

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
(F.S.S.)

ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994 — THESE N°4

9

**IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PROBLEMES  
ET BESOINS DE SANTE DES ADOLESCENTS DE 12 A 19 ANS  
EN MILIEU SCOLAIRE A OUAGADOUGOU  
(BURKINA FASO)**

**THESE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 JUILLET 1994

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLÔME D'ETAT)

**Par Cathérine Marie-Thérèse OUEDRAOGO**  
née le 30 Avril 1965 à Yako (Burkina Faso)

DIRECTEUR DE THESE  
**Professeur Alphonse SAWADOGO**  
Pr. Ag.

CO-DIRECTEUR  
**Docteur K. Blaise SONDO**

PRESIDENT DU JURY  
**Professeur Bibiane KONE**  
Pr. Ag.

MEMBRES DU JURY  
**Docteur Arouna OUEDRAOGO**  
**Docteur K. Blaise SONDO**  
**Docteur J. Gabriel OUANGO**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (F.S.S.)  
-----

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF  
-----

Doyen	Pr. R.B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. Agr. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation (VDR)	Pr. Agr. B. KONE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Agr. R. K. OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Agr. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. S.G. BANHORO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr. S. A. SANKARA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr. M. KARANTAO
Chef de Scolarité	Mme K. ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme A. KEITA
Secrétaire du VDA	Mme F. NIKIEMA
Secrétaire du VDR	Mlle H. BONI

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU  
-----  
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
(F.S.S.)  
-----

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA chirurgie	Anatomie organogenèse e
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologie médicale
Tinga Robert GUIGEMDE	Parasitologie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-Chirurgie
-----------------	-----------------

Maître de Conférence Agrégés

Amadou SANOU	Chirurgie
Julien YILBOUDO	Orthopédie - Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie - Toxicologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie

Maîtres de Conférences associé

Jean TESTA

Epidémiologie -  
Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

K. Blaise SONDO

Santé Publique

Assistants Chefs de clinique

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

Sophar HIEN

Chirurgie

Oumar TRAORE

Chirurgie

Daman SANO

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Philippe ZOURE

Gynécologie -  
Obstétrique

Jean LANKOANDE

Gynécologie -  
Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

K. Ludovic KAM

Pédiatrie

T.Christian SANOU (in memoriam)

Oto Rhino Laryngologie

Madi KABRE

Oto Rhino Laryngologie

Kampadilemba OUABA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Doro SERME (in memoriam)

Cardiologie

Virginie TAPSOBA

Ophtalmologie

Adama LENGANI	Néphrologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Abdoulaye TRAORE	Santé publique
Jean KABORE	Neurologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
R. Joseph KABORE	G y n é c o l o g i e - Obstétrique
Luc SAWADOGO	G y n é c o l o g i e - Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

#### Assistants

Michel AKOTIONGA	G y n é c o l o g i e - Obstétrique
Seydou KONE	Neurologie
Adama TRAORE	Dermatologie
Lassina SANGARE	Parasitologie
Raphaël SANOU	Pneumophitiologie
Théophile TAPSOBA	Physiologie
Oumar TRAORE n°2	

## ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

### Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Biologie cellulaire- Botanique-B.V.
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale

### Maîtres de Conférences

Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Boukary LEGMA	Chimie Générale
Laou Bernard KAM	Chimie
François ZOUGMORE	Physique

### Maîtres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Adama SABA	Chimie organique
Longin SOME	Mathématiques - statistiques
Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques

### Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. Biologie cellulaire
Gustave KABORE	Biologie

Institut du Développement Rural (I.D.R)

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Assistant

Mamadou BOLY

Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Jean Claude TAITA

L é g i s l a t i o n  
Pharmaceutique  
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARRY

Psychologie

Dr Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr THIOMBIANO Adama

L é g i s l a t i o n  
Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE

Galénique

Dr Badioré OUATTARA

Galénique

Dr Tométo KALOULE

Médecine du Travail

Mr Paul Marie ILBOUDO

Anglais

Dr Patrice ZABSONRE

Sémio-Médicale

Dr Alassane SIKO

Anatomie

Dr Rigobert THIOMBIANO

Maladies infectieuses

## ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAMB	Bactéologie-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (DAKAR)
Pr Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)

### O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	P a t h o l o g i e s infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

### Mission Française de Coopération

Pr Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr M. BOIRON	Physiologie

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

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique- Biophysique
Pr MOES	Galénique



**D E D I C A C E S**

Je dédie ce travail.....

#### **A MON PERE ET MA MERE**

Me souvenant de ma propre adolescence, je mesure toute la patience, toute l'affection dont vous avez fait preuve pour mon éducation. Je vous suis reconnaissante pour ce dévouement. C'est donc avec joie que je voudrais que vous acceptiez ce travail.

#### **A MON FEU ONCLE OUEDRAOGO DENIS**

A toi qui n'es plus mais m'a offert un toit pour mon cycle scolaire à Ouagadougou, je garde une grande pensée affectueuse. Puisse ce travail être un témoignage de ma reconnaissance.

#### **A DESIRE**

Tu m'as apporté le soutien nécessaire pour persévérer dans les études.

Que ce travail soit le témoignage de toute l'affection que j'ai pour toi.

**A MES FRERES ET A MES SOEURS**

**Canut, Emée, Charles, Femie, Titi**

Vous m'avez toujours encouragé et reconforté durant mes études.  
Puisse-ce travail nous unir davantage.

**A TOUTES MES AMIES**

**Pascaline, Mireille, Madeleine, Bernadette, et Eléonore ma soeur  
Jumelle,**

Amitié sincère

**A TOUS LES ADOLESCENTS DU BURKINA**

Puisse ce travail contribuer à l'amélioration de votre santé.

**A NOS MAITRES ET JUGES**

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

Le Professeur Agrégé **Alphonse SAWADOGO**, Chef de service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado.

Vous nous avez accepté dans votre service où nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques et pratiques. Votre discrétion, votre modestie et l'amour que vous témoignez à vos malades, nous ont beaucoup émerveillée. Malgré vos multiples tâches, vous avez toujours été disponible pour nous encadrer dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre sincère gratitude et profond respect.

#### **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

Le Docteur **Blaise SONDO**, Epidémiologiste au Département de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé, Inlassable, très ardent au travail, vous avez toujours été disponible chaque fois que nous avons eu besoin de votre aide.

Vos encouragements nous ont permis de mener ce travail à bout.

Sincère reconnaissance.

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

Le Professeur Agrégé **Bibiane KONE**, Chef de Service de Gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado,

Vous nous avez toujours émerveillée par votre amour pour le travail bien fait, votre sens de responsabilité et votre dévouement à la santé de la femme.

En acceptant de présider notre jury, vous nous faites un inestimable honneur.

Sincère gratitude et profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Arouna OUEDRAOGO**, Chef de service de Psychiatrie au Centre Hospitalier National Yalgado **OUEDRAOGO**,

Nous avons toujours admiré votre sympathie et votre grande serviabilité.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans notre jury de thèse.

Profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Jean Gabriel OUANGO**, Psychiatre au Centre Hospitalier National Yalgado **OUEDRAOGO**, Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de juger ce travail ; vous nous faites un grand honneur.

Sincère gratitude.

# REMERCIEMENTS



## REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement :

- Tous les Chefs d'établissement qui m'ont aidée pour la réalisation de ce travail
- Tous les élèves qui ont accepté de remplir le questionnaire avec sérieux
- Tout le personnel du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado pour la bonne collaboration et la sympathie ;
- RAMDE Lambert et famille
- Abbé Edouard SAWADOGO
- Frère Jean-Baptiste BUNKUNGU
- Père André COULEE
- Mon oncle Venant et famille
- Ma tante Agnès et famille
- Ma tante Viviane et famille
- Mon oncle Pierre SAWADOGO et famille
- Ma cousine Félicitée
- GUISSOU Edouard et famille
- DJIGUEMDE Lambert et épouse
- Dr Jonathan Liliou
- Dr André OUEDRAOGO
- Dr Jean Edouard SOURGOU
- Toutes mes copines : Justine, Awa, Mariam, Angèle, Sabine, Marie-Ange, Elyse.
- Tous les amis de Désiré
- Tous mes camarades de la Faculté.
- Tous mes amis jécustes.

**La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation.**

"Si tout se prépare pendant  
l'enfance, tout se joue à  
l'adolescence".

**KESTEMBERG E.**

"L'adolescent qui part seul escalader à main nue une paroi rocheuse difficile ne calcule pas le risque, son ignorance même des limites motive son acte. Il met en jeu sa vie non dans un équivalent suicidaire, mais pour élargir encore ses prétentions à la vie" (43)

## SIGNIFICATION DES ABREVIATIONS

M.S.T.	=	Maladies Sexuellement Transmissibles
C.M.	=	Centre Médical
C.H.N.	=	Centre Hospitalier National
C.S.P.S.	=	Centre de Santé et de Promotion Sociale

# S O M M A I R E

	Pages
I/ INTRODUCTION.....	5
II/ GENERALITES.....	6
1. Définitions.....	6
2. Transformation au cours de l'adolescence...	7
2.1. La puberté .....	7
2.2. Mutations physiques .....	8
2.3. Mutations psycho-sociales .....	9
3. L'adolescence dans la société.....	10
III/ ENONCE DU PROBLEME.....	11
IV/ OBJECTIFS.....	13
V/ METHODOLOGIE.....	14
VI/RESULTATS.....	17
VI.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	17
1.1. Sexe .....	17
1.2. Age.....	17
1.3. Religion .....	18
1.4. Nationalité et ethnie.....	19
1.5. Situation matrimoniale.....	19
1.6. Revenus.....	19

1.7.	Lieu d'habitation pendant l'année scolaire.....	19
1.8.	Profession des parents .....	20
1.9.	Niveau d'instruction des parents .....	21
<b>VI.2.</b>	<b>Histoire médicale.....</b>	<b>22</b>
2.1.	Antécédents médicaux .....	22
2.2.	Hospitalisation .....	22
2.3.	Antécédents vaccinaux.....	23
2.4.	Consultation médicale .....	24
2.5.	Définition de la notion de santé et appréciation par les adolescents de leur état de santé .....	25.
<b>VI.3.</b>	<b>Mode de vie.....</b>	<b>27..</b>
3.1.	Alimentation .....	27.
3.1.1.	Repas .....	27.
3.1.2.	Grignotage et consommation d'aliments sucrés .....	27
3.2.	Sommeil .....	28.
3.2.1.	Durée du sommeil/24H .....	28.
3.2.2.	Sieste .....	29.

3.3.	Consommation de drogues licites et illicites .....	30
3.3.1.	Tabac .....	30
3.3.2.	Cola .....	31
3.3.3.	Alcool .....	32
3.3.4.	Thé et café .....	36
3.3.5.	Drogues illicites .....	37
3.4.	Comportement sexuel.....	38
3.4.1.	Connaissances sur la sexualité et les MST.....	38
3.4.2.	Rapports sexuels .....	42
3.4.3.	Grossesse .....	45
3.4.4.	Agressions sexuelles .....	46
3.4.5.	Désir d'enfant .....	46
3.4.6.	Maladies Sexuellement Transmissibles .....	47
VI.4.	Troubles fonctionnnels et de l'humeur ....	48
4.1.	Troubles du sommeil .....	48
4.2.	Malaises.....	50
4.3.	Enuresie .....	53
4.4.	Troubles de l'humeur .....	54
VI.5.	Besoins de santé .....	56
5.1.	Demande en matière de santé.....	56
5.2.	Problèmes de santé .....	59
VII/	COMMENTAIRES - DISCUSSIONS.....	60



VII-1.	Méthologie .....	60
VII-2.	But du travail.....	60
VII-3	Comportements liés à la santé .....	61
3.1.	Comportement alimentaire .....	61
3.2.	Consommation d'alcool.....	61
3.3.	Tabagisme .....	63
3.4.	Consommation de drogues illicites.	64
3.5.	Comportements sexuels.....	65
VII-4	Troubles fonctionnels et de l'humeur ....	67
VII-5	Besoins de santé .....	68
5.1.	Demandes en matière de santé.....	68
5.2.	Problèmes de santé .....	69
5.3.	Pathologies chroniques.....	69
5.4.	Statut vaccinal.....	70
VIII/	CONCLUSION.....	71
IX/	SUGGESTIONS .....	72
X/	BIBLIOGRAPHIE	
XI/	ANNEXES	

# INTRODUCTION

## I/ INTRODUCTION

Il existe une catégorie de population dont les problèmes de santé semblent assez mal connus : ce sont les adolescents.

En effet, peu de travaux ont été consacrés à la santé des adolescents, surtout dans les pays en développement. Mais, les indicateurs socio-sanitaires (morbidity, taux de mortalité), permettent aux responsables de santé, de considérer cette tranche d'âge comme étant relativement en bonne santé.

Cette population dite saine a cependant des besoins de santé très importants. C'est pourquoi, ces dernières années, l'O.M.S. a invité les responsables de santé à davantage s'y intéresser (38,41). Les comportements spécifiques observés pendant cette période de mutations qu'est l'adolescence, semblent être la cause des problèmes de santé des adolescents.

Or, si ces besoins ont bénéficié d'une prise en charge dans les pays occidentaux, il n'en est pas de même dans les pays en développement où ils demeurent latents et insuffisamment intégrés dans les stratégies de santé.

Il importe donc de s'intéresser aux problèmes de santé des adolescents de ces pays, compte tenu surtout de leur rôle et de leur importance numérique dans ces sociétés.

La présente étude qui est une modeste contribution à la connaissance du sujet a porté sur les problèmes de santé des adolescents des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso.

# **GENERALITES**

## II/ GENERALITES

### 1. Définition

La notion d'adolescence a fait l'objet de nombreuses définitions selon les époques, les sociétés et les différentes sensibilités. Nous retiendrons quelques unes à titre d'exemple.

Etymologiquement, "adolescens" signifiait chez les romains "en train de grandir".

Pour Hippocrate (env. 470 avant Jésus Christ) l'adolescence constituait la 3ème "saison" de la vie (divisée en sept tranches de 7 ans) après "la petite enfance et l'enfance, et avant" "le jeune homme, l'homme fait, l'homme âgé et le vieillard" (43).

D'après Holling-Shead, sociologue américain, cité par DESCHAMPS J.P., l'adolescence se définit comme suit : "Période de la vie d'un individu où la société a cessé de le considérer comme un enfant, mais ne lui accorde pas encore le statut d'adulte, ni dans ses rôles, ni dans ses fonctions". (10)

Le dictionnaire des termes techniques de médecine édition 1986 nous donne la définition suivante : "période de la vie intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte, contemporaine de la puberté située entre 12 et 15 ans" (14).

L'adolescence est, selon l'OMS "une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, située entre 10 et 19 ans et qui se caractérise par des mutations physiques, psychologiques et sociales. (33,36)

## 2- Les transformations observées au cours de l'adolescence

### 2.1. La puberté

Le début de l'adolescence se repère par le début de la puberté qui marque la fin de l'enfance. La puberté se définit comme "l'ensemble des modifications morphologiques, physiologiques et psychologiques qui se produisent chez l'être humain au moment du passage de l'enfance à l'adolescence, cette période de la vie marquée par l'apparition de certains caractères sexuels secondaires et par l'acquisition de la capacité de procréer" (39).

Le mécanisme du déclenchement de la puberté a fait l'objet de discussion chez les auteurs. Pour les uns le principal facteur déclenchant de la puberté, est la maturation générale dont témoigne l'âge osseux. Pour les autres, c'est la diminution de la sensibilité du retro-contrôle négatif des stéroïdes sexuels sur la sécrétion gonadotrope (FSH, LH) entraînant l'augmentation du taux plasmatique de ces hormones, qui marque le début de la puberté (39).

Dans tous les cas, les auteurs s'accordent à dire que des modifications hormonales sont observées à la puberté dans les deux sexes.

Chez la fille, on observe une augmentation du taux plasmatique d'oestradiol, l'augmentation du taux d'oestrogène est un peu moins forte. La testostérone augmente très légèrement.

Chez le garçon, on note une augmentation du taux plasmatique de testostérone, l'augmentation des oestrogènes plasmatiques est faible mais significative.

Dans les deux sexes, on note également une augmentation des androgènes surréniaux avec des taux plus élevés chez les filles que chez les garçons. L'ensemble de ces modifications hormonales joueraient un rôle déterminant dans les mutations physiques et psycho-sociales.

## **2.2. Les mutations physiques**

Il s'agit d'une série de phénomènes parmi lesquels, on peut signaler :

- l'augmentation de la vitesse de croissance en taille : le pic de croissance en taille est un indicateur de la puberté pour les deux sexes, il se situe en moyenne à 12,5 - 13 ans chez la fille et à 14 - 15 ans chez le garçon en Afrique (10) ;

- la modification de la composition de l'organisme, notamment de la quantité et de la répartition des graisses ;

- le développement des organes génitaux externes avec apparition des caractères sexuels secondaires : apparition de la pilosité pubienne et axillaire pour les deux sexes, développement des seins de la fille et augmentation de la taille du pénis du garçon ;

- la modification des proportions du corps : les filles deviennent plus larges au niveau des hanches tandis que les garçons s'élargissent au niveau des épaules (10,30).

L'adolescent doit accepter sa nouvelle image corporelle, et s'y adapter. Pour cela, une maturation, psycho-sociale est nécessaire.

### 2.3. Les mutations psycho-sociales

Le passage de la dépendance qui caractérise l'enfance à l'indépendance de l'âge adulte est l'élément fondamental de la maturation psycho-sociale.

Sur le plan affectif, on assiste à la naissance de nouvelles amitiés. L'adolescent s'éloigne peu à peu de ses parents pour tisser de nouvelles relations avec des personnes de son âge. La force de sa pulsion sexuelle s'accroît alors que s'intensifient les interdits sociaux en matière de comportement. Les incertitudes quant à son identité et en l'avenir sont au premier plan de ses préoccupations. Il éprouve le besoin de s'exprimer en tant qu'individu. Mais, en même temps, la tentation est grande de se conformer au groupe d'adolescents du même âge (12,30).

Sur le plan intellectuel et moral, la pensée de l'adolescent passe du concret à l'abstrait. Il devient capable de formuler des hypothèses ou des propositions en l'absence de références concrètes. IL cherche à manipuler alors des idées et des opinions qui ne sont pas toujours approuvées par les adultes de son entourage. Le développement du sens moral lui permet de critiquer avant de passer à un choix personnel délibéré. IL revendique alors une autonomie décisionnelle et une liberté de conduite s'estimant assez "grand" pour régler lui-même sa vie. Le nouveau potentiel intellectuel et moral dont l'adolescent est désormais muni, fait de lui une source d'énergie et de créativité (31).

Ainsi, l'adolescence apparaît comme une période d'acquisition, de créativité, d'expériences nouvelles, de turbulence idéologique, et surtout d'instabilité comportementale. "L'adolescence est le temps de l'exploration active des différentes directions possibles avant les engagements définitifs" (35).



La maturité sociale qui marque le dénouement de l'adolescence, s'apprécie différemment selon les sociétés. Dans certaines sociétés, il faut être marié pour être compté parmi les adultes. Ailleurs l'indépendance économique est la première condition.

### **3. L'adolescence dans la société**

Selon que l'on privilégie les critères biologiques ou les critères culturels, le problème de l'adolescence se pose différemment. Pour certains auteurs, l'adolescence serait une étape "naturelle", donc inévitable dans la vie de l'être humain. Pour d'autres, elle serait un phénomène contingent, lié uniquement aux conditions sociales (10,41).

Dans les sociétés traditionnelles africaines, le passage de l'enfance à l'âge adulte est très bref et se matérialise par des rites initiatiques (46). Ces rites sont différents d'une culture à l'autre mais présentent des caractéristiques communes : exercices physiques, éducation morale et sexuelle, instruction civique. A l'issue de cette formation, l'adolescent devient un initié avec un certain nombre de droits et de devoirs (43).

Dans les sociétés modernes contemporaines, le phénomène de l'adolescence se présente autrement. Certaines situations liées à la mutation interne des sociétés africaines ont fait que l'adolescence ne peut plus être considérée comme un bref passage ; elle est devenue une période spécifique de la vie avec ses besoins et sa culture (10,36).

Dans les pays en développement, des moyens de communication et des technologies nouvelles ont facilité l'acquisition de nouvelles connaissances par les adolescents. On assiste alors à un conflit de suprématie entre les nouvelles valeurs acquises et les valeurs traditionnelles de la famille. L'adolescent se trouve alors confronté à un choix qui est d'autant plus difficile que ses parents ont du mal à l'orienter. Cette situation est exacerbée en milieu scolaire où l'acquisition de nouvelles connaissances facilitée par l'école, se conjugue avec celles de nouvelles valeurs, notamment occidentales.

## **ENONCE DU PROBLEME**

### III- / ENONCE DU PROBLEME

Les adolescents représentent une proportion importante au niveau des différentes populations : 16 % en Europe, 20 - 25 % dans les pays en développement (30). Malgré cette importance numérique, ils ne sont pas considérés prioritaires dans la politique de santé des pays, surtout ceux en développement.

Il est vrai que le taux de mortalité des adolescents est plus faible que ceux des autres groupes d'âge : d'après A. SOULEMANE en Algérie cité par DESCHAMPS J.P., le taux de mortalité des adolescents de 12 - 19 ans de Sidi-Bel-Abbès est 100 fois plus faible que le taux de mortalité infantile (10). Mais, cela ne suffit pas pour affirmer qu'ils sont en bonne santé, et de conclure hâtivement qu'ils n'ont pas de besoins de santé.

En réalité, les problèmes de santé des adolescents sont surtout de nature comportementale. La non-satisfaction, ou la recherche de satisfaction des besoins psycho-sociaux propres à l'adolescence, conduit les adolescents à avoir des comportements spécifiques. Cela se traduit généralement par : expériences sexuelles précoces, prise de risques, consommation de drogues ou d'alcool, imitation d'idoles, manque de consultation médicale. Ces comportements, et leurs conséquences représentent les vrais problèmes de santé des adolescents. Ils peuvent être différents d'un pays à l'autre.

Au Sénégal par exemple, 70 % des jeunes de 10 - 20 ans fumaient. Au Nigéria, plus de 10 % des décès maternels étaient dûs à un avortement chez les adolescentes, et plus de 10 % des jeunes de sexe masculin étaient considérés comme gros buveurs. Selon l'O.M.S., les accidents étaient responsables des 30-60 % des décès chez les adolescents et les jeunes (10).

Au Burkina Faso, les adolescents représentaient 21,43 % de la population en 1988 (53). KABORE I. avait trouvé lors d'une étude faite en 1990, que les adolescentes gestantes représentaient 16,25 % des admissions de la maternité du CHNYO (25). RAMDE F. avait montré que 28 % des patientes ayant fait un avortement clandestin étaient des scolaires (46). Dans une enquête C.A.P.C. sur le SIDA et les M.S.T. en milieu scolaire, 3,9 % de l'échantillon déclaraient avoir déjà présenté des signes cliniques de "chaude-pisse" (gonorrhée) (28).

Malgré l'ampleur de la situation, les responsables de santé burkinabè ne semblent pas s'intéresser particulièrement aux problèmes de santé des adolescents ; peut-être n'ont-ils pas suffisamment d'informations sur le sujet.

Notre travail voudrait être une étude de base, une contribution à l'identification des problèmes de santé des adolescents en milieu scolaire. Il nous a donné l'occasion également, de recueillir auprès des adolescents, leurs demandes en matière de santé.

Qu'est-ce que les adolescents des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou attendent des services de santé ? Quels sont leurs vrais problèmes de santé ? Quelle est leur perception de la notion de santé ?

Telles sont les interrogations majeures auxquelles notre étude se propose d'apporter des éléments de réponse.

## **OBJECTIFS**

#### IV/ **OBJECTIFS**

##### Objectif général

Identifier et analyser les problèmes et besoins de santé des adolescents de 12 à 19 ans des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso.

##### Objectifs spécifiques

1) Décrire l'histoire médicale des adolescents de 12 à 19 ans des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou ;

2) Rechercher les comportements liés à la santé des adolescents de 12 à 19 ans des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou ;

3) Recueillir auprès des adolescents de 12 à 19 ans des lycées et collèges de la ville de Ouagadougou, leurs plaintes en matière de santé ;

4) Recueillir auprès des adolescents de la ville de Ouagadougou des lycées et collèges de 12 à 19 ans leurs demandes en matière de santé ;

5) Faire des suggestions pour l'amélioration de la santé des élèves adolescents de la ville de Ouagadougou.

# **METHODOLOGIE**

## V/ METHODOLOGIE

### 1. CADRE D'ETUDE

Le Burkina Faso comptait en 1991 9 375 000 habitants environ. C'est une population essentiellement jeune. En effet, la tranche d'âge de 0 - 15 ans représentait 48 % de la population (16,24).

C'est un pays qui se trouve nettement en-dessous des normes requises par l'O.M.S. pour satisfaire les besoins sanitaires d'une population. On comptait par exemple en 1991, un médecin pour 27 667 habitants (24) contre un pour 5 000 (1/5000) recommandé par l'O.M.S. C'est donc un pays, où les responsables de santé doivent fournir encore beaucoup d'efforts, pour être au rendez-vous de la "santé pour tous d'ici l'an 2 000".

Ouagadougou, capitale du Burkina Faso est une ville en pleine urbanisation. Sa population est passée de 441.514 en 1985 à 685.008 en 1991 (23,45). Elle possède par ailleurs le plus fort taux de scolarisation du pays : 82,45 % contre 30,69 % pour tout le Burkina Faso en 91/92 (33).

En tant que capitale, elle est également la ville la plus dotée en infrastructures sanitaires : 1 CHN, 7 CM, 9 CSPS, 16 dispensaires seuls, 2 maternités seules (24). Elle dispose d'un service de santé scolaire qui compte 2 médecins, 15 infirmières travaillant dans un dispensaire central, 5 infirmeries. Ce service est chargé de préserver la santé de tous les élèves du primaire et du secondaire.



L'enseignement secondaire à Ouagadougou comptait en 91/92 40 000 élèves environ répartis dans près de 45 établissements environ. Le taux de succès aux examens pour la session de 1991 était de 31,61 % pour le BEPC et de 40,11 % pour le BAC (33).

Ces établissements fonctionnaient presque tous sous le régime d'externat. Les élèves se trouvaient alors confrontés aux problèmes de déplacement et d'alimentation. En plus de cela, le manque d'enseignant et la pléthore des effectifs par classe, aggravent leurs conditions d'étude.

C'est dans cette situation déjà difficile que l'élève adolescent est appelé à s'adapter à ses différentes mutations sus-évoquées.

## 2. METHODE

Nous avons effectué une étude transversale. Notre moyen d'étude a été une enquête utilisant un questionnaire individuel et anonyme comme instrument de collecte de données. L'échantillon a été déterminé par la technique de sondage par grappe à deux niveaux. Les 30 grappes ont été localisées dans 24 établissements secondaires (enseignement général et technique) de la ville de Ouagadougou.

Dans chacun de ces établissements, nous avons stratifié les élèves en 3 niveaux d'étude avant de choisir le nombre d'élèves correspondant à la taille de la grappe qui était de 36.

1er niveau : 6è - 5è,  
2ème niveau : 4è, 3è,  
3ème niveau : 2è, 1è, Terminale.

Nous avons choisi au hasard 12 élèves dans chaque niveau. Dans les établissements où il n'y avait pas tous les niveaux, les 36 élèves ont été choisis dans les deux ou le seul niveau existant.

Ainsi, 1047 élèves âgés de 12 à 19 ans et fréquentant les cours du jour dans ces établissements, ont rempli le questionnaire. Le remplissage a été fait en notre présence. Le temps nécessaire variait selon le niveau d'étude d'une heure à deux heures. Une pré-enquête avait permis de tester le niveau de compréhension des élèves et de déterminer le temps moyen nécessaire au remplissage du questionnaire.

L'enquête s'est déroulée du 29 novembre 1993 au 8 février 1994.

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur dans le logiciel Epi-info. Les tests statistiques du ( $X^2$ ) nous ont permis de faire certaines comparaisons.

### **3. PROBLEMES D'ETHIQUE**

Pour éviter que des secrets personnels ne soient découverts par les camarades, nous avons veillé à ce que la discrétion soit assurée au moment du remplissage du questionnaire.

### **4. DIFFICULTES**

Dans l'ensemble, le questionnaire a été bien rempli. Mais au niveau des petites classes (6è - 5è), certains élèves n'ont pas répondu aux questions 79 et 80 parce qu'elles étaient difficiles. Nous avons donc perdu des informations.

### **5. LIMITES DE NOTRE ETUDE**

Notre travail s'est intéressé uniquement aux adolescents du milieu scolaire en zone urbaine. Il aurait été plus complet, s'il avait concerné également les adolescents du milieu rural, et ceux du milieu urbain non en scolarisation.

# RESULTATS

10/10/2010  
10/10/2010  
10/10/2010

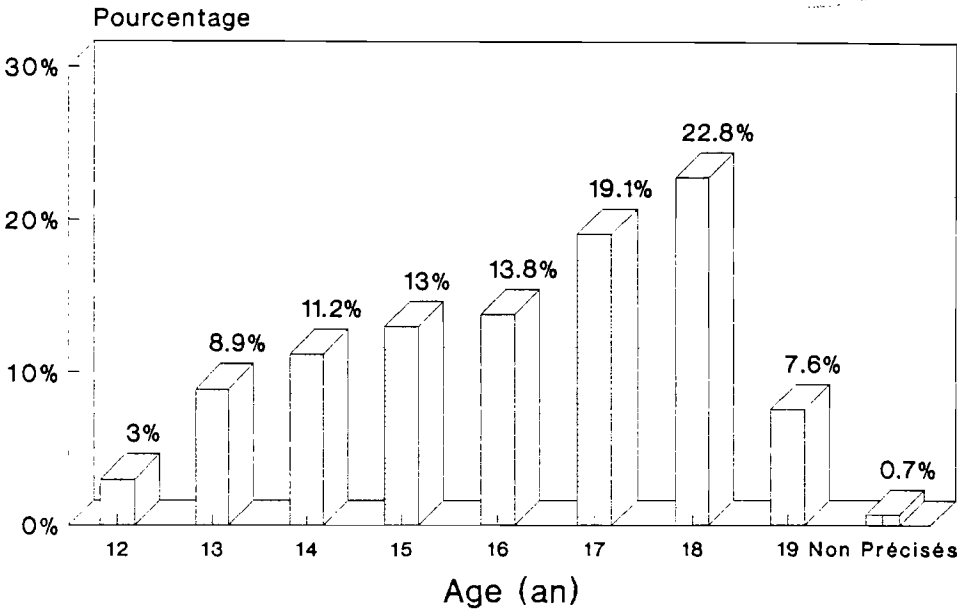
**VI/ RESULTATS**

**VI.1/ CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE**

**1.1. Sexe**

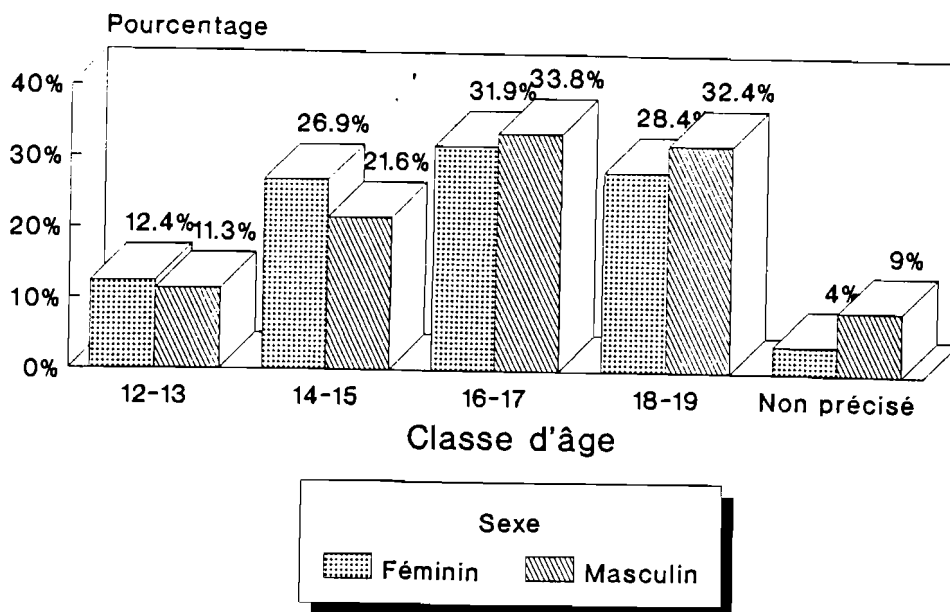
Notre échantillon était constitué de 514 filles soit 49 % et de 533 garçons soit 51 %.

**1.2. Age**



**Figure n 1 Répartition des adolescents selon l'âge**

L'âge moyen des adolescents interrogés était de 16,03 ans.



**Figure n 2 Répartition des adolescents par classe d'âge et le sexe**

L'âge moyen des garçons était de 16,13 ans.

L'âge moyen des filles était de 15,93 ans.

### **1.3. Religion**

**TABLEAU I : Répartition des adolescents selon la religion**

Religion	Effectifs observés	Pourcentage
Chrétienne	560	53,5 %
Musulmane	448	42,8 %
Animiste	6	0,6 %
Autres	3	0,3 %
Non précisée	30	2,8 %
Total	1047	100 %

### **1.4. Nationalité et répartition ethnique**

L'échantillon était constitué de 94,1 % de Burkinabè et de 5,9 % d'étrangers (Togolais, Ivoiriens, Nigériens, Maliens).

Les mossé étaient les plus représentés dans notre échantillon (59 %), suivis des bissa (8 %) puis des Gouronsi (4 %). Les autres ethnies étaient représentées à moins de 3 %.

### **1.5. Situation matrimoniale**

Tous les élèves de notre échantillon étaient célibataires. 4 filles vivaient en concubinage. Elles étaient âgées de 17 ou 18 ans.

### **1.6. Revenus des adolescents**

- Le montant moyen mensuel de l'argent de poche des adolescents était de 3 875 F. Toutefois, nous avons trouvé les valeurs extrêmes : 750 F et 15 000 F. 26 élèves (2,5 %) avaient plus de 15 000 F/mois. 16 élèves (1,5 %) n'avaient pas d'argent de poche.

- 949 élèves (91 %) recevaient cet argent de leurs parents. 84 (8 %) étaient boursiers, 45 (4,3 %) avaient une activité secondaire et 46 (4,4 %) recevaient cet argent d'un copain ou d'une copine.

- 82,2 % de ceux qui travaillaient parallèlement étaient des garçons et 17,8 % des filles.

- 56,5 % de ceux qui recevaient leur argent de poche d'un copain ou d'une copine étaient des filles et 44,5 % des garçons.

### **1.7. Lieu d'habitation pendant l'année scolaire**

La grande majorité des élèves (73 %) habitaient en famille. Les autres (27 %) étaient en location ou habitaient chez un tuteur ou un copain.

### 1.8. Profession des parents

TABLEAU II : Répartition des adolescents selon la profession des parents

Profession	Père		Mère	
	Effectifs observés	Pourcentage	Effectifs observés	Pourcentage
Fonctionnaire	365	34,9 %	215	20,5 %
Employé/e du privé	15	1,4 %	2	0,2 %
Secteur formel (commerçant)	71	6,8 %	55	5 %
Secteur informel	47	4,5 %	6	0,6 %
Retraité/e	84	8 %	6	0,6 %
Cultivateur Ménagère	270	25,8 %	690	66 %
Autre	173	16,5 %	33	3,3 %
Non précisé	22	2,1 %	40	3,8 %
Total	1047	100 %	1047	100 %

**1.9. Niveau d'instruction des parents**

TABLEAU III : Répartition des adolescents selon le niveau d'instruction des parents

Niveau d'instruction	Père		Mère	
	Effectif observé	Pourcentage	Effectif observé	Pourcentage
Non scolarisé	279	26,6 %	357	34 %
Alphabétisé	26	2,5 %	21	2 %
Primaire	104	9,9 %	136	13 %
Secondaire	149	14,3 %	165	15,8 %
Supérieur	172	16,4 %	68	6,5 %
Non précisé	317	30,3 %	300	28,7 %
Total	1047	100 %	1047	100 %



## VI.2. HISTOIRE MEDICALE

### 2.1. Antécédents médicaux

TABLEAU IV : Pathologies parmi les adolescents :  
répartition par sexe

Antécédents médicaux	Sexe		Total	Pourcentage / à l'échantillon
	Filles	Garçons		
Ictère d'étiologie non déterminée	112	124	236	22,5 %
Hémoglobino-pathie	89	81	170	16 %
Oedèmes des membres inférieurs	43	50	93	9 %
Asthme	23	40	63	6 %
Poliomyélite	11	9	20	2 %
Epilepsie	3	4	7	0,7 %

### 2.2. Hospitalisations

20 % de notre échantillon soit 1 élève sur 5 avaient déjà été hospitalisés. Les différentes causes d'hospitalisation sont représentées à la figure 3.

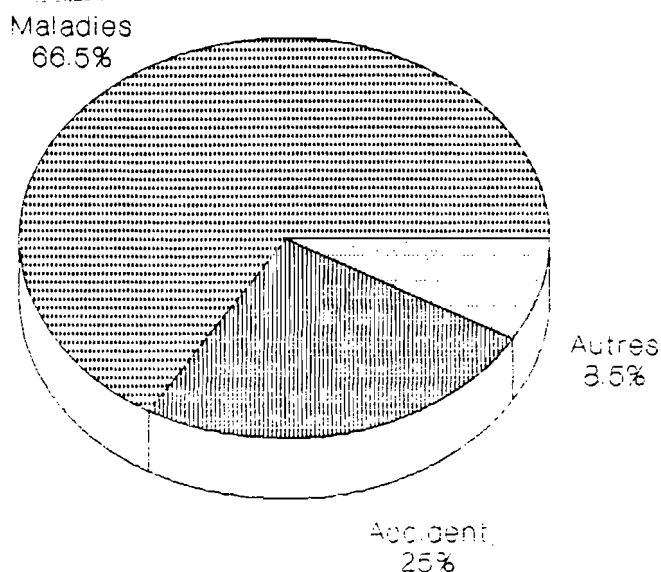


Figure n 3 Répartition des hospitalisés  
selon la cause d'hospitalisation

Le paludisme et la fièvre typhoïde étaient les maladies les plus citées. Parmi les autres causes d'hospitalisation figurent les brûlures et les interventions chirurgicales.

### 2.3. Antécédents vaccinaux

83 % de notre échantillon avaient déclaré disposer d'un carnet de vaccination. Mais ils n'étaient pas en possession de ce carnet au moment de l'enquête. Les informations suivantes ne proviennent pas des carnets de vaccination, mais des adolescents.

TABLEAU V : Répartition des adolescents selon le statut vaccinal

Maladies	Vaccinés (Effectifs observés)	Pourcentage de vaccinés	Pourcentage de non vaccinés	Pourcentage de "Ne sais pas"
Tétanos	864	83 %	6 %	11 %
Rougeole	688	66 %	11 %	23 %
Méningite	592	57 %	15 %	28 %
Tuberculose	497	47 %	15 %	38 %
Coqueluche	303	29 %	20 %	51 %
Poliomyélite	293	28 %	23 %	49 %
Diphtérie	172	17 %	22 %	61 %
Hépatite	50	5 %	27 %	68 %
Autres	18	2 %	83 %	15 %

TABLEAU VI: Répartition des adolescents vaccinés selon le sexe

MALADIES	SEXE			
	FILLES		GARCONS	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Tétanos	454	88 %	410	77 %
Rougeole	361	70%	327	61 %
Méningite	317	62 %	275	52 %
Tuberculose	256	50 %	241	45 %
Coqueluche	159	31 %	144	27 %
Polyomyélite	160	31 %	133	25 %
Diptérie	85	16,5%	87	16 %
Hépatite	31	6 %	19	4 %
Autres	10	2 %	8	1,5 %

Notons que la couverture vaccinale des filles est supérieure à celle des garçons ( $p < 0,0001$ ).

#### **2-4. Consultation médicale**

- 75 % des adolescents interrogés disposaient d'un carnet de santé, mais ne le possédaient pas ant l'enquête.

- 28 % dont 48 % de filles et 52% de garçons avaient consulté dans un service de santé au cours des deux mois précédent l'enquête. La différence observée entre les filles et les garçons n'est pas significative.

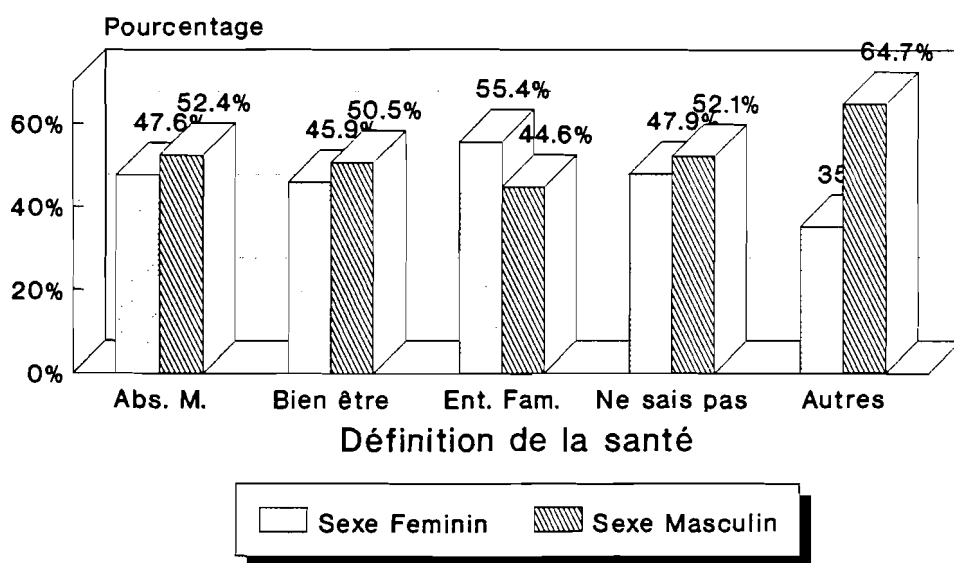
- Le nombre moyen de consultation pour les deux mois précédant l'enquête était de 1,82 par consultant et de 0,5 par élève.

- Les différents lieux de consultation étaient par ordre de fréquence décroissante : le service de santé scolaire (39 %), les dispensaires de secteur (35 %), le Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (25 %), les cabinets privés (19 %), et les autres services de santé (9 %).

Les troubles fonctionnels (céphalées, douleurs abdominales, fatigue générale) représentaient 69 % des motifs de consultation. 8 % des motifs concernaient un service spécialisé (Ophtalmologie, ORL, Odonto-stomatologie, gynécologie).

- 67 % des consultants étaient satisfaits des soins reçus. Parmi les insatisfaits, 84 % s'estimaient mal soignés.

**2-5. Définition de la notion santé et appréciation par les adolescents de leur état de santé**

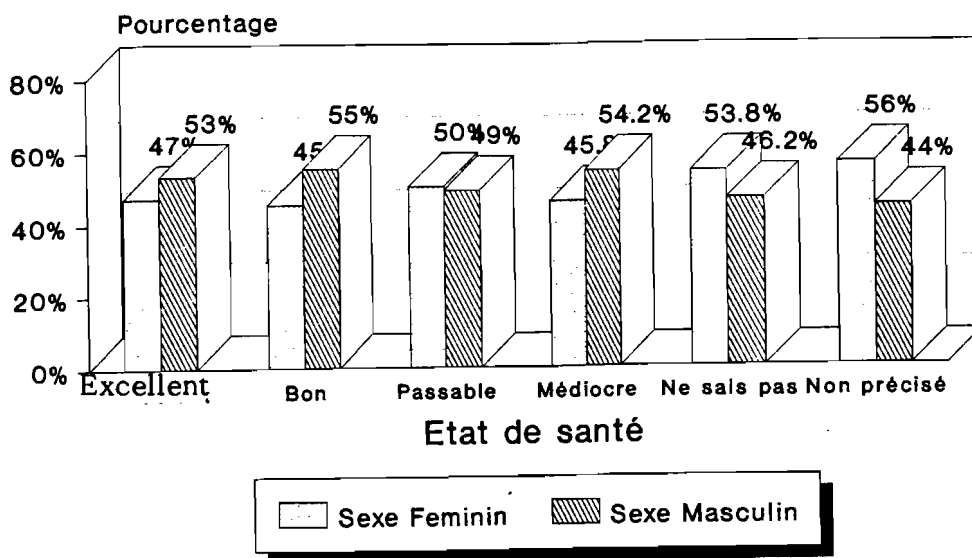


**Figure n 4 Répartition des adolescents selon le sexe et la définition de la notion de santé**

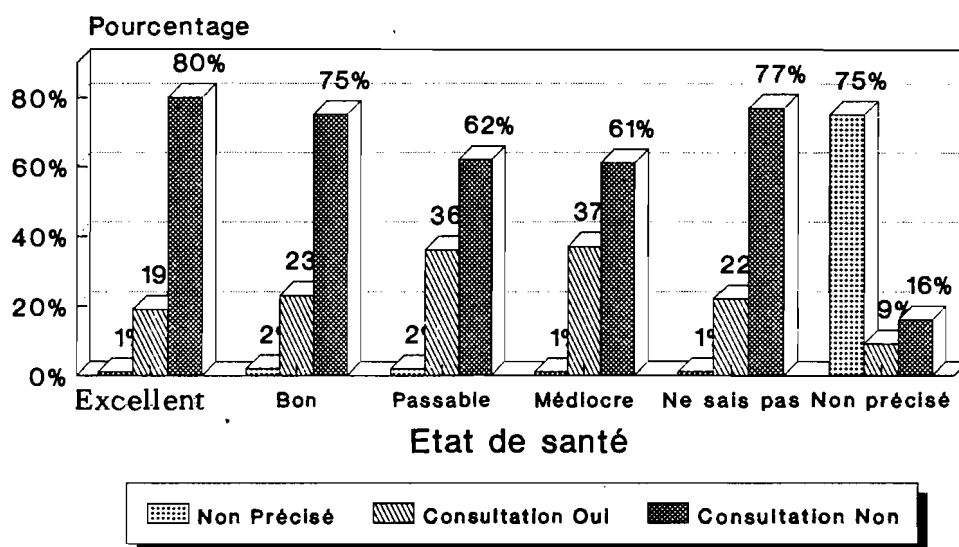
Abs-M = Absence de maladies

Ent-Fam. = Entente familiale

Bien être = Bien être physique et moral.



**Figure n 5 Répartition des adolescents selon le sexe et l'appréciation de leur état santé**



**Figure n 6 Appréciation de leur état de santé par les consultants et les non consultants**

## VI-3/ MODE DE VIE

### 3.1. Alimentation

#### 3.1.1. Repas

- 90,4 % des élèves dont 49,8 % de filles et 50,2 % de garçons étaient réguliers dans la prise de leur repas. La différence observée entre les filles et les garçons n'est pas significative ( $p = 0,22$ ).

21 % des adolescents prenaient entre 1 et 2 repas par jour. 66 % en prenaient 3 par jour, 13 % plus de 3 repas par jour. La majorité de notre échantillon (76 %) mangiaient en famille.

Le nombre moyen de repas quotidien pour les deux sexes était de 2,91. Il était de 2,93 pour les filles et de 2,88 pour les garçons. Nous avons regroupé le nombre de repas quotidien en ( $< 3$  et  $> 3$ ) pour calculer  $X^2$ . La différence n'est pas significative ( $p > 0,10$ ). Les garçons prenaient autant de repas par jour que les filles.

85 % des adolescents dont 49 % de filles et 51 % de garçons avaient l'appétit pendant leurs repas. La différence observée n'est pas significative.

#### 3.1.2. Grignotage et consommation d'aliments sucrés

- 65 % des élèves dont 54 % de filles et 46 % de garçons grignotaient entre leurs repas réguliers. La différence est significative ( $p < 0,01$ ). Les filles grignotaient plus que les garçons.

- 90 % des élèves dont 49,95 % de filles et 50,05 % de garçons consommaient des aliments sucrés. 66 % les prenaient souvent, 14 % occasionnellement et 15 % rarement. 5 % n'avaient pas précisé la fréquence de leur prise. La différence observée entre les filles et les garçons n'est pas significative.

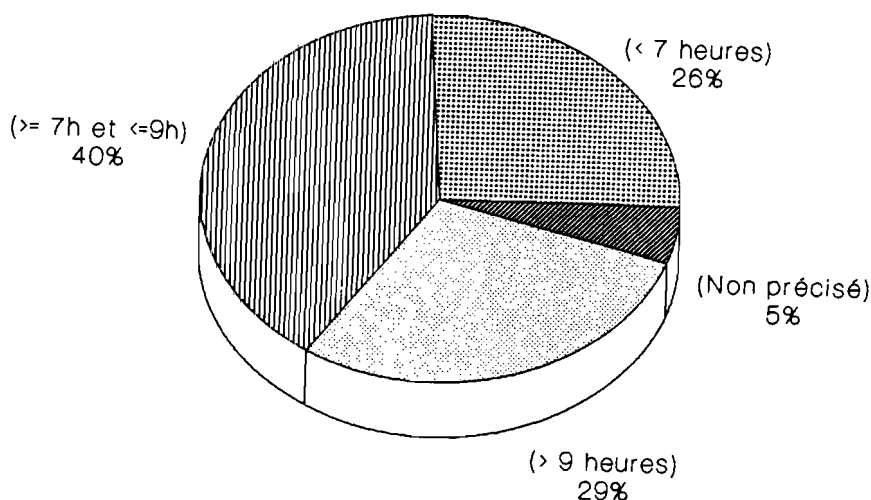
- Les aliments sucrés les plus consommés étaient par ordre de fréquence décroissante : les fruits (mangues, oranges, bananes) (48,8 %), le lait/yaourt (38,3 %), les bonbons (26,3 %), les gâteaux (21,6 %) et les boissons sucrées (18 %).

- Les aliments les plus souvent grignotés étaient par ordre de fréquence décroissante : les sandwiches (43 %), les arachides (42 %), les fruits (26,4 %).

- 16,6 % des élèves dont 52,3 % de filles et 47,7 % de garçons se réveillaient souvent la nuit pour manger. La différence n'est pas significative.

### 3.2. Sommeil

#### 3.2.1. Durée du sommeil par 24 heures



**Figure n 7** Durée du sommeil par 24 heures des adolescents

TABLEAU VII : Répartition des élèves selon la classe d'âge et la durée du sommeil par 24 heures

Classe d'âge	Durée du sommeil /24 H				Total
	<7H	7H - 9H	> 9H	Non précisée	
12 - 13 ans	26	37	52	9	124
14 - 15 ans	66	70	104	13	253
16 - 17 ans	87	147	95	15	344
18 - 19 ans	93	164	49	13	319
Non précisé	0	4	3	0	7
Total	272	422	303	50	1047
Pourcentage	26 %	40 %	29 %	5 %	100 %

Il y a une relation significative entre l'âge et la durée du sommeil par 24 heures. Les plus jeunes dormiraient plus que les plus âgés ( $p = 10^{-6}$ ).

### 3.2.2. Sieste

- 59,7 % des élèves dont 53 % de filles et 47 % de garçons faisaient la sieste. 30 % d'entre eux avaient entre 12 et 15 ans, 70 % étaient âgés de 16 à 19 ans. 64,6 % étaient au premier cycle, 35,4 % au second.



### 3.3. Consommation de drogues licites et illicites

#### 3.3.1. Le tabac

4,2 % des élèves dont 7 % de filles et 93 % de garçons fumaient. Les filles fumaient occasionnellement, elles n'ont pas précisé la durée, et le nombre de cigarettes fumées par jour.

74,4 % des fumeurs consommaient entre une et dix cigarettes par jour contre 14,4 % qui fumaient entre dix et vingt cigarettes par jour. 2,3 % fumaient plus d'un paquet par jour.

Pour 18,6 % des fumeurs, la durée de l'intoxication par la cigarette était inférieure ou égale à un an. Pour 67,4 % elle était comprise entre un et cinq ans. 2,3 % fumaient depuis plus de cinq ans. 11,6 % n'avaient pas précisé la durée.

TABLEAU VIII : Répartition des fumeurs selon l'âge et la durée de la consommation de la cigarette.

Age	Durée de la consommation de la cigarette				Total
	<1 an	1 - 5 ans	5 - 10 ans	Non précisée	
14 ans	1	0	0	0	1
15 ans	1	1	0	1	3
16 ans	2	1	0	0	3
17 ans	1	5	0	1	7
18 ans	2	14	0	2	18
19 ans	1	8	1	1	11
Total	8	29	1	5	43
Pourcentage	18,6%	67,4 %	2,4 %	11,6 %	100 %

- 16,3 % des fumeurs avaient entre 14 et 16 ans.

- 83,7 % avaient entre 17 et 19 ans. L'âge moyen des fumeurs était de 17,65 ans.

- 62,8 % des fumeurs étaient au second cycle, 37,2 % étaient au premier cycle.

- 42 % des fumeurs étaient des chrétiens et 58 % des musulmans.

- 42 % des fumeurs ne savaient pas pourquoi ils fumaient.

- 37 % fumaient pour le plaisir, et 21 % par mimétisme.

- Les adolescents ayant un parent fumeur étaient plus nombreux à fumer que ceux qui n'en avaient pas ( $p = 10^{-6}$ ).

### 3.3.2. La cola

- 4,7 % des élèves prenaient de la cola. 48 % en prenaient occasionnellement, ils n'ont pas précisé la durée de la consommation. 20 % avaient une durée inférieure ou égale à un an. Pour 22 % cette durée était comprise entre un et cinq ans. 10 % avaient une durée comprise entre cinq et dix ans.

- 58,3 % de ceux qui prenaient la cola croquaient moins d'une noix par jour, 10,4 % croquaient au moins une par jour.

- 44,7 % de ceux qui croquaient la cola avaient entre 12 et 15 ans, 56,3 % avaient entre 16 et 19 ans. L'âge moyen était de 15,81 ans.

- 64,6 % de ceux qui prenaient la cola étaient au 1er cycle, 35,4 % au second cycle.

- 35 % prenaient la cola pour le plaisir, 16 % par mimétisme, 27,3 % pour une autre raison, 23,3 % ne savaient pas pourquoi ils en prenaient.

### 3.3.3. L'alcool

31,3 % des élèves dont 34,3 % de filles et 65,7 % de garçons prenaient des boissons alcoolisées. La différence observée est significative. Les garçons consomment plus de boissons alcoolisées que les filles ( $p < 0,01$ ).

TABLEAU IX : Répartition de ceux qui prenaient les boissons alcoolisées selon la classe d'âge et la durée de la prise d'alcool

Classe d'âge	Durée de la prise d'alcool					Total
	<1 an	1-5 ans	5-10 ans	>10 ans	Non précisée	
12-13 ans	6	5	1	0	8	20
14-15 ans	6	12	3	1	24	46
16-17 ans	12	47	13	6	32	110
18-19 ans	13	63	30	13	27	146
Non précisé	0	1	0	0	1	2
Total	37	128	47	20	92	324
Pourcentage	11,4	39,5%	14,5 %	6 %	28,6 %	100 %

- 79 % des buveurs avaient un âge compris entre 16 et 19 ans
- 21 % avaient entre 12 et 15 ans. L'âge moyen des buveurs était de 16,85 ans.
- Pour 11,4 % des buveurs, la durée de la prise d'alcool était inférieure ou égale à un an.
- 60 % avaient une durée supérieure à un an.
- 54,6 % des buveurs prenaient l'alcool pour le plaisir apporté, 14 % par mimétisme,
- 17 % ne savaient pas pourquoi ils en prenaient, 13 % en consommaient pour une autre raison.

- Les adolescents ayant un parent buveur étaient plus nombreux à consommer l'alcool que ceux qui n'en avaient pas : 46 % contre 15 % ( $p = 10^{-6}$ ).

- Les adolescents qui consommaient l'alcool étaient plus nombreux à faire des accidents que ceux qui n'en prenaient pas : 63 % contre 50 % ( $p = 0,007$ ).

- 54 % des élèves dont 47 % de filles et 53 % de garçons avaient déjà fait un accident. 56 % des accidents s'étaient passés en circulation, 32 % à la maison et 13 % dans l'établissement. L'âge moyen des accidents était de 16,24 ans.

TABLEAU X : Répartition des accidentés selon le nombre d'accident et le sexe.

Nombre d'accidents	Sexe		Total	Pourcentage
	F	G		
1	120	135	255	45 %
2	67	75	142	25 %
3	28	29	57	10 %
> 4	53	59	112	20 %
Total	268	298	566	100 %
Pourcentage	47,3 %	52,7 %	100 %	

Pour calculer le  $X^2$ , nous avons regroupé le nombre d'accident en (>3 et >3).

La différence observée n'est pas significative. Les filles font autant d'accidents que les garçons.

TABLEAU XI : Répartition des buveurs selon la nature des boissons consommées et la fréquence de leur prise

Nature des boissons	Fréquence			Total	Pourcentage
	S	O	R		
Bière	59	110	81	250	33,3 %
Vin	27	88	57	172	23 %
Dolo	37	48	54	139	18,5 %
Liqueurs	17	79	43	135	18 %
Bangui	7	18	22	47	6,2 %
Autre	0	2	1	7	1 %
Total	147	346	258	750	100 %
Pourcentage	20 %	46 %	34 %	100 %	

S = Souvent                      O = Occasionnellement                      R = Rarement.

. Ivresse

- 40 % des buveurs dont 22 % de filles et 78 % de garçons avaient déjà été ivres. 5,8 % l'avaient été souvent, 37,7 % occasionnellement et 55,7 % rarement.

- 17 % de ceux ayant déjà été ivres avaient entre 13 et 15 ans, 83 % avaient entre 16 et 19 ans. L'âge moyen était de 17 ans.

- 54 % des buveurs ayant été ivres étaient au second cycle, 46 % étaient au premier cycle.

- Les buveurs ayant déjà été ivres étaient plus nombreux à faire des accidents que les buveurs simples : 71 % contre 60 % ( $p = 0,0001$ ).

### 3.3.4. Le thé et le café

- 58,6 % des adolescents dont 41 % de filles et 59 % de garçons prenaient du thé. 29,6 % le prenaient souvent, 30,8 % occasionnellement et 39,6 % rarement. La différence observée entre les filles et les garçons est significative ( $p < 0,001$ ). Les garçons consommaient le thé plus que les filles.

- 73,5 % des adolescents dont 46 % de filles et 54 % de garçons prenaient le café. 46,4 % le prenaient souvent, 19,3 % occasionnellement et 34,3 % rarement. La différence observée entre les filles et les garçons est significative ( $p = 0,005$ ). Les garçons consommaient le café plus que les filles.

- 45 % de notre échantillon dont 38,4 % de filles et 61,6 % de garçons prenaient le café et le thé.

- Parmi ceux qui prenaient le café et le thé, 26,5 % avaient entre 12 et 15 ans, 73,5 % entre 16 et 19 ans. L'âge moyen était de 16,6 ans.

- 26 % de ceux qui prenaient le café et le thé étaient en classe d'examen, 74 % étaient en classe intermédiaire.

- 63 % prenaient le café ou le thé pour le plaisir apporté. 5 % par mimétisme, 15 % pour autre raison, 17 % n'avaient pas précisé la raison.

TABLEAU XII : Répartition des élèves selon la durée du sommeil par 24 H et la prise café/thé

Durée du sommeil par 24H	Prise de café/thé		Total
	OUI	NON	
< 7H	120 (26%)	32 (22,5 %)	152
7 - 9 H	209 (45,7%)	57 (40%)	266
>9H	130 (28,3%)	53 (37,5%)	183
Total	459 (100%)	142 (100%)	601

Il y a une relation significative entre la durée du sommeil/24 heures et la prise de café/thé. Ceux qui prenaient le café et le thé dormaient moins que les autres ( $p < 0,05$ ).

### 3.3.5. Drogues illicites

- 46,4 % des élèves dont 40 % de filles et 60 % de garçons connaissent le nom d'une drogue au moins. Les drogues les plus connues étaient par ordre de fréquence décroissante : la cocaïne, les solvants (dissolution), l'héroïne et le Chanvre indien.

- 2 % de notre échantillon dont 26 % de filles et 74 % de garçons avaient eu l'occasion de consommer de la drogue. Leur âge était compris entre 17 et 19 ans.



TABLEAU XII : Répartition des adolescents selon la drogue consommée et la fréquence de sa consommation

Drogue	Fréquence			Total	Pourcentage par rapport à l'échantillon
	S	O	R		
Cocaïne	0	0	2	2	0,2 %
Solvant (Dissolution)	1	4	1	6	0,6 %
Amphétamine	0	1	2	3	0,3 %
Chanvre indien	0	1	4	5	0,5 %
Autre	0	1	3	4	0,4 %
Total	1	7	12	20	2 %

S = Souvent                      O = Occasionnellement                      R = Rarement

### 3.4. Comportement sexuel

#### 3.4.2. Connaissances sur la sexualité et les MST

79 % des adolescents interrogés dont 48 % de filles et 52 % de garçons déclaraient avoir des informations sur la sexualité. La différence observée n'est pas significative. Il y a autant de filles informées sur la sexualité que de garçons.

TABLEAU XIV : Niveau d'étude et information sur la sexualité

Niveau d'étude	Dispose d'information sur la sexualité			Total	Pourcentage des informés
	Oui	Non	Non précisé		
6è-5è	212	158	9	379	56 %
4è-3è	305	41	6	352	87 %
2è-1è-Ter	297	16	1	314	94 %
Non précisé	2	0	0	2	
Total	816	215	16	1047	

Ter = Terminale

Il existe une relation entre le niveau d'étude des adolescents et leurs connaissances sur la sexualité. Les élèves de niveau supérieur étaient les plus informés ( $p = 10^{-6}$ ).

Nous n'avons pas noté de relation entre la religion des adolescents et la possession d'informations sur la sexualité.

TABLEAU XV : Répartition des adolescents selon le niveau d'instruction de la mère et la présence d'information sur la sexualité

Niveau d'instruction de la mère	Dispose d'informations			Non précisée	Total
	Oui	%	Non		
Non scolarisé	268	75 %	85	4	357
Néo-alphabétisé	20	95 %	1	0	21
Primaire	105	77 %	29	2	136
Secondaire	140	85 %	23	2	165
Supérieur	57	83 %	10	1	68
Non précisé	226	75 %	71	3	300
Total	816		219	12	1047

Pour comparer les adolescents qui avaient des informations sur la sexualité et ceux qui n'en avaient pas, selon le niveau d'instruction de la mère, nous avons regroupé les mères en niveau I (non scolarisé, alphabétisé, primaire) et niveau II (secondaire, supérieur).

Les adolescents dont les mères sont plus instruites sont plus nombreux à être informés sur la sexualité que les autres, 84 % contre 75 % ( $p = 0,03$ ).

Par contre, il n'existe pas de relation entre le niveau d'instruction du père des adolescents et leur possession d'informations sur la sexualité.

- M.S.T.

87 % de notre échantillon dont 47,6 % de filles et 52,4 % de garçons avaient pu citer au moins une MST. Nous signalons néanmoins quelques réponses aberrantes observées (13 % des réponses) : paludisme, tuberculose, rougeole, méningite, hydrocèle.

Le SIDA a été cité par 84 % des adolescents, la gonococcie par 53 % et la syphilis par 41 %. D'autres MST ont été citées par 3 % des adolescents. 36 % des adolescents dont 49 % de filles et 51 % de garçons avaient pu citer le SIDA, la gonococcie et la syphilis en même temps.

Le score de M.S.T. était en moyenne de 1,84 pour les deux sexes.

TABLEAU XVI : Répartition des élèves selon le score de MST et le sexe

Score M.S.T.	Sexe		Total	Pourcentage
	F	M		
0	81	57	138	13 %
1	148	151	299	28,7 %
2	88	126	214	20 %
3	189	195	384	37 %
4	6	3	9	1 %
5	2	1	3	0,3 %
Total	514	533	1047	100 %

Score MST = Nombre de M.S.T. citées.

Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons pour le score de M.S.T. Les filles connaissaient autant de M.S.T. que les garçons.

TABLEAU XVII : Répartition des adolescents selon leurs sources d'information sur la santé, la sexualité et les MST

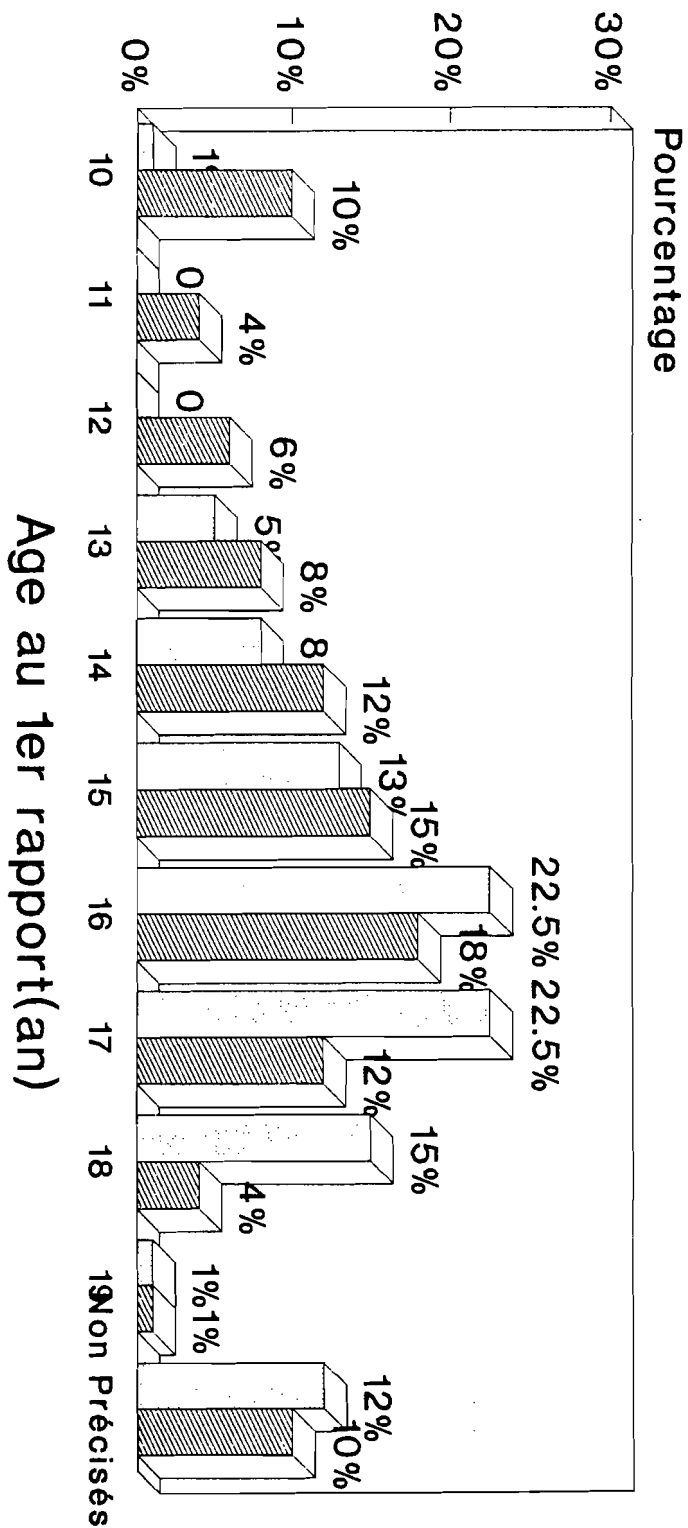
Sources d'informations	Santé		Sexualité		M.S.T.	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Parents	720	69%	357	34%	437	42 %
Enseignants	501	48%	588	56%	588	56 %
Personnel de santé	434	41%	364	35%	364	35 %
Média	384	37%	313	30%	359	34 %
Camarades	351	33%	424	40%	413	39 %
Autre	29	3 %	37	3 %	45	4 %

N.B. : Les pourcentages ont été calculés par rapport à l'ensemble de l'échantillon.

#### 3.4.2. Rapports sexuels

- 31 % des élèves dont 40 % de filles et 60 % de garçons avaient déjà eu des rapports sexuels. La différence observée est significative ( $p = 0,001$ ). Il y a plus de garçons sexuellement actifs que de filles. .

- 94 % des adolescents sexuellement actifs ont déclaré avoir des informations sur la sexualité.



**Figure n 8 Répartition des adolescents selon l'âge au premier rapport sexuel et le sexe**

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 14,98 ans pour les deux sexes. Il était de 16,10 ans pour les filles et de 12,87 ans pour les garçons. La différence est significative ( $p < 0,0001$ ).

Les garçons entraient en activité sexuelle plus tôt que les filles.

L'âge moyen des adolescents sexuellement actifs était de 17,26 ans pour les filles et de 16,96 pour les garçons. Cela signifie qu'à 17 ans, 25 % des filles et 36 % des garçons avaient déjà expérimenté les rapports sexuels.

TABLEAU XVIII : Répartition des adolescents sexuellement actifs selon le nombre de partenaire sexuels au cours de l'année scolaire 92/93 et le sexe

Nombre de partenaires sexuels en 1992-93	Sexe		Total	Pourcentage
	F	M		
0	11	38	49	15,2 %
1	89	66	155	48 %
2	16	36	52	16 %
3	2	20	22	6,8 %
> 4	2	20	22	6,8 %
Non précisé	9	14	23	7,2 %
Total	129	194	323	100 %

Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours de l'année scolaire 92/93 était de 1,56 pour les deux sexes. Il était de 1,71 pour les garçons et de 1,05 pour les filles. La différence observée est significative ( $p < 0,0001$ ).

La multiplicité des partenaires sexuels prédominait chez les garçons.

- L'âge des filles ayant porté une grossesse et de celles ayant avorté était compris entre 17 et 19 ans. 92 % des filles ayant été en grossesse prenaient pourtant des précautions pour l'éviter.

- 5 % des garçons ayant eu des rapports sexuels avaient enceinté des filles. Un seul avait enceinté 2 filles, les autres avaient enceinté chacun une fille.

- 4,5 % des garçons de notre échantillon avait déjà encouragé un avortement chez des filles. 5 garçons sur les 10 ayant enceinté des filles avaient effectivement fait faire l'avortement. 2 garçons étaient père d'enfant. L'âge des garçons ayant enceinté des filles était compris entre 17 et 19 ans.

#### 3.4.4. Agressions sexuelles

13 filles soit 2,6 % des filles de notre échantillon avaient été violées. 8 ont été violées par un camarade, 5 par une personne amie de la famille (tuteur, ami du tuteur ou du frère). Nous n'avons pas noté de cas d'inceste.

L'âge des filles violées était compris entre 15 et 19 ans.

#### 3.4.5 Désir d'enfant

Le nombre d'enfants désirés était en moyenne de 3,13 pour les filles et de 3,81 pour les garçons. La différence est significative ( $p < 0,001$ ). Les garçons désirent plus d'enfants que les filles.

75 % des garçons et 82 % des filles désiraient moins de 5 enfants. Les limites extrêmes étaient de 0 à 12 enfants pour les garçons et de 0 à 10 enfants pour les filles.



#### 3.4.6 M.S.T.

Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels 15 élèves dont 7 filles et 8 garçons déclaraient avoir contracté une MST. Pourtant, 97 % des adolescents sexuellement actifs déclaraient utiliser le préservatif.

La différence observée entre les filles et les garçons n'est pas significative. Il y a autant de filles que de garçons qui ont contracté une M.S.T.

#### Age des malades

11 malades dont 6 filles et 5 garçons avaient 18 ans, 3 dont 1 fille et 2 garçons en avaient 19. Un seul garçon avait 17 ans.

#### Soins

- 13 malades sur les 15 avaient été soignés, 4 au service de santé scolaire et 9 ailleurs (hôpital, cabinet privé). 12 des 15 malades prenaient cependant des précautions pour éviter les MST.

- Ceux qui étaient sexuellement actifs avaient plus de connaissances sur les MST que les autres. Leur score moyen de MST était de 2,35 contre 1,62 pour ceux qui n'étaient pas en activité génitale.

#### **VI.4. TROUBLES FONCTIONNELS ET DE L'HUMEUR**

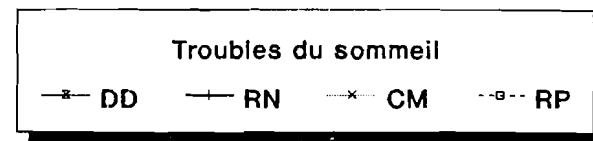
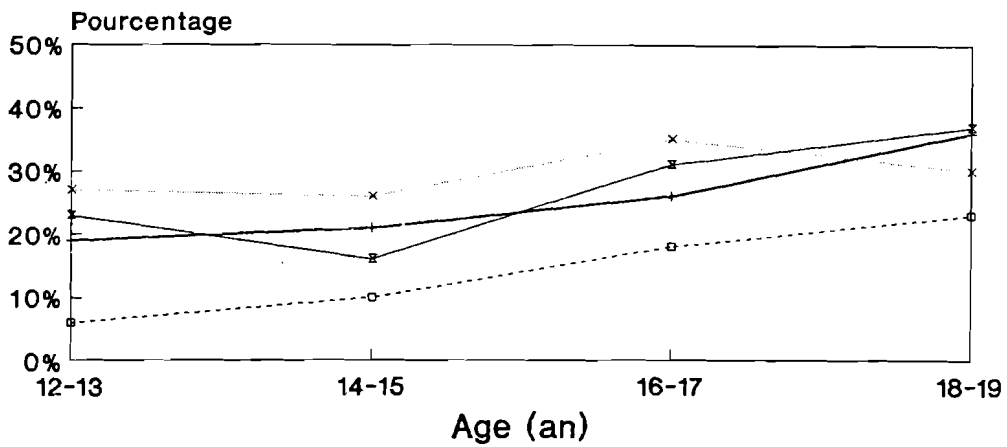
##### **4.1. Troubles du sommeil**

Les troubles du sommeil étaient fréquents (59 % des adolescents) : ils concernaient 2 filles sur 3 et 1 garçon sur 2.

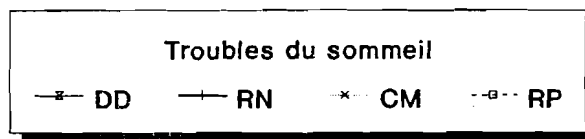
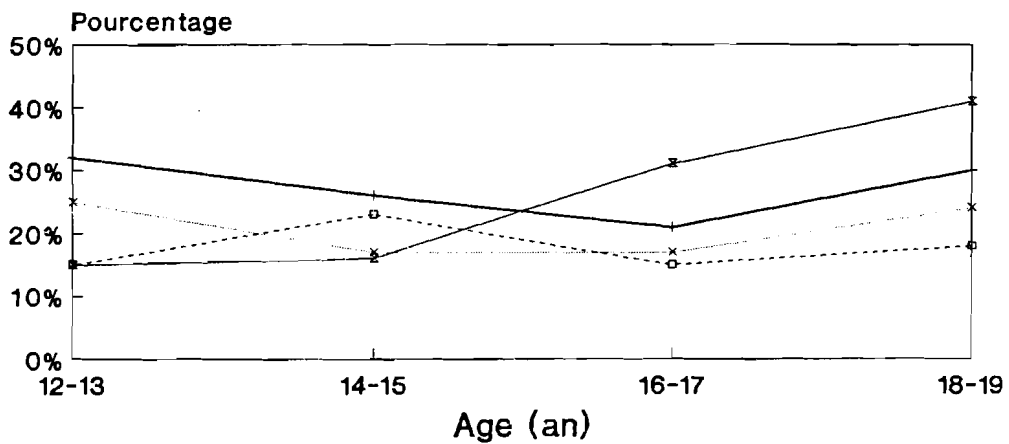
Parmi les filles, 28 % avaient souvent des difficultés d'endormissement, 26 % se réveillaient souvent la nuit, 30 % faisaient des cauchemars et 15 % avaient un réveil précoce.

Parmi les garçons, 29 % avaient souvent des difficultés d'endormissement, 26 % se réveillaient souvent la nuit, 21 % faisaient des cauchemars et 16 % se réveillaient précocement le matin.

En dehors des difficultés d'endormissement, ces troubles évoluent différemment dans les deux sexes au cours de l'adolescence. (figures 9 et 10).



**Figure n 9** Les troubles du sommeil parmi les filles en fonction de l'âge



**Figure n 10** Les troubles du sommeil parmi les garçons en fonction de l'âge

DD = Difficultés d'endormissement  
 RN = Réveil nocturne  
 CM = Cauchemars  
 RP = Réveil précoce.

On constate que les filles faisaient plus de cauchemars que les garçons ( $p = 0,01$ ).

- 4,7 % de notre échantillon dont 51 % de filles et 49 % de garçons prenaient un médicament contre les insomnies. 17 % le prenaient souvent, 23 % occasionnellement et 60 % rarement. 53,5 % le prenaient sur prescription médicale, 14 % sur recommandation d'un camarade et 32,5 % par auto-médication.

- L'âge moyen des utilisateurs de somnifères était de 16,24 ans.

- Type de médicaments utilisés :

- Hypnotique (Donormyl<sup>R</sup>, Alcion<sup>R</sup>)
- Anxiolytique (Tranxene<sup>R</sup>, Valium<sup>R</sup>, Equanil<sup>R</sup>)
- Autres (phenergan<sup>R</sup>, Sanmigran<sup>R</sup>)

- 6 % de ceux qui présentaient des troubles du sommeil, utilisaient des somnifères.

- Il existe une relation entre la présence des troubles du sommeil et l'utilisation de somnifères : ceux qui présentaient les troubles du sommeil utilisaient les somnifères plus que ceux qui n'en présentaient pas ( $p = 10^{-6}$ ).

#### **4.2. Malaises**

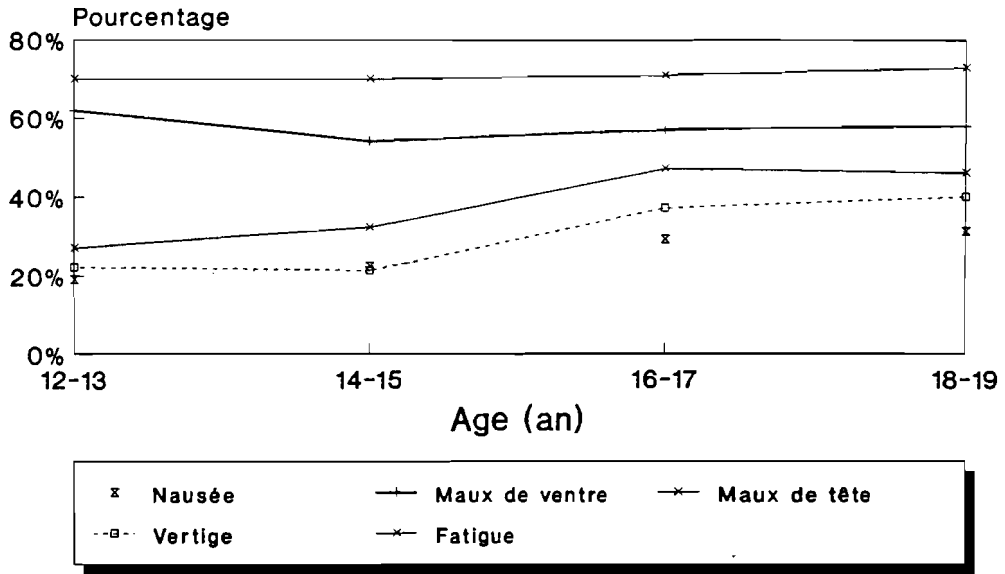
Ils étaient plus fréquents que les troubles du sommeil (88 % des élèves) et concernaient autant de filles que de garçons.

Parmi les filles, 71 % avaient souvent des céphalées, 57 % des douleurs abdominales, 31 % des vertiges et 26 % des nausées. 40 % présentaient souvent une fatigue générale.

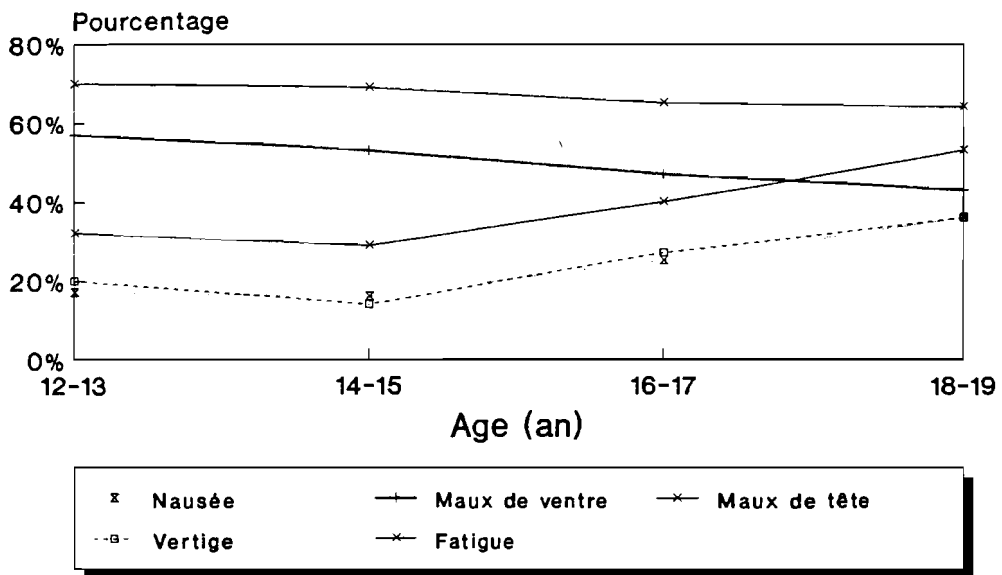
Parmi les garçons, 66 % avaient souvent des céphalées, 48 % des douleurs abdominales, 26 % des vertiges, 26 % des nausées. 41 % présentaient souvent une fatigue générale.

Les malaises évoluent également de façon différente dans les deux sexes au cours de l'adolescence. Mais on note que les céphalées représentaient le malaise le plus répandu (figures 11 et 12).

- 10 % des adolescents dont 47 % de filles et 53 % de garçons prenaient des médicaments contre la fatigue. 21 % les prenaient souvent, 35 % occasionnellement et 44 % rarement. 64 % les prenaient sur prescription médicale, 36 % par auto-médication.



**Figure n 11** Les malaises parmi les filles en fonction de l'âge



**Figure n 12** Les malaises parmi les garçons en fonction de l'âge

- 87 % des enquêtés utilisaient des remontants du genre (polytonyl<sup>R</sup>, Stimol<sup>R</sup>, Rocmaline<sup>R</sup>, etc). Un seul utilisait un stimulant de la vigilance (ordinator<sup>R</sup>). Les autres n'avaient pas précisé le type de médicament utilisé.

- L'âge moyen de ceux qui utilisaient les remontants était de 16,6 ans.

- 12 % de ceux qui présentaient souvent une fatigue générale prenaient des médicaments contre la fatigue.

- Ceux qui se sentaient souvent fatigués, étaient les plus nombreux à utiliser les remontants ( $p = 0,001$ ).

- 64 % de ceux qui présentaient les malaises présentaient également des troubles du sommeil.

#### 4.3. Enuresie

8,7 % des élèves dont 54 % de filles et 46 % de garçons présentaient une énuresie.

Dans 89 % des cas elle était primaire, et secondaire dans 11 % des cas.

TABLEAU XX : Répartition des énurétiques selon la classe d'âge.

Classe d'âge	Effectif observé	Pourcentage
12 - 13 ans	15	16,5 %
14 - 15 ans	31	34 %
16 - 17 ans	26	28,5 %
18 - 19 ans	19	21 %
Total	91	100 %

La moyenne d'âge était de 15,57 ans.

#### VI-4. TROUBLES DE L'HUMEUR

Il s'agissait des idées suicidaires, de la tristesse, de l'envie de pleurer et de l'ennui.

Parmi les filles, 84 % se sentaient souvent tristes, 78 % avaient souvent envie de pleurer, 67 % s'ennuyaient souvent et 25 % pensaient souvent au suicide.

Parmi les garçons, 81 % se sentaient souvent tristes, 51 % avaient souvent envie de pleurer, 64 % s'ennuyaient souvent, 15 % avaient souvent des idées suicidaires.

Au total, la tristesse est le trouble le plus répandu dans les deux sexes. L'évolution de ces troubles au cours de l'adolescence parmi les filles et les garçons est représentée par les figures 13 et 14.

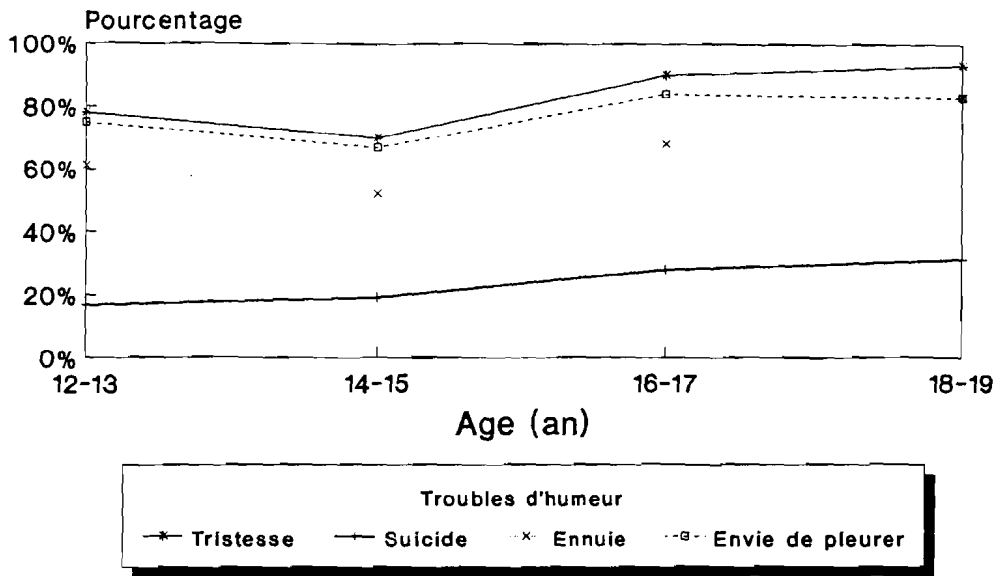
- 0,6 % des adolescents soient 2 filles et 4 garçons prenaient un médicament contre la tristesse. Un seul le prenait sur prescription médicale et les cinq autres par auto-médication. 4 le prenaient rarement et 2 souvent.

- Ils prenaient tous un anxiolytique (Tranxène<sup>R</sup>). Leur âge moyen est de 17,3 ans.

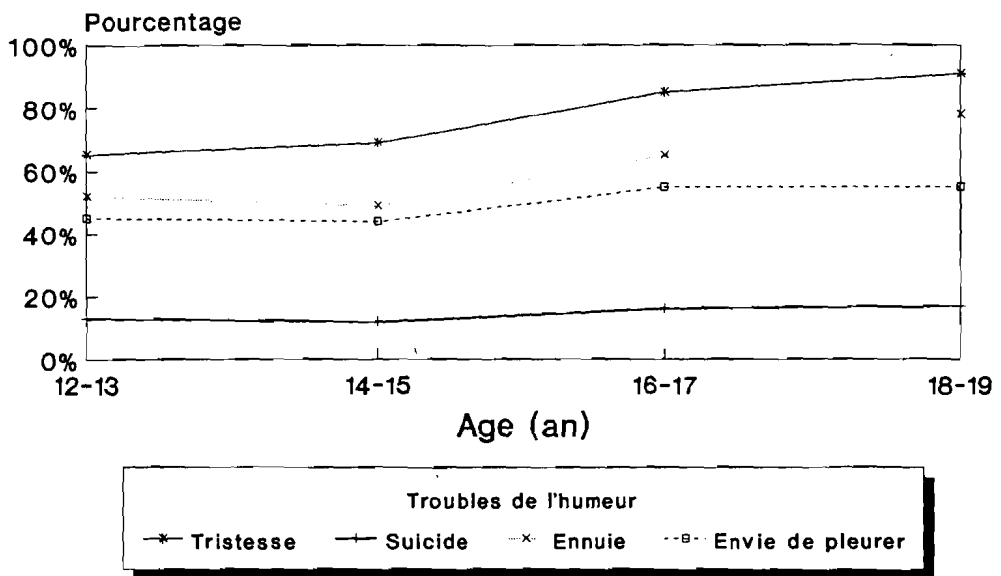
- 0,4 % des adolescents soient une fille et 2 garçons prenaient un médicament contre l'énerverment. Tous le prenaient par auto-médication. 2 le prenaient occasionnellement et 2 autres rarement. Un seul a précisé le nom du produit. Il s'agit du M10 (Valium<sup>R</sup>).

- Ceux qui se sentaient souvent tristes étaient les plus nombreux à prendre un médicament contre la tristesse ( $p = 0,03$ ).





**Figure n 13** les troubles de l'humeur parmi les filles en fonction de l'âge



**Figure n 14** Les troubles de l'humeur parmi les garçons en fonction de l'âge

## VI-5/ BESOINS DE SANTE

### 1) Demandes en matière de santé

Pour l'amélioration de leur santé, les adolescents ont fait des propositions à plusieurs niveaux :

- Au niveau individuel (personnel)

TABLEAU XXI : Répartition des adolescents selon les propositions faites au niveau individuel pour l'amélioration de leur santé.

Propositions	SEXE		Total	Pourcentage
	Filles	Garçons		
Activités de promotion	358	391	749	17,5 %
Activités de prévention	69	37	106	10 %
Activités curatives	114	140	254	24,5 %

Pour 72,5 % des adolescents, pour rester en bonne santé ou améliorer sa santé, il faudrait avoir une bonne hygiène de vie, pour 11,2 % il faudrait faire du sport, pour 11,8 % il faudrait se vacciner et pour 28,4 % il faudrait consulter un médecin devant le moindre mal et éviter l'auto-médication.

- Au niveau des parents

De la part de leurs parents, 69,4 % des adolescents attendent de bons soins et 30,6 % une éducation en matière de santé.

Pour les soins, ils voudraient être conduits en consultation par leurs parents en cas de maladies. Ils souhaitent qu'ils honorent les ordonnances qui leur sont souvent délivrées. Ils demandent à leurs parents d'avoir une boîte à pharmacie à domicile et de disposer d'un médecin de famille.

Pour l'éducation, ils voudraient que leurs parents leur donnent des informations sur la santé et la sexualité.

- Au niveau des responsables d'établissement

52,1 % des adolescents dont 47,1 % de filles et 52,9 % de garçons attendent des responsables d'établissement des soins de santé. Ils aimeraient avoir une petite infirmerie dans l'établissement disposant des médicaments de 1ère nécessité. Ils ont souhaité une prise en charge des ordonnances des élèves pauvres.

21,3 % des adolescents dont 44,2 % de filles et 55,7 % de garçons ont demandé une éducation en matière de santé aux responsables d'établissements. Ils ont souhaité avoir des cours sur la santé et la sexualité et des séances de causerie-débat avec le personnel de santé.

33,5 % des adolescents dont 49,1 % de filles et 50,9 % de garçons ont souhaité l'amélioration des conditions d'hygiène dans l'établissement notamment en ce qui concerne les aliments qui leur sont vendus, les toilettes, la propreté de la cour et des classes.

10,8 % ont proposé autre chose telle que la création d'une cantine scolaire et le changement de l'heure du début des cours du matin pour leur éviter les accidents de circulation.

- Au niveau du service de santé scolaire

75,9 % des adolescents dont 45,1 % de filles et 54,9 % de garçons ont demandé des soins de santé au service de santé scolaire. Ils ont souhaité :

- la création d'une infirmerie dans chaque établissement

- l'institution d'une visite médicale annuelle pour tous les élèves

- la reprise des séances de vaccination

- l'équipement du service de santé scolaire en matériel et surtout en médicament afin d'éviter les ordonnances systématiques.

29,6 % des adolescents dont 44 % de filles et 56 % de garçons ont demandé au service de santé scolaire une éducation en matière de santé. Ils ont souhaité avoir des cours sur la santé, la sexualité, les MST et l'hygiène.

- Au niveau du Ministère de la Santé

58,7 % des adolescents ont demandé au Ministère de la Santé d'améliorer les soins de Santé par la construction de services de santé et leur équipement en personnel et matériel (construction d'hôpital pour adolescents). 28,5 % ont demandé une éducation en matière de santé pour toute la population. 8,5 % ont demandé l'assainissement de la ville.

2) Problèmes de santé les plus importants selon les adolescents

- Au niveau de l'établissement : pour 69,1 % des adolescents c'est le manque d'hygiène en ce qui concerne l'eau de boisson, les aliments vendus dans l'établissement et les toilettes. Pour 31,5 % ce sont les maladies (paludisme, infections respiratoires, MST) et le manque d'infirmierie.

Pour 21,8 % c'est le manque d'éducation sur la santé et la sexualité en insistant sur les rapports sexuels avant le mariage, les grossesses indésirées et les avortements provoqués.

- Au niveau des parents : pour 33,8 % des adolescents c'est le manque de soins de santé notamment la boîte à pharmacie familiale et le médecin de famille. Pour 20,5 % c'est le manque d'éducation notamment sur la vie sexuelle. Pour 13,6 % des adolescents ce sont les comportements non exemplaires de leurs parents.

TABLEAU XXII : Répartition des adolescents selon la classe d'âge et leurs besoins de santé au niveau des parents.

Classe d'âge	Besoins			
	Education		Soins	
	Effectif	%	Effectif	%
12 - 13 ans	7	8,5 %	16	8,6 %
14 - 15 ans	9	11 %	33	17,7 %
16 - 17 ans	24	29,3 %	66	35,5 %
18 - 19 ans	42	51,2 %	71	38,1 %
Total	82	100 %	186	100 %

## **COMMENTAIRES - DISCUSSIONS**

## VII/ COMMENTAIRES - DISCUSSIONS

### 1. Méthodologie

Nous avons respecté la technique de sondage par grappe. L'échantillon dégagé semble représentatif de l'ensemble des élèves du secondaire de la ville de Ouagadougou.

Nous avons délibérément choisi la tranche d'âge de 12 à 19 ans au lieu de 10 à 19 ans parce qu'il y a très peu d'élèves de moins de 12 ans au secondaire.

Les élèves ont rempli le questionnaire avec beaucoup de sérieux. Nous pensons que les résultats sont valables.

### 2. But du travail

Nous avons identifié chez les adolescents en milieu scolaire, des comportements à risque tels que : expériences sexuelles précoces, consommation d'alcool, de tabac et de drogue. Ainsi, parmi les enquêtés, 31,3 % avaient déjà expérimenté les rapports sexuels, 31 % consommaient des boissons alcoolisées, 4,2 % étaient des fumeurs. De plus, les adolescents ont adressé des demandes en matière de santé à plusieurs niveaux. Ils ont également recensé dans leur milieu les problèmes de santé qu'ils ont estimé être importants.

Nous en concluons que dans l'ensemble l'objectif visé au départ a été atteint.

## **VII.3/. COMPORTEMENTS LIES A LA SANTE**

### **3.1. Comportement alimentaire**

Le comportement alimentaire des adolescents peut être une source de problèmes de santé. Un régime alimentaire inadapté peut favoriser l'apparition de certaines maladies : malnutrition, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, obésité et diabète non insulino-dépendant.

La relation entre caries-dentaires et consommation de sucreries est bien connue (22). Etant donné la grande consommation d'aliments sucrés par les adolescents, nous nous inquiétons de la prévalence des caries-dentaires dans ce milieu. Une étude pourrait être faite dans ce sens.

### **3.2. Consommation d'alcool**

L'usage de l'alcool est responsable non seulement d'accidents, mais aussi de maladies qui se déclarent bien ultérieurement. Les gros buveurs sont plus exposés aux cancers, aux ulcères gastro-duodénaux, aux cardiopathies, à la malnutrition et à la cirrhose du foie (31).

Mais l'alcool n'affecte pas seulement l'organisme, il risque aussi d'avoir pour le buveur des conséquences sociales désastreuses (délinquance juvénile, déscolarisation).

L'alcool est la drogue licite la plus consommée par les adolescents de notre étude : à 17 ans environ, un adolescent sur trois prend des boissons alcoolisées, et 20 % des buveurs consomment l'alcool de façon régulière (Tableau X). Ces adolescents sont donc exposés aux risques sus-cités si leur alcoolisation devrait se poursuivre jusqu'à l'âge adulte.



La bière est la boisson alcoolisée la plus consommée par les adolescents de notre étude (33,3 %) (Tableau X). Mais ce chiffre est inférieur à celui trouvé par OUEDRAOGO et Coll. en 1989 (40,5 %) (29). De même la consommation d'alcools forts (liqueurs) est retrouvée chez 18 % de notre échantillon contre 40,5 % dans l'étude de OUEDRAOGO et Coll. (29). Ceci pourrait s'expliquer par la différence des tranches d'âge étudiées. La limite supérieure de l'âge était de 23 ans dans l'étude de OUEDRAOGO.

Dans notre étude, le premier contact avec l'alcool a été quelque fois très précoce : 4 - 5 ans (Tableau IX). Il était situé à 10 - 12 ans dans l'étude de PARQUET et coll. (38). L'alcoolisation précoce que nous avons observée pourrait s'expliquer par l'origine des jeunes buveurs. Ils sont peut être issus de familles où certaines boissons alcoolisées sont fabriquées (dolo, bangui).

Il existe une relation entre l'importance de l'alcoolisation et la fréquence des actes médico-légaux (4). Notre étude a noté que les buveurs faisaient des accidents plus que les autres. PARQUET avait noté que les bagares et les accidents de la route étaient 7 fois plus fréquents chez les buveurs excessifs (38).

Parmi les buveurs, deux sur trois avaient déjà été ivres. Or l'ivresse aiguë est tout aussi importante que l'usage chronique d'alcool. Elle supprime souvent les inhibitions et peut entraîner des comportements sexuels à risque ou être la cause d'agressions, de comportements suicidaires ou d'accidents.

L'adolescent voit dans la consommation d'alcool un moyen d'élevation ; il veut paraître adulte. Cette tendance peut être encouragée par les aînés consommateurs et des idoles dont les médias en font écho.

En effet, nous avons observé que la consommation d'alcool était 3 fois plus fréquente parmi les adolescents ayant un parent buveur que les autres. Par contre, en considérant les motifs de l'alcoolisation, on constate que les adolescents boivent plus par goût que par mimétisme.

La lutte contre l'alcoolisme des adolescents nécessite la collaboration des parents, des médias et de tous les acteurs de leur cadre de vie. Mais la participation des adolescents reste une condition indispensable au succès de cette lutte.

### **3.3. Tabagisme**

L'une des habitudes les plus nocives pour la santé des adolescents est celle de la consommation du tabac. A long terme, la consommation de tabac joue un rôle dans environ 90 % des cancers du poumon, 30 % de tous les cancers, 75 % des cas de bronchites chroniques et d'emphysèmes et 25 % des cas de maladies cardio-vasculaires (31,33).

Bien qu'il s'agisse d'une drogue qui tue, l'usage du tabac est licite dans notre pays comme dans beaucoup d'autres. "Le tabac contient de la nicotine qui est l'une des substances les plus toxicomanogènes que l'on connaisse. La dépendance s'installe progressivement en quelques années et il est difficile de s'en débarrasser" (37).

Au Burkina Faso, fumer demeure toujours un comportement essentiellement masculin, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays (29) (7). Le pourcentage de fumeurs que nous avons observé est inférieur à celui trouvé par OUEDRAOGO et coll. en 1989 : 6,9 % (29). Mais, en considérant la durée de leur intoxication et le nombre de cigarettes consommées par jour (Tableau VIII), ces jeunes fumeurs sont des candidats potentiels aux dangers liés à ce vice.

Il est reconnu que plus l'usage du tabac commence tôt et plus l'espérance de vie diminue ; la diminution est de huit ans si l'usage du tabac commence à 15 ans et de quatre ans seulement s'il commence à 25 ans. De plus, ceux qui commencent à fumer jeunes ont plus de difficultés à cesser de fumer (37). L'âge moyen des fumeurs était de 17,65 ans et la majorité fumaient depuis plus d'un an (tableau VIII). Nous nous inquiétons alors de la possibilité de ces adolescents d'y mettre fin et du risque de voir leur vie s'écourter. L'expérience de vie au Burkina Faso était de 48 ans en 1990 (16). Que deviendra-t-elle si l'usage du tabac devrait l'abaisser de huit ans chez les fumeurs ?

La lutte contre le tabagisme devrait commencer au sein des adolescents. Elle devrait porter sur la sensibilisation de ceux qui n'ont pas encore acquis ce comportement à risque. Car, si l'habitude du tabac n'est pas acquise au moment de l'adolescence, elle l'est rarement plus tard (31).

#### **3.4. Consommation de drogues illicites**

L'usage des drogues par les adolescents comporte de nombreux risques pour leur santé. Ainsi, l'utilisation de certaines substances peut provoquer des réactions psychotiques et entraîner des comportements dangereux, des tentatives de suicide et des accidents (6,31,29).

Notre étude a révélé la consommation de solvants (0,6 %), de chanvre indien (0,5 %) et d'amphétamines (0,5 %) par les adolescents. Ces pourcentages sont inférieurs à ceux trouvés par OUEDRAOGO et coll. en 1989. Ils étaient respectivement de 2,2 %, 1,5 % et 2 % (29). Ceci pourrait s'expliquer par la différence des tranches d'âge étudiées.

La consommation de certains médicaments (hypnotiques) est à considérer également comme une toxicomanie surtout lorsqu'il s'agit d'une auto-médication.

Nos chiffres ne sont pas alarmants. Mais devant les risques liés à la consommation de ces drogues, nous estimons nécessaire la sensibilisation des adolescents contre ces déviations.

### 3.5. Comportements sexuels

L'adolescence comporte, dans la première partie de son déroulement, la puberté. Il s'agit d'une série de transformations physiques, biologiques, psychologiques considérables destinées à rendre le garçon et la fille aptes à la procréation.

Le début de l'adolescence est donc marqué par un changement fondamental de la sexualité de l'individu. Devenu apte à établir une relation sexuelle vraie et à se reproduire, l'adolescent ne maîtrise pas encore toutes les dimensions de sa sexualité. Il en résulte des difficultés fréquentes, liées à la découverte intense de soi-même et de l'autre, à l'éveil, à l'amour, et à la fécondité (2,10).

Notre étude a révélé une forte prévalence des relations sexuelles prémaritales alors que'elles sont toujours interdites dans nos sociétés : 31,3 % des adolescents sont sexuellement actifs alors qu'aucun n'est marié. Dans l'étude de OUEDRAOGO en 1989, le pourcentage était de 48,7 % (34). Des chiffres plus bas ont été observés par BENNET et SCHAR au Sri-Lanka en 1989 (4) : 11 % seulement des étudiants de 13 à 23 ans étaient sexuellement actifs. Aux Philippines, seulement 12 % des adolescents citadins avaient expérimenté les relations sexuelles (4).

Par ailleurs, nous avons noté la précocité des premières relations sexuelles. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 14,98 ans. Il était de 14,8 ans dans l'étude de OUEDRAOGO et coll. (28) et de 14,38 ans dans celle de Issa M. (15). Au Nigéria 20 % des filles interrogées ont déclaré avoir eu leur première expérience sexuelle avant 15 ans. En Centrafrique, chez les filles de troisième dont l'âge moyen était de 18 ans, 27 % seulement disaient n'avoir pas eu de relations sexuelles (10).

Notre étude a noté comme d'autres (10,11) que les garçons expérimentent les relations sexuelles plus précocement que les filles.

Nous avons aussi observé que les garçons ont plus de partenaires sexuels que les filles (Tableau XVIII), mais ne contractent pas plus de MST qu'elles (Tableau XIX). La multiplicité des partenaires sexuels parmi les garçons s'explique par leur désir d'acquérir des performances sexuelles. Mais, elle les expose aux M.S.T. et au SIDA. (42)

Malgré les précautions qu'ils déclarent prendre, certains rapports sexuels ont été suivis de grossesses. La majorité de ces grossesses ont été avortées. Les grossesses indésirées, les avortements provoqués et les MST constituent les dangers des expériences sexuelles à l'adolescence (8,13). Surtout, lorsque celles-ci sont menées en l'absence d'informations claires sur la sexualité. Nous avons noté qu'une minorité des adolescents s'adressent à leurs parents pour s'informer sur la sexualité. La grande majorité préfère s'adresser aux enseignants ou à des camarades (Tableau XVI).

Les M.S.T. et les avortements provoqués ont des conséquences néfastes sur la fécondité des filles. La maternité pendant l'adolescence comporte des risques considérables pour la santé de la mère, (complications de la grossesse, décès à l'accouchement) (16,17) et pour ses études (arrêt de la scolarisation). Les filles sont donc plus vulnérables aux conséquences des expériences sexuelles de l'adolescence que les garçons.

Pour éviter ces problèmes de santé liés aux comportements sexuels à risque, les adolescents devraient attendre l'âge de la maturité adulte avant de procréer (34). Cet objectif de l'OMS ne sera atteint que par une bonne éducation à la vie sexuelle. Cette éducation devrait être faite par des personnes compétentes (parents, éducateurs, professionnels de la santé) pour éviter que des camarades mal informés ne gâchent leur vie.

#### VII.4. TROUBLES FONCTIONNELS ET DE L'HUMEUR

Les troubles fonctionnels et de l'humeur sont des plaintes diffuses organisées autour du corps de l'adolescent. Ils peuvent traduire un état de mal être profond mais certains semblent sans signification pathologique.

Ainsi, parmi les adolescents de notre étude, céphalées et tristesse sont des symptômes banals. Ils sont fréquents à tous les âges dans les deux sexes.

L'évolution des troubles fonctionnels n'est pas identique dans les deux sexes au cours de l'adolescence (fig. 9,10,11,12). Nous avons noté que les cauchemars et l'envie de pleurer sont des symptômes féminins. Ce phénomène a été observé dans d'autres études (7).

Certains auteurs ont proposé d'utiliser ces troubles dits "corporalisés" comme indicateurs de santé des adolescents (7). Cependant, le fait d'avoir un seul trouble fonctionnel ou de l'humeur ne doit pas alarmer l'environnement médical, social ou familial, mais simplement le rendre plus attentif à l'écoute de l'adolescent.

## VII.5. BESOINS DE SANTE

### 5.1. Demandes en matière de santé

En dehors de l'observation des comportements liés à la santé, une autre façon d'approcher la santé des adolescents est de les faire parler de leur santé, de leurs problèmes, de leurs demandes à l'égard des services de santé. Une telle démarche est un préalable aux actions de promotion de leur santé. (22)

Nos résultats sur la perception de la santé par les adolescents sont différents de ceux trouvés par A SOULIMANE en Algérie cité par DESCHAMPS J.P. (10) : moins d'un adolescent algérien sur deux contre plus de la moitié des adolescents burkinabè ont défini la santé par l'absence de maladies ; pour plus de la moitié des adolescents algériens et pour moins de la moitié des adolescents burkinabè, la santé est un état de bien être physique et moral.

Le pourcentage d'adolescents burkinabè s'estimant en excellente santé ou en bonne santé (36,7 %), est inférieur à celui trouvé chez les adolescents tunisiens : 67 % d'après GUEDDANA cité par DESCHAMPS J.P. (10)

Les différentes demandes de santé formulées par les élèves sont en rapport avec la définition qu'ils donnent à la santé et du jugement qu'ils portent à leur état de santé.

Ainsi, la principale demande des élèves est relative aux soins curatifs et préventifs, plus de la moitié s'estimant en mauvaise santé. Mais les soins des adolescents ne peuvent pas se résumer à des consultations suivies de prescription de médicaments.

Les adolescents attendent des professionnels de santé d'être traités comme des personnes et non comme des grands enfants (1). Ils demandent du temps, de la disponibilité, une écoute et la possibilité d'un dialogue, des informations claires.

Mais la santé des adolescents ne relève pas seulement du secteur de la santé. Elle demande la participation de tous les secteurs de la vie sociale : éducation, religion, économie, emploi.

### **5.2. Problèmes de santé**

Les problèmes de santé qui ont été identifiés par les élèves sont pertinents. Ils doivent être considérés avec beaucoup d'attention, notamment en ce qui concerne le climat familial. La vie familiale joue un rôle déterminant dans le développement de la santé des adolescents.

La médecine scolaire devrait veiller à ce que les élèves soient dans de bonnes conditions d'hygiène dans les établissements. Pour cela, elle pourrait y effectuer des inspections régulières.

En plus des problèmes posés par les élèves, notre étude a noté une mauvaise couverture vaccinale (Tableau V) et la prévalence de certaines pathologies chroniques en milieu scolaire (Tableau IV).

### **5.3. Pathologies chroniques**

La prévalence des pathologies chroniques (asthme, épilepsie, hémoglobinopathies) est à prendre avec réserve dans la mesure où leur diagnostic n'a pas été confirmé. Toutefois, nous notons que la prévalence de l'épilepsie (Tableau IV) par exemple dans ce milieu est nettement inférieure à celle de la population générale : 11 à 15 ‰ (20).



Ces pathologies évoluent par crise, nous pensons que les élèves qui en sont atteints devraient bénéficier d'une prise en charge particulière afin d'éviter un absentéisme préjudiciable à leur scolarité.

Cette prise en charge devrait aider l'adolescent à mieux accepter sa situation avec toutes les difficultés qu'elle impose.

#### **5.4. Statut vaccinal**

Nous avons observé une mauvaise couverture vaccinale pour certains vaccins (Tableau V). Cela justifie la demande formulée par les adolescents. Il est souhaitable que cette demande trouve un écho favorable.

Beaucoup d'élèves ignorent leur statut vaccinal. Cela serait dû à une insuffisance des informations en matière de santé données par les parents à leurs enfants.

Les différents problèmes de santé identifiés sont liés. Ils ne peuvent pas être résolus isolément. Le dialogue est l'élément fondamental dans la recherche de satisfaction des besoins sanitaires des adolescents (25,26). Ce dialogue devrait s'établir entre les adolescents eux-mêmes et entre adolescents et adultes.

Les réponses aux besoins de santé des adolescents passent par l'approche globale de l'adolescence et non par l'ouverture de tel ou tel tiroir ("drogue", "sexualité", etc).

## **CONCLUSION**

## VIII/ CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que la consommation d'alcool et de tabac, les expériences sexuelles prémaritales suivies des grossesses indésirées, d'avortements provoqués et des M.S.T. représentent d'importants comportements à risque chez les adolescents en milieu scolaire.

Les soins de santé (curatifs et préventifs), l'éducation en matière de santé et de sexualité sont au premier rang des demandes de santé formulées par ces adolescents. Les différents problèmes de santé qu'ils ont recensé dans leur milieu sont également pertinents. Ils méritent d'être considérés dans l'établissement des programmes de santé.

Au regard de tout cela, parents, enseignants, professionnels de la santé devraient, en collaboration avec les autres partenaires, oeuvrer pour la satisfaction des différents besoins de santé des adolescents.

## **SUGGESTIONS**

## **IX/ SUGGESTIONS**

Pour l'amélioration de la santé ds adolescents, nous suggérons :

### **I/ Aux autorités politiques et aux responsables de santé** de :

- 1) Mettre en place un programme pour la promotion de la santé des adolescents. Ce programme s'inspirera de la stratégie d'information, d'éducation et de communication pour sensibiliser les adolescents sur les différents comportements à risque.
- 2) Instituer une rubrique adolescent dans le système national des statistiques sanitaires. Ceci pourra faciliter la collecte de certaines données concernant l'adolescence.
- 3) Créer des centres d'animation où les adolescents pourront trouver en permanence les informations dont ils ont besoins (santé, sexualité, comportement à risque).
- 4) Faire respecter les lois interdisant de fumer dans les lieux publics et l'avortement.
- 5) Faire des études sur l'alimentation et la sexualité des adolescents.

### **II/ Aux éducateurs et aux professionnels de la santé** de :

- 1) Favoriser et entretenir un dialogue avec les adolescents ;
- 2) Se montrer disponibles chaque fois qu'un adolescent se présente à eux, et lui donner des informations claires sur les questions qu'il pose.

### **III/ Aux adolescents**

- de s'adresser à un parent, à un enseignant ou à un professionnel de la santé chaque fois qu'ils auront besoin d'information.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **ALVIN P. COURTECUISSIE V.**  
Médecine des adolescents  
Arch. Fr. Pédiatr., 1991; 48 : 137- 141
- 2 - **AUBRY C., SCHWEITZER M. ; DESCHAMPS J.P.**  
Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence  
Arch. Fr. Pédiatr. 1988 ; 45 : 845-849.
- 3 - **BAUDIER F. ; HELOU J., BOURDERONT D. ET COL.**  
Etude de la consommation de drogue licites et illicites  
chez les jeunes scolarisés du département du DOUBS  
Arch. Fr. Pédiatr. 1988 ; 45 : 575- 582.
- 4 - **BENNET D. L., SCHARZ M.**  
Adolescent health : a View from Australia, Asia and the  
Western pacific.  
Bulletin de l'Association Internationale de Pédiatrie.  
1989; 10, n°1 : 27-41.
- 5 - **BOURDERIOUX C., TRILH P., VOL S., TRICHET J., BOULARD P.**  
L'état de santé des adolescents des classes de 5è d'Indre-  
et-Loire.  
Arch. Fr. Pédiatr. 1990 ; 47 : 379- 386.
- 6 - **BOURDERONT D., LEFUR M., GENET B., BEAUDEAU P.**  
Consommation de drogues licites et illicites en milieu  
scolaire.  
Arch. Fr. Pédiatr. 1989 ; 46 : 617-622.
- 7 - **CHOQUET M., LEDOUX S.**  
Les troubles fonctionnels et de l'humeur comme indicateurs  
de santé à l'adolescence.  
Arch. Fr. Pédiatr., 1991 ; 48 : 99-104.
- 8 - **DEFENSE DES ENFANTS-INTERNATIONAL GENEVE**  
Adolescentes enceintes : les droits de quel enfant ? (série  
d'articles)  
Genève, Défense des enfants - International 1992 ; 24 p.
- 9 - **DESCHAMPS J. P., MERCKS V., SENAULT P.**  
Services de santé détermination des besoins de santé.  
Rev.- Prat. 1982, 32, 33 : pp. 2245-2249.

- 10 - **DESCHAMPS J.P., ERNY P., M'BEDE J.**  
La santé des adolescents et des jeunes.  
L'enfant en milieu tropical, 1989 ; 80 : 64 p.
- 11 - **EISENSTEINE COATES M. V.**  
Adolescent health care in Brazil  
Bulletin de l'Association Internationale de Pédiatrie.  
Bresil, 1989, 10, n°1 : 12-26.
- 12 - **FLAVIGNY H.**  
Comment comprendre certains troubles graves actuels du  
comportement des adolescents.  
Ann. Pediat. 1986 ; 8 : pp. 645-650.
- 13 - **FRIEDMAN HERBERT.**  
Youth and health : a global overview : paper presented at  
regional workshop on adolescent health.  
Habana (Cuba) 1984 ; 13 p.
- 14 - **GARNIER DELAMARE**  
Dictionnaire des termes techniques de Médecine 21ème  
édition  
Paris, 1986, Maloine, éd.
- 15 - **ISSA M.**  
Adolescence et gravido-puerperalité en zone urbaine Ouest  
Africaine : Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).  
Thèse Médecine, F.S.S. Ouagadougou 1993 (2).
- 16 - **JAMES P. Grant**  
La situation des enfants dans le monde 1993.  
UNICEF, Genève, 1993, 100P.
- 17 - **KABORE INOUSSA**  
Grossesse chez les adolescentes au Burkina Faso : aspects  
épidémiocliniques à propos de 575 cas observés à la  
maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo  
de Ouagadougou  
Thèse Médecine F.S.S. Ouagadougou : 1991 ; (6).
- 18 - **KOAMA T.J.B.**  
Etude clinique de la puberté féminine en milieu scolaire à  
Ouagadougou (Province du Kadiogo - Burkina Faso).  
Thèse Médecine : F.S.S. Ouagadougou : 1992 ; (8).
- 19 - **KONATE M. BINTOU**  
Conduites, attitudes pratiques des jeunes en milieu  
scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de  
planification familiale, après introduction d'un programme  
d'éducation sexuelle  
Thèse Médecine, F.S.S. Ouagadougou : 1991 (148).
- 20 - **MARC DEBOUVERIE**  
Epidémiologie des syndromes épileptiques  
A propos d'une étude africaine.  
Thèse Médecine, Nancy 1991.



- 21 - **MAURIN M.**  
Le Dictionnaire de notre temps, 3<sup>e</sup> édition.  
Paris: Hachette, 1991.
- 22 - **MICHAUD C., BAUDIER F.**  
Habitudes et consommations alimentaires des adolescents  
français.  
Arch. Fr. Pédiatr. 1986 ; 43 : PP 221-224.
- 23 - **MINISTERE DE LA COOPERATION ET DU PLAN**  
Enquête démographique 1991. Données brutes  
Institut National des Statistiques et de la Démographie.  
Ouagadougou, 1991.
- 24 - **MINISTERE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**  
Rapport annuel 1991 des statistiques sanitaires. Direction  
des Etudes et de la Planification - Ouagadougou ;  
Juillet 1993.
- 25 - **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DU CAMEROUN.**  
Séminaire national sur "La santé des adolescents". YAOUNDE,  
1981, 35p.
- 26 - **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DU CAMEROUN, GROUPE DE  
TRAVAIL SUR "La Santé des adolescents dans les pays en voie  
de développement".** YAOUNDE, 1987; 39 P.
- 27 - **MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
Bulletin des statistiques scolaires et Universitaires  
1992 -1993.  
Direction des Etudes et de la Planification  
01 BP 512 Ouagadougou 01.
- 28 - **OUEDRAOGO A., NICOLAUS L., YACOUBA Z.,  
Ministère de la santé.**  
Sexualité et SIDA en milieu scolaire secondaire à  
Ouagadougou. (enquête C.A.P c)  
Ouagadougou, Burkina Faso 1989.
- 29 - **OUEDRAOGO A., NICOLAUS L., YACOUBA Z.  
Ministère de la santé.**  
Drogues et adolescents  
Etude CAPC en milieu scolaire à Ouagadougou  
Ouagadougou, Burkina Faso 1989.
- 30 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Les jeunes et la santé : défi pour la société.  
Rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S. sur les jeunes et  
la santé pour tous d'ici l'an 2000.  
Série de rapports techniques : n°731, Genève, 1986 ; 128 p.

- 31 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
La santé des jeunes. Document de base des discussions techniques de Mai 1989.  
(A42/Discussion technique/2), Genève, 1989 ; 60 p.
- 32 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
La santé des jeunes : communications sur les discussions techniques de Mai 1989 (A42/Discussion technique/1) Genève, 1988 ; 9 p.
- 33 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Quarante-deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.  
Rapports des discussions techniques sur la santé des jeunes (A42/Discussion technique/13), Genève, 1989 ; 34 p.
- 34 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents - une stratégie pour l'action.  
Déclaration conjointe, OMS/FNUAP/FISE, Genève, 1989 ; 18 p.
- 35 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Besoins sanitaires des adolescents  
Série de rapports techniques : n°604, Genève, 1977.
- 36 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
La santé des adolescents dans la région africaine  
Unité de SMI/PF-AFRO : Brazaville, 1988 ; 24 p.
- 37 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
La santé des jeunes, savoir pour agir : les jeunes et le tabac.  
(A42/Discussions techniques/3), Genève ; 1989.
- 38 - **PARQUET PH. J., BAILLY D, LEJEUNED, GIGNAC C.**  
Problèmes posés par l'alcoolisation chez les adolescents.  
A propos d'une enquête en milieu scolaire.  
Ann. Pédiatr., 1986; 8 : 651-660.
- 39 - **PIERRE GODEAU, JEAN-CHARLES PIETTE, SERGE HERSON**  
Traité de Médecine 2ème édition, Tome : 2  
Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1990.
- 40 - **RAMDE FRANCOIS**  
Les avortements clandestins provoqués à propos de cas observés au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo.  
Thèse Médecine., F.S.S. Ouagadougou : 1989 ; (8).
- 41 - **RENARD L., JEAMMET ph.**  
Spécificité et diversité de la psychopathologie de l'adolescent.  
Ann. Pédiatr. 19886 ; 8 : 663-669.

- 42 - **SHEK D.T.L., MAK J. W.K.**  
Sexual health of high school students in Hong Kong.  
International Journal of Adolescents  
Médecine and Health.  
1989; 4, n°3 -4. 175-186.
- 43 - **SOLAL J. F., SUEUR C.**  
L'adolescent pris au jeu de la toxicomanie : impair, passe  
et manque.  
Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 1991 ; 5 :  
279-297.
- 44 - **SPYCKERELLE Y., HERBETH B., DIDELOT-BARTHELEMY L.,  
BAIRATI I., DESCHAMPS J.P.**  
Alimentation des adolescentes en Lorraine.  
Arch. Fr. Pédiatr. 1990 ; 47 : 455-459.
- 45 - **UNICEF**  
Populations cibles des interventions socio-sanitaires au  
Burkina  
UNICEF, Ouagadougou, Décembre 1988.
- 46 - **ZAGRE AMBROISE (Université de Ouagadougou)**  
Regard sur la jeunesse voltaïque  
Cours Universitaires 1977-1978.

# **ANNEXES**



14- Avez-vous un carnet de vaccination? oui [ ] non [ ]

15-Avez-vous un carnet de santé? oui [ ] non [ ]

16 Etes-vous vacciné contre les maladies suivantes?

N.B. Mettre un point d'interrogation(?) dans l'une des cases si vous ne le savez pas.

tuberculose	oui	[ ]	non	[ ]	méningite	oui	[ ]	non	[ ]
diphtérie	oui	[ ]	non	[ ]	poliomyélite	oui	[ ]	non	[ ]
tétanos	oui	[ ]	non	[ ]	hépatite	oui	[ ]	non	[ ]
coqueluche	oui	[ ]	non	[ ]	rougeole	oui	[ ]	non	[ ]
autre(précisez) _____									

### III/ SITUATION SOCIALE

17\_Situation matrimoniale

Etes-vous marié? oui [ ] non [ ]

si oui: depuis quand date votre mariage? \_\_\_\_\_  
quel était le type de votre mariage?

forcé par une tierce personne oui [ ] non [ ]  
librement consenti oui [ ] non [ ]

Etes-vous célibataire? oui [ ] non [ ]

Vivez-vous en concubinage? oui [ ] non [ ]  
si oui: depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

Autre situation(précisez) \_\_\_\_\_

18- Chez qui habitez-vous pendant l'année scolaire?

chez vos parents (père et mère) [ ]  
chez un de vos parents (père ou mère) [ ]  
en location [ ]  
chez un tuteur [ ]  
chez le conjoint ou le concubin [ ]  
chez un copain/copine [ ]  
autre(préciser) \_\_\_\_\_

19-D'où provient l'argent pour vos petites dépenses?(argent de poche)

parents [ ]  
copain/copine [ ]  
bourse [ ]  
petit travail [ ] (préciser la nature) \_\_\_\_\_

20- Quel est le montant moyen mensuel? \_\_\_\_\_

#### IV/ COMPORTEMENTS LIES A LA SANTE

21\_ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels? oui [\_\_] non [\_\_]  
si oui, répondez aux 5 questions suivantes:

a) depuis quand date votre premier rapport ? \_\_\_\_\_

b) combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant la dernière année scolaire 92/93 \_\_\_\_\_

c) vos partenaires sont-ils exclusivement:  
des femmes oui [\_\_] non [\_\_]  
des hommes oui [\_\_] non [\_\_]  
ou les deux sexes à la fois oui [\_\_] non [\_\_]

d) Prenez-vous des précautions pour éviter une grossesse que vous ne désirez pas? oui [\_\_] non [\_\_]

si oui: Précisez le moyen utilisé:

pilule [\_\_]  
capote [\_\_]  
piqûre [\_\_]  
méthode naturelle [\_\_]  
autre (préciser) \_\_\_\_\_

e) Prenez-vous des précautions pour éviter les maladies transmises au cours des rapports sexuels? oui [\_\_] non [\_\_]

si oui: lesquelles:

capote [\_\_]  
autre (précisez) \_\_\_\_\_

#### A/ QUESTIONS AUX FILLES

22- A quel âge avez-vous vu pour la première fois vos règles? \_\_\_\_\_ ans

N.B ne pas répondre si vous ne les avez pas encore vues.

23- Avez-vous déjà été en grossesse? oui [\_\_] non [\_\_]

si oui: nombre de fois \_\_\_\_\_

24- Combien d'enfants avez-vous actuellement? \_\_\_\_\_

25\_ Combien d'enfants désirez-vous au total au cours de votre vie? \_\_\_\_\_

26\_ Avez-vous déjà avorté? oui [\_\_] non [\_\_]

si oui: nombre de fois \_\_\_\_\_

27\_ Avez-vous déjà été violée? oui [\_\_] non [\_\_]

si oui: nombre de fois \_\_\_\_\_

qui vous a violé? un parent [\_\_]

un camarade [\_\_]

autre (précisez) \_\_\_\_\_

B/ QUESTIONS AUX GARCONS

28\_ Avez-vous déjà enceinté des filles? oui [ ] non [ ]  
si oui:nombre de filles \_\_\_\_\_  
quel est le nombre total de grossesse dont vous avez été  
auteur jusqu'à maintenant? \_\_\_\_\_

29\_ Avez-vous déjà encouragé un avortement chez des filles?  
oui [ ] non [ ]  
si oui:nombre de fois \_\_\_\_\_  
chez combien de filles l'avez-vous fait? \_\_\_\_\_

30\_ Combien d'enfants avez-vous actuellement? \_\_\_\_\_

31\_ Combien d'enfants désirez-vous au total au cours de votre  
vie? \_\_\_\_\_

C/ QUESTIONS AUX GARCONS ET AUX FILLES

32- Citez au moins trois maladies sexuellement transmissibles  
(M.S.T.) que vous connaissez.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

33-Avez-vous déjà contracté des maladies sexuellement  
transmissibles oui [ ] non [ ]

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Où avez-vous été soigné? hôpital [ ]  
clinique privée [ ]  
service de santé scolaire [ ]  
autre (préciser) \_\_\_\_\_

34- Qui vous a donné les informations sur les maladies  
sexuellement transmissibles?

parents [ ]  
camarades [ ]  
enseignants [ ]  
mas média [ ]  
personnel de santé [ ]  
autre (précisez) \_\_\_\_\_

35-Avez-vous des informations sur la sexualité? oui [ ] non [ ]

si oui: qui vous à donné ces informations?

vos parents [ ]  
vos camarades [ ]  
vos enseignants [ ]  
des mas média [ ]  
personnel de santé [ ]  
autres (précisez) \_\_\_\_\_



36-Fumez-vous? oui [ ] non [ ]

si oui: depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

pourquoi fumez-vous? pour le plaisir apporté [ ]

par imitation [ ]

je ne sais pas [ ]

autre (préciser) \_\_\_\_\_

37-Si vous fumez, quel est le nombre de cigarettes que vous consommez par jour? \_\_\_\_\_

38-Un de vos parents fume-t-il? oui [ ] non [ ]

Si oui: lequel? père [ ]

mère [ ]

un grand frère /soeur [ ]

39-Prenez-vous de la cola? oui [ ] non [ ]

si oui: depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

40-pourquoi prenez-vous la cola?

pour le plaisir apporté [ ]

par imitation [ ]

je ne sais pas [ ]

autre (précisez) \_\_\_\_\_

41-Combien de noix croquez-vous par jour? \_\_\_\_\_

42-Un de vos parents prend-il la cola? oui [ ] non [ ]

Si oui: lequel? père [ ]

mère [ ]

un grand frère /soeur [ ]

43-Prenez-vous des boissons alcoolisées? oui [ ] non [ ]

si oui, répondez aux 5 questions suivantes:

a) depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

b) pourquoi prenez-vous des boissons alcoolisées?

pour le plaisir apporté [ ]

par imitation [ ]

je ne sais pas [ ]

autre (précisez) \_\_\_\_\_

c) Quel type de boissons alcoolisées prenez-vous?

dolo [ ] vin [ ] liqueur [ ] bangui [ ] bière [ ]

autre (précisez) \_\_\_\_\_

d) Quel est le rythme de vos prises

bière: souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

dolo: souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

bangui: souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

vin: souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

autre: souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

e) Avez-vous déjà été ivre? oui [ ] non [ ]

Si oui: précisez la fréquence

souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]



55-Prenez-vous des médicaments contre la tristesse?

oui [ ] non [ ]

si oui: lesquels \_\_\_\_\_

à quelle fréquence les prenez-vous?

souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

qui vous a conseillé de prendre ces médicaments?

un médecin [ ] un camarade [ ] vous même [ ]

56-Prenez-vous des médicaments contre l'énervement?

oui [ ] non [ ]

si oui: lesquels \_\_\_\_\_

à quelle fréquence les prenez-vous?

souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

qui vous a conseillé de prendre ces médicaments?

un médecin [ ] un camarade [ ] vous même [ ]

57-Prenez-vous régulièrement vos repas? oui [ ] non [ ]

si oui: combien de repas prenez-vous par jour? \_\_\_\_\_

58- Comment prenez-vous vos repas?

seul [ ]

en famille [ ]

avec des camarades [ ]

59- Grignotez-vous quelque chose entre vos repas réguliers?

oui [ ] non [ ]

si oui, que grignotez-vous? \_\_\_\_\_

60-Consommez-vous des aliments sucrés? oui [ ] non [ ]

si oui: lesquels \_\_\_\_\_

à quelle fréquence les consommez-vous?

souvent [ ] occasionnellement [ ] rarement [ ]

61-Avez-vous l'appétit au moment des repas? oui [ ] non [ ]

62-Vous arrive-t-il souvent de vous réveiller la nuit pour manger? oui [ ] non [ ]

63-Quelle est la durée de votre sommeil par 24heures?

> 9heures [ ]

7 à 9 heures [ ]

< 7heures [ ]

64-Dormez-vous dans la journée? oui [ ] non [ ]

Si oui, quelle est la durée moyenne ? \_\_\_\_\_

précisez le moment: fin de matinée [ ]

après-midi [ ]

autre(précisez) \_\_\_\_\_

65-Présentez-vous souvent des troubles du sommeil?

oui [ ] non [ ]

si oui: lesquels?

difficultés à s'endormir [ ]

réveil au cours de la nuit [ ]

cauchemars [ ]

réveil matinal [ ]

autres(précisez) \_\_\_\_\_

66-Présentez-vous souvent des malaises? oui [ ] non [ ]

si oui: lesquels?

nausées [ ]

maux de ventre [ ]

maux de tête [ ]

vertiges [ ]

fatigue générale [ ]

palpitations [ ]

autre(précisez) \_\_\_\_\_

67-Vous arrive-t-il de faire pipi au lit? oui [ ] non [ ]

Si oui préciser le début: depuis votre enfance [ ]

cela vient de commencer [ ]

68-Vous arrive-t-il de quitter votre domicile pour quelques temps?(fuguer) oui [ ] non [ ]

Si oui, pour quelles raisons?

conflits avec les les parents? oui [ ] non [ ]

découragement oui [ ] non [ ]

autre raison(précisez) \_\_\_\_\_

69-Vous arrive-t-il de vous sentir triste? oui [ ] non [ ]

70-Vous arrive-t-il de penser au suicide? oui [ ] non [ ]

71-Vous arrive-t-il d'avoir envie de pleurer? oui [ ] non [ ]

72-Vous arrive-t-il de vous ennuyer? oui [ ] non [ ]

#### V/SANTE

73-Qu'est-ce que la santé pour vous?

absence de maladies [ ]

bien-être [ ]

entente familiale [ ]

je ne sais pas [ ]

autres(précisez) \_\_\_\_\_

74-De qui détenez-vous vos informations sur la santé?

de vos parents [ ]

de vos camarades [ ]

du personnel de la santé [ ]

des mas média [ ]

de vos enseignants [ ]

autre(précisez) \_\_\_\_\_

75-Comment jugez-vous votre état de santé?

médiocre   
passable   
bon   
excellent   
je ne sais pas

76-Avez-vous consulté dans un service de santé au cours des deux derniers mois? oui  non

si oui, répondez aux 4 questions suivantes:

a) combien de fois avez-vous consulté? \_\_\_\_\_ fois

b) dans quels services avez-vous consulté?

hôpital   
service de santé scolaire   
cabinet privé   
tradipraticien   
dispensaire de secteur   
autre (précisez) \_\_\_\_\_

c) quels ont été vos motifs de consultation? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

77-Avez-vous été satisfait des soins reçus dans ces services?  
oui  non

Si non, pourquoi vous n'êtes pas satisfait?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

78-Dans quel service aimeriez-vous être gardé en cas d'hospitalisation?

en pédiatrie (service pour enfants)   
dans les service pour adultes   
dans un service pour adolescents

79- Pour rester en bonne santé ou améliorer votre santé qu'est-ce qui pourrait être fait:

a/ par vous même (personnellement) \_\_\_\_\_

b/ par vos camarades d'établissement \_\_\_\_\_

c/ par vos parents ou tuteurs \_\_\_\_\_

d/ par les responsables de votre établissement \_\_\_\_\_

e/ par les services de santé scolaire \_\_\_\_\_

f/ par le ministère de la santé \_\_\_\_\_

80- Quels sont les problèmes de santé les plus importants pour lesquels vous souhaitez que quelque chose soit fait:

a/ Avec vous dans votre établissement \_\_\_\_\_

Par vous seul ou vos parents \_\_\_\_\_

c/ Formulez ce qui doit être fait sous la forme d'exemples d'action \_\_\_\_\_

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

**"En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciplines,**

**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 je n'exigerai jamais un 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 moeurs, ni à favoriser le crime.**

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

**Que les hommes n'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".**

Cathérine M. T. OUÉDRAOGO

---

Titre :

*IDENTIFICATION ET ANALYSE DES  
PROBLEMES ET BESOINS DE SANTE  
DES ADOLESCENTS DE 12 A 19 ANS  
EN MILIEU SCOLAIRE A OUAGADOUGOU  
BURKINA FASO*

---

### Résumé

- Les problèmes de santé des adolescents ne sont pas bien connus au Burkina Faso.
  - Une enquête transversale portant sur mille quarante sept (1047) élèves des établissements secondaires de la ville de Ouagadougou, a essayé d'identifier les problèmes de santé des adolescents de 12 à 19 ans.
  - Parmi les élèves interrogés, 31% avaient déjà expérimenté les rapports sexuels avec en moyenne 1,56 partenaires par an, 20% consommaient régulièrement des boissons alcoolisées, 4,2% étaient des fumeurs.
  - Une prédominance masculine a été notée au niveau de tous ces comportements à risque.
  - L'éducation en matière de santé et de sexualité, les soins curatifs et préventifs constituent les principales demandes de santé de ces adolescents.
- 

### Mots Clés

- Burkina Faso - Ouagadougou - Adolescence - Milieu Scolaire  
Problèmes de santé - Demandes de santé - Besoins de santé.
- 

Adresse de l'Auteur : 06 BP 9025 OUAGADOUGOU 06



VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DIRECTEUR DE THESE

1/2

P. M. A. Louis



VU

LE PRESIDENT DU JURY

VU

LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Cathérine M. T. OUÉDRAOGO

---

Titre :

*IDENTIFICATION ET ANALYSE DES  
PROBLEMES ET BESOINS DE SANTE  
DES ADOLESCENTS DE 12 A 19 ANS  
EN MILIEU SCOLAIRE A OUAGADOUGOU  
BURKINA FASO*

---

### Résumé

- Les problèmes de santé des adolescents ne sont pas bien connus au Burkina Faso.
  - Une enquête transversale portant sur mille quarante sept (1047) élèves des établissements secondaires de la ville de Ouagadougou, a essayé d'identifier les problèmes de santé des adolescents de 12 à 19 ans.
  - Parmi les élèves interrogés, 31% avaient déjà expérimenté les rapports sexuels avec en moyenne 1,56 partenaires par an, 20% consommaient régulièrement des boissons alcoolisées, 4,2% étaient des fumeurs.
  - Une prédominance masculine a été notée au niveau de tous ces comportements à risque.
  - L'éducation en matière de santé et de sexualité, les soins curatifs et préventifs constituent les principales demandes de santé de ces adolescents.
- 

### Mots Clés

- Burkina Faso - Ouagadougou - Adolescence - Milieu Scolaire  
Problèmes de santé - Demandes de santé - Besoins de santé.
- 

Adresse de l'Auteur : 06 BP 9025 OUAGADOUGOU 06