd u nintended pregnancy among you ng m en i n S ub-Saharan A frica, communication p résentée l ors d u Séminaire IUSSP, Gaborone, Botswana, 13–17 juillet 2003.
- 7. BAYA B., MEDA N., XXIV CONGRES GE NERAL DE L'UIESP SALVADOR DE BAHIA – BRESIL,** Séance 04 : Facteurs déterminants du SIDA Comportement des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et MST/VIH/SIDA: E s poir ou I nquiétude ? 18 a u 24 A oût 2001 : 24.
- 8. BAYA B.,**Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH : e s poir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, 1994.
- 9. BENINGUISSE G.,** Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne, Paris, AFD; CEPED; Karthala. 2007 : 38

**10. BIDDLECOM A.E et aL.,** Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées, New York :Guttmacher Institute 2008.

**11. 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 n° 314 : Ouagadougou FSS, 1995.

**12. CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHE SUR LA POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT (CERPOD),** Etude régionale sur la Santé de la Reproduction de s Adolescents dans le Sahel – Recherche qualitative sur les tendances et les déterminants de la contraception moderne chez les adolescents au Burkina Faso, au Mali, au Niger, série "rapport de recherche" Vol. n°1, Septembre 1996.

**13.CISSE H.,** Etude comparative des connaissances attitudes et pratiques des adolescents scolaires et non scolaires en matière d'IST/SDA dans la commune de SIKASSO, Thèse de médecine, Université du Mali, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2002.

**14. CHRONIQUE DU CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT (CEPED),** L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique, n°37, avril-juin 2000.

**15. DAILLY A. P.,** Discours préventifs du sida et lycéens abidjanais (Abidjan-Côte d'Ivoire) : analyse et réception, mémoire de master recherche, université de la Sorbonne nouvelle, paris 3, UFR Communication, 2006 : 130.

**16. DAKUYO L.M.**Analyse de la situation du VIH/SIDA au Burkina Faso, Programme APAC, SP/CONAPO-BF. 2002 : 85.

**17. DECRET N°2010 /065/PRES/PM/MESSRS/MEBA/MASSN/MJE/MS du 22 février 2010** portant adoption du document d'orientations stratégiques en matière d'IST/VIH/Sida, de nutrition et des autres problèmes de santé dans le secteur de l'éducation. Journal Officiel N° 13 du 1<sup>er</sup> Avril 2010.

- 18. DEMBELE N. A,** Impact de la connaissance du VIH et SIDA sur le comportement sexuel chez les élèves dans deux établissements scolaires de Sikasso, Programme des subventions ROCARE (Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education) pour la recherche en éducation, 2009 : 39.
- 19. DIALLO C.,** Comportements sexuels à risques des jeunes scolaires dans le contexte du VIH/SIDA : cas du lycée Philippe Zinda KABORE de Ouagadougou, Mémoire de fin d'étude de diplôme de technicien supérieur en soins infirmiers et obstétricaux, 2004.
- 20. DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE** « plan stratégique sante des jeunes 2004-2008 », Juin 2004.
- 21. DIRECTIVES NATIONALES SUR LA SANTE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE AU BURKINA FASO.,** 1<sup>ère</sup> édition, Janvier 2008.
- 22. GAL-REGNIEZ A. et al.,** Protéger la prochaine génération au Burkina Faso : nouvelle évidence sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents, New York : Guttmacher Institute, 2007.
- 23. GREGOIRE L.J., TIENDREBEOGO J., SABA M., BOILY H., MARTIN F.,** VIH/SIDA et développement au Burkina Faso; PNUD, CNLS-IST Burkina Faso ; Université LAVAL 2003.
- 24. GUILLAUME A.,** l'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences, Document de recherche n°7, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Équipe de recherche Population-Santé. Laboratoire Population-Environnement-Développement, Unité Mixte de Recherche IRD-Université de Provence 151, Septembre 2005.
- 25. GUIELLA G.,** Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux, Occasional Report, New York : The AlanGuttmacher Institute, N°12, 2004.
- 26. KABRE Y.,** Contraception chez les adolescentes dans les centres jeunes de la ville de Ouagadougou : profil socio-démographique et pratiques, thèse de médecine OUAGADOUGOU, URF/SDS n°109, 2007-2008.

- 27. KAPLAN H.S.,** La nouvelle thérapie sexuelle : traitement actif des difficultés sexuelles, traduction par Claude Frégnac, préfacée et éditée par le Dr Michel Meignant, Paris, Buchet et Chass, 1979.
- 28. KAMALA B.A., ABOUD S.,** knowledge, attitudes and practices on hiv prevention among secondary school students in bukoba rural, kagera region- tanzania , Dar es Salaam Medical Students Journal Vol. 14 N° 1 April, 2006: 39.
- 29. KOUWONOU K., MUKAHIRWA P.**Enquête Evaluation du Centre Des Jeunes de l'ATBEF à LOME "EVACJEUNE ", Santé Familiale et Prévention du SIDA, Projet Régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, URD, 1998 :101.
- 30. KONAN C.**Enquête d es C onnaissances, Attitudes e t P ratiques (CAP) d es él èves et enseignants sur les IST, le VIH/Sida, et les grossesses et Analyse situationnelle des OEV dans les DREN d'Abidjan-1, Aboisso, Man et Korhogo » Projet d'Urgence Multisectoriels de Lutte contre le S ida. ( PUMLS), l a D irection d e l a M u tualité et d es Œu vres S ociales en M i lieu Scolaire (DMOSS) 2009-2010.
- 31. KANON S.,** Conduites sexuelles à risques d'infection et connaissances du SIDA en milieu scolaire urbain de la ville de Banfora, Thèse de médecine n°148 : Ouagadougou FSS, 1991.
- 33. KONATE M.B.,** Connaissances, attitudes, pratiques des jeunes de la ville de Ouagadougou en matière de Planification Familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle, Thèse de médecine n°143 : Ouagadougou FSS, 1991.
- 34. LIBOKO N. S. L.,** Facteurs explicatifs des comportements sexuels des femmes en Afrique subsaharienne : cas du Cameroun, Yaoundé, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Mémoire DESSD+annexes, 2001 : 101.
- 35. LOUGUE S.,** Déterminants des comportements sexuels des femmes dans le contexte des IST/SIDA au Burkina Faso, Université de Yaoundé II, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Mémoire de Diplôme d'études Supérieures Spécialisées en démographie (D.E.S.S.D) 2005.
- 36. LWANGA J. B., OTHIENO C., JITTA J.,** Childhood Sexuality: Knowledge, attitudes, practices and behavior in Mayuge District, Educational program on sexual health and HIV/AIDS/STDS for rural in and out of school children and their families in Uganda (pilot phase, baseline study) :Uganda Youth Anti AIDS Association (UYAAS) in Collaboration with International Solidarity Foundation (ISF Finland), 1st October, 2005.

- 37. MABIALA BADELA J.R. et al. ,** La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 : 37, 510-515 ; web : [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- 38. MAIGA A.,** Influence des facteurs culturels et économiques sur les comportements sexuels à risque de VIH/SIDA chez les adolescentes au Burkina Faso, Yaoundé, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Mémoire DESSD, 2003 : 89.
- 39. MEBA, MESSRS,** Rapport national sur le développement de l'éducation au Burkina Faso, 2004.
- 40. MESSRS, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION :** Annuaire statistique de l'enseignement secondaire 2009-2010, Juin 2010.
- 41. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES.,** Education : Instruction-Alphabétisation-Scolarisation ; INSD, Octobre 2009.
- 42. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES,** Bilan de la mise en œuvre du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement quinze ans après (CIPD+15), 2009.
- 43. MOLOUA F. et al.,** "Comprendre la sexualité précoce des adolescentes", Adjibade A. K. et al. L'enfant en Centrafrique. Famille, santé, scolarité, travail, UNICEF, KARTHALA, Paris, 2004 : 394.
- 44. MUKAHIRWA P.,** Rapports de genre et perception des jeunes Loméens vis-à-vis de leur sexualité : Colloque International Genre, population et développement en Afrique ; Abidjan : UEPA, INED, ENSEA, IFORD ; Juillet 2001 ; 16-21.
- 45. MVE ONA U. L.,** Institut Sous-régional des Statistiques et d'Economie Appliquée (ISSEA), La consommation d'alcool en milieu scolaire : cas de la ville de Yaoundé. Etude CAP sur l'alcoolisme chez les élèves des écoles secondaires, commune de Goma. Juin 2006 : 72.
- 46. NATIONS-UNIES,** World Population Prospects: The 2002 Revision, Vol. II, New York: Nations-Unies, 2003.
- 47. N'BOUKE A.,** Normes vis-à-vis du recours à l'avortement et de sa légalisation à Lomé (Togo) : l'opinion des femmes et des professionnels de la santé. Unité de Recherche Démographique de Lomé. Enquête pour la Planification Familiale, OMS. 2002 : 526-540.
- 48. NDEYE A. N.,** Sexualité en milieu scolaire dakarois : comportements, connaissances et perceptions liées au VIH/SIDA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département de Sociologie, Mémoire de Maîtrise, 2007-2008.

- 49. NEL VAN BEELEN, KERNOHAN V.,**Echange sur le VIH/sida, la sexualité et le genre, Royal Tropical Institute, Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service, Information and Library Services, 3<sup>ème</sup> numéro, 2007 : 16. web : <http://www.exchange-magazine.info/fr>.
- 50. NETWORK EN FRANÇAIS,** janvier 1994, volume 9.
- 51. NIKIEMA H.,** De la sacralité de la vie à sa divination, mémoire de Koumi, Mai 1992.
- 52. ONUSIDA/OMS,**Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, Le Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé, (OMS), Le point sur l'épidémie de SIDA, Genève:ONUSIDA/OMS, 2006.
- 53. OUEDRAOGO A., LORENZ N., ZINA Y.,** Sexualité et SIDA. Etude CAPC en milieu scolaire à Ouagadougou (1998). Résultats préliminaires. Burkina Faso : Mini Santé et de l'Action Sociale, 1990 : 42.
- 54. OUEDRAOGO C., WOOG V., et OUEDRAOGO O .,** Les adultes face aux comportements sexuels des adolescents : difficultés et enjeux, Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, No. 32, 2007.
- 55. OUEDRAOGO C., WOOG V., ET SONDO G.,** Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, résultats d'une enquête nationale en 2004. Occasional Report, New York : Guttmacher Institute, N°20, 2006.
- 56. OUEDRAOGO CHRISTINE., SONDO GUEDALIA .,** Mieux comprendre les comportements des jeunes en matière de sexualité et face aux IST : le rôle des données qualitatives, Communication, 2004.
- 57. PACIFIC INSTITUTE FOR WOMEN'S HEALTH** "Sexualité des jeunes : recherche d'action au Burkina Faso et au Sénégal" Los Angeles, California, Piwh, 2002.
- 58. PASSAGE "Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique" Burkina-Faso :** Droits en matière de Santé de la Reproduction – Santé Génésique, S/C IRD – Ouagadougou, 2008.
- 59. POPULATION REFERENCE BUREAU/WASHINGTON/US., ORC MACRO/CALVERTON., MARYLAND/US.,** La jeunesse en Afrique Sub-saharienne : données et graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction, Washington, 2001.
- 60. QUEVAUVILLIERS Jacques.,** Dictionnaire médical, 4<sup>e</sup> édition MASSON, 2004.
- 61. RWENGE A .,** Comportements sexuels à risque parmi les jeunes de Bamenda au Cameroun, article financé par le Programme des petites subventions de l'Union pour les études démographiques africaines, numéro spécial, 2000.
- 62. RWENGUE M.,**Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse, IFORD ; UEPA, 2003 : 218-236.

- 63. SANOU T.**, Comportements sexuels, MST et SIDA en milieu scolaire du Burkina Faso (Connaissances, Attitudes, Pratiques, Croyances dans trois provinces) Thèse de Médecine n°12. Université de Ouagadougou 1993.
- 64. SAWADOGO N S. E.**, Déterminants de la sexualité et de la fécondité prémaritales chez les adolescentes du Burkina Faso, Yaoundé, IFORD, Mémoire DESSD, 111p, 2001.
- 65. SAWADOGO ALAMISSA, SOME B. FLORENT, LOKPO KOMLA, OUEDRAOGO/HIEN COLETTE HILAIRE** "Perceptions, Attitudes et Pratiques face au VIH/sida dans les universités de Ouagadougou, de Bobo-Dioulasso et de Koudougou : la réponse de l'intelligentsia burkinabé est-elle adéquate?" EDUCI/ROCARE, Revue Africaine de Développement de l'Education-ROCARE-2010 : 203-224 (www.cerfodes.net).
- 66. SERIE DE DOCUMENTS D'INFORMATION DE L'OMS SUR L'EDUCATION A LA SANTE**, document 6.1, Livre d'exercices pour la prévention du VIH à l'usage des enseignants, OMS, 2004.
- 67. SIA D.**, Connaissances, attitudes et pratiques en matière de Planification Familiale en milieu rural : Etude dans les villages du Sanmatenga, Thèse de médecine n° 529 : Ouagadougou FSS, 1998.
- 68. SICARD J.M., KANON S., OUEDRAOGO L.A., CHIDRON J.P.**, Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le SIDA en milieu scolaire au Burkina-Faso : Enquête Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques (CACP) à Banfora sur 474 adolescents de 15 à 25 ans, Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 1992 : 72, 63-72.
- 69. SOUBEIGA André.**, Jeunesse et sexualité ; stratégies amoureuses, négociation et gestion des risques d'infection à VIH : une enquête auprès de jeunes lycéens de la ville de Ouagadougou, CAHIERS DU CERLESHS, 2006.
- 70. TANTCHOU YAKAM Josiane Carine**, Santé Reproductive des jeunes : une revue critique de la littérature, PASSAGE (Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique), janvier 2007.
- 71. TANKOANO F.A.**, Connaissances attitudes et pratiques en matière de Planification Familiale dans un village Gourmantché au Burkina-Faso, Thèse de médecine n° 78 : Ouagadougou FSS, 1989.
- 72. TANO-VE A. et al**, Pratiques sexuelles des adolescents en milieu scolaire à Abidjan, Cahier. Santé Publique, 2006 ; 5(2) :42-9.
- 73. TOURE Boubacar, THIOMBIANO Brigitte**, Les jeunes face aux avortements et leurs conséquences, ISSP, 1997.
- 74. TOURE B. et al.**, Connaissances, Attitudes et Pratiques des collégiens et lycéens de la ville d'Abidjan face au VIH/SIDA, Article Med Trop 2005, 65 : 346-348.

**75. TRAORE M.**, Déterminants de l'utilisation du condom chez les hommes en Côte D'Ivoire, Yaoundé, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Mémoire DESSD, 2004 : 93.

**76. TRAORE F.**, Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain BAMAKOIS, Thèse de médecine, Université du Mali, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2002.

**77. WARD D.**, Comprendre le VIH/SIDA, Le guide de l'AMFAR, Nouveaux Horizons-ARS, Paris.

**78. WILLIAMS G., MILLIGAN A., ODEMWINGIE T.**, idéal commun : Jeunesse, sexualité et VIH/SIDA dans trois pays africains, 1998.



12/ Profession de la mère : -Cultivateur /\_\_/ -Fonctionnaire /\_\_/ -Secteur informel /\_\_/  
-Ménagère /\_\_/ -Retraitée /\_\_/ -Autres /\_\_\_\_\_ /

## II – CONNAISSANCES EN MATIERE DE SEXUALITE

1/ Avez-vous déjà eu vos premières éjaculations nocturnes ?

-Oui /\_\_/ A quel âge ? /                      ans\_ /                      -Non /\_\_/

2/ Avez-vous déjà eu vos premières règles ?

-Oui /\_\_/ A quel âge ? /                      ans\_ /                      -Non /\_\_/

3/ Citer les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) que vous connaissez ?

.....

4/ Citez les signes des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) que vous connaissez ?

.....

5/ Citez les voies de transmission du VIH que vous connaissez ?

.....

6/ Qu'est-ce qu'une personne séropositive ?

-Une personne protégée contre le sida /\_\_/

-Une personne infectée par le virus du sida mais qui ne présente pas de signe  
de la maladie /\_\_/

-Une personne infectée par le virus et malade /\_\_/

7/ Quels moyens de prévention contre le VIH/sida connaissez-vous ?

.....

8/ Quels moyens de contraception connaissez-vous ?

.....

9/ Quelles sont vos sources d'information en matière de sexualité ?

-Médias /\_\_/                      -Amis (es) /\_\_/                      -Professeurs /\_\_/

-Agent de santé /\_\_/                      -Parents /\_\_/                      -Internet /\_\_/

10/ Vos parents abordent-ils des questions de sexualité avec vous ?

-Régulièrement /\_\_/                      -De temps en temps /\_\_/                      -Pas du tout /\_\_/

11/ S'ils n'abordent pas du tout des questions de sexualité avec vous, quelles en seraient les raisons selon vous ?

- La sexualité est tabou /\_\_/ -Ils sont gênés d'en parler /\_\_/
- Ils sont non informés en matière de sexualité /\_\_/
- Ils pensent qu'une discussion vous encouragerait à avoir des relations sexuelles /\_\_/

12/ Avez-vous reçu des cours sur la sexualité à l'école ?

- Oui /\_\_/ Depuis quelle année /\_\_\_\_\_/ -Non /\_\_/

### III- VIE SEXUELLE

1/ Avez-vous déjà eu vos premiers rapports sexuels ?

- Oui /\_\_/ A quel âge ? /\_\_\_\_\_ans / -Non /\_\_/

2/ Avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors de votre 1<sup>er</sup> rapport sexuel ?

- Oui /\_\_/ Laquelle ?..... - Non /\_\_/

3/ Combien de partenaires sexuels différents avez-vous eu depuis le début de votre activité sexuelle ?

- Un /\_\_/ -Deux /\_\_/ -Trois /\_\_/ -Quatre /\_\_/ -Cinq /\_\_/ -Six /\_\_/ -Sept /\_\_/
- Huit /\_\_/ -Neuf /\_\_/ -Dix /\_\_/ - Plus de dix /\_\_/

4/ Pratiquez-vous au cours de vos relations sexuelles ?

- La fellation ? /\_\_/ - Le cunnilingus ? /\_\_/ - La sodomie ? /\_\_/- Non /\_\_/

5/ Quelles sont vos orientations sexuelles ? :-Homosexuel (le) /\_\_/

- Hétérosexuel (le) /\_\_/ - Bisexuel (le) /\_\_/

6/ Lors de vos rapports sexuels, utilisez-vous des préservatifs ?

- Régulièrement /\_\_/ - De temps en temps /\_\_/ - Jamais /\_\_/

7/ Si vous n'utilisez pas toujours de préservatifs, quelles pourraient en être les raisons ?

- Je ne sais pas où en trouver /\_\_/ -Je suis gêné(e)d'aller en acheter /\_\_/
- Ils réduisent le plaisir sexuel /\_\_/ -Refus d'utiliser de ma (mon) partenaire /\_\_/
- Autres raisons.....

8/ Avez-vous déjà fait votre test de dépistage du VIH? :-Oui /\_\_/ - Non /\_\_/

9/ votre ou de vos partenaires sexuels, l'a ou l'ont-ils également fait ?

- Oui /\_\_/ - Non /\_\_/

10/ Enumérez des Centres de Dépistage Volontaire où vous pouvez faire votre test de dépistage du VIH :.....

11/ Fréquentez-vous des centres d'écoute pour jeunes pour question de sexualité et/ou de VIH/sida ? -Oui /\_\_\_/ -Non /\_\_\_/

12/ Quelles sont vos impressions quant à l'accueil et les prestations ?

-Bon accueil /\_\_\_/ -Mauvais accueil /\_\_\_/

-Sentiment de gêne à approcher les agents de santé /\_\_\_/

-Peur d'y être jugé /\_\_\_/ -Manque de confidentialité /\_\_\_/

13/ Comment vous comporteriez vous devant un (e) élève qui a le sida ? : .....

.....

#### **IV -CONSEQUENCES DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE**

1/ Quelles sont selon vous les conséquences d'une sexualité précoce ?

-Risque de cancer du col de l'utérus /\_\_\_/

-Risques de contracter le VIH/sida et les IST /\_\_\_/

-Grossesses précoces /\_\_\_/

-Avortements clandestins /\_\_\_/

-Abandons scolaires /\_\_\_/

-Autres conséquences.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre 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 je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque. »*

## **School year 2010-2011**

**Title:** Sexuality of secondary school students: awareness, attitudes and practices in relation to HIV/AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso

**Abstract:** In October 2010 to March 2011, we conducted a descriptive transversal survey with single data collection phase in 7 schools in Ouagadougou, Burkina Faso. The purpose of the study was to evaluate the awareness, attitudes and practices of teenagers with regard to HIV/AIDS. The study population consisted of 662 students of which (54, 5%) were female. Mean age was 15, 7 years (range, 11 to 25 years). Most respondents stated that they had heard about AIDS and demonstrated good of actual knowledge. The most frequently mentioned method of prevention was condom use ( 86%). A total of 319 ( 48, 2% ) had already experienced sexual intercourse. Substantial number of sexually active respondents ( 16%) stated that they did not always use condoms.

The students indicated that they need much more information on sexuality and HIV/AIDS and sexual diseases. In our study, the peak age at first sexual intercourse is fifteen years. There is a lack of knowledge in the health consequences of practicing sex at much young age and premarital sex. A lot of efforts to educate students are needed. All health consequences of early sexual intercourse should be explained to this young population to prevent HIV/AIDS.

**Key words:** Teenagers, knowledge, Attitudes, Practices, HIV/AIDS, Sexuality, Ouagadougou (Burkina Faso)

**Author:** BAMBARA Posthume Donald Hunsu-Yan

**Email :** donaldbambara@yahoo.fr

**GSM :** +226 76 56 82 32

## **Année universitaire 2010-2011**

**Titre :** Sexualité en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou : connaissances, attitudes, pratiques et perceptions liées au VIH/SIDA.

### **Résumé**

En vue d'identifier les comportements sexuels et les connaissances sur les IST et le VIH/SIDA en milieu scolaire burkinabè, une étude de nature socio-comportementale et d'opinion descriptive à passage unique a été menée de Octobre 2010 à Mars 2011 dans 7 établissements de la ville de Ouagadougou (6<sup>ème</sup> en Terminale). Cette étude avait pour objectif général de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en milieu scolaire en matière de sexualité et face au VIH/SIDA. Les adolescents de sexe féminin représentaient 54,5% de l'effectif. La moyenne d'âge était de  $15,7 \pm 1,4$  ans avec des extrêmes variant de 11 à 25 ans. La majorité des adolescents, 80,7 % avait déjà entendu parler du VIH et les connaissances sur le SIDA étaient bonnes. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité (86%). Trois cent dix-neuf enquêtés soit 48,2% étaient sexuellement actifs. L'âge du premier rapport sexuel était de  $15,7 \pm 1,4$  ans. Chez les garçons il était de  $15,9 \pm 2,2$  ans et  $17,4 \pm 2,6$  ans chez les filles. Aucune méthode contraceptive n'avait été utilisée au cours de la 1<sup>ère</sup> expérience sexuelle et ce par 61,8% d'entre eux. L'utilisation du préservatif de meurtait irrégulière à hauteur de 16%.

L'instauration d'un module d'éducation sexuelle en milieu scolaire et une meilleure accessibilité des adolescents aux centres d'écoute pour jeunes permettraient de réduire ainsi les risques liés à une sexualité sans précautions.

**Mots clés :** Adolescents, Connaissances, Attitudes, Pratiques, VIH/SIDA, Sexualité, Ouagadougou (Burkina Faso)

**Auteur :** BAMBARA Posthume Donald Hunsu-Yan

**Email :** donaldbambara@yahoo.fr

**GSM :** +226 76 56 82 32

## **ICONOGRAPHIE**

**Iconographie 1** : Débitmètre de ponte (Peak flow) de marque Eolys



**Iconographie 2 :** Mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) chez un élève de 5<sup>ème</sup>



## ANNEXE II

### ASTHME EN MILIEU SCOLAIRE

#### QUESTIONNAIRE

Numéro d'ordre / \_\_\_\_\_ /

Nom ..... Prénom (s) .....

Ethnie ..... Secteur .....

Etablissement ..... classe .....

Type d'établissement : Public  Privé

Age (en année) : / \_\_\_\_\_ / Sexe Masculin  Féminin

Situation matrimoniale marié  Célibataire

Avez-vous déjà redoublé une classe ? Oui  Non

Si oui nombre de fois / \_\_\_\_\_ /

#### NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE (OMS)

- Caractéristique de l'habitat

1 / Mur :

- Banco = 0

- Banco amélioré = 1

- Béton (ciment) = 2

2/ Toit

- Tôle galvanisé = 0

- Tôle bacs ou béton = 3

- Infrastructures de base

3/ Electricité

- Non = 0

- Oui = 1

4/ Eau

- Puits forage = 0

- Robinet public = 1

- Robinet privé = 2

- Consommation

- Radio = 1

- Magnétophone = 2

- Téléviseur = 3

- Réfrigérateur = 4

- Moyens de transport

- Mobylette = 2

- Vélo = 1

- Moto (JC ou yamaha) = 3

- Voiture = 4

**TOTAL DES POINTS : / \_\_\_\_\_ /**

## I/ Interrogatoire

1/ As-tu déjà présenté des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque et surtout dans la nuit dans les 12 derniers mois ?

Oui  Non  NSP

2/ As-tu déjà présenté des étouffements dans la nuit ou à un moment quelconque dans les 12 derniers mois ?

Oui  Non  NSP

3/ As-tu déjà été réveillé par une toux sèche et cela accompagné de sifflement dans la poitrine et/ou d'étouffement dans les 12 derniers mois ?

Oui  Non  NSP

4/ Pratiques-tu le sport à l'école ? Oui  Non

Si non pourquoi ? Asthme  Cardiopathie  Autre

Si oui es-tu plus essoufflé que les autres quand tu fais le sport ? Oui  Non

5/ Si oui à l'une des trois premières questions et/ou à l'asthme répondre aux questions suivantes :

➤ A quel âge as-tu présenté pour la première fois ces crises ?

/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ mois /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ ans NSP

➤ Parmi les circonstances ci-dessous énumérées lesquelles déclenchent les crises ?

Effort  Poussière  Fumée  Aliment

Froid  Prise de médicament (aspirine ou autre)  Aucun

Déception  Fièvre  Contact d'animaux

➤ A quelle période de la journée ces crises sont-elles déclenchées ?

Nuit  Matin  Journée

➤ A quelle période de l'année ces crises sont-elles déclenchées ?

Saison sèche froide  Saison sèche chaude  Saison pluvieuse

➤ A quels endroits ces crises apparaissent –elles ?

A la maison  à l'école  pendant un voyage  autre

➤ A quelle fréquence ces crises apparaissent-elles ?

Moins d'1 fois/semaine  plus d'1 fois/semaine et moins d'1 fois/jr

tous les jours  en permanence  NSP

➤ Comment les crises cèdent-elles ?

A la prise de médicament  spontanément

➤ Si un médicament, lequel / \_\_\_\_\_ /

➤ Es-tu suivi par un personnel de santé

OUI

NON

➤ Si oui, médecin  infirmier

➤ As-tu déjà manqué les cours en raison de ces crises ?

OUI

NON

➤ Si oui nombre de fois : / \_\_\_\_\_ /

➤ Parmi ces signes lesquelles précèdent ces crises ?

Eternuement  écoulement nasal  toux  fièvre

Dermatose

conjonctive

1) As –tu déjà fumé ou fumes-tu présentement : OUI  NON

Si oui, à quel âge / \_\_\_\_ / (ans), durée : / \_\_\_\_ / (jours) / \_\_\_\_ / (mois) / \_\_\_\_ / (ans)

2) Existe-il un fumeur dans ton entourage ? OUI  NON

Si oui quel est le lien de parenté : parent proche  frère  ami

3) Es-tu enrhumé plusieurs fois dans l'année ? (c'est-à-dire rhinite allergique)

OUI  NON  NSP

4) As-tu déjà présenté en ce qui concerne l'allergie cutanée :

➤ Les plaies saisonnières ? OUI  NON   
(plaies apparaissant pendant la saison pluvieuse liée à la piqûre de moustique)

➤ Un eczéma OUI  NON   
(boutons apparaissant sur la peau des membres et associé à un grattage, suite à la prise de médicament ou d'aliment ou au contact de produit cosmétique)

5) As-tu déjà présenté une conjonctivite allergique ? (les yeux qui sont irrités et démangent beaucoup, s'accompagnent de larmoiement de rougeur. Et cela apparaît chaque saison)

OUI  NON  NSP

6) As-tu déjà présenté une sinusite ? OUI  NON  NSP

7) As-tu un parent qui a présenté ou qui présente l'asthme ?

OUI  NON  NSP

Si oui lequel père  mère  frère  autre

8) As-tu un parent qui présente une rhinite allergique ?

OUI  NON  NSP

Si oui lequel père  mère  frère  autre

9) As-tu un parent qui présente une allergie cutanée ?

OUI  NON  NSP

Si oui lequel père  mère  frère  autre

10) As-tu un parent qui présente une conjonctivite allergique ?

OUI       NON       NSP

Si oui lequel      père       mère       frère       autre

11) As-tu un parent qui présente une sinusite ? OUI       NON       NSP

Si oui lequel      père       mère       frère       autre

## II/ Examen physique

Taille : / \_\_\_\_\_ / (cm)    poids : / \_\_\_\_\_ / (kgs)    IMC : / \_\_\_\_\_ / (kgs/cm<sup>2</sup>)

<b>Présent</b>	<b>OUI</b>		<b>NON</b>
<b>signes</b>			
Pâleur conjonctivale			
Déformation thoracique			
Hippocratisme digital			
Tirage intercostal			
Ampliation thoracique diminuée			
Râles sibilants			
Râles crépitants			
Râles ronflants			
Râles sous crépitants			
Débit expiratoire de pointe	Avant effort	Après effort	Après prise B2

### **ANNEXE III**

- 1) COLLEGE PROTESTANT DE OUAGADOUGOU
- 2) COLLEGE PRIVE WEND-MANEGDA
- 3) COLLEGE SAINTE COLLETE
- 4) GROUPE SCOLAIRE DU PLATEAU
- 5) LYCEE MIXTE DE GOUNGHIN
- 6) LYCEE MIXTE MONTAIGNE
- 7) LYCEE MUNICIPAL BAMBATA
- 8) LYCEE MUNICIPAL VENEGRE
- 9) LYCEE PRIVE RIDWANE
- 10) LYCEE PRIVE SAINT JOSEPH

## ANNEXES IV

### Valeurs normales prévues du débit expiratoire de pointe

#### Hommes (déviatiion standard 48 L/Mn)

Taille Age	1,60	1,68	1,75	1,83	1,90
15	518	530	540	552	562
20	568	580	590	601	612
25	598	610	622	632	643
30	612	623	636	645	656
35	618	623	635	646	656
40	606	617	627	638	649
45	592	603	615	626	637
50	578	589	601	612	623
55	565	577	588	600	611
60	555	566	578	589	599
65	544	556	568	578	589
70	534	546	558	568	579

#### Femmes (déviatiion standard 42 L/Mn)

Taille Age	1,45	1,52	1,60	1,68	1,75
15	438	450	461	471	481
20	445	456	467	478	488
25	450	461	471	482	493
30	452	463	474	485	496
35	452	463	473	484	496
40	449	460	470	482	493
45	444	456	467	478	488
612	436	448	458	470	480
600	426	437	449	460	471
60	415	425	487	448	458
65	400	410	422	434	445
70	385	396	407	418	428

#### Enfant (déviatiion standard 13%)

Taille	Taille	Taille	Taille	Taille
91	100	122	210	360
99	120	130	250	400
107	140	137	285	440
114	170	145	325	480

- Enfant de plus de 5 ans, de moins de 15 ans et de plus de 20kg

**Auteur : NITIEMA Ignace Joël**  
**02 BP 5025 Ouagadougou 02 Burkina Faso**

## **Aspects épidémio-cliniques de l'asthme en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou**

### **Résumé**

**L'asthme en milieu scolaire est un problème de santé publique partout, dans le monde. Notre étude, visait alors à montrer si ce constat est également une réalité au Burkina Faso.**

**Nous avons réalisé une enquête transversale à passage unique dans les établissements mixtes d'enseignement général et secondaire à Ouagadougou, de février à mars 2006. Les élèves recensés avaient rempli un questionnaire, ils avaient bénéficié ensuite d'un examen physique complet ainsi que de la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP).**

**L'étude a intéressé 1208 élèves âgés de 11 à 22 ans dont 605 filles (50,1%) et 603 garçons (49,9%). L'âge moyen était de 16,76 ans.**

**La prévalence globale de l'asthme observée était de 7,3%, celle des filles était (9,3%) significativement plus importante à celle des garçons (5,3%) ( $p=0,011$ ) ; 62,5% des asthmatiques avaient entre 11 et 18 ans avec une forte prévalence de 11 à 14 ans (8,1%) sans différence significative ( $p=0,45$ ). La plupart des asthmatiques avaient débuté leur maladie entre 10 et 15 ans. Les crises survenaient le plus souvent la nuit (69,3%), le maximum de crises avait été signalé pendant la saison sèche et froide (67,0%) et le plus souvent à domicile (89,8%).**

**Le terrain atopique était le principal facteur de risque ( $OR=12,94$ ,  $p<0,000001$ ). Le tabagisme actif était significativement plus important chez les asthmatiques ( $p=0,007$ ). Les facteurs déclenchant le plus souvent mis en cause étaient : la poussière (85,2%), la fumée (78,4%), l'effort (55,7%). La toux était le principal signe annonciateur des crises (86,4%). L'asthme bénin était le plus fréquent des formes cliniques (90,9%) et l'examen physique était le plus souvent normal.**

**Au DEP, l'obstruction bronchique était quasiment absente chez les élèves, indifféremment chez les élèves asthmatiques ou non avant tout effort. La prévalence de l'AIE était de 5,1% des élèves. Elle était significativement plus importante chez les asthmatiques ( $p=0,0000005$ ) et chez les filles ( $p=0,00012$ ).**

**La plupart des asthmatiques n'avaient pas un suivi satisfaisant et la prise en charge était insuffisante. Par ailleurs, 19,3% des élèves ne se savaient pas asthmatiques.**

**Les absences étaient fréquentes chez les asthmatiques (47,7%) dont 19,3% pendant plus de deux semaines ; 44,3% des asthmatiques ne participaient plus aux activités scolaires sportives ; le rendement scolaire n'était pas influencé par l'asthme.**

**L'asthme en milieu scolaire, pose réellement un problème de santé publique dans la ville de Ouagadougou. Elle entraîne une perturbation dans la vie scolaire de l'élève sans pour autant influencer sur ses résultats scolaires.**

**MOTS-CLES : Asthme – Milieu scolaire – Ouagadougou –Prévalence – Sport**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 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 je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque »