

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| SOMMAIRE | i |
| RÉSUMÉ | v |
| REMERCIEMENTS | vii |
| LISTE DES TABLEAUX | ix |
| LISTE DES FIGURES | x |
| LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS | xi |
| Chapitre I : Introduction, problématique et visées générales | 1 |
| I.1. Enoncé du problème de recherche | 3 |
| I.2. Clarification des concepts | 6 |
| I.3. Etat des connaissances | 20 |
| I.4. Justification du travail de recherche | 61 |
| I.5. Orientation du travail de recherche | 63 |
| <i>I.5.1. Questions de recherche</i> | 63 |
| <i>I.5.2. Hypothèses de recherche</i> | 64 |
| <i>I.5.3. Objectifs de la thèse</i> | 65 |
| I.6. Références théoriques | 65 |
| <i>I.6.1. Le paradigme interactionniste</i> | 66 |
| <i>I.6.2. L'approche systémique</i> | 67 |
| <i>I.6.3. Théorie écologique de Bronfenbrenner</i> | 69 |
| Chapitre II : Matériels et Méthodes | 73 |
| II.1. Contexte du travail | 75 |
| II.1.1. Contexte de l'étude : Le Burkina-Faso | 75 |
| II.1.2. Présentation de Bobo-Dioulasso | 81 |
| II.2. Approches méthodologiques | 84 |
| II.2.1. Approche quantitative | 85 |
| II.2.2. Approche qualitative | 90 |
| II.2.3 Difficultés rencontrées au cours de l'étude | 100 |
| II.3. Considérations éthiques | 103 |

| | |
|--|-----|
| Chapitre III : Résultats | 107 |
| III.1. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés | 109 |
| III.2. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées | 111 |
| III.2.1. Connaissances des jeunes de Bobo-Dioulasso sur les IST/VIH/Sida | 111 |
| III.2.2. Attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif et des contraceptifs | 114 |
| III.3. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans | 115 |
| III.3.1. Utilisation de la contraception moderne durant le premier rapport sexuel | 115 |
| III.3.2. Utilisation de la contraception moderne au cours des 12 derniers mois | 116 |
| III.3.3. Freins à la contraception moderne | 117 |
| III.4. Compétences des jeunes burkinabè en matière d'utilisation du préservatif masculin | 118 |
| III.4.1. Utilisation du préservatif masculin par les jeunes | 118 |
| III.4.2. Compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin | 118 |
| III.5. Prises de risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels | 120 |
| III.5.1. La précocité sexuelle chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso | 120 |
| III.5.2. Le multipartenariat sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso | 122 |
| III.6. Transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en SSR des jeunes | 123 |
| III.6.1. Typologie de la cohabitation intergénérationnelle familiale | 123 |
| III.6.2. Processus de transmission intergénérationnelle des connaissances en SSR | 124 |
| Chapitre IV : Discussion | 137 |
| IV.1. Résumé des principaux résultats obtenus | 139 |
| IV.1.1. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées | 139 |
| IV.1.2. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans | 139 |
| IV.1.3. Utilisation du préservatif masculin chez les jeunes de Bobo-Dioulasso | 140 |
| IV.1.4. Comportements sexuels à risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels | 140 |
| IV.1.5. Les sources d'information des jeunes et le processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des comportements en SSR | 140 |

| | |
|--|-----|
| <i>IV.1.6. Les facteurs déterminants du processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en santé sexuelle et reproductive</i> | 141 |
| IV.2. Validité des principaux résultats obtenus..... | 141 |
| <i>IV.2.1. Validité interne</i> | 141 |
| <i>IV.2.2. Validité externe</i> | 144 |
| IV.3. Mise en perspective des résultats obtenus | 145 |
| IV.3.1. Connaissances des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées..... | 145 |
| IV.3.2. Attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif masculin et de la contraception..... | 150 |
| IV.3.3. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans..... | 151 |
| IV.3.4. Utilisation du préservatif masculin chez les jeunes de Bobo-Dioulasso | 157 |
| IV.3.5. Comportements sexuels à risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels..... | 161 |
| IV.3.6. Les sources d'information des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive | 164 |
| IV.3.7. Processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des comportements en SSR | 167 |
| IV.3.8. Les facteurs déterminants du processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en santé sexuelle et reproductive..... | 176 |
| IV.4. Valorisation de l'étude..... | 182 |
| Conclusion | 183 |
| V.1. Réponses aux questions de recherche..... | 185 |
| V.2. Pistes de recommandations | 189 |
| V.2.1. Les pistes de recommandations selon le modèle de Bronfenbrenner..... | 190 |
| V.2.2. Synthèse des pistes de recommandations | 194 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 195 |
| ARTICLES PUBLIES A PARTIR DES TRAVAUX DE LA THESE..... | 219 |

REMERCIEMENTS

Même si cette thèse est un travail personnel, je souhaite ici rendre hommage et exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation et à son aboutissement. J'ai bien compris qu'il : « Faut faire partie d'un groupe, seul, vous ne valez rien ». Jacques Folch-Ribas

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de thèse, Professeur Nicolas MEDA qui m'a suggéré de consacrer ma thèse à la transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des compétences en santé sexuelle et reproductive des jeunes. Ses conseils avisés, ses relectures méticuleuses et les conditions de travail exemplaires qu'il m'a offertes au sein du Centre Muraz sont autant de raisons de lui exprimer toute ma gratitude.

Mes remerciements s'adressent aussi aux autres membre du comité d'encadrement de cette thèse, le Professeur Georges Anicet OUEDRAOGO, Président de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso et au Professeur Adrien Marie Gaston BELEM, Directeur de l'Ecole Doctorale des Sciences Naturelles et Agronomie de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso pour les conseils judicieux qu'ils ont su me donner tout au long de ce travail doctoral et pour l'honneur qu'ils me font. Une mention spéciale au Docteur Laurence FOND-HARMANT, Chef de projet de recherche au Luxembourg Institute of Health, au département de Santé Publique et enseignante à Université de Paris Sorbonne Sud, Paris XIII, France. Elle a soutenu mon parcours académique depuis une quinzaine d'années. Merci à elle d'avoir co-dirigé cette thèse et de m'avoir apporté un soutien constant, une disponibilité, une écoute, une confiance et des conseils précieux et avisés à la hauteur de ses compétences et de ses réelles qualités humaines.

J'aimerais également remercier chaleureusement les autres membres de mon jury, à commencer par le Professeur Aboubacar NACRO de l'Université de Ouagadougou, qui a accepté d'en assumer la présidence, ainsi que le Professeur Léon SAWADOGO de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso et le Professeur Roch HOUNGNIHIN de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), pour leurs nombreuses suggestions dans leur rapport.

J'exprime ma gratitude au Docteur Abdramane BERTHE, au Professeur Issiaka SOMBIE, Professeur Athanase MILLOGO, Professeur Hygin KAKAI, Professeur Benjamin HOUNKPATIN, et à tous mes collègues de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui n'ont ménagé aucun effort pour faciliter le déroulement de cette thèse. Sans eux ce travail n'aurait probablement pas vu le jour.

Je suis très reconnaissant à toute l'équipe du Centre Muraz pour leur participation aux différentes enquêtes et/ou restitutions des résultats de cette thèse. Merci pour les sacrifices consentis.

Enfin, j'aimerais remercier les familles ADOHINZIN, AVIMADJENON, TCHIAKPE et ADJAHOUINOUI qui m'ont soutenu jusqu'ici. Au cours de ces quatre années d'effort, j'ai eu la chance inestimable de compter sur le soutien et la compréhension de mon épouse Georgette AVIMADJENON et de mes deux fils TERENCE et JOHAN ADOHINZIN. Je ne les remercierai jamais assez pour tout l'amour et le bonheur qu'ils m'apportent jour après jour.

RÉSUMÉ

Au Burkina Faso, comme partout en Afrique, malgré les efforts d'éducation à la santé, les jeunes continuent d'adopter des comportements sexuels à risques, susceptibles d'avoir des répercussions importantes sur leur santé. Ainsi, ils constituent une part importante des populations les plus infectées par la pandémie du Sida à l'échelle mondiale. Ce sont aussi les jeunes qui sont les plus touchés par les grossesses non désirées et les avortements clandestins. Cela montre que les actions de prévention et de promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) menées auprès de ce groupe vulnérable, ne sont pas optimales pour induire un changement de comportement durable. En effet, la plupart de ces interventions se sont focalisées souvent sur les déterminants individuels, négligeant l'influence de l'environnement et surtout le rôle de la communication intergénérationnelle dans l'adoption des comportements sexuels à moindre risque.

C'est dans ce contexte que notre recherche s'est assignée comme objectif, d'apporter un nouvel éclairage sur la question de connaissances, attitudes et compétences en SSR, et de leur transmission à la jeune génération, afin d'apporter des données utiles et pertinentes aux interventions en éducation à la santé sexuelle. Pour opérationnaliser cette thèse, nous avons retenu une approche méthodologique mixte (quantitative et qualitative). Le volet quantitatif a évalué les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en SSR, tandis que le volet qualitatif a permis de clarifier et de compléter les résultats quantitatifs, notamment en ce qui concerne le processus de transmission intergénérationnelle desdites connaissances et pratiques. Les données d'enquête ont été recueillies entre décembre 2014 et juillet 2016 auprès d'un échantillon de 662 enquêtés de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Pour le volet quantitatif, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata IC 13 et le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$. En ce qui concerne le volet qualitatif, nous avons procédé à une analyse thématique des données à l'aide du logiciel NVivo11.

Cette recherche met en exergue l'insuffisance, voir l'absence de communication entre les parents et les jeunes sur la question de la SSR. Ce déficit de dialogue autour des questions essentielles de la sexualité, amène les jeunes à accéder aux connaissances et savoirs en SSR en dehors du cercle familial, par découverte et non à travers des parcours initiatiques. Ce qui les expose à des sources d'information non contrôlables et parfois peu fiables d'une part, et d'autre part, à des comportements sexuels à risques. Ainsi, très peu de jeunes enquêtés (9%) avaient une connaissance complète des modes de transmission du VIH, et 5% n'en avaient aucune connaissance. Par ailleurs, plus de la moitié des enquêtés (54%) étaient sexuellement actifs, dont 14% avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat sexuel avait été observé chez 24% des jeunes sexuellement actifs.

L'étude a mis en lumière la place centrale de la famille dans la stratégie de la prévention des risques sexuels chez les jeunes. Elle a mis aussi en évidence, l'influence de l'environnement social (école, groupe de pairs, culture, norme sociale et religion) dans le processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR. Les actions visant à renforcer les connaissances et compétences des jeunes sont de toute importance. Les capacités des parents, des enseignants et des prestataires de services, devraient aussi être renforcées pour l'amélioration de la qualité de la communication et de l'information entre eux et les jeunes. Par ailleurs, les textes législatifs relatifs à la SSR et ceux d'orientation de l'Education Nationale, doivent être mieux connus et leur mise en application assurée par l'Etat, avec l'appui des tous les acteurs et partenaires techniques et financiers.

Mots-clés : VIH/Sida; connaissances; attitudes; jeunes; comportement sexuel à risques ; Burkina Faso.

ABSTRACT

In Burkina Faso, as everywhere in Africa, despite health education efforts, young people continue to engage in risky sexual behaviors that can have a significant impact on their health. Thus, they constitute an important part of the populations most infected by the global AIDS pandemic. It is also young people who are most affected by unwanted pregnancies and clandestine abortions. This shows that prevention and promotion of sexual and reproductive health among this vulnerable group is not optimal to induce a change in sustainable behavior. Indeed, most of these interventions have often focused on individual determinants, neglecting the influence of the environment, and especially the role of intergenerational communication in adopting less risky sexual behaviors.

Our research aims to shed a new light on the issue of sexual and reproductive health (SRH) knowledge, attitudes and skills and their transmission to the younger generation in order to provide useful and relevant data to sexual health education interventions for young people. The research methodology was based on a mixed approach that combines quantitative and qualitative methods. The quantitative method enabled us to assess the knowledge and attitude regarding sexual and reproductive health among the young people while the qualitative method helped to clarify and complement the quantitative results, in particular with regard to the intergenerational transmission of such knowledge and practices. Data collection was conducted between December 2014 and July 2016 from a sample of 662 respondents in the three districts of the municipality of Bobo-Dioulasso. For the quantitative component, a statistical analysis was carried out using Stata IC 13 software and the significance level was set at $p < 0.05$. With regard to the qualitative component, we carried out a thematic analysis of data with the NVivo11 software, frequently used in the analysis of qualitative data in research.

This research shows a lack of communication between parents and young people about sexuality. This lack of dialogue leads young people to access knowledge and capacities in sexual and reproductive health outside the family circle, by discovery, and not through rite of passage. They are therefore exposed to uncontrollable and unreliable sources of information on the one hand, and to risky sexual behaviors on the other. Thus, very few young people (9%) had thorough knowledge about the modes of transmission of HIV and 5% had no knowledge. We also found out that more than half of the respondents (54%) were sexually active, of whom 14% before the age of 16. Having multiple sex partners was reported by 24% of sexually active youth.

The study demonstrates the importance of involving parents in sexual risk reduction interventions. It also highlighted the influence of the social environment (health care services providers, teachers, peers, mass media, internet, culture, social norm and religion) in the process of intergenerational transmission of knowledge, attitudes and skills to young people. Actions designed to reinforce the knowledge of young people are of paramount importance. The capacities of parents and healthcare providers also need to be reinforced to improve the quality of relationship with young people. The legislation relating to SRH and the guidelines for National Education must be better known and enforced by the Government with the support of all stakeholders, including the technical and financial partners.

Keywords: *Young people, unwanted; sexual health; HIV/AIDS; sexual precocity, preventive behaviors knowledge; attitude; Burkina Faso.*

LISTE DES TABLEAUX

| PAGES | NUMÉROS ET TITRES DES TABLEAUX |
|-------|---|
| 17 | <u>Tableau I</u> : Synthèse de la différence entre la transmission intergénérationnelle et la transmission transgénérationnelle intra générationnelle |
| 22 | <u>Tableau II</u> : Mots-clés utilisés pour la revue de la littérature |
| 24 | <u>Tableau III</u> : Typologie des thématiques relatives aux documents consultés selon les aires géographiques |
| 76 | <u>Tableau IV</u> : Les principaux indicateurs de santé et de développement au Burkina Faso |
| 87 | <u>Tableau V</u> : Nombre et proportion des ménages et des enquêtés dans les trois arrondissements de la ville de Bobo-Dioulasso |
| 94 | <u>Tableau VI</u> : Mode de calcul du niveau de connaissances et de risques des jeunes en SSR et du degré de communication avec leurs parents |
| 110 | <u>Tableau VII</u> : Répartition des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, en fonction des caractéristiques socio-démographiques |
| 112 | <u>Tableau VIII</u> : Répartition des enquêtés ayant répondu par « Oui » aux modes de transmission du VIH proposés en fonction des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de Bobo-Dioulasso |
| 114 | <u>Tableau IX</u> : Connaissances des méthodes contraceptives parmi les adolescents selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire |
| 117 | <u>Tableau X</u> : Fréquences des freins à la pratique contraceptive cités par les enquêtés, selon le sexe |
| 119 | <u>Tableau XI</u> : Répartition (%) des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des capacités à utiliser correctement le préservatif masculin |
| 120 | <u>Tableau XII</u> : Fréquences des erreurs recensées lors de la description du port du préservatif par les jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso |
| 121 | <u>Tableau XIII</u> : Répartition des enquêtés ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 16 ans, en fonction des caractéristiques socio-démographiques |
| 122 | <u>Tableau XIV</u> : Répartition des enquêtés ayant au moins deux partenaires sexuels (relation avec ou sans pénétration) au cours des 12 mois, en fonction des caractéristiques socio-démographiques |
| 124 | <u>Tableau XV</u> : Répartition des familles selon le type de cohabitation intergénérationnelle |
| 194 | <u>Tableau XVI</u> : Synthèse des pistes de recommandations |

LISTE DES FIGURES

| PAGES | NUMÉROS ET TITRES DES FIGURES OU GRAPHES |
|-------|---|
| 20 | <u>Figure 1</u> : Théorie cybernétique de Wiener (1948) adaptée à notre recherche |
| 23 | <u>Figure 2</u> : Modélisation de la sélection des articles pour la revue de la littérature |
| 70 | <u>Figure 3</u> : Modèle écologique du développement humain (Urie Bronfenbrenner) |
| 82 | <u>Figure 4</u> : Carte de la ville de Bobo-Dioulasso |
| 83 | <u>Figure 5</u> : Pyramide par groupe d'âges de la population totale de la commune urbaine de Bobo Dioulasso |
| 85 | <u>Figure 6</u> : Le plan de conception de la méthode |
| 95 | <u>Figure 7</u> : La répartition des personnes ressources impliquées dans le volet qualitatif |
| 116 | <u>Figure 8</u> : Proportion des jeunes ayant déclaré utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel |
| 181 | <u>Figure 9</u> : Un modèle explicatif du processus de transmission intergénérationnelle de connaissances, attitudes et compétences en SSR des jeunes |

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|-------------------|--|
| ABBEF : | Association Burkinabè de Bien-être Familial |
| CAP : | Connaissances, Attitudes et Pratiques |
| CFA : | Communauté Financière Africaine |
| CCC: | Communication pour un Changement de Comportement |
| CEDEAO : | Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CIPD : | Conférence Internationale sur la Population et le Développement |
| DIGIPASS : | Digital Password |
| DIU : | Dispositif Intra Utérin |
| EDSBF : | Enquête Démographique et de Santé du Burkina faso |
| EIS : | Enquête sur les Indicateurs du Sida |
| EUROS : | Monnaie de l'union économique et monétaire(€) |
| FNUAP: | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| IEC : | Information, Education et Communication |
| INSD : | Institut National de la Statistique et de la Démographie |
| ISF : | Indice Synthétique de Fécondité |
| IST : | Infections Sexuellement Transmissibles |
| IVG: | Interruption Volontaire de grossesse |
| JA : | Jeunes et Adolescents |
| MAMA : | Méthode Allaitement maternel et de l'aménorrhée |
| MeSH : | Medical Subject Headings |
| MP3 : | Média Player 3 |
| OMD : | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS: | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG : | Organisation Non Gouvernementale— |
| ONU : | Organisation des Nations Unies |
| PF: | Planification Familiale |
| PNLS : | Programme National de la Lutte contre le Sida |
| PNUD: | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PRB : | Population Référence Bureau |
| PubMed : | Public/Publisher MEDLINE |
| RASJS : | Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement |
| RGPH : | Recensement Général de la Population et de l'Habitation |
| SCADD : | Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable |
| SMIG : | Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti |
| SSR : | Santé Sexuelle et Reproductive |
| USAID : | United States Agency for International Development |
| UA: | Union Africaine |
| UNESCO: | United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization |
| SIDA: | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| VIH: | Virus de l'immunodéficience humaine |

Chapitre I : Introduction, problématique et visées générales

Ce premier chapitre a pour objet d'exposer la problématique générale qui sous-tend cette thèse. Il précise l'état des connaissances actuelles sur la SSR des jeunes et présente les questionnements opérationnels à l'origine du sujet de recherche, les objectifs et les hypothèses de la recherche ainsi que son positionnement épistémologique, théorique et conceptuel. Ce chapitre permet ainsi de baliser le terrain de la recherche et de préparer le cadre méthodologique.

I.1. Enoncé du problème de recherche

On compte aujourd'hui dans le monde plus de jeunes de 10 à 24 ans que jamais auparavant dans l'histoire de l'humanité. La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. Elle n'était que de 721 millions en 1950, la population mondiale totalisant à l'époque 2,5 milliards d'habitants [1]. Dans certaines régions, c'est non seulement le nombre de jeunes qui augmente, mais aussi leur part de l'ensemble de la population. Et il y a des pays où plus d'un habitant sur trois est un jeune. Dans les pays les moins avancés (catégorie définie par les Nations Unies qui englobe 33 pays de l'Afrique subsaharienne, huit pays de l'Asie, six pays de l'Océanie et Haïti dans les Caraïbes), les jeunes de 10 à 24 ans constituent 32% de la population. Dans les pays développés, la proportion est de 17%. L'Organisation des Nations Unies [2], définit les adolescents comme le groupe d'âges de 10 à 19 ans, les jeunes comme celui de 15 à 24 ans, et la population jeune comme celle comprenant les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.

Les données démographiques récentes de Population Reference Bureau (PBR) [3], montrent que l'Afrique est le continent qui a la population la plus jeune au monde. Les jeunes constituent la proportion la plus importante de la population en Afrique subsaharienne, avec plus d'un tiers de la population âgée entre 10 et 24 ans. Selon les mêmes sources, l'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre de jeunes ne cesse de croître de manière substantielle. D'ici à 2025, le nombre de jeunes (âgés de 10 à 24 ans) en Afrique subsaharienne devrait passer à 436 millions, et cette population devrait augmenter encore pour atteindre 605 millions en 2050. Au Niger, en Ouganda et au Tchad, la moitié de la population a moins de 16 ans.

La population burkinabè est aussi extrêmement jeune. Les résultats du quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-2006) avaient montré que l'âge moyen de la population était de 21,8 ans. Les moins de 15 ans représentaient 47% de la population, et la tranche d'âge 10 à 24 ans constituait 31% de la population totale [4]. Selon les dernières projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), cette tendance au rajeunissement se maintiendra au moins jusqu'en 2050, avant de diminuer progressivement. En 2016, les jeunes de 10 à 24 ans représentaient 36% de la population au Burkina Faso [5].

Cette réalité démographique devait être une occasion pour les pays concernés de capitaliser sur le potentiel de leur jeune population, afin de renforcer la croissance économique et le développement national. Pourtant, beaucoup de jeunes africains se trouvent confrontés à d'importants problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), notamment les différents abus sexuels perpétrés contre des adolescents, l'usage des drogues, les mariages forcés et/ou précoces, la propagation des IST/VIH/Sida, le taux élevé de grossesses non désirées et les complications dues aux avortements provoqués.

En effet, avec plus de 36 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique dans le monde. En 2015, près de 36,7 millions d'individus vivant avec le VIH ont été dénombrés dont 2,1 millions de personnes nouvellement infectées par le VIH [6]. Selon le programme des Nations Unies sur le VIH/Sida, les adolescents et les jeunes sont les plus touchés par cette pandémie. Chaque année, près de 36% des nouvelles infections à VIH sont diagnostiquées chez les jeunes de 10 à 24 ans. De même, les jeunes ont les taux d'infections sexuellement transmises (IST) les plus élevés du monde et, dans les pays en développement, représentent plus des deux tiers de tous les cas [7-8].

Le Burkina Faso était placé parmi les pays à épidémie généralisée, avec une forte concentration dans certains groupes cibles (travailleuses du sexe : 16%, et homosexuels : 3,6%) [9]. Cependant et depuis peu, une tendance constante à la baisse est observée. En 2015, le rapport de l'ONUSIDA avait indiqué que la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina, était passée de 1,22% en fin 2011 à 0,9% en 2014 (110 000 personnes vivant avec le VIH dont 94 000 adultes, 55 000 femmes et 21 000 enfants de moins de 15 ans). Si ces données sont plutôt encourageantes, elles mettent en évidence un autre défi, celui de limiter les nouvelles infections à VIH et d'atteindre une étape de transition dans laquelle le nombre de personnes nouvellement infectées sera inférieur au nombre de personnes mises sous traitement. Car selon le Conseil National de Lutte Contre le Sida et les IST (CNLS), le rebond de l'épidémie pourrait avoir lieu au sein des groupes spécifiques à savoir les populations à haut risque (travailleuses du sexe, homosexuels, usagers de drogue), les populations passerelles (hommes de tenue-militaires, routiers/transporteurs, orpailleurs/miniers) et les populations vulnérables (adolescents, jeunes, femmes, personnes vivant avec un handicap, enfants) [10].

A ce fléau du VIH s'ajoutent les problèmes de santé reproductive que rencontrent les adolescentes et les jeunes (JA) dans leur vie quotidienne. Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) [3], bien que l'Afrique subsaharienne connaisse une baisse globale du nombre de naissances par femme, les taux de natalité chez les adolescentes restent élevés dans de nombreux pays. Chaque année, les enfants nés de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans représentent 16% de toutes les naissances en Afrique subsaharienne. Pourtant, les mères les plus jeunes sont les plus susceptibles de souffrir de complications ou de décès dus à la grossesse et à la maternité. Et les jeunes sexuellement actifs sont souvent confrontés à des obstacles en matière d'accès aux contraceptifs et aux services de santé, augmentant le risque de grossesses non désirées et d'avortements effectués dans des conditions dangereuses. Selon l'OMS, chaque année on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui ont pour conséquences, 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement [11]. Cette situation alarmante, bien qu'observée universellement, paraît particulièrement dramatique en Afrique subsaharienne où l'on estime que 1/4 de ces avortements à risque sont pratiqués chez des adolescentes de 15 à 19 ans [12].

Les jeunes burkinabè n'échappent pas à ces réalités. Ils contribuent pour plus de 60% à la fécondité générale. De même, une jeune fille de 15 à 19 ans sur cinq a déjà donné naissance à un enfant au moins. Et environ 31,6% des filles de la même tranche d'âge sont actuellement mariées ou en union, et 65% d'entre elles ont été excisées [13]. La dernière Enquête Démographique et de Santé (2010) avait montré que la fécondité des jeunes reste très élevée. Elle était de 23,8% pour l'ensemble du pays, avec une prépondérance en milieu rural (29,2%) par rapport aux villes (12,6%) [14]. Selon la même enquête, c'est seulement 8,9% des jeunes de 15 à 19 ans et 6,7% des jeunes de 19 à 24 ans qui utilisent une méthode moderne de contraception (la moyenne nationale est estimée à 15% pour les méthodes contraceptives modernes), ce qui augmente le risque de problèmes de santé dus aux grossesses précoces pour la mère et l'enfant. Les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et avortements montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement [15]. Ainsi, 37% des décès maternels étaient dus aux avortements clandestins, dont plus de la moitié concernent les jeunes [14].

Plusieurs auteurs ont expliqué cet état des lieux par le fait que les jeunes grandissent dans un environnement rapidement changeant, qui leur offre continuellement de nouvelles découvertes [16-18]. La mondialisation, l'accès à de nouvelles techniques de communication, l'urbanisation rapide, l'évolution des normes sociales et plus récemment les crises socio-économiques, sont tous des facteurs qui perturbent gravement l'environnement traditionnel des jeunes, ainsi que la qualité de leur relation avec leurs parents et le reste de la société. Et comme Laoubaou [19] l'a si bien relevé, « *le dispositif actuel des médias et d'autres canaux d'information qui véhiculent et déversent des masses d'informations en direction des jeunes, les rendent plus vulnérables* ».

La vulnérabilité des jeunes peut aussi s'expliquer par l'hésitation, voire le refus des parents, à aborder les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive avec les enfants dans leur mode d'éducation. En effet, le fait que la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les sociétés africaines, crée un déficit de communication entre parents et enfants dans ce domaine. Certains parents craignent, notamment, qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents (JA), ou en leur apprenant à se protéger, on les rendrait sexuellement actifs [20].

Ce déficit de dialogue autour des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, ne reste pas sans conséquence sur l'état de santé des jeunes. Car, le fait que les parents ne communiquent pas suffisamment avec les jeunes sur les questions de la sexualité, maintient ceux-ci dans l'ignorance et le tâtonnement ou, les amène à une recherche d'informations parfois non fiables, en dehors de la sphère familiale (sur internet, dans la rue ou avec des amis) [19]. C'est ainsi que Pasquier [21] a fait le constat d'un déclin important de la « *transmission verticale des savoirs* » - des parents vers les enfants - au profit d'un mode de transmission horizontale, c'est-à-dire entre pairs au sein de la société juvénile.

Tous ces facteurs font qu'aujourd'hui, très peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine sexuel et reproductif. Pour Guiella [22], la grande majorité des jeunes burkinabè deviennent sexuellement actifs durant l'adolescence. Ils sont immatures et ne possèdent pas d'informations complètes ou correctes en matière de santé sexuelle et reproductive, pour vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante. Ceci va augmenter continuellement leur vulnérabilité [23]. Pourtant, selon l'OMS, les jeunes sont dans une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes importantes du développement. C'est souvent à ce moment que les individus deviennent sexuellement actifs, et acquièrent des compétences essentielles sur leur santé sexuelle et reproductive. Tout dépend donc de comment cette période transitoire est négociée. Si elle est mal négociée, cela peut à court ou à long terme compromettre le développement de leur capital humain et social, nécessaire pour une vie adulte de qualité [24].

La présente étude porte sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Elle vise à expliciter les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes de 15-24 ans en SSR et à analyser les processus de construction de leurs sources. La première partie de ce travail est consacrée aux connaissances, attitudes et pratiques des jeunes burkinabè de 15 à 24 ans en matière de transmission et de prévention du VIH/Sida, de contraception, et à une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels. La seconde partie du travail s'est intéressée aux principales sources d'information des jeunes en ce qui concerne la SSR et le rôle des parents dans l'acquisition de ces connaissances.

I.2. Clarification des concepts

Plusieurs recherches ont examiné la thématique de la Santé Sexuelle des jeunes et l'ont traitée sous divers angles avec différents outils conceptuels. Dans cette section, nous avons essayé de lever un pan de voile sur les concepts clés introduits par le problème posé, afin d'harmoniser leur terminologie et de disposer d'un langage commun. Nous proposerons trois clarifications qui méritent ainsi d'être mises retenues et précisées dans ce cadre. La première clarification touche au concept de la « Jeunesse », la deuxième concerne le terme « *santé sexuelle et reproductive (SSR)* », et la dernière mise au point porte sur les « *transmissions intergénérationnelles des connaissances et savoirs en matière de SSR* ».

I.2.1. Qu'est-ce que le concept de « jeunesse » ?

S'il y a un concept que l'on associe quasi automatiquement à l'Afrique, c'est bien celui de jeunesse de sa population. Les jeunes constituent la proportion la plus importante de la population en Afrique subsaharienne, avec plus d'un tiers de la population âgée entre de 10 et 24 ans. Mais, malgré une large utilisation de ce concept de jeunesse, la question de sa définition ne cesse d'alimenter les débats entre chercheurs et politiques.

Etymologiquement, le mot jeunesse vient du latin « *juvenis* » qui signifie : qui n'est pas avancé en âge. Selon le dictionnaire Robert, la jeunesse se définit comme une période de croissance, de développement ; état, caractère des choses nouvellement créées ou établies et qui n'ont pas encore atteint leur plénitude, c'est-à-dire la période de la vie humaine comprise entre l'enfance et l'âge mûr. C'est la période des grands défis, des grandes exaltations et surtout de l'affirmation de soi. Elle est caractérisée par un élan de liberté, des prises de risques, d'idéalisme et d'envie de changer le monde à sa manière. Cependant, force est de reconnaître qu'il est difficile de définir qui sont les « *jeunes* », puisqu'il n'existe ni consensus international sur ce terme et ce qu'il sous-entend, ni indicateurs nets. A quel âge s'achève l'enfance et commence la jeunesse ? Cette simple question montre la complexité de ce concept.

En effet, les critères utilisés par la plupart des institutions nationales et internationales pour définir la jeunesse sont variables, d'où la difficulté de limiter avec précision une période spécifique pour cette cible. D'après le Centre d'Animation de Ressources et d'Information sur la Formation en France (CARIF-OREF) [25], les Médecins et les psychologues définissent la jeunesse par rapport à des transformations physiologiques, la présentant comme une période de maturation psychologique ou morale. On passe ensuite des préoccupations physiologiques à des classements par « *âges de la vie* », ou en fonction de son positionnement au sein des générations. On peut aussi présenter la jeunesse comme une catégorie d'âges définie par les interventions institutionnelles (les 12 à 17 ans, les 16 à 25 ans, les 18 à 30 ans). On peut enfin définir la jeunesse à partir d'une fonction principale, comme l'imitation des générations précédentes ou l'expérimentation de nouvelles règles de vie.

Dans l'optique de mieux cerner et appréhender la notion de jeunesse, des approches définitionnelles sont développées dans la Politique Nationale de Jeunesse du Burkina Faso (PNJ 2008), notamment sur le plan sociologique, économique, démographique et biologique [26].

- L'approche sociologique de la jeunesse est essentiellement basée sur la théorie des cycles d'existence. Elle considère la jeunesse comme étant une période de vie transitoire entre enfance et âge adulte, qui va de la puberté à l'installation dans la vie maritale ou, à tout le moins de la vie, dans une résidence séparée [26].
- L'approche économique privilégie l'aspect insertion socio-économique de la jeunesse. Elle intègre les facteurs liés aux problèmes de l'emploi, de la formation, du chômage et de la pauvreté au sein des jeunes. Selon cette approche, le jeune est celui qui, au terme de ses études ou formation professionnelle, acquiert un emploi et aspire à fonder un foyer. Mais pour Lauras-Locoh [27], cette définition d'une structure de la population en fonction de l'activité et de l'inactivité est évidemment peu opérationnelle en Afrique, où l'activité et l'inactivité ne se définissent pas de façon stricte selon l'âge.

- L'approche de la jeunesse basée sur les données démographiques permet de quantifier numériquement les jeunes par rapport à l'ensemble de la population. Elle permet d'appréhender le poids démographique de la jeunesse.
- La dernière approche développée par la Politique Nationale de Jeunesse du Burkina Faso (PNJ 2008) [26] utilise la tranche d'âge de 15 à 35 ans donnée pour définir la jeunesse. Mais, cette définition basée sur l'âge des personnes ne fait pas l'unanimité au sein des acteurs. Chaque institution (nationale ou internationale) utilise la tranche d'âge favorable à ses politiques et programmes.

L'Organisation des Nations Unies [2] définit les adolescents comme le groupe d'âges de 10 à 19 ans, les jeunes comme celui de 15 à 24 ans, et la population jeune comme celle comprenant les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) reconnaît la définition de l'Assemblée Générale des Nations Unies, en vertu de laquelle les jeunes correspondent à des individus âgés de 15 à 24 ans. Toutefois, il ouvre ce groupe aux jeunes des deux sexes âgés de 25 à 30 ans (et même jusqu'à 35 ans), selon les réalités contextuelles et les orientations politiques en matière de jeunesse au niveau régional et national [28].

Pour l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'expérience d'« *être jeune* » varie énormément d'un pays à l'autre, et la « *jeunesse* » constitue un groupe hétérogène en constante évolution. Par conséquent, elle utilise différentes définitions de la jeunesse en fonction du contexte, et cette définition reste souple et varie selon les régions et les pays. Pour les activités au niveau régional ou international, l'UNESCO utilise la définition universelle de l'Organisation des Nations Unies qui définit le terme « *la jeunesse* » comme étant les personnes âgées entre 15 et 24 ans. Elle permet de veiller à une cohérence statistique entre les régions. Pour les activités au niveau national, par exemple lors de la mise en œuvre d'un programme pour les jeunes au niveau d'une communauté locale, « *la jeunesse* » peut être comprise d'une manière plus flexible. L'UNESCO adoptera alors la définition telle qu'utilisée par l'Etat membre concerné [29].

Dans la mise en œuvre de sa stratégie pour la jeunesse, alors que le Commonwealth considère le jeune comme étant une personne dont l'âge se situe entre 15 et 29 ans, l'Union Africaine (UA) et la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) retiennent la tranche d'âge comprise entre 15 et 35 ans.

Au Burkina Faso, si la Politique Nationale de Jeunesse (PNJ, 2008) se concentre sur les 15 à 35 ans, les Standards de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ 2007) définissent comme bénéficiaires, les jeunes de 10 à 24 ans [30] et le Plan stratégique de santé des jeunes, les jeunes de 6 à 24 ans [31].

Cette incertitude entourant la définition de la jeunesse, amène Blöss et al. [32], à affirmer que la jeunesse est une catégorie qui fait l'objet d'une multiplicité de représentations sociales et de définitions institutionnelles. Pour les auteurs, les discours de « *sens politique* » génèrent un processus d'étiquetage catégoriel de la jeunesse, au centre duquel l'âge est un critère actif. Les politiques sociales définissent en effet couramment, leurs publics d'intervention en termes d'âge. La définition politique de la jeunesse fait d'elle un groupe d'âges défini par des limites incertaines, ou tout au moins variable selon les instances institutionnelles qui ont en charge la gestion de ses problèmes.

La jeunesse devrait être entendue comme une étape dans le cycle de vie, dont les limites varient sensiblement d'un individu à un autre. Perrin-Escalon [33] dira que chaque jeune étant unique, la jeunesse ne peut être qu'une réalité plurielle. Gauthier et al [34] vont dans le même sens, en indiquant que la jeunesse se forme en fonction du capital scolaire, culturel, relationnel. Elle est donc diverse. Ceci fait référence à la lecture de Pierre Bourdieu sur la notion d'« *Habitus* » et de capital culturel, social et économique [35]. Pour le CARIF-OREF [25], non seulement les jeunes sont multiples, mais aussi et surtout, les acteurs et les intervenants en charge de la jeunesse sont démultipliés, et les politiques publiques dans le champ de la jeunesse, très éclatées. C'est certainement ce qui produit une image floue de la jeunesse. La flexibilité de l'interprétation est essentielle pour dépasser les difficultés de la définition de l'âge.

Dans le cadre de ce travail, nous considérons qu'un individu est un « *jeune* » s'il est âgé de 15 à 24 ans révolus, dans la mesure où la plupart des données disponibles ne concernent que la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Nous reprenons ainsi la définition des Nations Unies qui considère les jeunes comme étant des individus appartenant à la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Cette assimilation de la jeunesse à la classe d'âges des 15 à 24 ans, ne constitue donc en aucune manière une catégorisation définitive, mais fournit une référence indispensable à l'analyse statistique des phénomènes étudiés. Car, il est important de reconnaître le fait que les jeunes peuvent ne pas être considérés comme un objet démographique homogène, mais comme une large catégorie rassemblant plusieurs sous-groupes, qui peuvent chacun nécessiter des politiques ciblées et spécifiques [36].

1.2.2. Qu'est-ce que le concept de «Santé sexuelle et reproductive (SSR)»?

S'intéresser à la santé sexuelle et reproductive (SSR) sous-entend l'éclairage préalable des concepts de santé sexuelle et de santé de la reproduction. Ces concepts étant assez proches ils sont souvent utilisés de manière interchangeable par les différents acteurs. Pourtant les notions qu'ils recouvrent ne sont pas totalement superposables, et il convient dans ce document, de les définir pour une meilleure compréhension commune [37].

La santé occupe une place centrale dans le discours social et politique. En effet, la santé et la maladie constituent des enjeux sociaux de première importance à partir desquels la société produit du sens : un sens qui parfois à lui seul, peut être

générateur de changement social. La santé est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. Elle est un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu qui en jouit, de se consacrer pleinement à son ou à ses projets. On note de plus en plus une volonté de définir la santé, non plus comme un élément essentiel pour l'accomplissement d'une vie bien remplie, mais bien comme un but en soi qui englobe tout, ainsi qu'on peut l'observer dans la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [38]. Pour cette dernière, la santé est un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement la simple absence de maladie ou d'infirmité* ». Nous entendons donc par santé, un idéal, une disposition favorable de l'ensemble des fonctions biologiques et physiologiques de l'organisme, qui met toujours en jeu des forces socio-culturelles, non-inscrites dans le code génétique. La maladie serait donc une altération de cette santé. La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

En 1972, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissait pour la première fois la bonne santé sexuelle à l'aide des notions fondamentales suivantes :

- la capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale,
- la délivrance de la peur, de la honte, de la culpabilité, les fausses croyances et les facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles.

En 1974, elle précisait cette définition en mentionnant que « *la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour* ». Cette définition reconnaît implicitement l'importance d'une éducation sexuelle globale, qui devient un réel maillon de la prévention primaire et de l'éducation à la santé. De plus, un programme d'éducation sexuelle envisagé dans cette optique, se situe bel et bien dans l'axe d'une des stratégies de promotion de la santé définie par l'OMS dans le cadre de « *la santé pour tous en l'an 2000* », à savoir : renforcer la capacité fondamentale de l'individu à opérer des choix et à affronter des situations éprouvantes sans recourir à des comportements dommageables pour la santé [39].

En 2002, l'OMS a amélioré la définition précédente pour retenir ce qui suit : « *la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité* ». Elle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que

la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis [40].

Le Burkina Faso a adhéré à cette dernière définition qui reconnaît implicitement l'importance d'une éducation sexuelle globale qui devient un réel maillon de la prévention primaire et de l'éducation à la santé.

A l'instar du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), nous considérons que la santé sexuelle concerne toutes les personnes, quel que soit leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs. Elle contribue à l'épanouissement de la sexualité d'une personne, permettant à celle-ci de la partager avec des personnes qui y consentent, sans compromettre la santé ni le bien-être de ces dernières [41].

Le terme « *santé de la reproduction* » est une traduction littérale du terme anglais « *reproductive health* ». En 1994, la conférence des Nations Unies au Caire (CIPD) a adopté la définition suivante :

« La santé en matière de reproduction est le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement, et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression, la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles » [42].

Pour Mfitzsche [43], cette définition difficilement adoptée par consensus, lors de la conférence du Caire (1994), reste encore trop longue pour être sans ambiguïtés. Ainsi, l'auteur propose que la santé de la reproduction soit l'ensemble des mesures, services et droits, sensés assurer à chacun (adulte, jeune et adolescent) une vie

sexuelle et reproductive satisfaisante, en toute liberté et sécurité. Il s'agit donc, selon les promoteurs de la santé reproductive, de pouvoir :

- mener une vie sexuelle libre (comme on le désire et quand on veut), satisfaisante et en toute sécurité : chacun a droit à une sexualité sans risques. Il doit pouvoir jouir librement, sans contrainte aucune, et en toute sécurité, de sa vie sexuelle. D'où la lutte contre les MST (notamment le Sida), les violences sexuelles, l'excision, les grossesses non désirées, l'avortement à risque (clandestin), et tout ce qui peut inhiber un comportement sexuel ou restreindre le droit au plaisir sexuel,
- procréer librement (aussi souvent ou aussi peu souvent qu'on le désire) : chacun a le droit d'être informé et d'utiliser librement des méthodes et des techniques contraceptives sûres, efficaces, abordables et acceptables (innocuité),
- mener à bien une grossesse et donner naissance à un enfant en bonne santé : aucune femme ne peut donc laisser une grossesse ou un accouchement mettre sa vie en danger. Ce droit à une maternité à moindre risque lui permet de recourir à l'avortement médical et aux méthodes contraceptives efficaces.

Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.

Cette dernière condition implique que les hommes et les femmes ont le droit d'être informés, et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi. Ces méthodes doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables : les personnes doivent avoir le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement, et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction, l'ensemble de méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine [42]. Cette définition inclut la santé sexuelle, et va au-delà en intégrant les notions de maternité, de paternité et de planification familiale, ainsi que les affections qui touchent à l'appareil génital, au-delà de celles liées à la sexualité. Les services favorisant la santé reproductive sont par exemple, tous ceux concernant la santé sexuelle ainsi que les services de planification familiale, le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (jusqu'aux 28 jours de l'enfant), la prévention de la transmission verticale du VIH, les services proposant un avortement médicalisé, la prise en charge de l'infertilité et des pathologies du système reproducteur [37].

Ainsi, l'utilisation de la terminologie de « *santé sexuelle et reproductive* » révèle l'importance de prendre en charge la santé sexuelle dans la santé de la reproduction.

La santé sexuelle et reproductive (SSR) implique donc les actions dans le domaine de la reproduction au sens large. Elle repose sur plusieurs grands principes dont notamment :

- la santé comme un capital à préserver et à promouvoir, et la santé en matière de reproduction, comme une préoccupation qui s'applique à tous les âges de la vie;
- la notion de liberté quant aux perceptions, préférences, besoins et choix des individus, quelle que soit leur catégorie démographique et socioculturelle, sur la base de leurs propres expériences.

Le document de politique, normes et standards des services de santé familiale du Burkina-Faso [44] retient comme composante majeure de la santé sexuelle et reproductive, les services suivants : i)- l'éducation à la vie familiale et à la parenté responsable; ii)- la prise en charge de la santé reproductive des jeunes y compris les comportements à risques; iii)- les consultations prénuptiales et les conseils en mariage; iv)- la lutte contre les grossesses non désirées, les maternités précoces et les avortements provoqués et v)- la promotion d'un environnement physique, légal, social, économique et culturel propice aux jeunes en favorisant l'approche genre.

A ces composantes spécifiques s'ajoutent les composantes communes (PF, lutte contre les IST/VIH/Sida, lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction, lutte contre l'infertilité et la stérilité, nutrition, vaccination et prévention de l'infection). Outre les composantes communes, il y a les composantes d'appui que sont : le plaidoyer, l'Information, l'Education et la Communication/C pour le Changement de Comportement (IEC/CCC), l'administration/système d'information en santé familiale, la formation et la recherche. Pour une question de cohérence et afin de faciliter les comparaisons au-delà des frontières nationales, nous retenons la synthèse de définition consignée dans le programme d'action du Caire qui a été signé par 179 pays y compris le Burkina Faso [42]. Selon ladite définition, la santé sexuelle et reproductive est un bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle est un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de prendre des décisions de manière positive et responsable en matière de sexualité et de reproduction, de relations interpersonnelles, de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

1.2.3. Que sont les concepts de « transmission » et de « génération » ?

Nous allons essayer de clarifier les concepts de transmission et de génération, pour ensuite définir la transmission intergénérationnelle en opposition avec la transmission intra-générationnelle.

Le concept de « *transmission* » : La notion de transmission est au cœur des phénomènes humains, car elle contribue à perpétuer divers aspects sur les plans individuel, familial et socioculturel (identités, comportements, secrets, règles, langages, rites, inégalités, arts, cultures, etc.) [45].

L'origine étymologique du verbe transmettre révèle deux paramètres de définition, « *trans* », à travers et « *mittere* », envoyer. La transmission suppose donc un phénomène de passation, de transfert entre deux parties qui se dessinent à travers un émetteur (ou donateur) et un récepteur [46]. Dans le petit Robert cité par Vinet [47], transmettre signifie faire passer un objet, une idée, un droit, un trait de caractère d'un endroit à un autre, d'une personne à une autre. Dans cette transmission, un mouvement se crée entre deux points dans l'espace et le temps, un déplacement se fait d'un endroit à un autre, d'un lieu de vie à un autre. Apparaissent alors le fil qui s'étire, se noue, se tend entre deux personnes, le flux qui coule en nous, tournant parfois autour d'un blocage, s'arrêtant sur un point d'appui pour mieux repartir.

Transmettre est l'action qui construit ou perpétue la vie. Il n'y a pas de maintien de la vie sans une reproduction qui est le prototype de toute transmission. Il n'y aurait de survie de notre espèce humaine et de sa vie culturelle sans une transmission des pensées fondatrices et de leur langage : il peut s'agir d'une information, d'une pensée ou d'une émotion. Il faut dire que l'activité fondamentale de la pensée qui est la création et la récréation, est soutenue par la transmission [48]. D'après Sabourin [45], ce concept a d'abord été introduit en médecine. Il a ensuite été repris afin de désigner l'action de transmettre et de parler des résultats de cette action. Cette transmission s'exerce dans plusieurs milieux de socialisation : à l'école, dans les entreprises, au sein des associations, dans les familles.

Selon Xavier Lacroix [49], la famille est le lieu premier de la transmission, ne serait-ce que pour des raisons chronologiques. Elle est le premier système d'appartenance où l'enfant trouve protection et modèles pour évoluer. C'est le premier lieu aussi où il apprend la confiance en lui-même, l'estime de soi et de l'autre, et le sens de l'identité qui sont les besoins de base pour le développement psychologique. La famille a aussi la fonction de transmettre les valeurs, les règles de la vie, les savoir-faire. Ainsi, selon l'auteur, « *La transmission familiale est certainement la plus universelle et la plus importante : si nous ne sommes pas tous parents, nous sommes tous des enfants et nous avons fait l'expérience de la transmission familiale* ». Lutte et al. [50] mettent aussi la famille au centre de la transmission. Pour eux, transmettre, c'est définir sa famille subjectivement et objectivement. C'est reconnaître l'autre et renforcer la nature du lien de dépendance à l'autre et son patrimoine. C'est, en quelque sorte, travailler à la survie de la famille et des modes de fonctionnement qui lui sont propres. De la famille, Bourdieu [51] dit qu'elle est « *l'un des lieux par excellence de l'accumulation du capital sous ses différentes espèces et de sa transmission entre les générations* ». Jourdain quant à elle, affirme que la famille « *sauvegarde son unité pour la transmission et par la transmission, afin de pouvoir transmettre et parce qu'elle est en mesure de transmettre* » [52].

Le concept de « *génération* »: Malgré une large utilisation du concept de « *génération* » dans la littérature scientifique, la question de sa définition ne cesse d'alimenter les débats entre les chercheurs. La génération est une notion qui peut avoir plusieurs définitions selon le cas et le contexte dans lequel elle est étudiée. Voyons quelques-unes de ces définitions.

Etymologiquement, le mot génération vient du latin « *generatio, -onis, de generare* » qui signifie engendrer. Ainsi, l'homme est engendré par l'homme, de génération en génération, et la génération représente pour chacun de nous : d'où nous venons, celle à laquelle nous appartenons et par laquelle nous devenons un être propre [53]. La génération est définie dans le dictionnaire Larousse [54], comme étant un ensemble des personnes vivant dans le même temps et étant à peu près du même âge. La génération est aussi considérée comme un espace-temps séparant le géniteur de sa progéniture, et constitue la mise en forme de la personne.

Pour Pech [55], la notion de génération englobe tout à la fois la dimension familiale, démographique, sociale et politique (ou historique) dans la construction individuelle :

1. Du point de vue familial, la génération permet de situer les personnes dans une lignée par rapport à leurs parents, leurs enfants ou leurs collatéraux. Elle détermine donc la position de l'individu dans un système de filiation, une position qui ne variera pas.
2. Du point de vue démographique, une génération désigne un ensemble d'individus nés au même moment (soit la même année, soit dans le même espace de temps) et qui auront donc le même âge tout au long de leur vie; on parle aussi de cohorte dans ce sens.

Ainsi selon l'auteur, en 2010, la génération des 50-55 ans est composée des cohortes nées entre 1955 et 1960. Du point de vue politique (ou historique), la génération renvoie à un groupe d'individus sensiblement du même âge et qui, par leurs mobilisations, leur expérience collective face à des événements particuliers ou encore leurs conflits avec d'autres générations, fabriquent une identité collective: on parle, dans ce sens, de la génération de la guerre d'Algérie ou encore de la génération 68. La génération peut en effet être, soit très hétérogène (si elle abrite d'importantes inégalités sociales entre les plus modestes et les plus favorisés), soit assez homogène (si les inégalités à l'intérieur du groupe d'âges sont notoirement inférieures aux inégalités entre groupes d'âges différents).

Pour Benaissa [48] et Attias-Donfut [56], la génération est aussi un lieu de mémoire collective du groupe familial et social. La fonction de la mémoire est d'ordre mythologique (quelle que soit la part d'objectivité des mythes qu'elle véhicule). La génération possède des références sociales et historiques qui ne révèlent pas de sa propre production, mais qui sont transmises de génération en génération. C'est en quelque sorte le récit de vie de la collectivité, en même temps que la projection

dans le futur. Pour Durkheim [57], la génération est le support, et le générationnel est un mécanisme dans lequel la constitution identitaire d'un sujet se fait, ainsi que son appartenance au genre humain. Il considère le générationnel comme l'ensemble des phénomènes psychologiques et sociologiques caractéristiques de la notion de génération, et en tout un premier lien de la transmission.

Au regard de ce qui précède, on peut retenir que la génération est considérée comme le socle de la société, et la transmission ne se fait qu'à travers elle. Ainsi, la transmission est en lien étroit avec la génération et le phénomène générationnel. Ce dernier peut être considéré comme le fil conducteur du temps qui passe, et fonde la temporalité des personnes qui constituent sa société. L'histoire d'une génération s'inscrit dans le présent grâce à l'existence d'un patrimoine commun transmissible [48]. Cette transmission s'exerce dans plusieurs milieux de socialisation : à l'école, dans les entreprises, au sein des associations, dans les familles. Pour ce qui est de la famille, la transmission peut être intragénérationnelle ou intergénérationnelle.

Qu'est-ce que le concept de « transmission intergénérationnelle » ?

Lorsqu'on parle de transmission familiale, on pense généralement à deux termes : celui d'intergénérationnel et celui de transgénérationnel. Ces deux concepts sont des termes relativement récents et relativement proches, car ils font appel au même concept applicable à une grande variété de domaines théoriques différents. Mais, on ne peut se contenter d'employer l'un ou l'autre. D'un point de vue psychologique, c'est Tisseron [58] qui fait la distinction la plus claire entre l'intergénérationnel et le transgénérationnel, quand il parle de relations intergénérationnelles qui concerneraient celles « *qui se produisent entre générations adjacentes en situation de relation directe* », et de relations transgénérationnelles qui concernent celles qui « *se produisent au travers de la succession de générations* ». C'est cette distinction qui est selon Gohin [59], reprise par certains auteurs qui parlent de transmissions intergénérationnelles et d'échos transgénérationnels, les seconds étant inclus dans les premiers. Du point de vue de l'étymologie, le préfixe « *trans* » signifie à la fois « *à travers* » et « *au-delà* » et traduit : ce qui se joue au sein d'une même génération alors que le préfix « *inter* » (générationnel) signifie ce qui se joue entre les générations différentes [60]. Gohin [59], va dans le même sens en précisant que le préfixe « *trans* » donne une dimension verticale des liens entre les générations qui se succèdent sans se rencontrer et le préfixe « *inter* » donne une dimension horizontale aux relations, c'est-à-dire des générations qui se côtoient dans une même vie. Dans le contexte familial considéré, les deux niveaux intergénérationnels correspondent respectivement au rapport entre frère et sœur et au rapport entre parent et enfant. Pour Lutte et al. [50], transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle font « *une* ». L'une ne va pas sans l'autre. Un même événement peut être à l'origine de la création d'un nouveau mythe familial et de nouveaux scripts, et à la base d'un phénomène transgénérationnel dans la famille, phénomène qui aura des répercussions dans les générations futures dans leurs interactions. Le tableau I résume la différence entre les deux concepts. Il s'inspire des travaux de Lutte Jennifer et al. (2012).

Tableau I : Synthèse des différences entre la transmission intergénérationnelle et la transmission transgénérationnelle intragénérationnelle

| Transmission Intergénérationnelle | Transmission Intragénérationnelle |
|--|---|
| <p><u>Nature</u> : Récits clairs, rituels définis, scripts Phénomènes comportementaux et observables/</p> <p><u>Temps</u> : Générations en contact, dans l'« entre-deux ». Dans l'ici et maintenant. Qui traverse dans les deux sens/</p> <p><u>Structure</u> : Limites claires. Conscient et inconscient.</p> | <p><u>Nature</u> : Récits subtils, implicites et indirects ; Idées, processus, phénomènes, histoire de générations/</p> <p><u>Temps</u> : Générations en contact et à distance. Passé, présent, futur - traverse le temps - se joue dans le long terme .Qui traverse dans un seul sens/</p> <p><u>Structure</u> : Limites plus floues. Inconscient.</p> |

Source : Lutte Jennifer et al (2012), *Transmission intergénérationnelle – Transmission Transgénérationnelle*

Le tableau 1 présente la synthèse de la différence entre les deux types de transmissions générationnelles. Mais dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés exclusivement au concept de « *transmission intergénérationnelle* », sachant bien que les deux formes de transmissions sont connectées l'une à l'autre et s'influencent. C'est sur la base de ce choix que nous allons approfondir la notion de « *transmission intergénérationnelle* ».

La transmission intergénérationnelle concerne les générations en contact direct. Elle se fait par le verbal et le non verbal, la parole et le comportement. Elle est selon Aubertel [61] et Attias-Donfut [56], une transmission d'éléments conscients, étroitement liée à l'histoire de la mémoire du groupe et s'exerce essentiellement dans le sens descendant. Dans cette optique, l'enfant devient le receveur prioritaire avec en toile de fond, une obligation de donner, la négation du don étant vue comme un refus d'assumer pleinement son rôle de parent ou de dénier la place de l'enfant.

Une grille de lecture de ces concepts en trois registres :

Bertaux et Muxel (1996) cités par Ladwein [46], ont appréhendé la problématique de la transmission familiale en se posant trois grandes questions. Tout d'abord, ceux qui engagent la transmission : qui sont-ils ? Dans quel cadre familial s'inscrit cette transmission ? Ensuite, qu'est-ce qui est transmis ? C'est la question du contenu tangible (e.g. matériel) ou non tangible (e.g. valeurs, savoir-faire) de la transmission qui est posée. Enfin, les auteurs s'interrogent sur le canal par lequel s'effectue la transmission (i.e. observation, initiation, imitation). Dans un souci pédagogique de clarification des concepts, nous tentons, ci-après d'utiliser cette grille de lecture pertinente qui se décompose en trois registres :

1. Pour les **personnes impliquées** dans la transmission, nous retenons les générations familiales/généalogiques (membres ascendants et descendants d'une même famille : parents-enfants) et les générations sociales (les générations par âges : les adolescents de 15 à 24 ans). Nous distinguerons la génération des parents comme la première génération, les fils/neveux de ces derniers comme deuxième génération. En ce qui concerne le lien de parenté, nous allons considérer d'une part, les parents géniteurs (père/mère), les parents adoptifs (oncle/tante) et d'autre part, les frères/sœurs et les cousins/cousines. Nous avons choisi donc d'inscrire notre recherche dans un cadre de transmission particulier : un cadre familial de cohabitation constitué par la dyade parents/enfants, dans le contexte africain. Selon Maïga et Baya (2010) cité par Konate [62], la cohabitation intergénérationnelle représente au Burkina Faso, l'ensemble des personnes qui partagent le même toit et les repas, qui reconnaissent une même autorité comme chef, tout en faisant abstraction du lien de parenté. Même s'il y a quelques différences entre ces définitions, elles excluent toutes, les liens de parenté entre les membres du ménage. Nous nous intéresserons aux personnes qui co-résident de façon permanente avec le chef ménage.

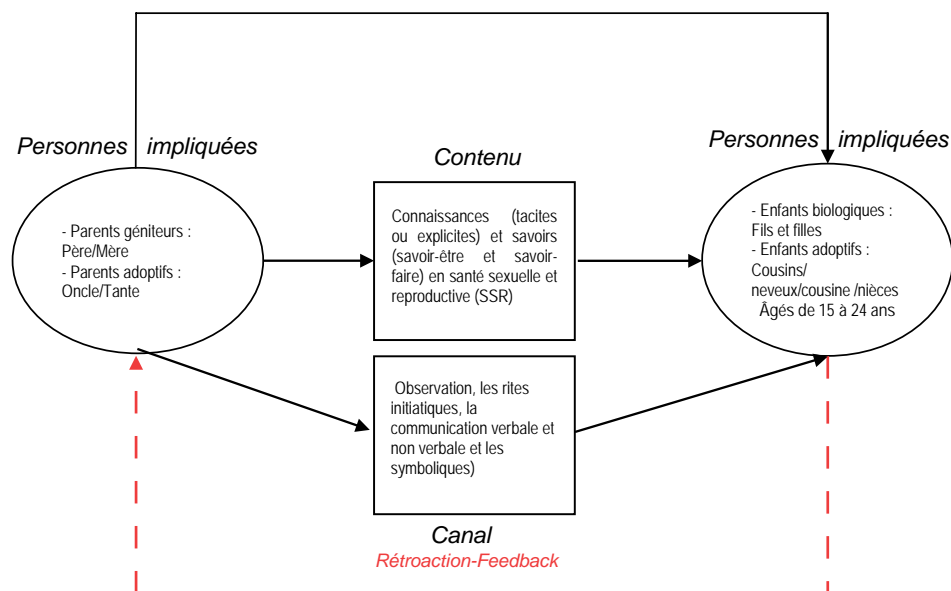
2. En ce qui concerne le **contenu de la transmission** intergénérationnelle familiale, nous avons choisi de considérer les connaissances et compétences en santé sexuelle et reproductive. Cela inclut tout ce qui peut être transmis aux jeunes sur la sexualité, les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements dangereux, mais aussi les émotions et les rapports avec l'autre sexe dans le respect des droits de chacun, comme l'indique notre définition de la santé sexuelle et reproductive. Ces savoirs et savoir-faire doivent permettre aux jeunes de comprendre leur sexualité, d'acquérir des connaissances en la matière, et d'adopter des attitudes responsables et des comportements préventifs aussi bien vis-à-vis d'eux-mêmes que d'autrui. Ce choix d'utiliser alternativement les concepts, connaissances et savoirs s'explique de diverses façons. Nous pouvons relever quelques tentatives de clarifications qui permettent de cerner les différences entre « *connaissance* » et « *savoir* ». Kogut et Zander [63] définissent la connaissance comme une information et un savoir-faire. Elle serait le processus d'assimilation individuelle du savoir. La connaissance fait ainsi référence à des objets plus spécifiques, mais surtout à l'expérience individuelle du savoir. Lamari [64] distingue deux types de connaissances : les connaissances tacites et les connaissances explicites. Les connaissances tacites réfèrent aux connaissances issues des acquis expérimentiels et des pratiques vécues par un individu, dans un contexte culturel donné et un domaine de connaissance particulier. Ces connaissances ne sont pas aisément transférables, puisqu'elles ne se prêtent pas toujours à une formalisation et à une verbalisation qui les rendent explicites et facilement communicables. Il s'agit de connaissances que tout individu peut détenir intuitivement dans sa tête, sans pouvoir les formaliser de manière objective, ou les expliciter de façon communicable et

intelligible pour autrui. Alors que la connaissance tacite est le fruit d'un savoir-faire cognitif, acquis sur le tas et qui s'accumule avec le temps, selon l'intensité des expériences vécues par tout un chacun. Quant au savoir, il est considéré comme une donnée, un concept, une procédure ou une méthode qui existe à un temps donné et lié à une communauté, une connaissance ou un individu [65]. Sadik [66] définit le savoir comme étant l'ensemble des connaissances acquises par un individu. Galumic et Rodan [67] distinguent, quant à eux, trois formes de savoirs : l'information, le savoir-faire et la compréhension. Le savoir-faire se réfère à la connaissance accumulée sur la manière de réaliser une action, alors que l'information se rapporte aux données, faits ou symboles qui peuvent être échangés selon des règles syntaxiques standard. Au vu de ce qui précède, on peut noter que les deux concepts sont étroitement liés. Blondel [68] parle de « *délicate différence que celle qui sépare le savoir de la connaissance* ». Pour l'auteur, lorsqu'un sujet reconnaît le rôle actif d'une connaissance sur une situation, pour lui, le lien inducteur de la situation sur cette connaissance devient inversible : il sait. Une connaissance ainsi identifiée est un savoir, c'est une connaissance utile, utilisable, dans le sens qu'elle permet au sujet d'agir sur sa représentation. Suivant ce point de vue, la différence entre savoir et connaissance se déplace en quelque sorte vers le sujet en situation, puisque la reconnaissance de l'utilité d'une connaissance pour un sujet la qualifie pour lui comme savoir. Dans les deux cas, il ne s'agit en tout état de cause jamais de délimitations étanches : tel ou tel concept n'est pas « *en soi* » une connaissance ou un savoir; en particulier, pour Brousseau, une connaissance acquiert une fonction de savoir, au cours du processus d'institutionnalisation [69]. C'est pour cette raison que, notre travail suit la logique anglaise qui utilise le même mot « *knowledge* » pour désigner les deux concepts. En effet, le terme anglais « *knowledge* » est souvent traduit par le mot « *connaissance* », mais fait référence, selon les auteurs, aussi bien à de l'information qu'aux savoirs [70].

3. Pour le **canal par lequel s'effectue la transmission**, nous nous intéressons à tous les canaux de transmission familiale de savoirs indiqués dans la littérature scientifique. Selon Lani-Bayle [60], la transmission intergénérationnelle familiale se fait au travers de récits clairs et de rituels définis, donnant lieu à des phénomènes observables (traduits par les scripts -correcteurs ou de répétition- qui mettent en œuvre les mythes familiaux) entre les générations en contact, dans l'ici et maintenant. La communication est aussi essentielle dans la transmission, car pour Blondel [68], la transmission n'est pas un événement mais un processus. L'équité du processus par lequel les successeurs sont nommés, conduit à des solutions meilleures et mieux acceptées. Un processus équitable a plusieurs composants: une communication et une parole donnée à chacun, de la clarté, de la cohérence, l'ouverture au changement et une culture de sincérité. Ainsi, nous retenons tous les moyens de communication (verbale ou non verbale), susceptibles de faciliter la transmission des connaissances et savoirs : l'observation, les rites initiatiques, la communication verbale et non verbale et symboliques.

En guise de conclusion à cette clarification conceptuelle, l'on peut retenir comme le montre la figure 1 que le périmètre de notre travail de recherche traite des transferts des connaissances (tacites ou explicites) et des savoirs (savoir-être et savoir-faire) en santé sexuelle et reproductive (la sexualité, les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements dangereux, mais aussi les émotions et les rapports avec l'autre sexe dans le respect des droits de chacun). Il s'agit des transferts réalisés des parents (généiteurs/adoptifs) aux enfants (jeunes âgés de 15 à 24 ans révolus) dans le cadre familial de cohabitation, et à travers tous les canaux de transmission familiale (l'observation, les rites initiatiques, la communication verbale et non verbale et les symboliques).

Figure 1 : Théorie cybernétique de Wiener (1948) adaptée à notre recherche



Sources : Données de la présente étude.

I.3 Etat des connaissances

Pour mieux positionner notre recherche dans le champ scientifique et pratique, il importe de prendre connaissance de la façon dont notre problématique avait été abordée par d'autres chercheurs. Ainsi, la synthèse des études publiées au cours des quinze dernières années sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, a constitué la première étape de notre travail. Dans la section qui suit, nous allons expliciter la méthodologie utilisée dans le cadre de cette revue de littérature. Puis, seront présentées une analyse des résultats obtenus et une synthèse afin, de dégager les gaps de connaissances scientifiques sur le cadre problématique de recherche posé.

Cette revue de littérature, s'est intéressée à la période allant de janvier 1995 à janvier 2012, et a concerné les recherches conduites sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et jeunes (JA) en Afrique subsaharienne et au Burkina Faso. En effet, les critères utilisés par la plupart des institutions nationales et internationales pour définir la jeunesse sont variables, d'où la difficulté de limiter avec précision un intervalle d'âge spécifique pour cette cible. L'Organisation des Nations Unies [2] définit les adolescents comme le groupe d'âges de 10 à 19 ans, les jeunes comme celui de 15 à 24 ans, et la population jeune comme celle comprenant les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans. Notre travail quant à lui, s'intéresse aux jeunes de la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Néanmoins, pour ce qui est de cette section qui traite de « *l'état de la question* », nous avons dû ajouter les adolescents, vu qu'une partie de notre cible (les 10 à 19 ans) est considérée comme des adolescents selon la définition de l'OMS. Nous avons aussi retenu certaines références provenant de l'Occident (Europe et Etats-Unis) qui éclairent le contexte africain. Puisqu'elles fournissent non seulement des informations et des réflexions importantes et de caractère général et/ou spécifique sur la thématique, mais aussi des aspects méthodologiques et de stratégies d'analyse. Ce qui constitue pour nous, un apport important puisqu'elles peuvent permettre de contribuer à une meilleure compréhension de cette question. Les recherches bibliographiques ont été réalisées en deux phases :

Une première phase (exploratoire) a été lancée en décembre 2012. C'est au cours de cette phase que nous avons eu nos premiers entretiens exploratoires à bâtons rompus, avec des personnes disposant d'une expérience significative dans le domaine, y compris notre Directeur de thèse. Nous avons aussi consulté certains documents importants pour notre thème dans les bibliothèques de Bobo-Dioulasso (Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, Organisation Ouest Africaine, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest, Association Burkinabè de Bien-être Familial). Ce processus a conduit à la rédaction du projet de thèse inséré dans la demande d'admission doctorale à l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (UPB).

Une seconde phase a commencé à partir de septembre 2014 au Luxembourg Institute of Health, et s'est étalée jusqu'au 25 août 2016. Tout d'abord, nous avons réalisé une exploration de la littérature grise par une recherche manuelle sur Google Scholar (www.scholar.google.fr/), sur les sites des institutions nationales ou internationales (www.who.int/topics/sexual_health/fr, www.unfpa.org/fr/publications). Ensuite, nous avons interrogé plusieurs bases de données ainsi que des sites des sociétés savantes, de sciences sociales ou de recherches (www.erudit.org, www.cairn.info, www.jstor.org, www.bdsp.ehesp.fr, www.findit.lu). L'accès à certains de ces sites s'est fait, soit grâce à une connexion via le serveur de Luxembourg Institute of Health, soit grâce à un accès à distance, via DIGIPASS. La liste des principaux mots-clés utilisés pour chaque catégorie de base de données est résumée dans le tableau 2. Enfin, nous avons interrogé la base de données PubMed, avec une veille bibliographique des publications récentes menée jusqu'au 25 août 2016.

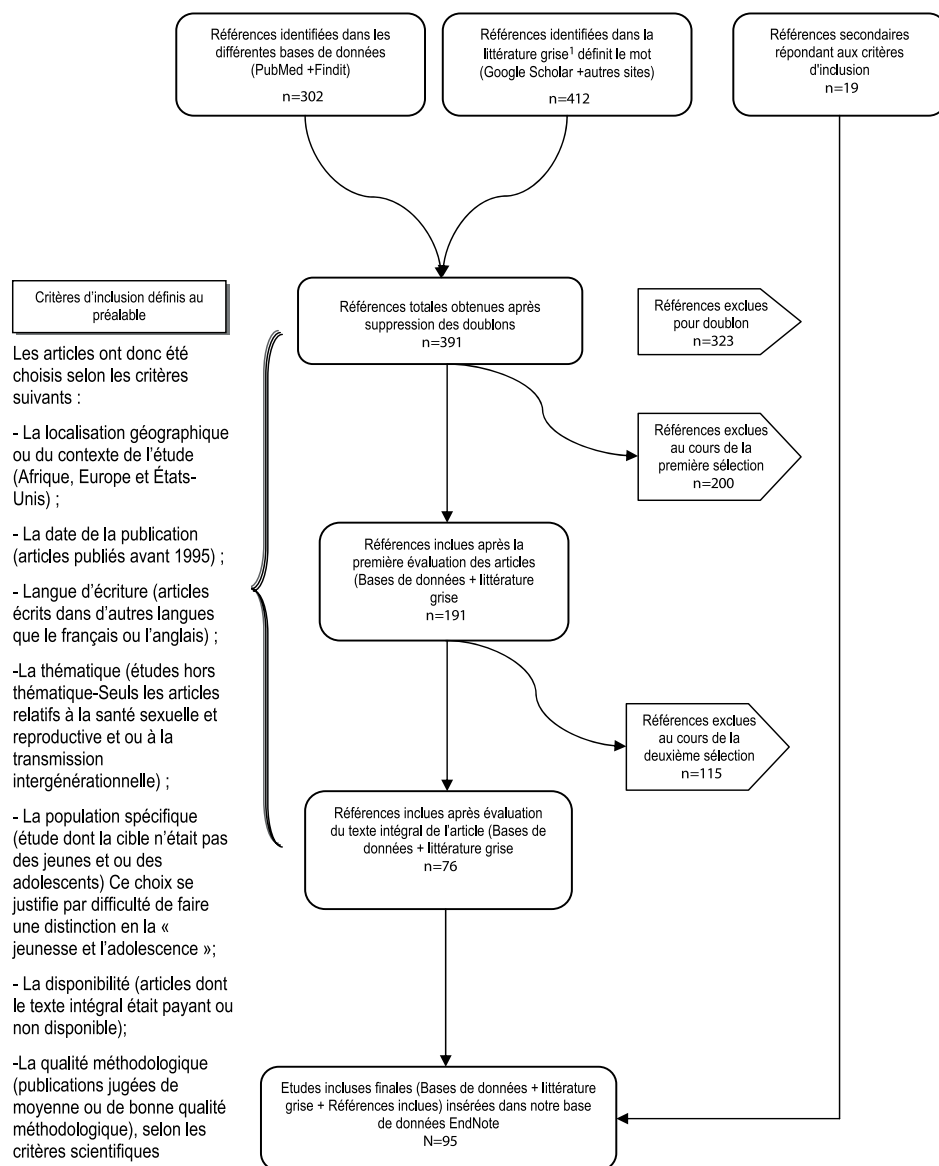
Tableau II : Mots-clés utilisés pour la revue de la littérature

| BASE | EQUATIONS |
|-------------|--|
| PubMed | <p>1- («pregnancy, unwanted»[MeSH Terms] OR («pregnancy»[All Fields] AND «unwanted»[All Fields]) OR «unwanted pregnancy»[All Fields] OR («unwanted»[All Fields] AND «pregnancy»[All Fields])) AND («burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields] AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>2- («sexual behavior»[MeSH Terms] OR («sexual»[All Fields] AND «behavior»[All Fields]) OR «sexual behavior»[All Fields] OR «sexual»[All Fields]) AND («reproductive health»[MeSH Terms] OR («reproductive»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «reproductive health»[All Fields]) AND («research»[MeSH Terms] OR «research»[All Fields] AND «africa»[MeSH Terms] OR «africa»[All Fields]) AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>3- ((«research»[MeSH Terms] OR «research»[All Fields]) AND («social sciences»[MeSH Terms] OR («social»[All Fields] AND «sciences»[All Fields]) OR «social sciences»[All Fields])) AND ((«acquired immunodeficiency syndrome»[MeSH Terms] OR («acquired»[All Fields] AND «immunodeficiency»[All Fields] AND «syndrome»[All Fields]) OR «acquired immunodeficiency syndrome»[All Fields] OR «aids»[All Fields]) AND («burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields])) AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>3- parent-adolescent[All Fields] AND («communication»[MeSH Terms] OR «communication»[All Fields] AND «burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields] AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>4- («communication»[MeSH Terms] OR «communication»[All Fields] AND («contraceptive agents»[Pharmacological Action] OR «contraceptive devices»[MeSH Terms] OR («contraceptive»[All Fields] AND «devices»[All Fields]) OR «contraceptive devices»[All Fields] OR «contraceptive»[All Fields] OR «contraceptive agents»[MeSH Terms] OR «contraceptive»[All Fields] AND «agents»[All Fields]) OR «contraceptive agents»[All Fields] AND («burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields] AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>5- («sexual behavior»[MeSH Terms] OR («sexual»[All Fields] AND «behavior»[All Fields]) OR «sexual behavior»[All Fields] OR «sexual»[All Fields]) AND («reproductive health»[MeSH Terms] OR («reproductive»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «reproductive health»[All Fields]) AND («adolescent»[MeSH Terms] OR «adolescent»[All Fields] OR «youth»[All Fields]) AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>6- («knowledge»[MeSH Terms] OR «knowledge»[All Fields]) AND («attitude»[MeSH Terms] OR «attitude»[All Fields]) AND practices[All Fields] AND («reproductive health»[MeSH Terms] OR («reproductive»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «reproductive health»[All Fields]) OR («sexual»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «sexual health»[All Fields] AND («adolescent»[MeSH Terms] OR «adolescent»[All Fields] OR «youth»[All Fields]) AND («burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields] AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>7- («knowledge»[MeSH Terms] OR «knowledge»[All Fields]) AND («attitude»[MeSH Terms] OR «attitude»[All Fields]) AND practices[All Fields] AND («reproductive health»[MeSH Terms] OR («reproductive»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «reproductive health»[All Fields]) OR («sexual»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «sexual health»[All Fields] AND («adolescent»[MeSH Terms] OR «adolescent»[All Fields] OR «youth»[All Fields]) AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>8- («knowledge»[MeSH Terms] OR «knowledge»[All Fields]) AND («attitude»[MeSH Terms] OR «attitude»[All Fields]) AND practices[All Fields] AND («reproductive health»[MeSH Terms] OR («reproductive»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «reproductive health»[All Fields]) OR («sexual»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «sexual health»[All Fields] AND («adolescent»[MeSH Terms] OR «adolescent»[All Fields] OR «youth»[All Fields]) AND («africa»[MeSH Terms] OR «africa»[All Fields]) AND («1997/01/01»[PDAT] : «2016/08/25»[PDAT])</p> <p>(«knowledge»[MeSH Terms] OR «knowledge»[All Fields]) AND («contraception»[MeSH Terms] OR «contraception»[All Fields]) AND («burkina faso»[MeSH Terms] OR «burkina»[All Fields] AND «faso»[All Fields]) OR «burkina faso»[All Fields]</p> |
| Autres base | <p>Les mots-clés « sexual health » (santé sexuelle), « youth sexual health » (santé sexuelle des jeunes), « reproductive health » (santé de la reproduction) « youth reproductive health » (santé reproductive des jeunes), « sexual reproductive health » (santé sexuelle reproductive), « youth sexual reproductive health » (santé sexuelle reproductive des jeunes), « Knowledge, Attitude, and Behavior » (Connaissance Attitude et Pratiques), « Knowledge, Attitude, and Behavior sexual reproductive health » (Connaissance Attitude et Pratiques santé sexuelle reproductive), « Knowledge, Attitude, and Behavior sexual reproductive health of youth » (Connaissance Attitude et Pratiques santé sexuelle reproductive des jeunes)</p> |

Pour mener à bien notre recherche sur cette base de données, nous avons d'abord recherché dans Pubmed, des mots-clés ou « *Mesch terms* » pouvant nous aider à mieux appréhender notre sujet. Puis, une première sélection des articles a été effectuée sur des critères d'inclusion et d'exclusion (Figure 2) après utilisations ou combinaisons des mots-clés résumée dans le tableau 2. A partir des articles sélectionnés, une deuxième sélection a été effectuée sur la base des résumés. Ensuite, chaque article a été analysé dans son ensemble. Enfin, nous avons élaboré une base

de données dans EndNote (uniquement pour l'état des connaissances) qui contient à la date du 12 septembre 2016, 108 références. Cette seconde phase nous a permis de finaliser le cadre théorique et conceptuel de cette thèse. La figure 2 résume le processus de la sélection des articles pour la revue de la littérature.

Figure 2 : Modélisation de la sélection des articles pour la revue de la littérature¹



¹ Dans le cadre de cette thèse, la littérature grise correspond à tout type de document produit par les institutions nationales et internationales, l'enseignement et la recherche, en format papier ou numérique, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle.

Au premier abord, nous avons répertorié 714 articles suite à l'interrogation de toutes les bases de données (PubMed, Findit, Google Scholar et autres sites). Puis, nous en avons retenu 76 à l'issue des différentes évaluations. Par ailleurs, la lecture des références des articles a permis d'inclure 19 références secondaires répondant aux critères. En fin de compte, 95 articles ont été définitivement retenus dont 32% concernent le Burkina Faso (30 références), 44% sont relatifs à l'Afrique subsaharienne (42 références) et 24% concernent l'Occident (23 références). A ces 95 articles scientifiques, nous avons ajouté 17 rapports spécifiques sur la thématique provenant de certaines institutions nationales et internationales. Le tableau 3 présente la typologie de thématiques relatives aux différents documents consultés selon les aires géographiques.

Tableau III: Typologie des thématiques relatives aux documents consultés selon les aires géographiques

| Thématiques | Nombre de références | | | | |
|---|----------------------|-----------------------|--------------|------------------------------|------------|
| | Occidents | Afrique subsaharienne | Burkina Faso | Institutions Internationales | Total |
| Etudes CAP sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes et adolescents (JA) | 3 | 11 | 5 | 5 | 24 |
| Comportements sexuels à risques | 8 | 14 | 8 | 5 | 35 |
| Utilisation de la contraception et du préservatif | 5 | 7 | 9 | 5 | 26 |
| Communication entre parents et enfants en SSR | 4 | 5 | 4 | 0 | 13 |
| Pratiques de l'avortement | 3 | 5 | 4 | 2 | 14 |
| | 23 | 42 | 30 | 17 | 112 |

NB: Pour les études qui ont combiné deux ou plusieurs thématiques, c'est la thématique dominante qui a été privilégiée dans le cadre du classement résumé dans le tableau ci-dessus.

En ce qui concerne les thématiques couvertes par les différents documents consultés, on note que 21% des documents concernés par notre revue de littérature ont traité des Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes et adolescents (JA) sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), 31% ont analysé les comportements sexuels à risque chez les JA et 23% ont étudié les comportements préventifs (utilisation de la contraception et du préservatif). Les pratiques de l'avortement ont été abordées dans 13% des documents que nous avons exploités alors que la communication entre parents et enfants en SSR a concerné 12% d'entre eux.

Dans les sous-sections qui suivent, nous allons présenter une analyse et une synthèse des résultats obtenus afin de dégager les gaps de connaissances scientifiques sur le cadre problématique de recherche. Ainsi, la première partie fait le point des écrits sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et jeunes (JA) en adoptant une approche thématique. Les thèmes se rapportent aux connaissances des JA en SSR, aux comportements sexuels à risques notamment la précocité sexuelle, le multipartenariat sexuel, les comportements préventifs et les pratiques de l'avortement. La deuxième partie aborde les aspects de la SSR qui nous échappent et que cette étude vise à améliorer. Chaque sous-section s'articule de la façon suivante : elle présente d'abord quelques travaux menés en Occident (Europe et Etats-Unis). Sont ensuite évoqués, quelques résultats des recherches réalisées en Afrique subsaharienne. Enfin, est restituée la façon dont la santé sexuelle et reproductive avait été abordée au Burkina Faso. Ainsi, au fur et à mesure que nous progresserons dans la présentation critique des différentes publications, nous nous approcherons du site de notre étude : le Burkina Faso.

1.3.1 Que savons-nous de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes et adolescents (JA) africains ?

Avec plus de 34 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. Les adolescents et les jeunes sont les plus touchés par cette pandémie. En fin 2014, l'ONUSIDA [71] avait enregistré 220 000 nouvelles infections au VIH chez les adolescents et les jeunes. C'est aussi les adolescents et les jeunes qui sont les plus touchés par les grossesses non désirées, les violences sexuelles, les mariages forcés et les complications dues aux avortements provoqués. Afin d'éviter ou de réduire ces problèmes de santé auxquels les jeunes sont confrontés, il leur est généralement demandé d'adopter des mesures préventives. Pourtant, pour pouvoir se protéger et protéger les autres, chacun doit connaître les modes de prévention, de façon à tenir compte des risques liés à sa situation et à ses pratiques. Comme le fait observer Letamo [72], *« il est clair que, même si une connaissance correcte des modes de prévention et de transmission du VIH ne se traduit pas nécessairement par des comportements sexuels sans risque, le fait que les jeunes aient une certaine connaissance de ces modes de prévention et de transmission du VIH, va de pair avec des comportements sexuels sans risque »*. Après tout, il faut au préalable connaître les comportements préventifs pour adopter un comportement sexuel sans risque. De nombreuses recherches sociales et enquêtes CAP ont été réalisées par des universités, les instituts de recherches et les organismes publics sur les connaissances des jeunes en santé sexuelle et reproductive.

1.3.1.1- Qu'est-ce que ces travaux nous ont appris sur les connaissances des jeunes en SSR?

a- Connaissances des jeunes en matière de transmission du VIH

Au cours des dix dernières années, plusieurs recherches et publications ont permis de faire un point relativement complet des connaissances des jeunes, en matière de transmission des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH

à travers le monde, en particulier dans les pays en développement. Ces auteurs avaient unanimement noté une évolution progressive du niveau de connaissance générale des jeunes, marquée par la persistance des idées erronées sur les modes de transmission. Ainsi selon l'ONUSIDA [73], il existe toujours des niveaux d'ignorance élevés au sujet du VIH dans certaines régions du monde.

En France, Beltzer et al.[74] avaient évalué pour la première fois en 2007, les connaissances, attitudes, croyances et comportements des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, face au VIH/Sida. Réalisée en 2007 auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans, cette étude aborde: les connaissances des modes de transmission et de protection, les opinions et attitudes à l'égard des personnes atteintes, la crainte du VIH/Sida et la perception du risque, les comportements de prévention et les pratiques de dépistage. Les résultats avaient suggéré que les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, connaissent bien les circonstances certaines de transmission du VIH, ainsi que les stratégies efficaces pour s'en protéger. Le préservatif est le moyen de protection considéré comme efficace par le plus grand nombre de répondants (87,3%), avec 63,8% pour « *tout à fait* » efficace et 23,5% pour « *plutôt efficace* ». Néanmoins, une proportion équivalente des enquêtés considère également comme efficaces, les stratégies de prévention plus intermédiaires que sont la fidélité (66,1 %), la demande du test de dépistage du Sida à son/ses partenaires (67,1%) et la réalisation régulière du test pour soi-même (62,2%). Par ailleurs, les auteurs avaient signalé que les modes de non transmission du VIH étaient moins bien maîtrisés : car, près d'un tiers des personnes interrogées pensaient que la transmission est possible par une piqûre de moustique ou lors de rapports sexuels avec un préservatif, et près d'un quart, en embrassant une personne contaminée ou en étant hospitalisé dans le même service qu'elle. Les résultats des enquêtes avaient suggéré une corrélation entre le niveau de connaissance des jeunes et le sexe. En effet, les hommes semblaient avoir une meilleure maîtrise des modes de transmission et des stratégies de prévention que les femmes. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux que les femmes, à connaître la possibilité d'une transmission materno-foetale du VIH, et à savoir que ce virus ne se transmet pas par les toilettes. La connaissance des modes de transmission du VIH était aussi fortement liée à l'âge et au niveau d'études. Plus les enquêtés étaient jeunes et avaient un niveau d'études élevé, mieux ils maîtrisaient les modes de transmission. Ainsi, près des deux tiers des enquêtés n'ayant pas fréquenté l'école ou ayant un niveau d'études équivalent à celui du primaire, pensaient que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique, contre moins d'un tiers parmi ceux ayant poursuivi des études supérieures au baccalauréat.

Aux Etats-Unis, des résultats similaires avaient déjà été constatés dans plusieurs enquêtes dont celles de Crosby et al. [75] et de DiClemente [76]. La première étude avait analysé des données de l'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents aux Etats-Unis. Elle a permis aux auteurs [75] d'établir que sur plus de 16 677 personnes interrogées en 2001, près de 32% des adolescentes et 40%

des adolescents ayant déjà utilisé un préservatif, croyaient que le réservoir devait être bien tendu sur l'extrémité du pénis ; 28% des adolescentes et 33% des adolescents ne savaient pas que la vaseline n'était pas compatible avec les préservatifs en latex. De même, près de 15% des adolescentes et 24% des adolescents ignoraient que les préservatifs en latex avaient les mêmes avantages contre l'infection à VIH que les préservatifs en boyau d'agneau. Plus récente, la deuxième étude a été réalisée par l'équipe de DiClemente [76] auprès de 3 000 adolescents et adultes américains fréquentant des centres de soins spécialisés. L'analyse des données avait montré que plusieurs conceptions erronées étaient monnaie courante. Près de la moitié (46%) des personnes interrogées estimaient par exemple, que se doucher pouvait éviter d'être contaminé par des agents sexuellement transmissibles, 39% pensaient qu'uriner après un rapport sexuel constituait une protection, 20% considéraient que la contraception orale les protégeait, tandis que 16% pensaient être protégées par une toilette intime après un rapport sexuel.

En Afrique subsaharienne, les résultats des différentes études CAP réalisées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR), révèlent aussi la persistance dans les populations jeunes, d'idées fausses et de lacunes importantes dans la connaissance des moyens, pour éviter les maladies sexuellement transmissibles et le VIH. En effet, les recherches menées par Amuyunzu-Nyamongo [77] au Kenya, Hassoun [78] en Côte d'Ivoire, et par Biddlecom [79] et Boonstra [80] au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, avaient montré que les jeunes avaient un bon niveau de connaissances marqué par la persistance des idées erronées. Au Kenya, Amuyunzu-Nyamongo [77] avait noté que les jeunes ont des connaissances plus approfondies sur le VIH/Sida que sur les autres IST. Néanmoins, des préjugés persistent. Boonstra [80] avait préféré porter un regard sur les causes de cette insuffisance de connaissance dans la population jeune. L'analyse de ses données lui avait permis de justifier cette connaissance approximative des jeunes, par l'absence de matières sur la SSR à l'école primaire dans la plupart des pays en développement. En conséquence, de nombreux jeunes n'accédaient même pas à l'éducation sexuelle la plus élémentaire et quittaient l'école sans avoir les connaissances suffisantes.

A l'instar des autres pays, la population burkinabè a aussi une bonne connaissance des modes de transmission. De même, la stratégie ABC (Abstinence-Fidélité ou Capote) semble avoir été très largement entendue par elle. Cependant, plusieurs auteurs avaient noté une mauvaise maîtrise des modes de non transmission du VIH [4, 22, 71, 77, 81-87]. En 2004, une étude menée par Guiella [22] avait déjà montré que 35 % des filles et 26% des garçons de 15 à 19 ans ne connaissent aucun moyen d'éviter le Sida. Selon les mêmes données, 20% des jeunes filles et 3% des jeunes garçons de 15 à 19 ans, pensaient qu'éviter de s'embrasser, de boire et manger dans la même vaisselle qu'un sidéen, permettent de s'en prémunir, tandis que 9% des jeunes de 15 à 24 ans pensent que le Sida ne peut pas être évité. En milieu rural, certains adolescents continuent de croire que les moustiques peuvent transmettre le virus du Sida. L'auteur avait établi aussi un lien très étroit entre le niveau de connaissances des adolescents, l'âge, la situation économique et le sexe.

Les adolescents de milieux pauvres avaient moins de connaissances pour se protéger contre le VIH/Sida, alors que les jeunes enquêtés appartenant au milieu nanti possédaient des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le Sida. De la même façon, le niveau d'information en matière de SSR était moins bon chez les jeunes vivant dans les campagnes que celui des jeunes vivant en ville. En ce qui concerne l'association selon le sexe, Guiella [22] avait indiqué que les filles burkinabè avaient en général un faible niveau de connaissances sur le VIH/Sida, par rapport aux garçons. Mais il va plus loin dans sa discussion, en précisant que les résultats d'une nouvelle recherche auraient montré qu'il est encore plus faible chez les jeunes filles mariées : les femmes âgées de 15 à 19 ans en union, sont près de deux fois moins nombreuses que celles qui ne sont pas en union à maîtriser des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le VIH/Sida.

Ces observations avaient été confirmées plus tard en 2007 par les études de Amuyunzu-Nyamongo [77]. En 2012, Somé et al. [81], étaient allés dans le même sens en observant à l'issue d'une étude réalisée à Bobo-Dioulasso, que les connaissances des adolescentes sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH, n'étaient pas des meilleures. Ces adolescentes reprenaient souvent sans trop de conviction, les messages reçus sur les modes de transmission. Il en était de même des moyens de prévention dont le préservatif qui est systématiquement cité. Par ailleurs, les auteurs avaient ajouté que non seulement certaines adolescentes n'établissaient pas de différences entre le VIH et le Sida, mais aussi et surtout, elles ignoraient totalement que la contamination par le virus du Sida peut rester asymptomatique. Cet état de fait les avait amenés à affirmer que les adolescentes pouvaient facilement tomber dans les travers, et ne pas avoir un réel pouvoir de négociation pour l'utilisation du préservatif. Les auteurs préconisent donc l'abstinence comme le moyen le plus efficace et le plus sûr, bien qu'ils admettent que le préservatif est le moyen de prévention le plus couramment accepté. Pourtant, plusieurs auteurs ont douté de l'efficacité des programmes de prévention axés sur « *l'abstinence jusqu'au mariage* », dans un contexte où les femmes ne sont pas financièrement autonomes, ou qu'elles sont physiquement incapables d'empêcher le viol et/ou leur partenaire d'être infidèle [82-83]. Pour Desclaux [82], le message ABC (Abstinence-Fidélité ou Capote) semble avoir été très largement entendu par la population burkinabè. Cependant, les enquêtes montrent qu'il est interprété comme une alternative qui permet de choisir entre deux stratégies individuelles « *exclusives* ». Pour illustrer son propos, l'auteur s'appuie sur une étude anonymisée menée à l'Université de Ouagadougou, et publiée dans le volume 3 des cahiers de santé de 1990. Durant cette enquête, 36% des étudiants avaient déclaré ne pas utiliser de préservatif parce qu'ils faisaient confiance à leur partenaire et étaient fidèles. Or pour l'auteur, on sait que la fidélité n'est efficace et suffisante sur le plan individuel, qu'à deux conditions : qu'elle soit réciproque et que les deux partenaires soient séronégatifs. Il faut donc que les jeunes associent chacun, le préservatif et la fidélité pendant la durée nécessaire à une sérologie pour le VIH. C'est seulement lorsqu'ils connaissent leur séronégativité, que la fidélité sans préservatif sera pour eux un mode de prévention efficace. En 2014, Meda et al. [84] avaient réalisé une

analyse secondaire des enquêtes démographiques et de santé (EDSBF-MICS, $n=4$) menées de 1993 à 2010. Cette étude visait à évaluer l'impact des programmes nationaux de lutte contre le VIH au Burkina Faso, à travers le suivi de l'évolution des connaissances, des comportements et des attitudes, de même que la prévalence de l'infection à VIH au sein de la population des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Au total, 22 153 jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient été interrogés. Les résultats de cette analyse avaient montré une augmentation croissante de la proportion des jeunes ayant de bonnes connaissances sur le VIH dans les deux sexes de 1993 à 2010. Elle avait augmenté de 4,7 % en 1993, à 14,7% en 2003, à 31,1% en 2010 ($p < 0,0001$) et chez les hommes, elle est passée de 15,7% en 1993, à 21,3% en 2003 et à 35,7% en 2010 ($p < 0,0001$). Parallèlement, la prévalence de l'infection par le VIH a diminué chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans entre 2003 et 2010, passant de 1,3% à 0,2% chez les femmes et de 0,7% à 0,5% chez les hommes. Les auteurs avaient conclu que le niveau des bonnes connaissances des jeunes sur le VIH a augmenté entre 1993 et 2010, mais reste globalement faible, nécessitant un effort soutenu des programmes de prévention.

Toutes ces études et publications avaient montré que la transmission de la mère à l'enfant (TME) était le mode le moins connu par les jeunes, bien qu'elle est l'un des piliers de la riposte mondiale à l'épidémie de Sida. Lors d'une l'enquête menée en Guinée Conakry en 2006, Bah [85] avait demandé à tous les enquêtés s'ils savaient si le virus qui est à l'origine du Sida pouvait être transmis de la mère à son enfant, et si le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant pouvait être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse. Les résultats avaient montré que plus d'une femme sur deux (52%) avaient répondu par l'affirmative à la première question. Par contre, seulement 10% des femmes savaient que le risque de transmission du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse. Globalement, on constate que seulement 8% des femmes savent que le virus peut se transmettre à l'enfant pendant l'allaitement, et que le risque de transmission maternelle peut être réduit si la mère prend certains médicaments durant la grossesse. L'auteur avait aussi fait le constat, que les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à savoir que le virus du Sida peut être transmis par l'allaitement (66% contre 52%). Ils étaient aussi plus nombreux à savoir que le risque de transmission peut être réduit par la prise de certains médicaments durant la grossesse (16% contre 10%). Il en tire la conclusion, que la proportion d'hommes connaissant ces moyens de prévention et de transmission, est plus élevée que celle observée chez les femmes (13% contre 8%).

Un des importants résultats de cette étude, est qu'elle a permis de nuancer les hypothèses selon lesquelles le niveau de connaissances des femmes serait plus élevé quant à la transmission d'une mère infectée à son enfant, puisque les femmes sont supposées être les plus concernées par ce mode de transmission. Toujours en ce qui concerne la TME, les données provenant des Enquêtes Démographiques et Sociales (2010) [14] avaient suggéré une connaissance limitée des modes

de transmission du VIH/Sida, notamment en ce qui concerne la transmission mère-enfant. Moins de 10% (9,3%) des femmes et 23% des hommes sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans, n'avaient pas de connaissances approfondies sur le VIH/Sida. Selon les mêmes sources, seulement 36 % des hommes et 31 % des femmes de 15 à 24 ans, avaient une connaissance « *approfondie* » du VIH/Sida avec une différence marquée entre milieux rural (23%) et urbain (47%). Les auteurs avaient insisté sur l'amélioration du niveau de connaissances des jeunes sur le mode de transmission. Pour Msellati [86], il est aisé de comprendre l'intérêt des chercheurs à insister sur la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement, où la grande majorité des cas de contaminations se concentrent. En 2015, l'ONUSIDA [71] avait estimé à 150 000 (110 000–190 000) les enfants nés infectés par le virus. Selon cette institution des Nations Unies, des progrès ont certes été réalisés dans le cadre de la PTME en Afrique subsaharienne, mais ils restent encore insuffisants pour réduire à 5%, le taux de transmission de la mère à l'enfant, du VIH en 2015. Néanmoins, les résultats enregistrés dans certains pays et l'engagement de la communauté internationale, sont des facteurs d'espoir. Une intensification de la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents, constitue la voie à suivre dans la marche des pays de l'Afrique subsaharienne, pour l'atteinte des objectifs ciblés. De Cock et al. [87] vont dans le même sens, en indiquant que le meilleur moyen d'éviter l'infection des nourrissons et des jeunes enfants par le VIH, y compris la transmission par le lait maternel, est de prévenir l'infection des adolescentes et des femmes en âge de procréer.

b- Connaissances des jeunes en matière de contraception

Comme pour la prévention du VIH, plusieurs études et publications [4,72, 81, 88-98], avaient révélé que les connaissances des jeunes sur la fécondité et la contraception, restent superficielles et parfois inexactes. Par contre, les lieux de prestation de services en SSR étaient bien connus par la couche juvénile. De même, la littérature indique que les jeunes ont des attitudes négatives vis-à-vis de la contraception, à cause de certains préjugés, ou en rapport avec des renseignements erronés qu'ils reçoivent [88].

En Belgique, une étude menée auprès des jeunes de 13 à 21 ans par Herbigniaux et al.[89], avait montré que les jeunes étaient globalement bien informés à propos des méthodes existantes. Ils étaient très nombreux (90%) à citer le préservatif et la pilule. La pilule du lendemain avait aussi été citée par certains jeunes. Mais selon les auteurs, le fait que la pilule du lendemain soit considérée par certains jeunes comme un moyen de contraception, indique que le discours sur les moyens contraceptifs doit être clarifié. En effet, la pilule du lendemain est davantage une contraception d'urgence, qui doit rester d'usage exceptionnel, d'une part parce que son taux de réussite varie en fonction du délai de la prise par rapport à la relation à risques, et d'autre part parce que ce type de contraception n'apprend pas aux jeunes à se responsabiliser sur le long terme quant à la prise de risque. Dans l'enquête sociologique sur la contraception d'urgence de 2009, Amsellem-Mainguy [90] avait souligné que l'usage du mot « *pilule du lendemain* » participe au brouillage

des informations. En effet, on parle de pilule pour désigner la contraception quotidienne et de « *pilule du lendemain* » pour désigner celle à prendre a posteriori, en cas de rapport non protégé, mais aussi de « *pilule abortive* » pour parler du RU486 (Mifépristone). Selon l'auteur, cet amalgame dans le vocabulaire entraîne une confusion forcément néfaste à une bonne connaissance de la contraception d'urgence. Mais le terme « *pilule du lendemain* » induit également une double ambiguïté : certaines femmes qui en auraient besoin ne l'utilisent pas, car elles pensent avoir dépassé le délai identifié au lendemain. D'autre part, le lendemain fait référence à une norme adulte du rapport sexuel ayant lieu la nuit, d'où une prise de la contraception d'urgence le lendemain. Or pour beaucoup de jeunes, les rapports sexuels ont lieu dans la journée : par exemple en l'absence des parents. Ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain pour prendre la contraception d'urgence si c'est nécessaire. A contrario, tout délai supplémentaire minore le taux d'efficacité. Pour ces différentes raisons, l'auteur suggère l'expression « contraception de rattrapage » qui semble plus appropriée pour parler de la contraception d'urgence, que le terme inexact de « *pilule du lendemain* ».

En France, l'enquête de l'agence nationale de santé publique (INPES) [91] avait montré que les jeunes français avaient une très bonne connaissance de la contraception. Les pilules d'urgence étaient aussi connues de la majorité des jeunes, mais seulement 5% d'entre elles en connaissaient précisément le délai d'utilisation. Le manque d'informations sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence, en sont des freins à son utilisation. Des méfiances collectives perdurent sur les effets secondaires, et notamment sur le fait qu'une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile, ce qui est faux. Par ailleurs, il était noté que le niveau de connaissances sur la contraception d'urgence est assez hétérogène : il est nettement plus élevé dans les classes d'âge les plus jeunes, en milieu scolaire. Ceci peut s'expliquer par l'existence d'un dispositif permettant aux infirmières de délivrer rapidement la contraception d'urgence. La haute autorité de santé (HAS) [92] a quant à elle, fait l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès, et au choix d'une contraception adoptée en France en 2013. Les résultats de cette étude avaient permis à cette institution, de justifier la mauvaise connaissance de la contraception par certains jeunes, par le fait que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la finalité préventive du VIH et des IST, plutôt que sur la finalité contraceptive.

En Afrique subsaharienne, les résultats des différentes études réalisées dans le domaine de la fécondité et de la contraception, révèlent aussi la persistance dans les populations jeunes, d'idées fausses et de lacunes importantes dans la connaissance des moyens pour éviter les grossesses non désirées. En 2007, Delaunay [93] avait réalisé une revue de littérature sur la base des données des EDS de trente et un (31) pays de l'Afrique subsaharienne, y compris le Burkina Faso. Cette analyse s'était basée sur les questions relatives à l'entrée dans la vie sexuelle et maritale, à la contraception, ainsi qu'à l'avortement chez les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans. Les résultats de cette revue de littérature avaient montré que

les jeunes avaient une assez bonne connaissance des méthodes contraceptives, surtout les méthodes modernes. Le préservatif était la méthode la mieux connue, puisque c'était la principale méthode citée par les hommes dans 22 pays sur 24, et par les femmes dans 18 pays sur 31. C'était seulement dans 9 pays que la pilule a été plus citée que le préservatif. Par contre, les niveaux de connaissances de la contraception étaient beaucoup plus faibles chez les femmes et chez les hommes qui n'étaient pas sexuellement actifs. En 2009, une autre revue plus rigoureuse a été conduite par Williamson et al [94], sur la base d'un protocole de revue systématique. Elle s'était focalisée sur les jeunes de 11 à 24 ans de quatre pays de l'Afrique subsaharienne (le Mali, le Nigéria, la Tanzanie et l'Afrique du Sud) et d'un pays de l'Asie (le Vietnam). Environ 23 bases de données avaient été interrogées y compris Medline, Embase et Popline. Les résultats de cette revue systématique avaient permis aux auteurs de conclure, que la grande majorité des jeunes connaissent les principales méthodes de contraception.

Toutefois, il avait été noté des lacunes importantes en ce qui concerne la connaissance des modes d'emploi des méthodes contraceptives. Sur un échantillon de 2 460 jeunes lycéens interviewés dans deux Etats du Sud du Nigéria, Amazigo et al. [95] avaient indiqué que les connaissances des jeunes sur la fécondité et la contraception, variaient selon le sexe, le lieu de résidence et le niveau d'éducation. Selon les auteurs, les filles s'étaient montrées beaucoup plus susceptibles que les garçons, de comprendre le calendrier de la conception (46% contre 25%), de moindres écarts étant apparus en fonction du lieu de résidence et de l'année de scolarisation des participants. Delaunay [93] quant à elle, avait noté que les niveaux de connaissances de la contraception étaient par contre beaucoup plus faibles chez les femmes et les hommes qui n'avaient pas encore débuté leur vie sexuelle. Ils dépassaient 90% pour les femmes dans deux pays seulement (les Comores et le Zimbabwe) et dans quatre pays pour les hommes (les Comores, le Zimbabwe, l'Ouganda et le Gabon). A l'opposé, le niveau de connaissance est inférieur à 50% dans 5 pays (Tchad, Mozambique, Burundi, Centrafrique, Zambie) pour les femmes et trois pour les hommes (Tchad, Mozambique et Mauritanie).

Au Burkina Faso, une étude a été réalisée en 2001 par Sondo et al. [96] sur la pratique de méthodes contraceptives dans le district sanitaire rural de Kaya, dans le but de comparer les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des personnes informées et non informées sur les méthodes contraceptives, et d'analyser le schéma d'utilisation de ces méthodes contraceptives par les populations.

Réalisée sur la base d'un sondage en grappes à deux degrés selon la méthode de Hendersen, cette étude avait révélé que les adolescents au Burkina Faso paraissent bien informés sur la contraception. Par ailleurs, les données de cette enquête avaient montré une relation forte entre la connaissance des adolescents et l'âge, le niveau d'instruction et l'accès à la radio. Il apparaît par exemple, que les hommes avaient plus de connaissances que les femmes sur la contraception. De même, le niveau de connaissances des adolescents scolarisés, était significativement plus élevé que celui des adolescents n'ayant jamais été à l'école. De nombreuses études

ont été réalisées par la suite pour confirmer ces observations. En 2004, l'étude sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents réalisée par Guiella [22], avait mis en lumière la persistance dans les populations jeunes, d'idées fausses dans la connaissance des moyens pour éviter les grossesses non désirées, en dépit de leur bon niveau de connaissances. En effet, selon l'auteur, bien que la majorité des adolescents avaient entendu parler de la contraception, leurs connaissances restaient très superficielles et incomplètes. Moins de 10% des adolescents de 15 à 19 ans, avaient la maîtrise d'informations suffisamment détaillées pour se protéger efficacement contre les grossesses non désirées. Ce déficit de connaissances était encore plus alarmant en milieu rural, où seulement environ 5% des adolescents de 15 à 19 ans avaient les connaissances suffisantes pour éviter les grossesses non désirées, contre près de 17% en ville. De tels résultats avaient été observés un peu plus tard en 2005 par Babalola et al. [97], imputant ces inégalités de connaissances à l'incapacité des promoteurs des campagnes de sensibilisation, à couvrir équitablement tout le territoire. En 2010, les données des EDSBF -MICS IV-2010 [4], avaient montré que la quasi-totalité des femmes (97%) connaissaient au moins une méthode contraceptive quelconque. On constatait aussi que le niveau de connaissances des méthodes modernes était plus élevé que celui des méthodes traditionnelles (96% contre 52%), que ce soit chez les femmes en union (98% contre 54%) ou chez celles qui ne l'étaient pas (99% contre 72%). Précisons ici que les méthodes modernes, comprennent la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée. Ainsi, contrairement à l'EDSBFIII, la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) a été classée comme une méthode moderne à l'EDSBF-MICS IV, en raison des politiques nationales de promotion de l'allaitement. Les méthodes modernes les plus connues étaient, par ordre d'importance, le condom masculin (99% pour ceux en union et 100% chez ceux non en union sexuellement actifs), la pilule (86% aussi bien chez les enquêtés qui sont en union que chez ceux qui ne le sont pas, mais qui sont sexuellement actifs), les injectables (respectivement 88% et 78%) et les implants (respectivement 74% et 65%). Le nombre moyen de méthodes connues par l'ensemble des participants était de 6,0 et il varie de 6,6 parmi ceux en union à 6,8 parmi ceux qui ne sont pas en union, et qui sont sexuellement actifs. En 2012, Somé et al. [81], vont dans le même sens, en indiquant que les connaissances des adolescentes des méthodes contraceptives ne sont pas du tout bonnes. Les auteurs concluent qu'il est important, que les adolescentes soient encouragées à entrer le plus tardivement possible, dans une activité sexuelle, qui peut être à risques au regard de leur jeune âge, leur manque d'expériences et leur faible capacité de négociation pour une santé sexuelle et reproductive responsable.

Ensemble, ces auteurs reconnaissent unanimement l'évolution du niveau de connaissances des JA, mais révèlent aussi la persistance dans ces populations, d'idées fausses dans la connaissance des moyens pour éviter les maladies sexuellement

transmissibles et les grossesses non désirées. Bien que les connaissances ne suffisent généralement pas à elles seules à modifier les comportements, elles sont un préalable indispensable à l'adoption de comportements sexuels plus sûrs, et forment par conséquent, le socle de toute réponse efficace au VIH [98]. Et comme l'a si bien dit Letamo, [72], les jeunes doivent être informés avant de devenir sexuellement actifs, et il est nécessaire de consolider et d'étoffer régulièrement ces informations. Comprendre les sources d'information des jeunes pourra contribuer à améliorer leurs connaissances.

c- Sources d'information des jeunes en matière de la contraception

Plusieurs enquêtes CAP avaient évalué les qualités, ainsi que les sources des connaissances des adolescents et jeunes (JA) en santé sexuelle et reproductive (SSR). Les résultats de la plupart de ces études avaient montré que les jeunes recevaient leurs informations de sources de moins en moins fiables.

En Occident, les résultats d'une étude réalisée par Aubin et al. [99] en Ile-de-France et dans les diverses régions métropolitaines, ainsi qu'en Martinique et en Guadeloupe, avaient confirmé cette observation. Pour les auteurs de cette enquête, la persistance de carences importantes dans l'information en SSR peut apparaître paradoxale dans une société où la sexualité est omniprésente, et où chacun prétend dès le plus jeune âge, tout connaître en la matière. En l'occurrence, il s'agit moins de remédier à une absence d'information que de structurer et fiabiliser une information surabondante, et de contrebalancer certaines sources de désinformation : idées fausses véhiculées par les pairs et propagées dans les forums de discussion, messages biaisés adressés par l'industrie pornographique. Bennia-Bourai et al [100], quant à eux, se sont penchés sur les principales sources d'information des élèves de 9 classes de seconde de la ville de Caen en France. Les résultats de cette étude avaient révélé que l'école, les médias et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), étaient les trois principales sources d'information des enquêtés. Selon plusieurs auteurs [23, 101], cette situation serait la conséquence du déficit de communication entre les jeunes et leurs parents. Une difficulté de communication qui amènerait les enfants à une recherche d'informations parfois non fiables en dehors du cercle familial. En effet, certains parents considèrent le sujet comme tabou, et susceptible d'accroître le désir sexuel des enfants. Or il a été largement constaté dans le monde, que l'acquisition de connaissances sur la santé reproductive et sexuelle n'incite pas les jeunes à des relations sexuelles plus précoces. La recherche indique que l'acquisition par les jeunes, de connaissances sur la sexualité et sur le VIH avant le début de l'activité sexuelle, diminue leur risque de contracter le VIH [101]. Par conséquent, la famille devrait jouer un rôle clé dans l'acquisition des connaissances par leurs enfants. Pour Dadoorian [102], il va de soi que les parents ont un rôle à jouer dans le domaine de l'éducation affective et sexuelle de leurs enfants. Malheureusement, beaucoup de parents préfèrent laisser cette responsabilité à l'école. En effet, dans l'une de ces études sur les grossesses adolescentes en France, l'auteur avait observé dans les récits des adolescentes que la plupart affirmaient que l'éducation sexuelle devrait commencer à la maison

avec les parents, parce que ceux-ci disposaient davantage d'intimité pour parler de ce sujet avec leurs enfants. De même, pour la plupart des adolescentes interviewées, c'était spécifiquement le rôle de la mère que de commencer l'éducation sexuelle de leur fille. Bien que l'auteur reconnaisse le rôle des enseignants, des amis et des médias dans la vie des jeunes, elle révèle que les parents représentent l'influence la plus importante sur leurs enfants. Le rôle du parent est exigeant avait-elle conclu. Une étude réalisée par DiClemente et al. [76] auprès d'un échantillon d'adolescentes afro-américaines, avait établi un lien étroit entre l'existence d'un dialogue mère/fille moins fréquent sur les questions sexuelles, et la non-utilisation du préservatif au cours des 30 jours écoulés, lors du dernier rapport sexuel et lors des cinq derniers rapports sexuels. Cette étude avait montré également que quand ce dialogue était moins fréquent, il l'était également entre les adolescentes et leur partenaire sexuel. Enfin, l'étude avait aussi démontré que lorsque le dialogue mère/fille sur les questions sexuelles était moins fréquent, il en résultait pour les adolescentes une moins bonne connaissance de leurs propres capacités à négocier l'utilisation du préservatif. Bajos et al [16] vont quant à eux, essayer de justifier l'attitude démissionnaire des parents dans l'éducation sexuelle et reproductive des jeunes par le manque de compétences. En effet, dans l'un de leurs travaux sur les grossesses non désirées chez les adolescentes, les auteurs avaient reconnu que le domaine de la contraception étant en constante évolution, il était difficile pour les parents de délivrer une information aussi complète que pourrait le faire un professionnel. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités et les compétences des parents à assumer leur rôle. Fourny [103] va dans le même sens, en appelant au soutien aux parents dans leurs différentes responsabilités. Pour l'auteur, il ne faut pas négliger le rôle important que les parents ont à jouer dans ce domaine. Il est vraiment nécessaire de les impliquer dans le processus d'information. Les programmes d'éducation affective et sexuelle à l'école, pourraient envisager d'inclure plus systématiquement les parents.

Le rôle des prestataires avait été aussi abordé par plusieurs études. Dans son rapport intitulé « *Young People Today. Time to Act Now* », l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) [98] avait remarqué que les prestataires de soins de santé étaient souvent en porte-à-faux, et n'étaient pas à l'aise pour fournir des services aux jeunes sexuellement actifs. Selon le même rapport, les jeunes hésitaient à accéder aux services existants, parce qu'ils n'étaient pas « *accueillants pour les jeunes* » et étaient susceptibles de ne pas répondre à leurs besoins. Enfin, les membres de la communauté pensent souvent que les jeunes ne devraient pas avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Ce constat avait amené l'institution à plaider pour le renforcement des liens entre les services d'éducation et de santé par le biais, par exemple, de mécanismes d'aiguillage entre les écoles et les services de santé, de la participation des personnels de santé aux services d'éducation, d'un plus grand appui des écoles pour une meilleure connaissance du traitement du VIH, d'un appui au traitement et d'un maintien global de la confidentialité. Gallois [104] s'était inscrit dans la même logique lorsqu'il affirmait en 2012 que, outre le besoin d'une information non

moralisatrice de qualité, deux paramètres sont à prendre en considération chez les 15 à 25 ans : les besoins d'une part, de confidentialité absolue, et d'autre part, de gratuité, ce qui pose des problèmes pratiques non résolus dans le cadre habituel du remboursement des consultations et médicaments.

Tel qu'observé en Occident, les JA de l'Afrique subsaharienne se ressource principalement auprès des médias, des réseaux sociaux et du personnel de santé pour les questions relatives à la SSR. Ainsi, plusieurs enquêtes à l'échelle régionale avaient montré que les parents et l'école avaient été rarement cités par les JA comme principales sources d'information. Dans ce contexte, on peut donc se poser la question de savoir dans quelle mesure, la famille et l'école contribuent-elles à l'acquisition des connaissances sur la SSR par les jeunes, sachant que ces deux institutions ont des responsabilités éducatives formelles devant la loi et la société. Dans ses travaux sur la sexualité des adolescents au Sahel, le Centre d'études et de recherches sur la population pour le développement (CERPOD) [105], avait indiqué que la majorité des informations concernant la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles, était reçue par les adolescents en dehors du cadre familial. Les adolescents tiraient leurs informations sur la sexualité, soit des discussions des adultes, en particulier celles des frères et sœurs plus âgées qui sont écoutées furtivement, chaque fois que cela est possible, soit des médias comme les romans photos, certains films ou émissions télévisées, les films pornographiques, les moyens modernes de communication et à travers la communication interpersonnelle entre pairs, qu'ils soient ou non de même sexe. En revanche, la famille, les agents de santé, les enseignants en biologie et en éducation à la vie familiale figuraient parmi les sources d'information les moins évoquées. Plusieurs autres recherches avaient été consacrées aux sources d'information des JA dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Une étude menée par Amazigo et al. [95] auprès de 2 460 jeunes lycéens de deux Etats du Sud du Nigéria avait noté, que les amis (es) étaient la principale source d'information citée par les jeunes en ce qui concerne la contraception (31,6%). Au Togo, sur 277 élèves des établissements scolaires du deuxième degré, 95,5% avaient des connaissances moyennes sur la prévention du VIH. Les sources d'information de ces élèves étaient variées. Les parents étaient aux derniers rangs sur la liste des sources principales d'information [23]. Au Congo Brazzaville, une étude menée par l'UNICEF [106] auprès de 1052 adolescents dont 528 garçons (50,2%) et 524 filles (49,8%), avait confirmé toutes ces tendances. Les principales sources d'information citées par les enquêtés étaient dans l'ordre décroissant: l'école (46,3% dont 51,7% chez les garçons et 48,3% chez les filles), la télévision (13,9% dont 55,2% chez les garçons et 44,8% chez les filles), la rue (8,9% dont 50,0% pour chaque sexe), la maison (8,0% dont 50,0% pour chaque sexe), les amis (5,4 % dont 50,0% pour chaque sexe) et l'Association de Bien-Être Familial (4,8% dont 46,7% chez les garçons et 53,3% chez les filles). En 2012, une étude avait été effectuée dans trois villes de la République Démocratique du Congo (Kinshasa, Matadi et Goma). Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant des focus groupes avec les JA des deux sexes, de différentes catégories sociales, âgés de 10 à 14 ans, 15 à 19 ans et 20 à 24 ans. Les résultats de cette étude avaient montré que les médias

constituaient la principale source d'information, suivis du personnel médical, loin devant les parents. Ce point de vue rejoint les conclusions de Kounta [107] suite à une étude menée en 2014 dans trois établissements scolaires de la commune urbaine de Sikasso au Mali. A visée descriptive, cette étude avait permis à l'auteur de noter que les principales sources d'information des élèves étaient : la télévision (93,3%), la radio (87,3%) et l'école (84,8%).

Des constatations similaires avaient malheureusement été faites au Burkina Faso. Trois études ont attiré notre attention.

La première étude réalisée en 2004 avait examiné les préférences et l'utilisation des sources d'information et de services en matière de méthodes contraceptives, traitement d'IST et test du VIH par les jeunes au Burkina Faso. A l'issue de cet examen, Guiella [22] avait constaté que la majorité des jeunes obtenait des informations sur les IST de la part d'un enseignant ou d'un agent de santé. Les données détaillées indiquaient que les enseignants (mentionnés par 39% des filles et 45% des garçons) jouaient un rôle bien plus important que les agents de santé (mentionnés par 14% des filles et 11% des garçons). Les médias, surtout la radio étaient mentionnés par un tiers des jeunes. Les filles s'orientaient vers la famille (25%) plutôt que vers les amis (15%), alors que c'est l'inverse pour les garçons (18% se tournent vers la famille et 22% se tournent vers les amis). Les garçons de 15 à 19 ans ont plus fréquemment cité les médias et les amis comme source d'information sur les IST comparés aux garçons de 12 à 14 ans. Cette tendance apparaît également chez les filles. Les obstacles majeurs identifiés, la peur et la timidité ou l'embarras, sont les mêmes lorsqu'il s'agit d'obtenir des méthodes contraceptives, ou de rechercher un traitement ou des conseils pour les IST.

La deuxième recherche plus récente, a été réalisée en 2012 par Hien [108] à Bobo-Dioulasso auprès de 40 couples parents-adolescentes scolarisées et non scolarisées, et sur la base d'entretiens individuels par un questionnaire et de focus group. Cette étude avait révélé que les adolescents accèdent à l'information sur le VIH et la sexualité à travers les médias, les services de santé, les pairs éducateurs et les familles. A l'instar de McBride [109] et Dimi [110], l'auteur avait postulé que la part des familles dans les sources d'information des IST/VIH était toujours très faible en Afrique, parce que les IST/VIH restent un sujet encore tabou. Pourtant selon lui, la famille devrait être au centre de l'action pour réduire les risques sexuels chez les jeunes. La communication entre parent-enfant serait une porte d'entrée importante dans la stratégie de la prévention des risques chez les jeunes. C'est justement ce à quoi avaient pensé les experts de l'UNICEF lorsqu'ils écrivaient dans l'un de leurs rapports [106] que : *« la cellule familiale constitue le premier niveau d'éducation de l'enfant. Les parents ont la responsabilité d'accompagner leur progéniture dans leur processus de développement de l'enfance à l'âge adulte »*.

La troisième étude avait aussi levé le voile sur les préoccupations des adolescents, soulignant l'insuffisance, voire l'absence dans certains milieux, de communication entre parents et adolescentes sur la sexualité. Cette étude transversale avait été menée par Somé et al. [81] auprès de vingt (20) adolescentes de 13 à 17 ans scolarisées et leurs parents habitant dans la ville de Bobo Dioulasso. Elle avait

pour objectif, d'explorer la qualité de la communication entre les adolescentes et leurs parents sur les IST/VIH/Sida et de recueillir leurs suggestions pour l'amélioration de cette communication. Il était ressorti des données observées, que les adolescentes et leurs parents communiquaient très peu ou pas sur les questions des IST/VIH/Sida ; l'auto-information par les pairs ou les médias est la première source d'information. De l'avis des parents, l'information existe et est accessible aux adolescentes. Les auteurs avaient donc recommandé que des actions soient conduites auprès des adolescentes et leurs parents, pour mieux les informer sur les IST/VIH/Sida et améliorer la communication sur ces maladies. Dans la même lancée, Dupras et al. [111] avaient plaidé pour le renforcement des capacités des parents. Pour les auteurs, si les parents sont de plus en plus reconnus comme jouant un rôle phare dans l'éducation à la sexualité de leur enfant, un soutien leur est nécessaire pour les aider à devenir des éducateurs sexuels compétents. Parmi les ressources à développer, une attention particulière devrait être portée à un programme de formation pour les parents. La finalité de la formation viserait l'implication responsable des parents dans le développement sexuel optimal de leur enfant. Le but général de ce programme de soutien à la parentalité, serait de consolider et d'augmenter leurs capacités et leurs compétences à accomplir la tâche d'éducateur à la sexualité de leur enfant. D'autres auteurs avaient insisté sur le rôle des établissements scolaires et des centres de santé. Les données provenant d'un programme réalisé au Burkina Faso, dans les districts sanitaires de Ouagadougou sur la santé des adolescents et des jeunes [112], avaient amené l'auteur à suggérer qu'en plus des barrières d'ordre financier, géographique et socioculturel, les relations d'accueil entre les personnels de santé et les jeunes filles constitueraient des facteurs explicatifs du faible recours aux structures de santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs qui sont liés à des formes de stigmatisation, à des normes sociales concernant la sexualité, à des valeurs morales, à des relations générationnelles (âge des personnels de santé), n'encouragent pas les patientes à recourir aux services de planification familiale.

Cette constatation avait corroboré les résultats d'une étude menée huit années plus tôt dans la même ville par Guiella [22], selon lesquels l'obstacle le plus important de l'accès des adolescents aux services de SSR semble être l'attitude des prestataires de services vis-à-vis de ces derniers. Selon l'auteur, la plupart des adolescents fustigeaient les comportements réprobateurs de certains prestataires de services qui ne sont pas de nature à simplifier leur accès aux services de santé. L'OMS [113] quant à elle, recommande un profil de service de santé : i)- des services de santé adaptés aux adolescents et jouissant d'une certaine crédibilité auprès de ces derniers ; ii)- des services de santé fournis par des professionnels compétents pouvant garantir l'intimité et la confidentialité ; iii)- des services de santé situés dans des lieux facilement accessibles et ouverts de sorte que les jeunes puissent y accéder, par exemple, en dehors des horaires scolaires ou sans rendez-vous et enfin, iv)- des services abordables. Les établissements ont également un rôle extrêmement important à jouer dans l'appropriation de cette activité par les jeunes. Pour Obrist [114], tant que les responsables pédagogiques et administratifs ne cesseront pas de croire aux tabous sexuels, et tant qu'ils ne reconnaitront pas qu'il faut un dialogue

permanent autour des questions sexuelles à partir de l'école, on serait en train de former des futurs adultes, des pères et des mères de famille qui garderont les mêmes attitudes d'aujourd'hui vis-à-vis de leurs enfants, face aux comportements tabous. Adjamagbo [115], quant à elle, avait relevé insuffisance des matières de la SSR enseignées dans nos établissements scolaires. Pour l'auteur, le sujet est quelquefois traité dans les cours de biologie, mais les adolescents n'y trouvent pas les informations pouvant véritablement leur permettre de comprendre leurs émotions, les mécanismes de la sexualité, prévenir les grossesses, éviter les IST et le Sida. Pour la majorité, les pairs, les films et les magazines pornographiques, sont dans cet ordre, les principales sources d'information. Au Burkina Faso, la circulaire n° 98-234 du 19/11/1998 du Ministère de l'Education nationale a intégré dans les contenus des cours de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), des séances d'éducation à la sexualité, sur la base d'un horaire moyen indicatif de 60 à 100 heures réparties sur les deux dernières années de collège. Toutes ces observations avaient amené Obrist [114] à souhaiter que les enfants et les jeunes soient des participants importants dans tous les domaines de la prévention du VIH, et ne doivent pas être seulement vus comme des groupes cibles. Pour l'auteur, la participation active des jeunes par l'intermédiaire des activités théâtrales, de danses, de débats ou d'autres canaux d'information et de prévention, est un moyen nécessaire et efficace pour adapter les messages, et garantir la pertinence des activités de prévention. Cela deviendra à long terme, une activité éducative permanente en milieu scolaire, et se prolongera sans heurt, en milieu familial où toute la problématique des questions liées à la maladie sexuelle relève encore du domaine des tabous.

1.3.1.2-Qu'est-ce que la littérature nous apprend des comportements sexuels à risques chez les jeunes ?

a- L'âge au premier rapport sexuel

L'apparition de l'épidémie de Sida au début des années 1980, et l'adoption du plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994 au Caire [115-117], montrent à quel point la connaissance des comportements sexuels chez les adolescents et jeunes était insuffisante pour élaborer les politiques de santé publique. Plusieurs études quantitatives et qualitatives ont été donc réalisées un peu partout dans le monde, afin de combler ces graves défaillances. Nous allons dans cette partie, nous atteler à faire le point des écrits sur ce sujet. Tout d'abord, nous allons évoquer les différents comportements sexuels à risques chez les adolescents et les jeunes tel que présentés dans la littérature scientifique en Occident (Europe et Etats-Unis), en Afrique subsaharienne et au Burkina Faso. Seront ensuite décrits, les facteurs explicatifs de ces comportements.

Aussi appelés « *conduites à risques* » [118], les comportements sexuels à risques désignent, un ensemble d'attitudes, de conduites ou des pratiques qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque [119], celui de contracter les IST/VIH/Sida par exemple. Cette prise de risque peut être délibérée et consciente ou non. Les résultats des travaux qui se sont intéressés à la sexualité des jeunes,

avaient noté qu'au Burkina Faso comme dans d'autres pays, une persistance des comportements sexuels à risques tels que : la précocité des premiers rapports sexuels [22, 4, 120-125], la multiplicité des partenaires sexuels [126-128], les comportements non protégés contre les grossesses et les IST y compris le HIV [84, 96, 129-130], et les avortements clandestins [102, 131-136]. Ce point de vue rejoint les conclusions de Bajos et al [137], indiquant que si la pandémie du Sida a modifié le contexte d'exercice de la sexualité, elle n'a pas transformé l'activité sexuelle de la majorité de la population. En effet, face au risque de transmission sexuelle du Sida, les individus n'adoptent pas des conduites qui correspondraient à un risque nul, mais pratiquent d'autres comportements qui varient selon la relation sexuelle elle-même et la phase du cycle de vie.

Sur le territoire européen, l'une des enquêtes les plus récentes sur la précocité sexuelle chez les élèves de 15 ans, a été effectuée en 2010 par l'OMS [120] dans 35 pays européens. Publiés en 2011, les résultats de cette étude comparative avaient relevé que 26% de ces jeunes avaient déjà eu des rapports sexuels. L'âge moyen du premier rapport sexuel enregistré dans la majorité de ces pays, était de 16 à 19 ans pour les filles et de 17 à 19 ans pour les garçons. L'étude indiquait aussi que le pourcentage de garçons ayant des rapports sexuels était souvent plus élevé que celui des filles. Précisons que la précocité sexuelle est définie comme étant le fait d'avoir sa première relation sexuelle avant l'âge de 16 ans [4]. Des constatations similaires avaient été faites en France suite à l'enquête le baromètre Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [138]. Selon les résultats de cette enquête nationale réalisée en 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des adolescents a déjà eu une relation sexuelle, était de 17,4 ans pour les garçons, et de 17,6 ans pour les filles chez les 18 à 24 ans. Moins de trois mois séparent les femmes et les hommes, alors que l'écart était de quatre ans dans les années 1940. Ce rapprochement de l'âge médian au premier rapport sexuel entre les hommes et les femmes avait été aussi évoqué des années plus tôt par Marta et al. [121]. Les auteurs avaient constaté des données de l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France), que l'âge au premier rapport des hommes et des femmes évolue vers une convergence pour les décennies 70 et 80, et se stabilise à un peu plus de 17 ans pour les premiers, et un peu moins de 18 ans pour les secondes, alors qu'il était bien plus précoce pour eux que pour elles (18,4 ans pour les hommes et 21,3 ans pour les femmes des générations 1922-1936).

L'Afrique subsaharienne présentait des statistiques similaires aux données recueillies par l'OMS en Europe, suggérant la diminution progressive de l'âge au premier rapport sexuel chez les jeunes européens. En 2008, une enquête nationale avait été menée par Pettifor et al. [129], auprès d'un échantillon de 7 692 jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans sexuellement actifs. Cette étude visait à évaluer les circonstances et caractéristiques des premiers rapports sexuels, et du premier partenaire sexuel des répondants. Des analyses de régression de Poisson ont été menées pour identifier les rapports entre ces caractéristiques et les différences d'âge des partenaires, l'initiation sexuelle précoce (avant l'âge de 15 ans), les

rapports sexuels forcés avec le premier partenaire, et l'omission du préservatif lors des premiers rapports sexuels. Les résultats obtenus avaient révélé que parmi les 15 à 19 ans, 50% des hommes et 47% des femmes avaient déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Dans la tranche des 20 à 24 ans, 88% des hommes et 91% des femmes en avaient déjà eu. Il ressort aussi de cette étude, que l'âge moyen aux premiers rapports était de 16,4 ans pour les hommes et de 16,8 ans pour les femmes. Par ailleurs, 18% des jeunes hommes et 8% des jeunes femmes disent avoir eu leur premier rapport sexuel avant ou à l'âge de 14 ans. Dans les deux tranches d'âge, les jeunes hommes sont significativement plus susceptibles que les jeunes femmes de déclarer avoir eu des premiers rapports sexuels précoces. Delaunay et al. [122], s'étaient eux aussi intéressés aux circonstances et caractéristiques des premiers rapports sexuels. Pour les auteurs, l'entrée dans la sexualité marque une étape très importante, voire décisive dans le développement physique et psychologique des individus. Ainsi, les circonstances dans lesquelles les premiers rapports sexuels se font peuvent avoir des répercussions sur la vie future des hommes ainsi que des femmes. Néanmoins, ils avaient reconnu que l'activité sexuelle précoce, quels que soient les contextes dans lesquels elle se produit, expose les jeunes à divers risques, entre autres les grossesses non désirées, les avortements clandestins, la contamination aux IST/VIH/Sida.

La persistance de la précocité sexuelle avait été aussi confirmée par une étude comparative plus large et récente, réalisée par Rwenge [123] dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne. Cette étude avait essayé d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risques et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les JA, en s'appuyant sur les données des enquêtes nationales démographiques (EDS). Le choix d'utiliser la base des EDS trouve selon Rwenge [123], son explication dans le fait que ces données sont comparables, puisque le plan d'échantillonnage et le modèle standard de questionnaire utilisés dans les différents pays sont les mêmes. Les principaux résultats de cette étude avaient permis à l'auteur de tirer la conclusion selon laquelle, les âges médians aux premiers rapports sexuels étaient plus faibles au Congo et en RDC, en Afrique Centrale, et au Bénin qu'au Burkina Faso, au Rwanda et dans les pays fortement islamisés comme le Tchad, le Sénégal et le Mali. Mais malheureusement, l'auteur n'avait pas été loin dans son analyse pour établir ou non, un lien entre la religion et la précocité sexuelle. Ceci pourrait être une autre contribution à la recherche dans le domaine de la sexualité. Mbom [139] s'était quant à lui, penché sur les comportements sexuels chez une population plus vulnérable de jeunes à savoir, les handicapés camerounais, tchadiens et ougandais. Basée sur une analyse des données des EDS les plus récentes réalisées en Afrique subsaharienne, cette étude visait à apporter un éclairage spécifique sur les comportements sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes handicapés des trois pays concernés. Les résultats montrent que les adolescents et jeunes en situation d'handicap connaissaient parfois bien plus encore que leurs homologues non handicapés, des expériences sexuelles risquées. Il a donc été constaté qu'avant d'atteindre leur quinzième anniversaire, environ 15% de garçons et 18% des filles

handicapés avaient déjà connu leur premier rapport sexuel, tandis que l'âge médian à la précocité sexuelle était assez faible ou inférieur à 16 ans. Cette étude a le mérite de confirmer le fait qu'il n'existerait effectivement pas un lien entre la situation d'handicap et primo sexualité chez les jeunes, dans un contexte où la sexualité des personnes vivant avec un handicap est demeurée un sujet tabou dans notre société. Ainsi comme l'a fort bien dit Pitaud [140], la sexualité est une dimension fondamentale de la santé physique et mentale de tout être humain, y compris des personnes handicapées. Elle est l'un des moyens pour rechercher et développer nos pouvoirs de vivre et d'être heureux. Elle est un élément essentiel des relations avec nous-mêmes et avec les autres.

Au Burkina Faso, les données de l'EDSBF –MICS [4], avaient montré que près d'un adolescent de 15 à 19 ans sur dix (7,7%) avait eu leur premier rapport sexuel à 15 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 17,7 ans pour les femmes, et 20,8 ans pour les hommes. Selon les auteurs de cette enquête, cela pourrait s'expliquer en grande partie par le fait que les femmes entrent plus tôt en union (à 17,8 ans) que les hommes (25,5 ans). Ces tendances à la précocité des rapports sexuels, avaient été déjà observées dans une étude antérieure menée à Ouagadougou par Soubeiga [127], auprès de 662 jeunes lycéens de la ville de Ouagadougou. Les résultats de ladite étude avaient permis de constater que 48,2% de l'échantillon total, avait une expérience sexuelle. L'enquête avait aussi établi que l'âge du premier rapport sexuel était $15,9 \pm 2,2$ ans chez les garçons et de $17,4 \pm 2,6$ ans chez les filles. La moyenne d'âge au premier rapport sexuel variait de 16,6 ans pour les élèves burkinabè et 15 ans pour les élèves étrangers. Toutes ces publications ont montré le caractère précoce des premiers rapports sexuels chez les jeunes, et son importance dans le passage à la vie adulte. Ainsi pour Ferry [125], l'âge d'entrée dans la vie sexuellement active joue un rôle, particulièrement quand on sait que les femmes africaines s'infectent dans leur grande majorité entre 15 et 24 ans. Plus on y entre tard, moins on a de risque d'être exposé. Ce qui est déterminant est la durée entre le début de la vie sexuellement active et le mariage : plus cette durée est courte, moins on est exposé à plusieurs partenaires. En ce sens, le mariage constitue une protection relative. De nombreux chercheurs avaient essayé d'analyser les causes de la précocité sexuelle chez les JA [122, 141-144]. Plusieurs raisons avaient été évoquées par ceux-ci pour expliquer cet état de fait. Les déterminants les plus importants avaient été résumés par Tantchou Yakam [141] à savoir : la modernisation, la curiosité, les raisons socio-économiques, les pulsions naturelles, la promesse de mariage, la pression des pairs, la peur de la violence, le viol. Néanmoins, la grande majorité de ces auteurs avait insisté sur l'influence de la modernisation sur la précocité sexuelle. Pour Rwenge [144], la modernisation avec son corollaire la « *désorganisation sociale* », a conduit à un affaiblissement de l'autorité des aînés sur les cadets et du groupe familial sur les enfants, laissant ainsi place à la liberté pour les jeunes, d'avoir des conduites sexuelles contraires à la morale traditionnelle. Et particulièrement, les zones urbaines sont les plus concernées par ce phénomène. Lombard [142] va quant à lui, faire une distinction entre l'influence de la modernisation entre le Sud et le Nord. Selon lui, ce qui

distingue la mondialisation dans les pays du Sud, c'est la rapidité et la violence avec laquelle les évolutions se produisent, même si certains des processus décrits sont à l'œuvre aussi bien au Nord qu'au Sud, suivant des modalités différentes. Dans la même lancée, Tolno [143] avait analysé les relations entre la modernisation, la fécondité et la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes de la Guinée. L'auteur s'était appuyé principalement sur la dernière enquête démographique et de santé EDS (2005), pour montrer que la modernisation est un facteur réducteur de l'entrée en vie féconde chez les adolescentes. Pour lui, même si elle favorise une bonne connaissance des moyens de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH et stimule l'utilisation du préservatif, la modernisation ne garantit pas pour autant une meilleure santé sexuelle des adolescents et des jeunes. Cette démonstration s'inscrit dans un cadre théorique qui avait permis de créer trois groupes d'enquêtés : « *les adolescentes et jeunes faiblement modernisés (49,5%), moyennement modernisés (30,7%) et modernes (19,8%)* ». Delaunay [122] et Rwenge [144] avaient quant à eux, établi un lien entre la modernité, les rites de passage et la précocité sexuelle. Pour le premier, l'évolution des normes relatives à la sexualité qui s'exprime à travers l'évolution de l'âge à la circoncision, lui aussi de plus en plus précoce, a probablement joué un rôle important dans l'évolution de l'entrée en vie sexuelle. En effet, dans la plupart des groupes ethniques du Sénégal, les garçons étaient interdits d'avoir des rapports sexuels avant la circoncision et l'initiation. Par conséquent, ils sont circoncis au plus tard pendant l'adolescence, et avant les premiers rapports sexuels. Pourtant lors de son étude réalisée au Sénégal, Delaunay [122] avait constaté que, quel que soit le groupe ethnique et le site d'étude, la circoncision était pratiquée de plus en plus tôt. L'âge à la circoncision déclaré était passé de près de 20 ans pour les hommes les plus âgés, à 14 ans pour les hommes de 20 à 24 ans. Ces tendances témoignent selon lui, des modifications de pratiques en matière d'initiation sexuelle masculine, qui touchent l'ensemble des groupes ethniques. Ces résultats concordaient avec ceux obtenus un peu plus tôt par Rwenge [144] au Cameroun, indiquant que les rites liés à la puberté favorisent aussi une entrée précoce des jeunes dans la vie sexuelle.

b- Pratiques sexuelles multipartenariales chez les adolescents et jeunes

La prise en compte de la nature de la relation sexuelle et l'intensité des rapports sexuels, déterminent la dynamique des relations sexuelles dans une population donnée [145]. En effet, les individus ont une vie sexuelle variée et plus ou moins intense. Le nombre de partenaires et la fréquence des rapports sexuels sont de bons indicateurs de cette intensité, car ils montrent l'absence de relations sexuelles ou au contraire, une situation de multipartenariat [125]. Le multipartenariat renvoie à l'existence pour un individu donné à un moment donné, de plusieurs partenaires sexuels. Il existe deux sortes de multipartenariat sexuel : « *simultané* » ou « *concomitant* » ou « *concurrentiel* » ou « *horizontal* » [146-147], et « *successif* » ou « *sériel* » ou « *non concurrentiels* » ou « *vertical* » [148]. Plusieurs définitions ont été formulées pour clarifier le multipartenariat concurrentiel. Ainsi, selon Guiella [148], les rapports sexuels sont dits concurrentiels lorsque les individus entretiennent concomitamment pendant une période donnée, des rapports

sexuels avec ses deux partenaires (ou plus). Ils sont dits non concurrentiels lorsqu'au cours d'une période donnée, les individus s'engagent dans les rapports sexuels avec un deuxième partenaire, après avoir cessé d'en avoir avec le premier. Mais l'une des définitions la plus consensuelle, est celle formulée par ONUSIDA [149], le définissant comme « *toute situation dans laquelle une relation sexuelle avec un partenaire survient entre deux relations sexuelles avec un autre partenaire* ». L'expression renvoie ainsi à l'existence, pour un individu donné et à un moment donné, de plusieurs partenaires sexuels, et se distingue donc du multipartenariat sériel qui se réfère à des rapports sexuels avec un partenaire à la fois, les partenaires se succédant dans le temps. Ainsi selon Ferry [125], nombre de situations différentes sont ainsi désignées par la même expression. Qu'une personne ait un partenaire régulier et une relation sexuelle ponctuelle avec un autre partenaire, qu'elle ait deux partenaires réguliers au long cours, ou encore qu'elle fréquente de façon irrégulière mais récurrente un partenaire lors d'un séjour dans une zone géographique donnée alors qu'elle a par ailleurs un partenaire au long cours, il s'agit dans tous les cas, d'un multipartenariat concomitant. Si nous insistons sur la clarification du multipartenariat concomitant, c'est parce que c'est cette forme de multipartenariat sexuel qui a été la plus développée dans la littérature scientifique. Pour certains auteurs cités par Morris [147], le multipartenariat concomitant a été et demeure l'une des forces majeures conduisant à l'épidémie du VIH en Afrique. Les différents arguments avancés par ces auteurs dont les experts de l'ONUSIDA, se fondent sur trois bases factuelles. En premier lieu, sur la corrélation statistique qui existerait entre niveau du multipartenariat concomitant et prévalence du VIH dans différents contextes africains. Ensuite, sur des modèles mathématiques élaborés par ces chercheurs, et selon lesquels le multipartenariat concomitant conduirait à une diffusion plus rapide de l'épidémie que d'autres formes de partenariats hétérosexuels.

Enfin, des sources secondaires, en l'occurrence des études quantitatives et qualitatives montrant que le multipartenariat concomitant est plus fréquent en Afrique. Mais plusieurs voies dont celle de Sawers [150], s'étaient levées pour contester ces différents arguments. Pour l'auteur, une corrélation peut parfois être observée entre multipartenariat concomitant et niveaux d'épidémie conséquente, elle ne prouve pas pour autant l'existence d'une relation de causalité. Ferry [125], de son côté, va accorder une importance capitale à la notion de nombre moyen de partenaires par unité de temps qui selon lui, est l'une des plus importantes, car c'est le nombre de cas secondaires potentiels pendant cette période. Pour lui, il faudrait pouvoir tenir compte du statut d'infection des partenaires, et de l'usage de préservatifs pour chaque relation, pour connaître réellement le risque de transmission selon l'intensité de l'exposition. Si le nombre de nouveaux partenaires acquis par unité de temps est élevé, et si la proportion des individus ayant des relations sexuelles occasionnelles et/ou « *commerciales* » est grande, le risque d'être exposé au VIH est plus important et peut aboutir à un niveau de prévalence élevé. L'expansion de l'épidémie dépend en grande partie du nombre de cas secondaires d'infections par cas primaire. Mais malheureusement, tous ces auteurs oublient

l'aspect prévention des grossesses non désirées et/ou précoces, qui est aussi une composante très importante de la santé sexuelle et reproductive des JA. Par conséquent, nous estimons que toutes les formes du multipartenariat (simultané, concomitant, concurrentiel, horizontal, sériel ou vertical) ont un impact sur la SSR des JA. Ils accroissent le risque d'exposition au VIH et aux grossesses précoces ou non désirées. Pourtant, la majorité des recherches et études réalisées dans le cadre de l'évaluation des conduites à risques, avait montré que le multipartenariat sexuel était une pratique courante chez les JA.

En France, les résultats de l'enquête CAP réalisée par Beltzer et al. [74] sur les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, avaient montré que le multipartenariat récent (c'est-à-dire au moins deux partenaires sexuels dans l'année – simultanément ou successivement) concernait 30,2% des hommes interrogés. Le multipartenariat diminue avec l'âge, passant de 40,0% parmi les 18 à 24 ans à 23,7% parmi les 40 à 49 ans ($p < 0,001$). Des tendances similaires sont observées chez les femmes, mais à des niveaux très inférieurs : seule une femme sur dix (10,7%) a déclaré avoir eu au moins deux partenaires au cours de l'année. Ce sont essentiellement des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans.

En Afrique, de nombreuses études avaient essayé d'analyser la dynamique des relations sexuelles au sein des populations. Toutes avaient été unanimes à reconnaître la persistance du multipartenariat sexuel chez les adolescents et jeunes. En 1997, une d'étude conduite dans cinq pays de l'Afrique subsaharienne par Ferry [125], avait noté une grande variabilité de la proportion d'hommes ayant plus d'un partenaire régulier, et de la proportion d'hommes ayant des partenaires non réguliers en plus de leur partenaire régulier. En Tanzanie et à Lusaka (Zambie), 4% des hommes avaient trois partenaires réguliers, alors qu'en Côte d'Ivoire et au Niger, 9% des hommes sont dans cette situation. En Côte d'Ivoire, 78% de ces hommes ont aussi des partenaires non réguliers, contre 38,5% au Niger. En 2000, Rwege [144] avait effectué une série de recherches sur les comportements sexuels des jeunes au Cameroun et dans l'Afrique subsaharienne. La première de la série dont la publication a été faite en 2000, avait pour objectif d'examiner les caractéristiques socio-économiques et démographiques d'un échantillon de 671 jeunes habitants de Bamenda, afin d'identifier les facteurs associés aux comportements sexuels à risques. L'enquête avait recueilli des informations relatives aux caractéristiques sociales, économiques et démographiques des participants, aux caractéristiques de leur foyer et à leur environnement familial. Les jeunes avaient également été interrogés sur l'éducation sexuelle reçue de leurs parents ou gardiens, sur leur sensibilisation au Sida et aux méthodes de prévention de la maladie, sur leurs sources d'information à ce sujet, sur les mesures de prévention adoptées et sur leurs comportements sexuels. Les comportements sexuels à risques examinés sont ceux qui exposent les jeunes à un plus grand risque de contracter le virus du Sida: les rapports avec plusieurs partenaires sexuels concurrents, ceux avec un(e) partenaire de passage, et ceux sans préservatif. Les résultats de ces enquêtes avaient confirmé l'importance du multipartenariat chez les répondants. Par ailleurs, un lien

significatif avait été établi entre la composition de la famille et le multipartenariat sexuel. Les jeunes vivant avec un seul parent étaient 2,8 fois plus susceptibles que ceux membres d'un foyer comprenant deux parents, d'avoir plusieurs partenaires, 1,7 fois plus susceptibles d'avoir eu des rapports de passage durant l'année précédente, et 1,1 fois plus susceptible de ne pas utiliser le préservatif. Le partage du foyer des grands-parents avait généralement un effet protecteur, tandis que la vie avec un frère ou une sœur, seul ou seule ou avec d'autres personnes, accroissait généralement la probabilité d'adoption de ce genre de comportements sexuels à risques. La deuxième étude quant à elle, avait été faite en 2013 dans le but d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risques, et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les JA de 15 à 24 ans, en mettant en exergue les diversités entre pays [123]. L'auteur avait utilisé les bases de données des Enquêtes nationales Démographiques et de Santé (EDSBF) mises à notre disposition par ORC Macro International, et les données présentées dans les rapports publiés. Les résultats de cette analyse avaient été présentés par catégories d'âge et par sexe. Ainsi pour les garçons de 15 à 19 ans, c'était au Cameroun et en Guinée que le taux de multipartenariat sexuel était le plus élevé. En revanche, il était le plus faible au Burundi, au Rwanda et au Burkina Faso. Les autres pays se retrouvaient en position intermédiaire, mais dans ce groupe, le Congo et la Côte d'Ivoire se démarquaient dans une certaine mesure, du Bénin, du Madagascar, du Mali et du Niger par des taux plus élevés de multipartenariat sexuel. Chez les garçons de la tranche d'âge 20 à 24 ans, le Cameroun était en tête de file, suivi de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Congo et de la Guinée. Le Burundi et le Rwanda avaient aussi, les taux les plus faibles alors que le Burkina Faso, le Mali et le Niger étaient en position intermédiaire. En ce qui concerne les filles, et quels que soient les groupes d'âge, le taux de multipartenariat sexuel était le plus élevé en Afrique centrale, au Cameroun et au Congo. Les différences selon le genre, montraient nettement que le phénomène de multipartenariat sexuel était, quels que soient le pays et l'âge, plus intense chez les garçons que les filles. Dans certains pays comme le Mali, il a été constaté que ce phénomène a baissé. En revanche au Cameroun, il a augmenté indépendamment du sexe et de l'âge. De notre point de vue, ces observations peuvent expliquer le taux élevé de la prévalence du VIH dans certains pays de l'Afrique.

Au Burkina Faso, les données de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Reproduction des Adolescents [22] avaient indiqué que les activités sexuelles multipartenariales persistaient au sein de la population burkinabè. Selon les résultats de ladite enquête, 10% des adolescents de 12 à 19 ans avaient eu deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux-ci, 80% étaient des garçons et 20% étaient des filles. Soubeiga [127] était allé dans le même sens en indiquant à l'issue d'une étude réalisée auprès des jeunes lycéens de la ville de Ouagadougou, que la multiplication du nombre de partenaires était un phénomène assez répandu chez les jeunes. Selon l'auteur, le multipartenariat est rarement confessé par les jeunes, mais est une pratique courante. Cette pratique semble se justifier chez les jeunes filles par des questions d'ordre économique, alors que la multiplication des partenaires pour les jeunes garçons est à la fois signe de virilité, de bravoure et de prestige. En

2010, l'Enquête nationale Démographique et de Santé (EDSBF) avait constaté que 0,6% des femmes avaient eu, au moins, deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion varie de manière importante et dans certains sous-groupes, comme les femmes en rupture d'union (2,6%) ou celles vivant dans les régions du Centre (2,2 %) et du Sud-ouest (1,0%), où elle est un peu plus élevée qu'ailleurs. En ce qui concerne les hommes de 15 à 49 ans, les données avaient montré qu'ils étaient beaucoup plus nombreux (17 % contre 0,6%) à pratiquer le multipartenariat. Cette proportion atteint 28% parmi les hommes de 40 à 49 ans et 23 % parmi les hommes en union. Les résultats avaient aussi indiqué que la proportion d'hommes ayant eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois était un peu plus élevée en milieu rural (18%) qu'en milieu urbain (14%) et parmi ceux sans instruction que parmi ceux qui étaient instruits (18% contre 15% pour le niveau primaire et 13% parmi ceux de niveau secondaire ou plus). Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,5 contre 1,3). Selon les auteurs, cet état de fait peut être compréhensible dans un pays musulman où la polygamie est fréquemment pratiquée. Plusieurs auteurs avaient essayé de comprendre la pratique du multipartenariat, afin de proposer des actions pouvant agir de façon cohérente sur les déterminants communs à cette pratique sexuelle à risques. Certains travaux [19,123] avaient révélé que les facteurs individuels jouent un rôle prépondérant dans le multipartenariat sexuel.

D'autres travaux avaient montré que les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle déterminant dans la multiplication des partenaires sexuels chez les adolescents et les jeunes [122, 125, 151]. En ce qui concerne les facteurs individuels, Bergman et al. [152] avaient examiné les comportements à risques comme le résultat de décisions et de cognitions individuelles. Parmi ces facteurs individuels, les auteurs avaient cité l'âge, le genre, le niveau scolaire et le statut matrimonial. Cette observation avait été fortement contestée par plusieurs autres chercheurs. Pour Lévy [151], les facteurs individuels ne peuvent à eux seuls expliquer la hausse récente dans les comportements à risques, les facteurs sociaux doivent également être pris en compte pour comprendre ces tendances. Ainsi, la contrainte économique [122, 125, 141], les déterminants socio-culturels [19, 123, 153], sont autant de facteurs cités dans la littérature, qui expliqueraient la persistance des comportements sexuels à risques chez les adolescents et les jeunes. Pour Tantchou Yakam [141], les conditions économiques des parents étaient un facteur important dans le multipartenariat sexuel, car, à cause de la pauvreté, les parents sont incapables de pourvoir adéquatement aux besoins de leurs enfants. Plusieurs filles entretiennent ainsi des rapports sexuels avec des hommes plus âgés et de rang social élevé, moyennant des rémunérations. Ces échanges sexuels rétribués leur permettent de couvrir les besoins non satisfaits par les parents. L'auteur parle de « *sugar-daddies* » ou « *uncles* » pour désigner les hommes impliqués dans ce type de relation, « *sugar-mummies* » pour les femmes. Fragilisée par son statut économique, une jeune fille ne résisterait pas longtemps aux avances d'un « *sugar-daddy* ». Au Burkina Faso, l'EDSBF –MICS (2010) [4] avait aussi noté que 20% des femmes non en

union de 15 à 19 ans, qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, déclarent avoir reçu de l'argent ou des cadeaux en contrepartie de rapports sexuels. Chez les hommes non en union de 15 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 28% déclarent avoir donné de l'argent ou des cadeaux. Tantchou Yakam [141] et Laoubaou [19] avaient quant à eux, insisté sur le rôle des déterminants socio-culturels dans les comportements sexuels à risques chez les jeunes. En effet, suite à une étude menée auprès des étudiants de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB) en Côte d'Ivoire, Tantchou Yakam [141] avait justifié la persistance des comportements à risques chez des étudiants de cette université, par la conjugaison de certains facteurs socio-culturels et économiques. Les déterminants identifiés étaient les croyances magico-religieuses, la propagande agressive des images et scènes à caractère sensuel et pornographique, ainsi que les conditions de vies socioéconomiques difficiles. Ce point de vue rejoint les conclusions de Laoubaou [19], indiquant qu'en définitive, les comportements sexuels à risques des jeunes subissent l'influence des facteurs socioculturels parfois trop contraignants pour les jeunes, qui ont souvent besoin de vivre leur vie sexuelle malgré le poids des interdits sociaux. Bantuelle [118] avait opté pour une approche plus globale, qui combine tous les facteurs évoqués précédemment. Pour lui, il existe en fait de très nombreuses voies pouvant conduire à ces genres de comportements. L'auteur avait illustré son propos en faisant observer qu'il était évidemment impossible d'isoler chez un sujet donné, un facteur de risque unique qui aurait à lui seul valeur prédictive de la survenue d'un abus, ou d'une dépendance. Les différents facteurs impliqués peuvent être regroupés en facteurs propres à l'individu, en facteurs comportementaux et enfin, en facteurs liés à l'environnement. Tous ces résultats nous mettent au cœur des risques encourus par notre population d'étude, par rapport aux comportements sexuels révélés (la sexualité précoce et le multipartenariat sexuel). Ils soulignaient l'importance de l'utilisation du préservatif et de la contraception pour la prévention des IST/Sida, et des grossesses non désirées ou précoces.

I.3.1.3- Qu'est-ce que la littérature nous apprend sur l'utilisation du condom et de la contraception?

Plusieurs recherches et études se sont intéressées aux comportements préventifs (usage du préservatif et des méthodes contraceptives) chez les adolescents et les jeunes. Les comptes rendus de ces travaux révèlent la tendance des jeunes, d'une part, à ne pas protéger systématiquement leur plus récente relation sexuelle ou à en avoir protégé une très faible proportion [74, 22, 84, 4, 108, 129, 141, 144, 154], et d'autre part, à ne pas faire usage systématique de la contraception [22, 4, 128, 141, 155-157], pour se protéger contre les grossesses non désirées ou précoces. La littérature scientifique considère comme non-utilisateurs systématiques, tous sujets sexuellement actifs ayant déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé (préservatif et/ou contraception) au cours d'une période de référence précédant la visite d'inclusion [158]. Les périodes les plus utilisées par les auteurs concernés par cette revue sont : les premiers rapports sexuels, les trois derniers mois ou les six derniers mois.

a- Utilisation du condom

L'utilisation des préservatifs est reconnue par l'OMS comme le seul moyen qui protège à la fois contre le VIH/Sida et les grossesses non désirées. Par ailleurs, le préservatif assure une double protection dans le sens où utilisé, il protège non seulement contre les IST/VIH, mais aussi contre les grossesses non désirées ou précoces [154]. Mais malheureusement, la plupart des jeunes sexuellement actifs ne profitent pas de ce double avantage. Les données sur l'utilisation du préservatif, au cours des 12 derniers mois de l'étude CAP sur les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France [74], attestent d'une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel au cours de ces dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel était ainsi passé de 11,1% lorsque le premier rapport s'est produit avant 1988, à 53,5% lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2002 et 2005. Sur l'ensemble de la période, les hommes qui avaient déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel après leur arrivée en France, sont significativement plus nombreux à déclarer avoir utilisé un préservatif au cours de ce premier rapport, que ceux qui sont arrivés en France après avoir démarré leur vie sexuelle (36,4% vs 21,9% ; $p < 0,001$). Les auteurs noteront par ailleurs, un lien entre l'utilisation du préservatif et le niveau d'études, l'âge et le contexte dans lequel les relations sexuelles avaient eu lieu. La proportion d'utilisateurs passant de 8,3% parmi les personnes d'un niveau primaire ou non scolarisées à 31,7% parmi celles qui ont déclaré, au moins une année après le baccalauréat ($p < 0,001$). De même, ce sont les enquêtés qui ont eu leur premier rapport sexuel entre 18 et 19 ans qui étaient les plus nombreux à déclarer avoir utilisé un préservatif. Lorsque le premier rapport avait eu lieu à 20 ans ou plus, le recours au préservatif diminuait pour atteindre 30,1% ($p < 0,001$). Enfin, lorsque le premier rapport s'était déroulé sans le plein consentement de la personne, l'utilisation du préservatif avait été moins fréquente (OR ajusté : 0,3 ; IC : 0,2-0,5).

En Afrique subsaharienne, les statistiques sur l'utilisation du préservatif sont moins reluisantes. La plupart des études africaines avaient indiqué que la prévalence de l'utilisation du préservatif a augmenté, mais reste globalement très faible, nécessitant un effort soutenu des programmes de prévention. Selon Rwenge [144], les JA de l'Afrique subsaharienne prennent à leur initiation sexuelle, moins de précaution que leurs homologues des pays développés. L'auteur s'appuie sur les résultats d'une étude qu'il avait menée au Cameroun, pour illustrer son propos. Selon les résultats de ladite étude, 81,6 % de jeunes filles avaient déclaré n'avoir pas utilisé le condom au cours des premiers rapports sexuels. La proportion de jeunes garçons ayant eu le même comportement sexuel à risques, reste aussi élevée (72,6%). L'enquête avait également révélé des écarts selon l'âge, la fréquence de non-utilisation du condom aux premiers rapports sexuels étant moins élevée parmi les plus jeunes de 15 à 19 ans (68,9% chez les garçons et 75,7% chez les filles) que parmi les plus âgés de 20 à 24 ans (respectivement 75% et 85,6%). En revanche, les résultats d'une autre recherche menée par le même auteur dans les pays de l'Afrique

francophone, avaient révélé une progression du taux d'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels, dans certains pays tels que le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Cameroun [123]. Le rapport préparé en 2007 par l'OMS [113] et faisant le point sur l'épidémie de Sida, indique que la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans se présentant aux consultations prénatales, a reculé depuis la période 2000 à 2001 dans 11 des 15 pays possédant des données suffisantes. Selon cette institution, cette diminution s'explique par la progression d'au moins 10 points de pourcentage des niveaux d'utilisation du préservatif. Parmi ces pays figurent le Cameroun, le Togo, la Tanzanie, l'Ethiopie et le Kenya. Selon le même rapport, ce taux reste globalement faible puisqu'une grande partie des JA continue d'adopter les comportements non préventifs.

Au Burkina Faso, des constatations similaires avaient été observées suite à des recherches effectuées sur place. En 2004, une étude avait été réalisée dans le but d'analyser les facteurs qui influent sur l'utilisation du préservatif au Burkina-Faso [22]. Les résultats de cette enquête, avaient permis de constater que 11% des adolescents avaient des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, avec plus de deux partenaires sans se servir des préservatifs. L'auteur avait aussi établi que les adolescentes qui étaient très sûres de convaincre un partenaire mâle d'utiliser le préservatif, avaient six fois plus la possibilité d'avoir utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel, que celles qui n'étaient pas du tout sûres. L'analyse de la régression logistique, montre que la possibilité d'utiliser les préservatifs a augmenté avec l'instruction et l'auto-efficacité à l'égard de l'utilisation des préservatifs. D'autres travaux plus récents effectués à Bobo-Dioulasso, avaient confirmé cette tendance [84, 108]. En 2014, une étude menée par Meda [84] avait montré que la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel a connu une augmentation entre 2003 et 2010. Elle était passée de 42,7% à 65,6% chez les hommes ($p = 0,008$) et de 71,5% à 74,3% chez les femmes, sans être statistiquement significatif. Les auteurs avaient aussi relevé que le niveau de connaissances des jeunes sur le VIH, avait augmenté durant la même période, mais reste globalement faible, nécessitant un effort soutenu des programmes de prévention. Cette observation donne une lueur d'espoir dans la lutte contre le VIH et les grossesses non désirées ou précoces, bien que tous les auteurs s'entendaient pour dire que beaucoup d'efforts restent à fournir pour que les jeunes puissent jouir d'une santé sexuelle et reproductive. Mais qu'en est-il de l'utilisation de la contraception ?

b- Utilisation de la contraception

Comme pour l'utilisation du préservatif, les résultats des études montrent clairement une différence de pratique contraceptive entre le Nord et le Sud. En effet, le niveau d'utilisation de la contraception des jeunes issus des pays développés, est largement supérieur à celui de leurs homologues des pays en développement. Selon l'OMS [11], l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Des observations contraires avaient été faites en Afrique

subsaharienne par plusieurs études [155, 156]. Biddlecom [156] avait présenté les résultats clefs tirés d'enquêtes représentatives au niveau national, conduites en 2004 auprès des adolescents de 12 à 19 ans dans quatre pays africains : Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda. Les résultats de cette enquête avaient indiqué que beaucoup d'adolescents n'utilisaient pas de contraceptifs, bien que certains avaient déjà subi des relations sexuelles non souhaitées et avaient des partenaires multiples ou beaucoup plus âgés. Les données avaient permis également de noter que seulement 29 à 47% de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 42% à 55% de jeunes garçons du même âge, avaient utilisé un contraceptif lors de leurs dernières relations sexuelles. Le préservatif masculin était de loin la méthode la plus utilisée. Les auteurs avaient aussi remarqué que la majorité des jeunes utilisaient le préservatif plus pour se protéger des grossesses non désirées que pour se protéger des IST. En 2015, Hounton et al. [128] avaient effectué une analyse des résultats des Enquêtes Démographique et Sociales (EDS) de trois pays, à savoir Burkina Faso, l'Éthiopie et le Nigéria. Exclusivement concentrée sur des adolescents de 15 à 19 ans, cette analyse visait à décrire la pratique contraceptive chez ce groupe cible. À l'issue de leur analyse, les auteurs avaient noté une très faible utilisation de la contraception chez les adolescentes de 15 à 19 ans (11, 2% pour le Burkina Faso, 24,1% pour l'Éthiopie et 7,8% pour le Nigéria). Les données avaient aussi permis aux auteurs de dégager deux tendances en ce qui concerne la pratique contraceptive chez les enquêtés : une très faible utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes mariées ou en union (moins de 15% d'utilisation) et une utilisation moyenne chez les adolescentes non mariées (autour de 50% d'utilisation). Par ailleurs, il avait été noté une relation significative entre la pratique contraceptive, le niveau d'éducation, le lieu de résidence et le niveau de vie économique des adolescents. Matungulu [157], quant à lui, avait analysé le soutien des hommes dans la pratique contraceptive en République Démocratique du Congo, auprès des femmes âgées de 15 à 49 ans en union maritale. Les résultats de cette étude avaient aussi enregistré une utilisation très faible (27,6%) des méthodes contraceptives. Le soutien du conjoint ($ORa=1,87$; $IC95\%: 1,22-2,87$; $p<0,001$) était significativement associé à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Plusieurs autres facteurs avaient été évoqués par des chercheurs, pour expliquer l'utilisation ou non de la contraception. Pour Tantchou Yakam [141], le comportement sexuel des adolescents est tributaire des autres aspects de leur vie, de l'environnement social, économique et culturel dans lequel ils évoluent. Ainsi, l'usage ou non du préservatif ne peut se comprendre sans prendre en compte les éléments qui investissent le champ des rapports hétérosexuels : les contraintes économiques, les constructions sociales de la masculinité et de la féminité, avec les inégalités de pouvoir et la violence qu'elles supposent, la disponibilité du préservatif, les contraintes liées à son utilisation.

Au Burkina Faso, la dernière Enquête Démographique et de Santé [4] avait affiché une prévalence contraceptive globale de 16,2% pour toutes les méthodes, et de 15% pour les méthodes contraceptives modernes. Parmi les méthodes utilisées, les injectables (constitués essentiellement du Depo-Provera administré par injection

intramusculaire) étaient la méthode la plus utilisée (6,2%), suivie des implants (3,4%). Ces deux méthodes étaient adoptées en raison non seulement de leur efficacité, mais aussi de la durée de protection (3 mois pour l'injectable, 5 ans pour l'implant) et de leur discrétion. Une autre enquête nationale commanditée par l'UNFPA [88] et conduite par AfricSanté avait confirmé les résultats de l'EDSBF-MICS (2010). Menée auprès de 8 258 ménages dont 8 527 femmes de 10 à 49 ans et 2 530 hommes de 10 à 59 ans à l'aide des assistants personnels numériques (PDA), cette étude avait permis aux auteurs de noter que 21,9% de l'ensemble des femmes avaient déclaré utiliser une méthode moderne de contraception. En comparant aux données de l'EDSBF-MICS, les auteurs avaient observé une progression de la prévalence contraceptive de 15% à 21,9%, soit une augmentation de près de 7% entre 2010 et 2012. L'analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes modernes de contraception, avait montré que ce sont le groupe linguistique, l'âge de la femme, le niveau d'instruction, le niveau de vie du ménage, la religion, l'approbation du partenaire, l'approbation de la femme, l'accès à l'information, le nombre idéal d'enfant, le droit d'utiliser une méthode de contraception sans l'avis du conjoint, qui étaient les facteurs les plus importants. En 2004, l'étude de Guiella [22] avait déjà expliqué les pratiques non préventives chez les adolescents, par les facteurs individuels tels que la sous-estimation des risques, l'immaturité, le manque de connaissances et de compétences, de négociation de comportements protecteurs vis-à-vis de partenaires en général plus âgés. Il avait par ailleurs ajouté les facteurs contextuels liés à l'environnement de vie des adolescents, tels que les normes sociales et culturelles, les pratiques, les croyances et les lois qui constituent souvent des obstacles aux capacités de prévention chez les adolescents.

1.3.1.4- Qu'est-ce que ces travaux nous ont appris sur la pratique de l'avortement clandestin?

Les sous-sections précédentes ont montré que, malgré l'évolution de leur niveau de connaissances en santé sexuelle et reproductive, les jeunes continuent d'adopter des comportements sexuels à risques. Nous avons ainsi noté la diminution progressive de l'âge au premier rapport sexuel chez les jeunes, associée à la persistance du multipartenariat, et au faible usage du préservatif et de la contraception. Dans de tels contextes, la survenue d'une grossesse non désirée ou précoce et le recours à l'avortement clandestin nous paraissent évidents. *Qu'est-ce que la littérature révèle sur la pratique de l'avortement clandestin?*

Ces dernières années, de nombreux auteurs [93, 123, 141, 159] ont essayé d'analyser le recours à l'avortement provoqué ou clandestin. Tous ont été unanimes à reconnaître les difficultés d'obtenir des données correctes et fiables sur l'avortement, étant donné l'illégalité de la pratique, et le tabou social qui l'entoure. De l'avis de plusieurs auteurs [93], les données sur l'avortement présentent des limites : d'une part, un manque de complétude dû à la sous-déclaration des femmes, d'autre part, des problèmes de représentativité car les enquêtes ne concernent souvent que des populations spécifiques. Les données sur ce sujet sont rares, d'une portée limitée, et très hétérogènes, ce qui limite la possibilité d'analyses comparatives et la mise en

évidence des évolutions. Ainsi selon l'auteur, les résultats des études ne sont donc qu'une hypothèse basse du niveau de ce phénomène, mais leur intérêt est de mieux comprendre le processus du recours à l'avortement. Au Ghana, Nyarko et Adohinzin [160] avaient également identifié des limites des données sur la prévalence des interruptions de grossesse à risques au cours d'une étude nationale qu'ils avaient menée en 2008 au Ghana, intitulée « *Profile of abortion seekers in Ghana and their decision-making processes* ». En effet, les auteurs avaient noté une forte tendance à la dissimulation de la part des enquêtées, à cause de la pénalisation de cette pratique. Cependant, malgré les difficultés et les limites liées à la fiabilité, la validité et la précision des données selon certains auteurs [132, 159], des données existent de plus en plus et tendent à montrer que le phénomène prend de l'ampleur. Il nous paraît quand même très utile de disposer des données précises, pouvant orienter les politiques dans leurs prises de décisions dans le cadre de l'amélioration de la SSR des JA telle qu'adoptée dans le Plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994 au Caire.

Malgré une législation dissuasive et répressive dans certaines parties du monde, plusieurs auteurs [93, 113, 132] avaient évoqué l'évolution de la pratique de l'avortement au sein de la population adolescente et jeune du monde entier. Pour l'OMS (2008), l'avortement clandestin et compliqué demeure un réel problème de santé publique dans les pays en développement qui interdisent cette pratique de par sa prévalence, la morbidité et la mortalité qu'il entraîne. Pour Guillaume [93], bien que l'avortement soit sanctionné par la loi, il est souvent le seul et ultime recours pour beaucoup de femmes face à une grossesse imprévue et non désirée, que celle-ci soit due à des barrières légales, socio-culturelles, institutionnelles ou autres comme l'accès à la contraception, la reconnaissance ou non des grossesses hors mariage, l'exercice de la sexualité indépendamment des fins de procréation, l'acceptation ou la transgression des préceptes moraux qui correspondent à une telle pratique. La pénalisation de l'avortement renforce les conditions de vulnérabilité sociale, en particulier les sanctions pénales qui ont de graves conséquences tant pour les femmes et leur entourage, que pour les personnes qui pratiquent ces avortements. L'auteur va tirer la conclusion que : la pénalisation de l'avortement renforce les conditions de vulnérabilité sociale, en particulier les sanctions pénales qui ont de graves conséquences tant pour les femmes et leur entourage, que pour les personnes qui pratiquent ces avortements. Mundigo et Shah [161], quant à eux, avaient mentionné que l'avortement est une pratique ancestrale et généralisée, observée dans tous les pays du monde, au sein de toutes les classes d'âges, chez celles mariées comme non mariées, et à différents moments de leur vie reproductive. Par ailleurs, les auteurs avaient indiqué que le recours à l'avortement dépend aussi de facteurs sociaux, économiques, démographiques et culturels. Mais il est important de préciser que l'avortement n'est pas interdit partout dans le monde. Selon l'organisation « *Center for reproductive rights* » [162], en 2014, trente nouveaux pays ont libéralisé leur loi sur l'avortement, sur 179 qui avaient adopté le Plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994 au Caire. Ainsi, plus de 60% de la population mondiale vit dans des pays où

l'avortement est permis avec ou sans restrictions.

Environ 26% de la population vit au contraire dans des Etats où cet acte est interdit (bien qu'il soit parfois autorisé si la vie de la femme est en danger pour des raisons médicales). Là où l'avortement n'est pas autorisé, les populations développent toujours des stratégies pour contourner les lois afin d'accéder aux soins abortifs. L'avortement va donc se réaliser de façon dissimulée, dans des conditions sanitaires dangereuses qui mettent en danger la santé des femmes, et parfois leur vie. Selon Delaunay [93], 25 des 53 pays africains n'autorisaient l'avortement que si la vie de la mère est en danger, et le Soudan ajoute à cette condition, la possibilité d'avorter en cas de viol ou d'inceste. Dans 23 pays, l'avortement n'était possible que si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées. Le Cameroun en plus de ces conditions, stipule que l'avortement est aussi possible en cas de viol ou d'inceste. Six autres pays ajoutent également à ces possibilités le recours à l'avortement en cas de malformation du fœtus. La Zambie et le Mozambique autorisent l'avortement respectivement pour des raisons économiques et sociales et en cas d'échec de contraception. Ce n'est qu'au Cap Vert, en Tunisie et en Afrique du Sud que l'avortement peut être pratiqué à la demande de la femme. Par ailleurs, l'auteur avait noté que même quand l'avortement est libéralisé, il existe malgré tout des restrictions, et les femmes n'ont pas toujours une autonomie de décision dans leur choix de recourir à l'avortement. Ces limitations expliqueraient la persistance d'avortements clandestins même dans les pays où son accès est libéralisé. Au Burkina Faso, l'avortement provoqué n'est légal qu'à certaines conditions : sauver la vie de la mère, en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale sévère [131].

A notre avis, la persistance des avortements clandestins pourrait trouver une explication dans toutes ces restrictions. Sa pénalisation amène les populations à développer des stratégies leur permettant d'accéder aux soins abortifs. L'avortement va donc se réaliser de façon dissimulée, dans des conditions sanitaires dangereuses avec des risques pour la santé des femmes, et parfois pour leur vie. Les méthodes pour avorter ont évolué au cours du temps, en fonction des progrès technologiques et médicaux, même si l'accessibilité à ces progrès est étroitement liée à la légalité ou à l'illégalité de l'acte. Tandis que beaucoup de méthodes nouvelles et modernes ont été introduites et sont utilisées dans les pays où l'avortement est légal, les femmes utilisent encore des méthodes parfois archaïques dans les pays où l'avortement reste illégal. Cependant, même dans les pays où l'avortement est considéré comme illégal, il existe un "marché de l'avortement médicalisé", sans risque ou avec un risque minime. Dans un article publié en 2012 par l'OMS et le Guttmacher Institut, Sedgh et al. [163], avaient constaté que non seulement le nombre d'avortements dans le monde ne diminue plus, mais aussi et surtout, l'adhésion à la contraception reste statique. D'après les auteurs, cette situation serait liée à un ralentissement du développement de la contraception, plus marqué dans les pays en développement. Et cette tendance devrait malheureusement persister si les pays ne s'investissent pas dans des services de planification familiale de qualité. Par ailleurs, les chercheurs avaient aussi constaté que près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde l'étaient dans des conditions non médicalisées, donc clandestines et

que presque toutes ces procédures non médicalisées, avaient lieu dans les pays en développement. Dans ces pays, le taux d'avortement est stable à 29/1.000 depuis 2003, alors que dans les pays industrialisés, ce taux est réduit à 17/1.000 en 2008, mais également stable ces dernières années.

En Afrique, plusieurs auteurs avaient aussi souligné l'évolution du recours à l'avortement. En 2012, un article avait été publié sur le Togo par N'Bouke et al. [135]. Les données utilisées par les auteurs de cet article provenaient de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement Provoqué à Lomé, dont l'objectif était de mesurer l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité, d'étudier les circonstances des avortements à Lomé, et les raisons qui les amènent à cette pratique. Les résultats avaient indiqué une hausse de la pratique de l'avortement dans la capitale togolaise. Environ 30% des grossesses étaient non désirées, et près de leur moitié étaient avortées. Les auteurs avaient remarqué que le nombre d'avortements était particulièrement important chez les jeunes générations, plus enclines à recourir à un avortement que leurs aînées. Par ailleurs, les données de l'enquête avaient aussi montré que les risques de grossesses non désirées et d'avortements étaient plus élevés chez les femmes qui avaient déjà pratiqué un avortement, que chez celles qui n'en avaient jamais fait. Ce qui avait amené les auteurs à penser qu'une partie de la régulation des naissances serait ainsi assurée par l'avortement, qui est principalement employé en début de vie féconde et entraîne une réduction d'au moins 10,8% de la fécondité potentielle. Ces observations avaient malheureusement été déjà faites par d'autres auteurs au Togo et ailleurs en Afrique subsaharienne.

En 2004, Amétépé et al. [164], avaient déjà suspecté le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité. Dans leur étude intitulée « *Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué: deux mécanismes concurrents de régulation des naissances* », les auteurs avaient montré que 7% des femmes de la capitale togolaise utilisaient exclusivement l'avortement comme méthode de régulation des naissances, alors que 25% l'utilisaient suite à l'échec de méthodes contraceptives. Delaunay [93], avait également les mêmes soupçons sur le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité en Afrique. Pour elle, ni l'évolution des pratiques du post-partum, ni le recul de l'âge au mariage, ni l'augmentation de la prévalence contraceptive ne suffisaient à expliquer cette hausse de la pratique de l'avortement. A Yaoundé au Cameroun, une enquête menée par Calvès [133] avait souligné que la prévalence de l'avortement chez les JA était élevée, puisque un quart des jeunes femmes avaient eu au moins un avortement et un tiers de leurs grossesses s'étaient terminées par l'avortement. Les données de cette enquête avaient aussi montré que les femmes pratiquaient l'avortement lorsqu'elles désiraient poursuivre leurs études, et aussi quand la relation avec le partenaire était instable, ou quand elles craignaient la réaction de leurs parents du fait de leur jeune âge. En 2007, des raisons similaires avaient été évoquées en Côte d'Ivoire par Bi Vroh [165], suite à une étude descriptive transversale réalisée sur l'ensemble du territoire national, auprès de 3 057 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données de cette étude avaient établi que la prévalence de l'avortement provoqué clandestin

était de 42,5% et que plus de la moitié (52,1%) avait été pratiqué à domicile par des avorteurs traditionnels ou par les femmes elles-mêmes avec des plantes ou des décoctions. Les raisons les plus évoquées par les enquêtées pour justifier le recours à l'avortement étaient en grande partie la crainte de la réaction des parents (27,7%), l'âge trop jeune pour avoir un enfant (22,2%), le manque de ressources financières pour assurer la charge d'un enfant (21,3%) et la volonté de poursuivre les études. D'autres motifs avaient été évoqués par Guillaume [166] pour justifier la pratique de l'avortement. Selon l'auteur, le recours à l'avortement s'explique souvent par la crainte des effets secondaires ou par des échecs de contraception, fréquents en particulier avec les méthodes naturelles et le préservatif, ou suite à une utilisation incorrecte de méthodes hormonales (utilisation irrégulière, incorrecte, oubli...). La pratique de l'avortement répond également à des raisons économiques et sociales. Pour l'auteur, il peut s'agir de difficultés matérielles pour assumer la responsabilité d'une naissance ou de ses possibles conséquences sur l'emploi de la femme, sa scolarité ou plus largement sur ses projets de vie. Les conditions de vie précaires des femmes et le manque de soutien tant au niveau du couple que de la famille, ou plus largement, de l'Etat peuvent aussi expliquer la pratique de l'avortement. On observe aussi la crainte du rejet social ou de la stigmatisation à cause d'une grossesse hors mariage, le déni de la paternité.

Au Burkina Faso, l'état des lieux sur la pratique de l'avortement est semblable à celui des autres pays de l'Afrique subsaharienne. Les études avaient montré que l'avortement provoqué clandestin reste une pratique répandue chez les femmes. Quatre références ont attiré notre attention.

La première étude avait examiné la fréquence des avortements clandestins auprès de 963 femmes âgées de 15 à 49 ans en milieux urbain et rural. Menée par Rossier [132], cette enquête comprenait un volet qualitatif et quantitatif. Les résultats avaient permis aux auteurs de constater une augmentation du taux d'avortement, malgré son interdiction. Selon les mêmes données, *« l'avortement serait resté un acte clandestin, et le secret qui entoure cet acte a comme conséquence paradoxale, une forte propension des couples à parler de l'avortement à leurs confidents, pour localiser celui qui pourrait offrir le service »*.

La deuxième est une analyse faite par Bankole et al. [131] sur la base de quatre sources de données, dont les trois premières étaient des enquêtes nationales conduites en 2009 par le Guttmacher Institute au niveau des communautés, pour collecter des données sur les expériences des femmes vis-à-vis de l'avortement. Et la dernière source était les données des enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (EDSBF-MICS) entre 1993 et 2010. A la suite de cette analyse, les auteurs avaient mis en évidence, la persistance de la pratique de l'avortement au Burkina Faso. Selon eux, un tiers de toutes les grossesses n'était pas désirées, et un tiers de ces grossesses non intentionnelles se terminent par un avortement. Ils avaient aussi dressé une typologie des avortements au Burkina Faso. Selon Bankole et al. [131], les femmes qui avaient recours à l'avortement n'avaient pas le profil-type de toutes les femmes en âge de procréer. Elles avaient tendance à être plus jeunes et plus longtemps scolarisées, et elles étaient plus susceptibles de vivre en zone urbaine,

de ne pas être mariées et de n'avoir aucun enfant. Les raisons relatives à la pratique de l'avortement avaient été aussi abordées par les auteurs. Ainsi pour Bankole et al. [131], les motifs plus fréquemment mentionnés en cas d'avortement provoqué étaient les besoins d'espacement ou de limitation des naissances. Viennent ensuite les difficultés économiques et les raisons liées à la scolarité, les difficultés dans le couple ou pour faire accepter une grossesse, notamment à cause de la jeunesse de la femme. La dernière étude avait portée sur « *L'avortement clandestin dans les pays à restriction légale sur les avortements : Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques au CHU Yalgado-Ouédraogo de Ouagadougou en 2015* ». Il s'agissait d'une enquête transversale à visée prospective et descriptive, sur une période de douze mois auprès des patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique, dans la période de l'étude et chez qui le diagnostic d'avortement à risques avait été retenu à la fin de l'examen clinique. Les données ont été recueillies à travers des fiches de collecte standardisées. Les résultats de cette étude avaient suggéré une prévalence de 16%, 111 avortements à risques ont été observés au cours de la période de l'étude (douze mois), soit un ratio de 1 pour 47 accouchements. L'âge moyen des patientes a été de 23,6 ans, avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Les primigestes étaient les plus représentées avec soixante-deux cas, soit 55%. Le motif d'admission a été dominé par l'hémorragie : soixante-dix-huit patientes, soit 75%. Ces données avaient permis aux auteurs [167,168], de tirer la conclusion selon laquelle le profil épidémiologique de la patiente victime d'avortement à risques, est celui d'une jeune primigeste, célibataire et sans activité rémunératrice.

1.3.2 Quels sont les gaps de connaissances scientifiques sur la SSR des adolescents et jeunes?

Cette revue de littérature, vise à fournir des informations sur l'état actuel des connaissances scientifiques, en matière de la SSR des JA. Les données analysées sont diverses. Certaines proviennent des enquêtes nationales notamment des enquêtes démographiques de santé (EDS), mais la majorité provient des études qualitatives et quantitatives réalisées au niveau local ou régional, dans le but d'analyser un aspect spécifique de SSR des JA. Cette revue de littérature montre que d'importants efforts ont été faits par la communauté scientifique au Burkina Faso, en Afrique subsaharienne et ailleurs dans le monde, pour constituer un important recueil de données et de connaissances en matière de SSR des JA. Au regard de cette abondante littérature, à première vue, on est tenté de croire que tout ou à peu près tout est déjà connu. Néanmoins, un regard critique sur les contenus de ces différentes études permet de se rendre compte, qu'elles n'ont pas suffisamment pris tout en compte en ce qui concerne la SSR des JA.

Dans les lignes qui suivent, nous proposons de jeter un regard critique sur les résultats que nous avons présentés précédemment, afin de dégager les gaps de connaissances scientifiques sur le cadre problématique de recherche. Cette analyse critique sera faite en cinq étapes. Dans le premier paragraphe, nous allons analyser les résultats relatifs à la connaissance des JA sur la SSR. Dans les deux paragraphes qui suivent, nous allons apporter nos critiques sur les résultats

relatifs aux comportements préventifs notamment l'utilisation du préservatif et de la contraception. Ensuite, le quatrième paragraphe portera sur les comportements sexuels à risques. Enfin, le dernier paragraphe va traiter de la communication entre les parents et les JA.

D'abord, les études qui ont fait l'objet de cette revue avaient montré qu'il existe vraisemblablement chez les JA, des points communs en ce qui concerne les problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels ils font face, en dépit des différences d'ordre culturel. En effet, les auteurs avaient unanimement noté une évolution progressive du niveau de connaissance générale des jeunes, marqué par la persistance des idées erronées sur les modes de transmission. Car, malgré les actions menées, la majorité des JA n'a toujours pas accès à des informations fiables et complètes sur leur SSR. Ce qui se traduit par une connaissance approximative de la prévention des IST/VIH et de la contraception. La démission des institutions qui ont des responsabilités éducatives formelles devant la loi et la société (famille et école), avait été évoquée par plusieurs auteurs. On peut donc dire sans trop se tromper que, la littérature scientifique a assez bien documenté les aspects positifs des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de prévention des IST/VIH et de la contraception, et que des programmes ont été développés pour améliorer la santé de ces jeunes. Cependant, l'abondante littérature a peu documenté les aspects méconnus par les jeunes du point de vue « *prévention du VIH et des grossesses non désirées* ». Pourtant, les méconnaissances représentent autant d'occasions ratées de renforcer les capacités des JA, et de les aider à mieux se protéger [75, 76]. De notre point de vue, en insistant sur les méconnaissances (ce que les JA ne connaissent pas ou connaissent moins en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées), nous pouvons apporter de la valeur ajoutée aux travaux déjà effectués dans ce domaine.

Ensuite, la plupart des données de cette revue avaient indiqué que la prévalence de l'utilisation du préservatif a progressé, mais reste globalement très faible, nécessitant un effort soutenu des programmes de prévention. Ainsi, selon les auteurs de ces enquêtes, de plus en plus de JA avaient déclaré utiliser le préservatif durant les rapports sexuels. Ces observations donnent une lueur d'espoir dans la lutte contre le VIH et les grossesses non désirées ou précoces. Pourtant le VIH demeure un problème de santé mondiale considérable, avec des dizaines de millions de morts à ce jour. En 2015, le programme des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) avait estimé à près de 36,7 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 millions ont été nouvellement infectées [71]. Selon la même organisation, les JA sont les plus touchés par cette pandémie. Par ailleurs, la quasi-totalité des études avaient suggéré une évolution du nombre de grossesses non désirées et/ou précoces au sein de la population adolescente et jeunes, partout dans le monde entier. On se trouve donc devant une situation paradoxale, où de plus en plus de JA déclarent utiliser le préservatif, alors que la prévalence des grossesses non désirées et/ou précoces et celle du VIH ne diminue pas considérablement. Une explication peut en être que, certains jeunes aient volontairement fourni

de fausses réponses pour protéger leur vie privée, par crainte d'une censure ou pour se vanter. Il est aussi possible que les préservatifs aient été mal utilisés par certains JA. Or selon l'OMS [169], l'efficacité du recours au préservatif dans la prévention des grossesses non désirées et de la transmission du VIH, est déterminée par son utilisation constante et correcte. En dépit de l'importance de l'utilisation appropriée du préservatif dans les stratégies de prévention, il n'existe pratiquement pas à notre connaissance, d'étude consacrée à l'évaluation des compétences des JA en matière d'utilisation du préservatif. La plupart des études uniquement dédiées à l'évaluation des compétences en matière du port de préservatif, ont été menées aux Etats-Unis par Crosby [75, 170] et DiClemente [76] et par Sanders [171]. En Afrique subsaharienne et au Burkina Faso, certains auteurs [22] et Rwenge [123] se sont contentés d'expliquer le non-usage du préservatif, par le manque de compétences des jeunes. Il est donc important de savoir si les jeunes qui déclarent utiliser le préservatif, ont les compétences requises pour les porter de façon correcte.

Après, les résultats des travaux qui se sont intéressés à la sexualité des JA, avaient noté au Burkina Faso comme dans d'autres pays, une persistance des comportements sexuels à risques tels que, la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, les comportements non protégés contre les grossesses, les grossesses non désirées et les avortements clandestins. Les facteurs qui reviennent dans l'analyse des auteurs pour expliquer ces pratiques sexuelles à risques étaient les déterminants individuels, familiaux et extrafamiliaux. Selon l'OMS, l'adolescence est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement. C'est souvent à ce moment que les individus deviennent sexuellement actifs, et acquièrent des compétences essentielles sur leur santé sexuelle et reproductive. Tout dépend donc de comment cette période transitoire est négociée. Si elle est mal négociée, ces étapes peuvent comporter des risques pour la santé à court ou à long terme [24]. Dans les sociétés burkinabè qui connaissent des mutations dues à plusieurs réalités, notamment l'urbanisation, l'analphabétisme, les inégalités liées au genre, et plus récemment les crises socio-économiques, les facteurs associés aux comportements sexuels à risques, requièrent donc une analyse rigoureuse. C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux facteurs associés à la précocité des premiers rapports sexuels, et à la multiplicité des partenaires sexuels. Elle s'avère d'autant plus pertinente que d'une part, les quelques études effectuées sur la précocité sexuelle et le multipartenariat au Burkina Faso et à Bobo-Dioulasso [22, 4, 96, 127] ne sont pas des plus récentes, et d'autre part, à cause du lien de « *cause à effet* » qui existe entre ces deux comportements, et qui sont documentés par certains auteurs. Il apparaît par exemple, que les rapports sexuels précoces augmentent le risque de transmission des IST et du VIH, et exposent au multipartenariat sexuel qui augmente également le risque de transmission du VIH [124].

Par ailleurs, la quasi-totalité des publications concernées par cette revue avaient suggéré une utilisation très insuffisante de la contraception. Il n'est donc pas surprenant de constater que, malgré une législation dissuasive et répressive dans

certaines parties du monde, plusieurs auteurs évoquent l'évolution de la pratique de l'avortement au sein de la population adolescente et jeune du monde entier. Selon l'OMS [24], chaque année on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui ont pour conséquences, 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Au Burkina Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et les avortements, montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement [131]. Plusieurs auteurs ont expliqué cet état de fait par l'évolution des comportements sexuels des JA, caractérisée par la baisse de l'âge au premier rapport sexuel, la multiplicité des partenaires sexuels, et la diversité des pratiques non protégées [16, 17]. En effet, les difficultés auxquelles font face les jeunes d'aujourd'hui, sont conceptualisées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de « *triple défi* », ou « *Triple U : unprotected sex (rapport non protégé), unwanted pregnancy (grossesse non désirée) and unsafe abortion (avortement clandestin)* », concept qui n'est pas spécifique à l'Afrique, puisque la question se pose dans des termes très proches en Amérique latine et aux Etats-Unis [93]. Pour l'Agence des Nations Unies pour la Population (UNFP) [88], les adolescentes doivent pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité, et à se protéger contre les grossesses non désirées, les avortements clandestins et les risques de stérilité pouvant en résulter. Dans nos sociétés en pleine et rapide évolution, il importe comme le propose l'OMS [24], de continuer à réfléchir à la manière de créer pour les jeunes, un environnement sain, dans lequel ils puissent développer des aptitudes et des compétences en matière de vie affective et sexuelle. C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux connaissances et pratiques contraceptives des jeunes de 15 à 24 ans. Il est vrai que la recherche est très active dans ce domaine. Néanmoins, malgré l'abondante littérature qui traite des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des JA en matière de la contraception, il nous a paru utile, de fournir des données plus récentes, particulièrement pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans.

Enfin, il est ressorti de cette revue de littérature, que les JA recevaient leurs informations de sources de moins en moins fiables. Par ailleurs, presque tous les auteurs s'entendent pour reconnaître que la famille était au dernier rang sur la liste des sources principales d'information citées par les JA. Dans ce sens, certains auteurs ont pointé du doigt la difficulté de communication entre les parents et les enfants. En effet, certains parents considèrent le sujet comme tabou et susceptible d'accroître le désir sexuel des enfants. A ce titre, plusieurs explications ont été avancées par les chercheurs, notamment le fait que certains parents considèrent le sujet comme tabou et susceptible d'accroître le désir sexuel des enfants. D'autres auteurs avaient essayé de démontrer que l'acquisition de connaissances sur la SSR n'incite pas les JA à des relations sexuelles plus précoces, mais elle diminue au contraire leur risque de contracter le VIH [101, 102, 136]. Tous ces auteurs sont arrivés à la conclusion que, l'environnement familial et la communication sur la sexualité aussi bien avec les parents qu'avec les tuteurs, jouent un rôle fondamental dans l'acquisition

des connaissances correctes et dans l'adoption des comportements à moindre risque. Notre analyse montre que la littérature parle globalement de manque de communication entre parents et enfants, en négligeant plusieurs aspects : tout d'abord le type de communication, ensuite le niveau de la communication (entre la même génération ou entre deux générations), puis son contenu et enfin, le canal par lequel elle doit s'effectuer. De fait, elle peine à éclairer de manière très précise les processus et dynamiques de la communication intergénérationnelle. Pourtant, la communication intergénérationnelle est au cœur des phénomènes humains, car elle contribue à perpétuer divers aspects sur les plans individuel, familial et socioculturel (identités, comportements, secrets, règles, langages, rites, inégalités, arts, cultures, etc.) [45, 46]. Et comme l'a si bien dit Hien [108] dans son article publié à la revue de santé publique en 2012, « *il est nécessaire de conduire des études qualitatives pour mieux comprendre le rôle de la communication intergénérationnelle des savoirs dans l'amélioration des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des JA en matière de la SSR* ». Ainsi, les processus de communication intergénérationnelle, insuffisamment documenté par les études qui ont fait l'objet de cette revue de littérature, sont le point de départ de cette étude.

I.4 Justification du travail de recherche

Comme nous l'avons déjà souligné, selon l'Organisation des Nations Unies [172], les jeunes n'ont jamais été si nombreux dans le monde. A titre de comparaison, ils étaient près de 721 millions en 1950 pour une population un peu plus de 2,5 milliards d'habitants avant d'atteindre 1,8 milliard d'individus en 2015 sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans représente donc près du quart (24,6%) de la population mondiale.

La participation de ces jeunes au développement de leur continent dépendra de la capacité qu'auront leurs familles, les écoles et les communautés, de les aider à acquérir des compétences dans le domaine de la santé. Ils auront besoin de connaissances et de savoir-faire pour résoudre les principaux problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels ils se trouveront confrontés comme : les mariages forcés avant l'âge de la majorité civile (19 ans), les violences sexuelles, les IST/VIH/Sida, les grossesses non désirées et les complications dues aux avortements provoqués.

Ces défis que rencontrent les jeunes ont suscité de nombreuses recherches visant à contribuer à l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive (SSR). Ces différents travaux ont clairement indiqué une évolution progressive du niveau de connaissance générale des jeunes sur le VIH/Sida et sur l'existence de moyens de prévention, marquée par une mauvaise maîtrise de certains modes de transmission. Ainsi, les idées erronées selon lesquelles le VIH se transmet en se serrant la main ou en s'embrassant ou par le biais de piqûre d'insectes sont toujours tenaces [22-80]. Les recherches ont également soulevé la persistance des comportements sexuels

à risques tels que, la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, les comportements non protégés contre les IST/VIH et les grossesses non désirées et enfin les avortements clandestins.

Plusieurs raisons ont été avancées par des auteurs pour expliquer cet état des lieux [22, 99, 156, 174, 175]. Pour Guiella [22] et Biddlecom [156], cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes soient physiquement et émotionnellement immatures, ce qui les rend plus vulnérables. Pour l'ONG -International Planned Parenthood Federation (IPPF), les jeunes se trouvent dans la période de la vie où l'on fait en général pour la première fois, l'expérience des relations sexuelles et où des modes de comportement durables s'établissent [174]. Certains jeunes font ces expériences seuls, certains les font en compagnie des pairs, d'autres enfin sous contrôle des adultes. Boutin-chatouillot [175] explique que l'adolescence constitue un passage douloureux pour les jeunes comme pour leurs parents surtout lorsque des « *échanges structurants* » ne parviennent pas à être instaurés. La jeunesse reste donc une période de nombreuses expériences.

D'autres auteurs justifient les problèmes de santé auxquels les jeunes font face par les mutations socio-économiques qui affectent notre société contemporaine. Pour Aubin [99] et Delaunay [93], les mutations socioculturelles introduites par l'urbanisation, la modernisation et plus récemment les crises socio-économiques, ont gravement perturbé l'environnement traditionnel des jeunes et leur communication avec leur famille et le reste de la société. Ainsi, de nombreux jeunes ne possèdent pas d'informations complètes ou correctes en matière de santé sexuelle et reproductive, pour vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante [156]. Cependant, malgré ces multiples recherches déjà menées sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, on s'aperçoit que la connaissance empirique à ce sujet reste lacunaire. Les différents travaux sont restés dans le cadre des études classiques de type CAP, sans se préoccuper des déterminants susceptibles d'améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes.

Autrement dit, on s'est rarement posé les questions suivantes : i)- *les jeunes ont-ils les compétences nécessaires pour adopter le changement de comportement attendu d'eux ? Qui les a aidés à acquérir ces compétences ?* ii)- *Quelles sont les facteurs qui expliquent certains comportements à risque chez les jeunes (les rapports sexuels précoces et le multipartenariat sexuel qui augmente le risque de transmission du VIH et de grossesses non désirées) ?* Pourtant, les réponses à toutes ses préoccupations pourront apporter de la valeur ajoutée à la recherche scientifique dans le domaine. Il s'avère donc impératif de dépasser ce cadre méthodologique des études classiques de type CAP qui nous conduirait, à des résultats connus sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes pour, nous intéresser d'une part aux compétences des jeunes en ce qui concerne l'utilisation des moyens préventifs par exemple, et d'autre part au rôle la famille dans la transmission des savoirs en santé sexuelle et reproductive (SSR) aux jeunes.

La présente recherche s'inscrit surtout dans la nécessité de combler les lacunes sur les besoins actuels de connaissances, des compétences et de communication pouvant faciliter l'adoption des comportements à moindre risque chez les jeunes. Nos travaux pourront susciter des actions concrètes pouvant non seulement agir sur ce que les jeunes ne connaissent pas ou connaissent moins, mais aussi et surtout susceptibles de leur conférer des compétences indispensables aux changements de comportements que toute la société attend d'eux. Tout particulièrement, la recherche doit répondre plus clairement à la question : « *Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso en santé sexuelle et reproductive (SSR) et d'où proviennent-elles ?* »

I.5 Orientation du travail de recherche

La compréhension du processus de transfert intergénérationnel des connaissances en santé sexuelle et reproductive constitue notre objectif central de recherche. Nous pouvons, en effet, exposer la question principale de notre recherche comme suit :

I.5.1 Questions de recherche

I.5.1.1 Question principale

Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso en santé sexuelle et reproductive (SSR) et d'où proviennent-elles ?

I.5.1.2 Questions spécifiques

- Quelles sont les connaissances et attitudes des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ?
- Les jeunes ont-ils les compétences requises pour adopter les comportements préventifs attendus d'eux en matière d'utilisation du préservatif masculin ?
- Quels sont les facteurs explicatifs de la précocité sexuelle et du multipartenariat chez les jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso ?
- Quel est le niveau d'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs déterminant son utilisation ?
- D'où viennent les informations dont disposent les jeunes en santé sexuelle et reproductive et quel rôle joue la famille dans la transmission intergénérationnelle pour une bonne santé sexuelle ?

1.5.2 *Hypothèses de recherche*

Dans l'état actuel des connaissances sur la transmission intergénérationnelle des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) chez les jeunes [176-178], nous pouvons postuler que :

1.5.2.1 *Hypothèse générale*

La majorité des jeunes a des connaissances et compétences superficielles sur la transmission, la prévention du VIH/Sida et des grossesses non désirées ce qui les expose aux comportements sexuels à risques dont les pratiques non préventives. La communication « *parents-enfants* » sur cette question est insuffisante voire absente dans certaines familles. Ainsi, les jeunes accèdent aux connaissances SSR par découverte et non à travers des parcours initiatiques ou des rites de passages modélisants.

1.5.2.2 *Hypothèses spécifiques*

- La majorité des jeunes a des connaissances floues, superficielles et parfois inexactes sur la transmission, la prévention du VIH/Sida et les grossesses non désirées. Certains d'entre eux ont toujours des perceptions erronées sur la contraception et le préservatif;
- Peu de jeunes sont capables de poser correctement le préservatif masculin, bien que la plupart d'entre eux aient bénéficié de campagnes de sensibilisation. Des erreurs et des problèmes d'usage (ruptures, glissements, fuites et pertes d'érection) sont fréquents;
- Des facteurs individuels et environnementaux sont associés à la précocité sexuelle et le multipartenariat chez les jeunes;
- La prévalence contraceptive est faible chez les jeunes filles de 15-24 ans, bien que la majorité d'entre elles reconnaisse son importance. L'accès des jeunes filles aux moyens contraceptifs se heurte à une série d'obstacles liés à des facteurs géographiques, économiques, médicaux, culturels et religieux;
- Les sources d'information des jeunes sont l'internet, les pairs, les centres de santé, l'école et les parents. Mais par insuffisance de formation et d'accompagnement, la famille joue un rôle passif dans l'acquisition des savoirs en SSR par les jeunes. La communication « *parents-enfants* » est insuffisante voire absente dans certaines familles. Ainsi, les jeunes accèdent aux connaissances et savoirs en SSR par découverte et non à travers des parcours initiatiques ou des rites de passages.

1.5.3. Objectifs de la thèse

Notre recherche veut apporter un nouvel éclairage sur la question des connaissances en SSR et leur transmission à la jeune génération afin d'apporter des données utiles et pertinentes à l'intervention en éducation à la santé sexuelle dans le champ de la santé publique [179].

1.5.3.1 Objectif principal

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso en santé sexuelle et reproductive (SSR) et analyser les processus de construction de leurs sources.

1.5.3.2 Objectifs secondaires

- Caractériser et évaluer le niveau des connaissances et les attitudes des jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso en matière de santé sexuelle et reproductive SSR ;
- Evaluer les compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin, et identifier les difficultés et freins d'utilisation rencontrés par ceux-ci ;
- Identifier les facteurs associés à la précocité sexuelle et au multipartenariat chez les jeunes de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso, afin de mieux contribuer à la prévention des IST/VIH/Sida, et à la réduction des grossesses non désirées ;
- Evaluer le niveau d'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs déterminant son utilisation, afin de mieux contribuer à la réduction des grossesses non désirées ;
- Répertorier les principales sources d'information relative à la santé sexuelle des jeunes et élucider les rôles et fonctions des familiales dans l'acquisition des connaissances en SSR.

I.6 Références théoriques

Cette section présente le cadre théorique que nous avons utilisé afin de construire notre objet d'étude et nos outils méthodologiques. En droite ligne avec la question de recherche, ce travail est guidé par une posture épistémologique interactionniste comme théorie générale, et une approche systémique appuyée par le modèle écologique de Bronfenbrenner.

1.6.1. Le paradigme interactionniste

Les interactionnistes comme Blumer [180] et Le Breton [181], perçoivent l'individu et la famille comme des unités en interaction, c'est-à-dire des unités agissantes qui ne sont ni totalement déterminées, ni totalement déterminantes de la société dans laquelle ils vivent [180]. Ces acteurs ont une marge de manœuvre, particulièrement dans la construction d'un univers de sens réflexif [181]. La démarche interactionniste permet de comprendre les transmissions intergénérationnelles dans le cadre de jeux relationnels entre les membres de la famille. Ces derniers sont vus comme des acteurs qui alimentent un circuit d'interaction et tiennent différents rôles, tout en disposant d'une marge de manœuvre indéterminable, leur permettant de développer un répertoire de stratégies possibles (Selon Friedberg, 1996, p.171, cité par Demers AC, 211, p. 28). Ainsi donc, les contenus de transmission sont triés par les parents, qui « *ne transmettent pas sans raison et surtout sans réfléchir* » [182]. Ce point de vue est confirmé par Konaté [62] lorsqu'il écrit que :

« Bien qu'il y ait une transmission entre parent et enfant, ou entre le groupe et le sujet, elle ne se fait pas de façon passive, parce qu'il y a une part de création ; le « moi » est par excellence un membre d'un groupe social (par exemple la famille) et représente la valeur de ce groupe. En réaction au « moi », il y a des valeurs particulières, notamment le « je » qu'on trouve chez l'artiste, chez le leader, l'inventeur ou même chez tout autre sujet qui implique la création, la reconstruction. » (p.25)

Par ailleurs, le modèle interactionniste de Mead [183] s'inscrit dans la même logique. Pour cet auteur, les êtres humains interagissent les uns sur les autres sur la base des intentions et significations qu'ils attribuent à leurs gestes, leurs actions, ou comportements respectifs. Chammartin et Groux [184] nous rappellent que l'approche interactionniste ne s'intéresse pas à l'analyse des individus ou de leurs actions mais qu'elle en tient compte pour analyser ce qui se joue dans la relation (l'interaction) entre deux actants ou plus. Par conséquent, les comportements sexuels à risques étudiés dans le cadre de notre étude ne peuvent être dissociés de leur contexte, comme le préconisent les individualistes Max Weber [185] et Boudon [186] qui négligent les aspects relationnels, voir communautaires, des pratiques humaines. Klaue [187] va loin en opposant ces deux corps théoriques. Pour elle :

« Les approches interactionnistes s'intéressent aux représentations et constructions de significations des pratiques sexuelles. Alors que le modèle individualiste établit des liens de type mécaniste entre des antécédents et l'action humaine qui la détermine. Il ne tient pas compte du fait qu'une situation sexuelle est une situation d'interaction sociale, mettant en scène des contextes sociaux dans lesquels se déroulent les rencontres sexuelles. Le comportement sexuel ne se limite précisément pas au seul comportement. C'est une forme de communication mettant en jeu des constructions d'identités, des rôles sexués liés à des aspects de pouvoir, de statut (valorisé et stigmatisé) et de rôle, négociés au cours d'interactions sociales. » (p. 2)

Nous avons été aussi inspirés par l'approche interactionniste de Fornerod [188], car elle permet d'analyser les facteurs susceptibles de faciliter la communication intergénérationnelle des connaissances en matière de prévention du VIH et de grossesse non désirée. Plus qu'une simple transmission d'informations, la communication est définie par Fornerod [188] comme « *un processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivités dans un contexte social* ». Elle se réalise ainsi avec quatre canaux principaux : i)- la proxémie (distance intime, personnelle, sociale, publique); ii)- les signes non verbaux (apparence, postures, gestes, regards, mimiques, etc.); iii)- les éléments para verbaux (hauteur et intensité de la voix, débit et rythme des paroles, silences, etc.) et iv)- le canal langagier (sémantique et syntaxique) [184]. Nous allons donc analyser nos données en tenant compte de ces quatre canaux principaux afin de mieux comprendre les processus interactifs de la communication entre les parents et les jeunes.

I.6.2. L'approche systémique

L'approche systémique parfois nommée la systémique, étudie les relations entre un système et son environnement, entre éléments ou sous-systèmes de ce système. C'est un champ interdisciplinaire relatif à l'étude d'objets dans leur complexité [189]. Le développement de l'approche systémique est intrinsèquement lié à celui de la pensée de la notion de système. Plusieurs définitions assez voisines ont été proposées pour clarifier le concept système. Whitchurch et Constantine [190] définissent un système comme étant « *un ensemble d'éléments et de relations qui se distingue de son environnement tout en interagissant avec lui* ». Le Moigne [191] le considère comme « *un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pour autant son identité unique* ». Pour Bertalanffy [192], le système est « *un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec leur environnement* » (p. 87) ou comme « *un complexe d'éléments en interaction* » (p. 53). Morin [193] va apporter une nuance par rapport à la complexité du système. Pour l'auteur, « *La notion de complexité ne se confond pas avec celle beaucoup plus simple de complication. Celle-ci n'est que la caractéristique d'un objet ou d'un système qui ne demande pas beaucoup de temps pour être compris, tandis que le complexe requiert pour être assimilé, temps, méthode et intelligence* ».

Le degré de complexité d'un système dépend à la fois du nombre de ses éléments et du nombre et des types de relations qui lient ces éléments entre eux. » (p.377).

Cependant, tous ces auteurs s'entendent sur le fait que le système sous-tend toujours l'idée qu'un tout est plus que la somme des parties (concept de totalité), et que les caractéristiques constitutives d'un système ne peuvent donc s'expliquer à partir des caractéristiques de ses parties prises séparément [192]. Ackoff [194] va dans le même sens en affirmant que :

« Aujourd'hui [...] les objets à expliquer sont considérés comme parties de plus grands tous, plutôt que comme des tous qu'il faut décomposer en parties. »
(p.40)

Ainsi, l'approche systémique repose sur trois principes fondateurs : le principe d'interaction, le principe de totalité et le principe de rétroaction. Selon le principe d'interaction ou d'interdépendance, on ne peut pas comprendre un élément sans connaître le contexte dans lequel il interagit. Le principe de totalité rappelle que le tout est supérieur à la somme des parties. Le principe de rétroaction (feed-back) est un type de causalité circulaire où un effet B rétroagit sur la cause A qui l'a produit [195].

Le cadre familial constitue l'objet de notre étude. Dans cette perspective, nous nous sommes aussi intéressés aux approches systémiques familiales de (McHale, 1997 [196], Rouff [197] et Duhamel [198]). L'approche systémique de la famille met en avant la complexité du réseau relationnel dans lequel se développe l'enfant, et l'importance des relations interpersonnelles dans et par lesquelles l'enfant se construit en tant que sujet [196]. Selon Rouff [197], la famille est le système privilégié d'études systémiques. Tout y est porteur de sens. Toutes les actions, tous les comportements sont considérés comme des entrées apportant ainsi une modification à l'ensemble des relations du groupe familial. Le principe de totalité induit que le comportement de chaque membre est lié aux comportements de tous les autres et en dépend directement. Rouyer [199] quant à elle, indique que *« si l'accent est surtout mis dans les nombreux travaux et publications sur les relations entre les parents et l'enfant, il reste aussi à intégrer davantage d'autres agents trop souvent « oubliés » du développement de l'enfant : par exemple, les frères/sœurs et les grands-parents. En outre, les recherches gagneraient à intégrer une approche longitudinale qui tiendrait compte de façon plus explicite des trajectoires familiales et individuelles au regard des transitions de vie (séparation conjugale, recomposition familiale, etc.) qui amènent les adultes (parents et non-parents) et les enfants à développer des liens et des affiliations spécifiques, en dehors parfois de toute parenté biologique »* (p.272). L'auteur conclut son propos en relevant que *« la période de mutation que le monde connaît interroge nos schémas de pensée relatifs au développement de l'enfant au sein de ses milieux de vie, multiples et diversifiés, dans lesquels il côtoie des personnes elles-mêmes situées dans une histoire et elles-mêmes traversées de crises »*.

1 - A l'instar de Duhamel [198], il est donc primordial de bien comprendre le lien entre une problématique de santé sexuelle et reproductive des jeunes et leur contexte familial ou social, afin d'accroître l'efficacité des interventions. En somme, cette approche nous permet de prendre en compte la complexité du problème de communication intergénérationnelle, surtout dans un domaine de la sexualité où tout reste tabou. Elle nous enseigne que l'analyse d'une situation ne peut se faire en déconnectant ou en isolant le problème, au risque de passer à côté de la réalité complexe. Le contexte occupe donc une place importante dans la compréhension des phénomènes. Ces derniers ne peuvent être compris et expliqués que lorsqu'on les replace dans un contexte [194].

2 - L'approche systémique est donc pertinente pour notre étude, dans la mesure où la communication intergénérationnelle ainsi que son influence sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, implique non seulement des interactions

entre les jeunes et leur famille, mais aussi entre eux et leur environnement auquel ils doivent s'adapter. Par conséquent, elle nous permettra de comprendre :

- au niveau interne, le mécanisme de transmission intergénérationnelle des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR, ceux qui engagent la transmission, le cadre familial dans lequel elle s'inscrit, le contenu de cette transmission et le canal par lequel s'effectue la transmission.
- au niveau externe, la nature des échanges entre les jeunes et leur environnement (internet, amis, pairs, école, structures de santé etc.) et le mécanisme d'adaptation de ces jeunes à leur environnement.

I.6.3. Théorie écologique de Bronfenbrenner

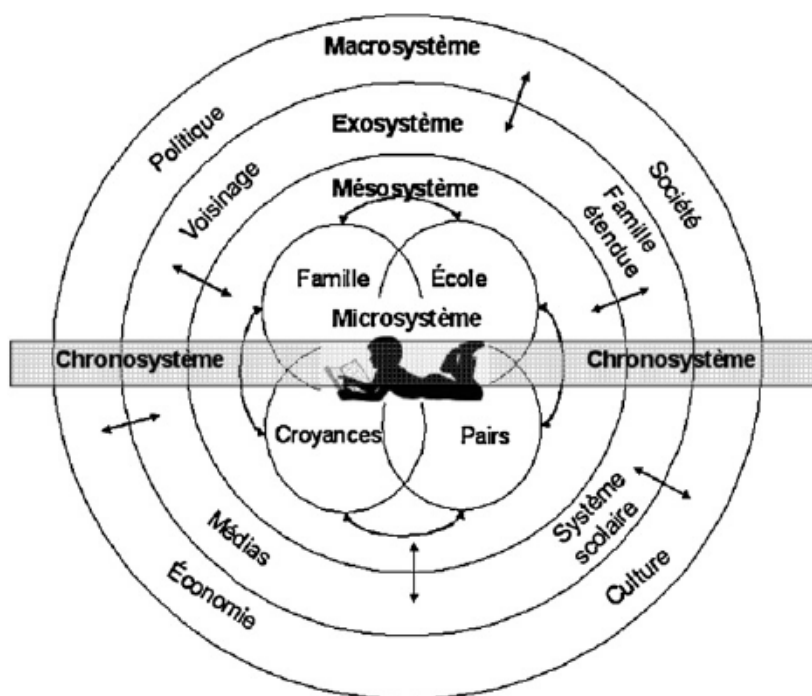
Le courant théorique, dit théorie écologique de Bronfenbrenner, donne une vision qui s'harmonise avec celle de l'interactionniste. Selon Boulanger et al. [200], Bronfenbrenner a créé son premier modèle écosystémique en 1979. Il a développé le modèle bioécologique au début des années 1990. Dans le premier cas, l'accent est mis sur les principes organisateurs de l'écosystème en référence à une logique de cohérence et, sous cet angle, les liens sociaux sont essentiellement considérés comme fonctionnels, en dépit de la posture phénoménologique qu'il annonce au début de son ouvrage de 1979 [201]. Son deuxième modèle aborde l'interaction dans une perspective contextuelle, mais l'analyse de cette interaction se limite au microsystème. Selon Larose et al. [202], le modèle de Bronfenbrenner [201] est, à l'origine, centré sur la relation entre l'enfant (ou l'individu en développement) et des environnements distincts, mais dont la complémentarité est assurée par la médiation du sujet. Il s'agit d'un modèle, non pas du développement de l'individu, mais plutôt des contextes dans lesquels ce développement se produit, et où il effectue des transactions et des transitions. Cela étant, les environnements ou les contextes peuvent être considérés de façon plus ou moins cloisonnée, comme il est possible de les voir en tant que zone de contextualisation d'une même réalité. Cette approche implique l'étude scientifique de l'accommodation progressive et mutuelle entre un être humain qui grandit, et les changements des propriétés des milieux dans lesquels la personne vit, étant donné que ce processus est influencé par les relations entre ces milieux et les contextes qui les englobent [203]. Absil et ses collaborateurs [203] indiquent que :

« La théorie de Bronfenbrenner est avant tout interactionniste : l'individu se développe en interaction avec son environnement. En fait dans la théorie de Bronfenbrenner, il n'y a pas de place pour l'individu en dehors du microsystème. D'ailleurs, il s'agit d'une théorie du processus de développement et non d'une théorie de l'individu. » (p.14)

Dans les années 1970, Bronfenbrenner définit sa première taxonomie selon laquelle, le développement de l'enfant se produit dans l'interaction de quatre types d'environnements : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème [203]. Le *microsystème* est celui dans lequel participe directement l'enfant, comme la famille ou l'école par exemple. Il peut s'agir des endroits qu'il

fréquente, de personnes ou encore des activités qui s'y déroulent. Ce système est caractérisé par les activités réalisées par l'enfant, par les rôles des adultes et par la relation enfant-adulte. Le premier microsysteme est composé de la dyade mère-enfant, puisqu'en s'occupant en grande partie des besoins de l'enfant, la figure maternelle occupe une place prépondérante dans la vie de celui-ci [203, 204]. Le *mésosystème* désigne le lien entre deux microsystemes. Il s'agit de l'interaction entre des acteurs, les parents, l'école, les amis, les personnels de santé. Les échanges entre les microsystemes peuvent se faire de *visu*, mais également par le biais de communications écrites, téléphoniques ou informelles [205]. L'*exosystème* caractérise le système auquel ne participe pas directement l'individu, mais dont il subit l'influence. Il s'agit par exemple, du lieu de travail des parents de l'enfant. Le *macrosystème* pour désigner les normes, les idéologies, les discours, les valeurs, les savoirs et les représentations dominantes d'une collectivité et épistémique de l'environnement. Un peu plus tard en 1984, Bronfenbrenner améliore sa taxonomie des systèmes en ajoutant un nouveau modèle : le *chronosystème*. Ce système réfère aux transitions écologiques qui se vivent tant sur le plan de l'environnement que sur celui des rôles occupés par un individu [203]. De même, un sixième système a été ajouté par Belsky (1980) [206], collaborateur de Bronfenbrenner. Il s'agit du *ontosystème* qui représente l'individu en interaction avec lui-même et porteur de caractéristiques propres. Il comprend l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu. Le schéma suivant est la modélisation de la taxonomie d'Urie Bronfenbrenner (Figure 3).

Figure 3 : Modèle écologique du développement humain (Urie Bronfenbrenner)



Le modèle propose d'analyser les situations à l'aide du cadre ci-dessus où six niveaux de systèmes interagissent entre eux. Ainsi, une importance est accordée aux interactions entre les individus et leur environnement. Bronfenbrenner retient l'idée que « *le comportement est fonction des interactions entre les personnes et leur environnement* » (p.4) [203].

La théorie écologique du développement humain, appliquée à la santé sexuelle et reproductive des jeunes, permet de considérer la persistance des comportements sexuels à risques chez les jeunes, les infections à VIH, les grossesses non désirées et les avortements clandestins, comme étant des problèmes complexes compte tenu de la multiplicité des interactions entre tous les acteurs. De ce point de vue, les jeunes ne seront pas les seuls qui doivent être pris en considération dans les stratégies de prévention : la famille, l'école, les réseaux sociaux, les structures de santé, tout comme la société, exercent une influence sur les comportements sexuels des jeunes. Bien que notre thèse porte sur la compréhension du processus de transfert intergénérationnel familial des connaissances en santé sexuelle et reproductive, il ne suffit pas d'explorer les échanges entre l'enfant et son parent : il est impératif de se pencher sur tous les systèmes qui composent l'environnement des jeunes, tel que les facteurs individuels, familiaux et contextuels [207]. Par conséquent, notre démarche méthodologique intègre une l'analyse écosystémique des relations des jeunes avec leur environnement, de façon holiste afin de mieux définir et comprendre le phénomène de la transmission intergénérationnelle familiale, des connaissances, des attitudes et des compétences en santé sexuelle et reproductive.

En guise de synthèse de cette section, rappelons que notre modèle d'analyse s'inspire d'abord du paradigme interactionniste dans sa prise en compte de la dimension essentielle de la relation sociale, dans les comportements et interactions avec le groupe social. Il s'inspire ensuite de l'approche systémique qui, tenant compte de complexité des phénomènes, impose l'appréhension concrète de concepts qui lui sont propres : vision globale, système, niveau d'organisation, interaction, rétroaction, régulation, finalité, évolution [189]. Enfin, notre analyse s'inscrit dans le cadre de l'approche écosystémique qui impose la prise en considération d'une complémentarité des acteurs, et des finalités des systèmes qui composent l'environnement des individus [202]. Plusieurs travaux de Santé Publique s'inspirent de ce cadre de référence dans des domaines tels que ceux la santé mentale ou l'éducation à la santé. Ils permettent des lectures du social extrêmement fines de l'interaction avec les déterminants de la santé [206, 207].

Chapitre II : Matériels et Méthodes

Ce chapitre présente le contexte de l'étude, ainsi que la démarche méthodologique générale appliquée. D'une part, il décrit les contextes socio-démographique, sanitaire et législative de notre étude. D'autre part, il expose l'ensemble des informations relatives à la méthode, aux techniques et aux instruments de collecte et d'analyse des données, ainsi que les principes éthiques ayant guidé cette recherche. Il permet ainsi de comprendre comment les analyses et les résultats présentés dans les chapitres III et IV ont été élaborés.

II.1 Contexte du travail

Cette section présente le contexte de l'étude (le Burkina Faso et la ville de Bobo-Dioulasso). Elle se réfèrera à différents documents pour présenter la situation socio-démographique, sanitaire et législative de ce contexte de l'étude et des jeunes.

II.1.1. Contexte de l'étude : Le Burkina-Faso

II.1.1.1. Données socio- démographiques et sanitaires

Le Burkina Faso est un pays sahélien sans littoral, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 274 000 km² et partage ses frontières avec six pays, à savoir le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali, le Niger et le Togo. Comme indiqué dans le tableau 4, la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants en 2006 et devrait atteindre 19 034 397 habitants en 2016, si on considère le taux d'accroissement annuel moyen estimé à 3,1% par an [4]. Ce taux d'accroissement annuel moyen de la population s'est accru depuis le dernier recensement général de la population, car il était de 2,4% en 1996. A ce rythme, la population du Burkina Faso atteindra 21 510 181 d'ici 2020, selon les projections démographiques de 2007 à 2020 [5]. Cette croissance soutenue de la population, résulte certainement de l'indice synthétique de fécondité (ISF) encore élevé (6.0 enfants par femme), conjugué à une baisse significative de la mortalité à la faveur des progrès enregistrés, notamment dans le domaine sanitaire. En effet, le taux de mortalité infantile est passé de 91,7‰ en 2006 à 65‰ en 2010 [14]. La hausse de l'espérance de vie à la naissance a par ailleurs été sensible, avec un gain absolu de 24,7 ans entre 1960 et 2006. Ainsi, de 32 ans en 1960, elle est passée à 53,8 ans en 1996 pour atteindre 56,7 ans en 2006 [4]. Mais, il faut souligner que la forte croissance démographique a pour inconvénient de minimiser l'impact des efforts, notamment en matière d'éducation et de santé, et plus globalement en matière de réduction de la pauvreté et d'amélioration du développement humain. La population du Burkina Faso est composée de 48,3% d'hommes et 51,7% de femmes, soit un rapport de 93 hommes pour 100 femmes.

Tableau IV : Les principaux indicateurs de santé et de développement au Burkina Faso

| <i>Indicateurs</i> | <i>Valeurs</i> | <i>Sources de vérifications</i> |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>Volume, répartition par sexe et par milieu de résidence</i> | | |
| Population totale | 14 017 262 | RGPH 2006 |
| Population totale de la commune de Ouagadougou | 1 475 223 | RGPH 2006 |
| Population totale de la commune de Bobo-Dioulasso | 489 967 | RGPH 2006 |
| Population masculine | 6 768 739 | RGPH 2006 |
| Population féminine | 7 248 523 | RGPH 2006 |
| Pourcentage de la population urbaine | 22,7 % | RGPH 2006 |
| Pourcentage de la population rurale | 77,3% | RGPH 2006 |
| Taux de croissance de la population | 3,1 % | RGPH 2006 |
| Taux d'alphabétisation pour les adultes hommes | 38% | EDS 2010 |
| Taux d'alphabétisation pour les femmes adultes | 23% | EDS 2010 |
| <i>Structure de la population</i> | | |
| Population de moins d'un an (0 an) | 466 516 | RGPH 2006 |
| Population de moins de 5 ans (0 – 4 ans) | 2 436 913 | RGPH 2006 |
| Population de 6 – 11 ans | 2 589 132 | RGPH 2006 |
| Population de 6 - 24 ans | 6 251 439 | RGPH 2006 |
| Population de moins de 15 ans (0 – 14 ans) | 6 499 211 | RGPH 2006 |
| Population de 15-19 ans de la commune de Bobo-Dioulasso | 131 000 | RGPH 2006 |
| Population de 20-24 ans de la commune de Bobo-Dioulasso | 118 500 | RGPH 2006 |
| Population de 15-24 ans de la commune de Bobo-Dioulasso | 249 500 | RGPH 2006 |
| Age médian de la population | 21,8 | RGPH 2006 |
| Pourcentage de femmes en âge de procréer | 23,56% | RGPH 2006 |
| <i>Etat matrimonial, nuptialité, taux de mortalité et de fécondité</i> | | |
| Indice synthétique de fécondité (ISF) | 6,0 | EDS 2010 |
| Taux de Prévalence du VIH | 1,0% | EDS 2010 |
| Taux de mortalité néonatale (naissances vivantes) | 28‰ | EDS 2010 |
| Taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) | 65‰ | EDS 2010 |
| Taux de mortalité maternelle naissances vivantes | 341 pour 100 000 | EDS 2010 |
| Prévalence contraceptive | 15% | EDS 2010 |
| Age médian de mariage H/F | 17,8 ans ; H= 25,5ans | EDS 2010 |
| Besoins non satisfaits en PF en 2010 | 23,8 % | EDS 2010 |
| Age moyen de la 1 ^{ère} grossesse | 19,5 ans | EDS 2010 |
| Espérance de vie à la naissance | 56,7 ans | EDS 2010 |

Source : Recensement Général de la Population et de l'habitation 2006 [1]- Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de 2010 [2]-Agence des Etats-Unis pour le Développement International/JSI/Deliver [4].

Elle est aussi extrêmement jeune car, 57% des habitants ont moins de 20 ans et l'âge moyen est de 21,8 ans. Les individus de moins de 15 ans représentaient 47% de la population, et la tranche d'âge de 10 à 24 ans constituait 31% de la population totale [4]. Selon les projections démographiques de 2007 à 2020 [5], cette tendance au rajeunissement se maintiendra au moins jusqu'en 2050, avant de diminuer progressivement. En 2016, les jeunes de 10 à 24 ans représentaient 36% de la population au Burkina Faso, avec un rapport de masculinité de 85 hommes pour 100 femmes [14]. Cette jeunesse de la population constitue un levier potentiel d'innovations et de progrès à moyen et long termes, à condition que des ressources soient mobilisées pour la protection et la préparation des jeunes à la vie adulte. A court terme, elle induit des rapports élevés de dépendance, qui réduisent les capacités d'épargne des familles et des ménages et contribuent à aggraver la pauvreté, car c'est au sein des populations pauvres que le nombre d'enfants est le plus élevé [208].

Sur le plan de l'éducation, il ressort du dernier recensement général de la population, que 70,8% des jeunes n'ont jamais fréquenté l'école, 19,3% l'ont déjà fréquentée mais n'y sont plus, et 9,9% ont déclaré qu'ils sont toujours à l'école. Dans la population des jeunes, 27,9% sont alphabétisés. Par ailleurs, le mariage ne semble pas être une préoccupation pour eux. En effet, sur 100 jeunes ayant répondu à la question sur l'état matrimonial, 54 ont déclaré qu'ils sont mariés, 43 sont encore célibataires. Le mariage au niveau des jeunes semble avoir un visage féminin dans la mesure où sur 100 femmes âgées de 15 à 35 ans, 70 sont mariées contre seulement 36 chez les hommes. Il est aussi plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, sur 100 jeunes résidant en milieu rural, 62 ont déclaré qu'ils sont mariés, contre 37 en milieu urbain [4].

II.1.1.2. Administration du territoire

Au Burkina Faso, les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village. Et depuis 1992, le pays s'est engagé dans un processus démocratique, alliant la décentralisation et a donné naissance aux collectivités territoriales (régions et communes) dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines¹ et 302 communes rurales²) et 8228 villages constituant les circonscriptions administratives.

¹ Aux termes de la loi n°055-2004/AN portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso, la commune urbaine est une entité territoriale comprenant au moins une agglomération permanente de 25 000 habitants et dont les activités économiques permettent de générer des ressources budgétaires propres annuelles d'au moins 25, 000,000 FCFA.

² Aux termes de la même loi n°055-2004/AN, la commune rurale est un regroupement de villages qui a une population d'au moins 5 000 habitants et dont les activités économiques permettent de générer des ressources budgétaires propres annuelles d'au moins 5, 000,000 FCFA

II.1.1.3 Politiques et règlements relatifs à la santé de la reproduction

Le système de santé du Burkina Faso a été marqué entre 1993 et 2000 par une grande décentralisation de l'administration et des services de santé. En effet, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, le gouvernement du Burkina Faso a adopté en juillet 1993, le document national sur le renforcement des soins de santé primaires. Le territoire est alors subdivisé en 13 régions sanitaires correspondant aux régions administratives. Les régions sanitaires elles-mêmes sont subdivisées en des entités opérationnelles qui sont les districts sanitaires, au nombre de 70 depuis avril 2011.

Les politiques en matière de population, de jeunesse, de santé sexuelle et reproductive des jeunes, de planification familiale et de sécurité contraceptive, se déclinent à travers des actions prises par le gouvernement sous forme de textes légaux, réglementaires et d'orientation stratégique. Ils sont résumés dans le rapport de l'analyse situationnelle de la sécurité des produits contraceptifs au Burkina Faso [208], et se déclinent de la façon suivante :

a- La Politique Nationale de Population (PNP) : Révisée en 2010, elle pose le principe de l'équité et de l'égalité entre les sexes, et de l'égal accès de l'homme et de la femme aux services de base tels l'éducation, la santé y compris la santé de la reproduction. La PNP s'est fixée des objectifs spécifiques dont plusieurs sont relatifs à la santé de la reproduction et à la contraception. Il s'est agi entre autres de (i) réduire de 2010 à 2015, la mortalité maternelle et infantile de 60%, et (ii) d'accroître le taux de prévalence contraceptive moderne qui était de 6% en 1998 à 19% en 2015. Comme on peut bien le remarquer, la planification familiale est une partie intégrante de la Politique nationale de population. Mais le principal défi qui reste à relever est celui des pesanteurs socioculturelles, car malgré la loi relative à la santé de la reproduction (SR)³ et les autres documents normatifs édictés par le gouvernement, l'accès à la contraception est toujours limité [208].

b- La Politique Sanitaire Nationale (PSN) : La Politique sanitaire nationale adoptée en 2000 et mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010, a été révisée en 2010 en vue de prendre en compte les changements intervenus au cours des dix (10) dernières années. Cela a conduit à l'élaboration d'une Politique nationale de santé (PNS) et d'un PNDS 2011- 2020. La PNS se fonde sur les principes des soins de santé primaires et les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients, ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance. La vision de la « *santé* » s'y décline comme « *le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant* ». Il est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé.

³ Loi 049-2005/AN 22 décembre 2005 portant santé de la reproduction

c- Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ, 2008) : La Politique nationale de jeunesse est la traduction concrète de la volonté du gouvernement de promouvoir le bien-être social et économique des jeunes. Elle ambitionne de satisfaire les besoins fondamentaux d'éducation, de formation et d'information, de santé et d'insertion socio-économique des jeunes. Elle tire son inspiration du Programme politique du Président du Burkina Faso à l'horizon 2010, d'une part, du Programme d'action mondial pour la jeunesse adopté par l'Assemblée générale de l'ONU en 1995 à travers la résolution 50/81 et d'autre part, des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [209]. Elle se veut être un guide pratique et cohérent en vue d'harmoniser toutes les actions visant la promotion de la jeunesse.

d- Le Cadre Stratégique national de lutte contre les IST/Sida (2016-2020) : Ce cadre s'inscrit dans la vision des Plans stratégiques nationaux de Troisième génération (PSN-3G) axés sur la priorisation, le retour d'investissement et la mise en œuvre d'activités à haut impact. Il a pour objectif de :

- réduire les nouvelles infections à VIH face au risque de rebond de l'épidémie et à la propagation des IST;
- améliorer l'accès et la qualité des services de soins, de traitement, de soutien des personnes infectées/atteintes par le VIH et leur intégration dans les systèmes de protection sociale ;
- améliorer la gouvernance et la gestion de l'information stratégique pour une réponse nationale au VIH efficace et efficiente.

Le Cadre Stratégique national de lutte contre les IST/Sida (2016-2020) propose des activités spécifiques pour les adolescents, dont la création d'un centre d'informations, d'assistance et de dépistage des IST pour les jeunes de Ouagadougou, le soutien d'une campagne d'information, l'éducation et la communication dans les régions, et la création de magazines scolaires sur les IST/Sida.

e- Le Code des personnes et de la famille (en vigueur depuis 1990) : Le Code des personnes et de la famille régit les pratiques conjugales. Il comporte plusieurs clauses relatives à la santé de la reproduction. Premièrement, l'âge légal du mariage est porté à 20 ans par les hommes de plus de 20 ans et à 17 ans pour les femmes. Deuxièmement, l'abandon d'une femme enceinte est puni par la loi. Troisièmement, le viol est sanctionné par un emprisonnement de cinq à dix ans. Finalement, le Code des personnes et de la famille rend passibles de sanctions pénales toutes les formes d'avortement. Cependant, l'article 93 permet l'avortement thérapeutique si la vie de la mère est en danger ou en cas de viol.

f- Plan Stratégique de la Santé des Jeunes (PSSJ, 2015-2020) : Le premier Plan stratégique de santé des jeunes avait été élaboré pour 2004-2008. Document d'orientation stratégique en matière de santé des jeunes, il doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS. Amendé par la Direction de la Santé de la

Famille (DSF) en 2015, les actions du nouveau plan (2015-2020), visent à permettre aux jeunes, quel que soit leur profil social, culturel et économique, de bénéficier d'une prise en charge en fonction de leurs besoins.

g- La loi 049-2005/AN du 22 décembre 2005 portant santé de la reproduction : Elle énonce le principe de l'égalité des droits pour tout individu à la santé de la reproduction sans discrimination aucune, ainsi que le droit des individus et des couples à décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, consacrant ainsi une position officielle en faveur de l'espacement des naissances. En matière de prestation des services, la loi autorise toutes les techniques et méthodes contraceptives, en dehors de l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse, dans les formations sanitaires publiques et privées qui remplissent les conditions requises.

h- Le Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (PS/SPC) 2006 – 2015 et le Plan de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (P/SPSR) 2009-2011 : En vue d'améliorer l'impact des actions dans la mise en œuvre du programme national de planification familiale, le gouvernement a jugé nécessaire d'élaborer un plan stratégique décennal de sécurisation des produits contraceptifs couvrant la période 2006–2015, et dans lequel devront s'inscrire toutes les interventions, qu'elles soient publiques, privées, associatives, communautaires ou des organisations non gouvernementales. Ce plan avait pour objectif, la réalisation de la sécurité contraceptive à travers le développement de la capacité du programme à : i)- estimer ses besoins en produits avec précision; ii)- identifier les moyens adéquats pour financer ses approvisionnements; iii)- s'approvisionner en produits contraceptifs dans les délais requis et iv)- assurer une fourniture sûre des produits à tous les clients.

En 2009, il s'est avéré nécessaire de réviser ce plan pour prendre en compte les produits de la santé de la reproduction en général, aboutissant ainsi à l'élaboration du Plan de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (P/SPSR) 2009-2015. Ce plan qui a pour objectif de garantir la disponibilité des produits de santé de la reproduction et l'offre des services de qualité dans le domaine de la santé de la reproduction, définit cinq domaines prioritaires qui sont : i)- la politique, le financement et la pérennisation des produits de SR y compris le condom féminin; ii)- l'offre de services SR; iii)- la gestion logistique; iv)- la demande et l'utilisation ainsi que v)- le partenariat et la coordination du suivi et de l'évaluation.

h- Le plan de relance de la Planification Familiale 2013-2015 : La mise en œuvre du PS/SPSR a permis de faire des progrès, mais ils semblaient insuffisants si le Burkina Faso ambitionnait d'atteindre les objectifs des OMD et de la SCADD en 2015. C'est ainsi qu'à l'issue de la Conférence de Ouagadougou de février 2011 sur le thème « *Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir* » ayant réuni huit gouvernements de la sous-région, des bailleurs de fonds internationaux et la société civile, membres du partenariat de Ouagadougou, le ministère de la Santé

avait élaboré en étroite collaboration avec ses partenaires, un plan de relance de la PF pour la période 2013-2015 [13]. Ce plan fixait un objectif ambitieux qui était d'atteindre une prévalence contraceptive moderne de 25 % pour les femmes en union en 2015 (au-delà de l'objectif de la PNP fixé à 19% pour 2015). Il s'agissait donc de réaliser un effort de 2,7 points de pourcentage par an, pour l'accroissement de la prévalence contraceptive. L'objectif national de prévalence contraceptive a été décliné au niveau régional, en établissant une classification des régions selon leur potentiel (haut, moyen et faible). Ce potentiel était calculé en fonction du nombre de femmes en âge de procréer, et du taux de besoins non satisfaits. Quatre actions prioritaires ont été retenues, il s'agit de : la création de la demande, la disponibilité des produits contraceptifs, l'accès aux services de planification familiale et du suivi-évaluation. Pour le gouvernement, cet objectif est un impératif pour le Burkina Faso dans sa quête de maîtrise démographique et de réduction des décès maternels et infantiles. C'est ainsi que d'autres mesures ont été prises en faveur de la PF et de la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agit par exemple de : i)- l'arrêté conjoint des ministères de la Santé et celui du Commerce, de l'Industrie et Artisanat fixant les prix des produits à chaque niveau du système de santé y compris les contraceptifs; ii)- la subvention des produits contraceptifs de (97% maxi) en collaboration avec les donateurs; iv)- la gratuité de la consultation et des fiches PF et v)- la gratuité des consommables pour l'insertion et le retrait des implants et du DIU. Le ministère de la Santé a également développé d'importants documents de normes et directives pour garantir la qualité des services de SR à l'usage des prestataires des services de santé et des gestionnaires de stocks. Il s'agit notamment du guide de diagnostic et traitement, du document de politique, normes et protocoles en SR, du manuel de gestion logistique des contraceptifs, de la liste nationale des médicaments essentiels.

On constate donc que le Burkina Faso possède un ensemble d'instruments juridiques et réglementaires, qui protègent les droits de la santé sexuelle et reproductive. Malheureusement, ces textes ne sont pas connus par les populations les plus concernées. Il est donc urgent de trouver des voies et moyens pour une meilleure diffusion de ces documents, qui sont la base et le guide de toutes les activités en matière de santé sur le terrain, et plus spécifiquement en matière de PF [208].

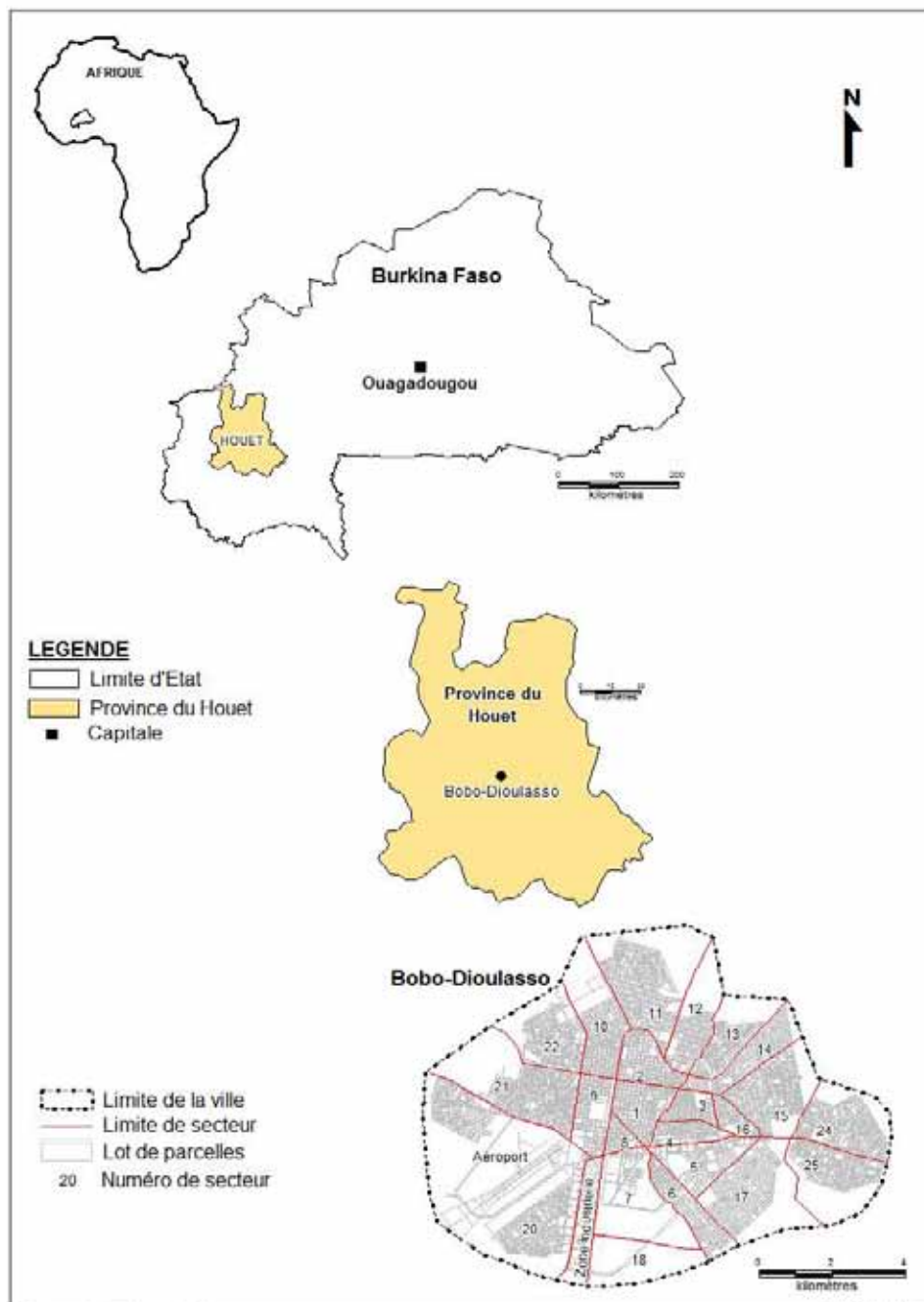
II.1.2. Présentation de Bobo-Dioulasso

Cette étude est réalisée à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). La figure 4 ci-dessous, situe : 1)- le Burkina Faso sur une carte d'Afrique, 2)- la province du Houet sur une carte du Burkina Faso, 3)- la ville de Bobo-Dioulasso dans la province du Houet, et enfin 4)- le plan de Bobo-Dioulasso, ses 25 secteurs géographiques (site de collecte de nos données) [210].

La ville de Bobo-Dioulasso est la commune urbaine de la province du Houet dans la région des Hauts Bassins. Deuxième ville du Burkina Faso, elle couvre une superficie de 1 805 km². Sa population est essentiellement composée de Bobo, Dioula, Mossi. Capitale économique et Chef-lieu de la province du Houet, Bobo-Dioulasso est

situé à 365 km de Ouagadougou (la capitale politique du Burkina Faso). Sur le plan géographique, Bobo-Dioulasso est repérable aux coordonnées 11° 10' de latitude nord et 4° 16' de longitude ouest.

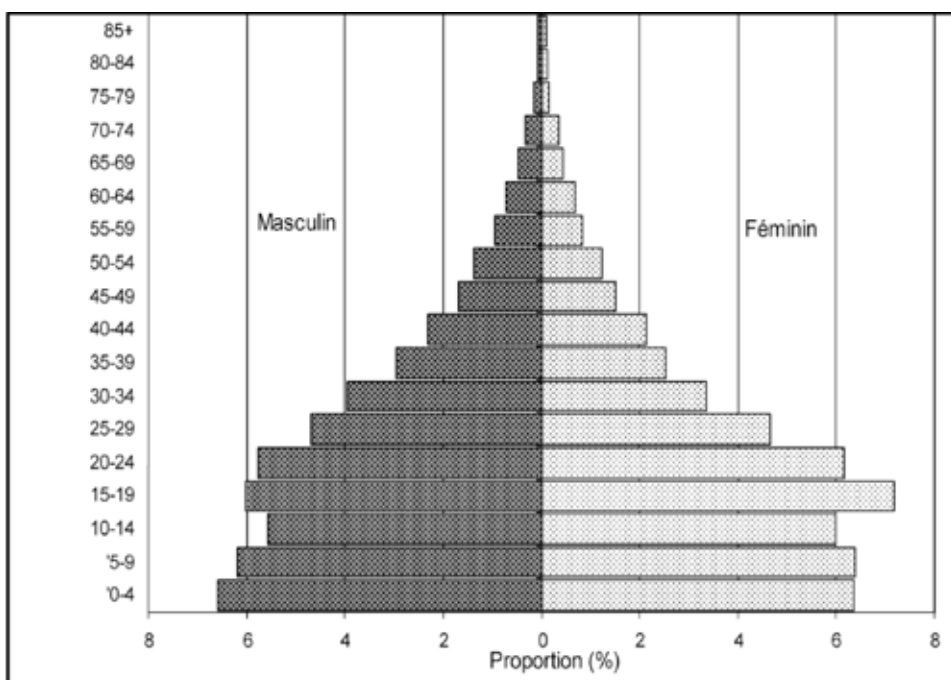
Figure 4 : Carte de la ville de Bobo-Dioulasso



Au dernier Recensement général de la Population et de l'Habitat [4], la ville de Bobo-Dioulasso comptait 489.967 habitants répartis sur 25 secteurs géographiques, 94.947 ménages. Avec un taux d'accroissement annuel moyen de 4,7%, la population de Bobo-Dioulasso représentait 15% de la population urbaine du Burkina Faso et 3,5% de la population totale du pays.

La population de la ville est aussi jeune que la population du pays. En effet, la moitié (50,0%) de la population a moins de 20 ans, et l'âge moyen est de 22,9 ans contre 21,8 ans au niveau national. L'âge médian confirme en effet la jeunesse de la population de la ville de Bobo-Dioulasso. En considérant les groupes d'âges fonctionnels [1], ce constat se confirme davantage car les enfants de moins de 15 ans constituent 36,9% de la population totale. Comme le montre la figure 5, la population féminine est aussi jeune que la population masculine, avec des âges moyens et médians respectifs de 22,6 et 14,4 ans chez les femmes contre 23,3 et 15,5 ans chez les hommes. La figure 5 présente la pyramide d'âges de la population totale de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Elle est caractéristique d'une population avec une base rétrécie, un sommet effilé et des échancrures par endroits. On observe des saillies importantes au niveau des groupes d'âges : 15-19 ans et 20-24 ans. Parmi ces deux groupes d'âge, il y a plus de filles que de garçons.

Figure 5 : Pyramide par groupe d'âges de la population totale de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso.



Source : Recensement Général de la Population et de l'habitation 2006 [4].

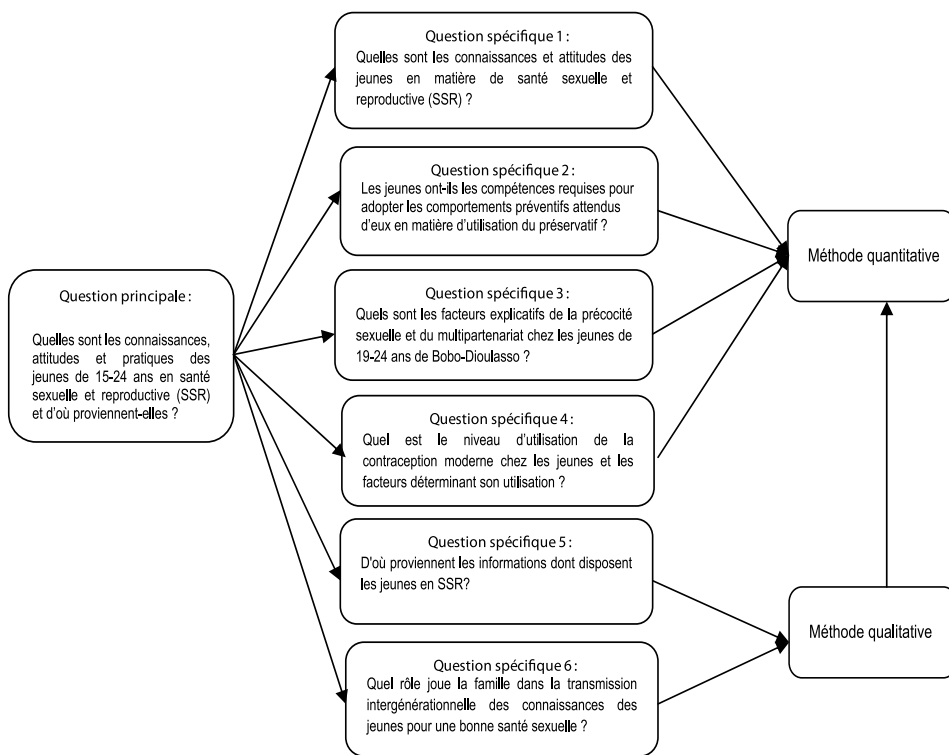
En ce qui concerne la composition de la population selon la religion, les musulmans sont les plus nombreux avec 76,7% de la population contre 19,0% pour les catholiques et 3,0% pour les protestants. Les animistes, les sans religions et les autres religions sont faiblement représentés. Ce constat est également valable au niveau des arrondissements où on enregistre 86,5% de musulmans dans l'arrondissement de Dô contre 78,9% à Konsa et 67,3% à Dafra.

En résumé, la population de la ville de Bobo-Dioulasso représente 3,5% de la population totale du Burkina Faso et 15,4% de la population urbaine du pays. Elle est composée en majorité de jeunes. En effet, une personne sur deux à moins de 20 ans. Le rapport homme/femme en faveur des femmes dans l'ensemble de la ville cache des disparités entre arrondissements. La prédominance féminine est remarquable surtout entre 10-19 ans. La migration des jeunes filles vers la ville pour le travail domestique, pourrait justifier cette prédominance.

II.2. Approches méthodologiques

Comme nous l'avons déjà souligné dans la section précédente, la théorie écologique du développement humain appliquée à la santé sexuelle et reproductive des jeunes, permet de considérer la persistance des comportements sexuels à risques chez les jeunes, les infections à VIH, les grossesses non désirées et les avortements clandestins comme étant des problèmes complexes, compte tenu de la multiplicité des interactions entre tous les acteurs. Cette complexité exige l'utilisation d'une approche méthodologique, qui permet d'aborder les objets de notre recherche dans leur globalité. Une approche mixte nous paraît la plus convenable dans ce cas de figure. La recherche par les méthodes mixtes (RMM) est, selon Johnson et al. [211], « *un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de chercheurs associe des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives (par exemple, l'utilisation de points de vue, de collectes de données, d'analyses de données, de techniques d'inférences (qualitatives et quantitatives) dans le but d'une meilleure compréhension* ».

Au vu de ce qui précède, nous avons retenu une approche méthodologique qui combine deux composantes (quantitative et qualitative). Comme l'indique la figure 6, le volet quantitatif nous a permis d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en santé sexuelle et reproductive (questions spécifiques 1, 2, 3 et 4), tandis que le volet qualitatif a permis de clarifier et de compléter les résultats quantitatifs, notamment en ce qui concerne le processus de transmission intergénérationnelle desdites connaissances et pratiques (questions spécifiques 5 et 6).

Figure 6 : Le plan de conception de la méthode

II.2.1. Approche quantitative

La recherche quantitative vise à expliquer les phénomènes, par une investigation empirique systémique des phénomènes observables par la collecte de données numériques, analysées à travers des méthodes fondées sur des techniques mathématique, statistique et/ou informatique [212].

La démarche opérationnelle de ce volet, a donc consisté à documenter l'ensemble des indicateurs clés, par une étude principale de type CAP (Connaissances-Attitudes et Pratiques). Ceci nous a permis de répondre aux questions spécifiques suivantes :

- Quelles sont les connaissances et attitudes des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ?
- Quel est le niveau d'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs déterminant son utilisation ?
- Les jeunes ont-ils les compétences requises pour adopter les comportements préventifs attendus d'eux en matière d'utilisation du préservatif masculin ?
- Quels sont les facteurs explicatifs de la précocité sexuelle et du multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo-Dioulasso ?

II.2.1.1. Population de l'étude

Il s'agit d'une enquête quantitative à visée descriptive, menée en communauté, en vis-à-vis au moyen d'un questionnaire standard. La population cible est composée de filles et garçons âgés de 15 à 24 ans, qui résidaient dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) à la date de l'enquête. Tous les jeunes qui ne souhaitaient pas participer à l'enquête, ou qui ne répondaient pas aux critères d'âge (15 à 24 ans) et de résidence (vivant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso) avaient été exclus.

Nous avons conservé la notion de résidence telle qu'utilisée lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation au Burkina Faso [4] : La résidence se définit par rapport au ménage dans lequel vit habituellement une personne. Est ainsi résidente, toute personne qui habituellement, vit dans le ménage depuis plus de six (6) mois ou qui en a l'intention. La population résidente d'un territoire est celle qui vit habituellement sur ce territoire.

II.2.1.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

Les individus interrogés au cours de l'enquête, étaient issus d'un processus d'échantillonnage stratifié par grappes, représentées par les ménages. Les ménages ont été repérés dans leurs concessions d'habitation, dans les quartiers urbains de Bobo-Dioulasso. Un nombre prédéfini de ménages a été calculé par secteur, selon le découpage administratif en vigueur en 2006 [4]. Le nombre de ménages nécessaire a été calculé afin de permettre une précision de 0.15, avec un niveau de confiance de 0.95 pour une puissance de 0.8. Le nombre de ménages a ensuite été calculé, en considérant un effet de grappe de 1.5, ainsi qu'un taux attendu de non réponses de 0.1. Finalement, l'enquête a concerné 456 ménages.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2006 [4], la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants répartis dans 94 947 ménages, dont 24,9% de jeunes de 15-24 ans. Sur cette base, nous avons utilisé la formule de Machin et al. [213] pour obtenir un échantillon de 573 individus.

Comme indiqué dans le tableau 5, ces 573 personnes ont été réparties entre les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Dafra, Do et Konsa), proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements (ancienne loi de découpage territorial). Les ménages ont donc été choisis dans 24 des 25 secteurs de la ville en fonction de leur taille. Les ménages du secteur 18 ont été exclus de l'étude (réserve du camp militaire).

Tableau V : Nombre et proportion des ménages et des enquêtés dans les trois arrondissements de la ville de Bobo-Dioulasso

| Arrondissement | Secteur | Nombre de ménages | Ménage échantillon | Population | Nombre 15-24 ans | Échantillon jeunes |
|----------------|------------|-------------------|--------------------|----------------|------------------|--------------------|
| DAFRA | Secteurs | 40 713 | 195 | 203 565 | 50 789 | 239 |
| | Secteur 3 | 2 476 | 12 | 12 380 | 3 089 | 15 |
| | Secteur 4 | 2 042 | 10 | 10 210 | 2 547 | 12 |
| | Secteur 5 | 765 | 4 | 3 825 | 954 | 4 |
| | Secteur 6 | 4 124 | 20 | 20 620 | 5 145 | 24 |
| | Secteur 14 | 5 019 | 24 | 25 095 | 6 261 | 29 |
| | Secteur 15 | 8 955 | 43 | 44 775 | 11 171 | 52 |
| | Secteur 16 | 1 843 | 9 | 9 215 | 2 299 | 11 |
| | Secteur 17 | 10 201 | 48 | 51 005 | 12 726 | 60 |
| | Secteur 24 | 2 124 | 10 | 10 620 | 2 650 | 12 |
| | Secteur 25 | 3 164 | 15 | 15 820 | 3 947 | 19 |
| DO | | 31 762 | 152 | 168 339 | 42 000 | 197 |
| | Secteur 2 | 4 826 | 23 | 25 578 | 6 382 | 30 |
| | Secteur 10 | 4 767 | 23 | 25 265 | 3 304 | 30 |
| | Secteur 11 | 9 245 | 44 | 48 999 | 12 225 | 57 |
| | Secteur 12 | 4 991 | 24 | 26 452 | 6 600 | 31 |
| | Secteur 13 | 2 848 | 14 | 15 094 | 3 766 | 18 |
| | Secteur 22 | 4 671 | 22 | 24 756 | 6 177 | 29 |
| | Secteur 23 | 414 | 2 | 2 194 | 547 | 3 |
| KONSA | | 22 472 | 109 | 116 854 | 29 155 | 137 |
| | Secteur 1 | 2 800 | 14 | 14 560 | 3 633 | 17 |
| | Secteur 7 | 178 | 1 | 926 | 231 | 1 |
| | Secteur 8 | 824 | 4 | 4 285 | 1 069 | 5 |
| | Secteur 9 | 2 905 | 14 | 15 106 | 3 769 | 18 |
| | Secteur 19 | 454 | 3 | 2 361 | 589 | 3 |
| | Secteur 20 | 4 896 | 24 | 25 459 | 6 352 | 30 |
| | Secteur 21 | 10 415 | 49 | 54 158 | 13 512 | 63 |
| TOTAL | | 94 947 | 456 | 488 758 | 121 945 | 573 |

Source : Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2006

En ce qui concerne le repérage des ménages, nous nous sommes inspirés de la stratégie utilisée par A. Berthé [210] lors d'une étude sur « *Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile : une analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso* ». A l'intérieur de chaque secteur de l'étude, pour avoir le nombre d'enquêtés requis, à l'aide du plan détaillé de la ville [214], nous avons repéré le centre de chaque secteur et fait pivoter une bouteille dans le sens de l'aiguille d'une montre. Et la direction indiquée par cette bouteille

a été empruntée pour chercher les jeunes. Nous avons opté d'harmoniser les pas par secteur, et utilisé un pas de 1/5 concessions (compté droite-gauche en fonction de l'ordre d'apparition de portes principales). A la fin de la rue sélectionnée, l'enquêteur tournait à droite pour emprunter la rue suivante tout en maintenant le même pas. Dans chaque concession sélectionnée, s'il n'y avait qu'un seul jeune de 15 à 24 ans ou plus, il était systématiquement retenu. Un tirage au hasard, sans remise du prénom du jeune à interroger, a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne répondant aux critères d'inclusion. Les jeunes sélectionnés et absents ont été recherchés deux fois, et remplacés en cas d'absence à la troisième visite. La participation a été libre et volontaire. Nous n'avons enregistré des cas de refus.

Nous avons conservé la notion de résidence telle qu'elle a été utilisée lors du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation au Burkina Faso [4]. La résidence se définit par rapport au ménage dans lequel vit habituellement une personne. Est ainsi résidente, toute personne qui habituellement, vit dans le ménage depuis plus de six (6) mois ou qui en a l'intention. La population résidente d'un territoire est celle qui vit habituellement sur ce territoire.

II.2.1.3. Outils de recueil des données

a- Type d'outils de recueil des données

Deux types de questionnaires (ménage et individuel) ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographique et de Santé (2010) [14]. Ainsi, les questions contenues dans nos deux questionnaires avaient déjà été utilisées lors de l'EDS 2010 du Burkina Faso.

Ce sont majoritairement des questions fermées (choix de réponse fixe) ou des questions préformées (réponses possibles rédigées par avance, ou formes des réponses définies par la question). Toutes ces questions ont été formulées avec soin, dans un langage simple. Les questionnaires ont été validés par le comité éthique du Centre Muraz. Ils ont été accompagnés d'un formulaire de consentement éclairé, qui a été signé et daté par chaque enquêté. Ces deux types de questionnaires sont :

- Le questionnaire « *ménage* ». Il nous a permis de saisir les caractéristiques sociodémographiques des familles, notamment l'âge, le sexe, la situation de résidence des membres du ménage et le type de cohabitation. Il a servi à identifier les contextes de vie des jeunes enquêtés. Ces informations ont été aussi utilisées pour la suite de la recherche, notamment pour le volet qualitatif qui concerne les parents des enquêtés ;
- Le questionnaire « *individuel* ». Il est composé d'environ 200 questions et subdivisé en quatre sections. La première section porte sur les caractéristiques socio-démographiques des jeunes enquêtés (âge, sexe, niveau d'étude, ethnie, etc.). La deuxième concerne les connaissances des enquêtés en matières de prévention des IST/VIH (modes de transmission

et de prévention, existence du traitement et lieux de prestation de services) et des grossesses non désirées (physiologie de la procréation et la contraception). La troisième est axée sur les perceptions (existence du VIH/Sida, fiabilité du condom et des contraceptifs), les compétences (pose correcte du condom masculin) et les pratiques (comportements sexuels à risques, utilisation du condom et de la contraception). La quatrième et dernière section, est relative aux sources d'information des jeunes en santé sexuelle et reproductive.

La compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin est définie comme étant la capacité des jeunes à citer aux enquêteurs de façon correcte, les différentes étapes de l'usage du préservatif. Ainsi, ont été considérés comme ayant une bonne compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin, les jeunes pouvant citer de façon chronologique et correcte, la totalité des sept étapes suivantes : i)-vérifier la date d'expiration ; ii)- ouvrir soigneusement l'emballage pour ne pas déchirer le caoutchouc ; iii)- s'assurer que le préservatif est dans le bon sens ; iv)- presser le bout du préservatif ; v)- dérouler le condom en tenant l'extrémité jusqu'à ce que le pénis en érection soit entièrement recouvert ; vi)- après le rapport et l'éjaculation, saisir le bord du préservatif et dégager le pénis avant qu'il s'amollisse ; vii)- faire un nœud, le jeter dans une poubelle.

Deux comportements sexuels à risques ont été étudiés : la précocité sexuelle et le multipartenariat. La précocité sexuelle est définie comme étant le fait d'avoir sa première relation sexuelle avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat renvoie à l'existence, pour un individu donné à un moment donné, de plusieurs partenaires sexuels (simultanément ou successivement) [215].

II.2.1.5. Collecte de données

La collecte de données a été précédée par une formation de dix enquêteurs et de trois superviseurs sur l'éthique et la recherche quantitative et qualitative. Cette formation a été dispensée par l'investigateur principal avec l'appui des sociologues de l'équipe « *sociétés et santé* » du Centre Muraz. Ces enquêteurs ont été sélectionnés sur la base de leurs expériences du travail d'enquête de terrain, et leur maîtrise de la langue locale. A l'issue de cinq jours de formation, un pré-test a été organisé sur le site de Kodéni. Ce site ne fait pas partie de la zone d'enquête. Chaque enquêteur a testé deux questionnaires. Un atelier de validation des deux outils de collecte de données a enfin été organisé.

La collecte des données proprement dite, s'est déroulée du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015 par des entretiens à domicile. Ces entretiens ont été conduits dans les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Dafra, Do et Konsa), par les dix enquêteurs et les trois superviseurs. La durée moyenne d'entretien était de 45 minutes. Les enquêteurs ont progressé secteur par secteur. Afin de garantir la fiabilité des données collectées, nous avons coordonné les activités sur le terrain. A la fin de chaque journée d'enquête, une réunion était organisée avec l'assistance

d'une équipe du Centre Muraz, pour évaluer la cohérence des informations recueillies et la complétude des questionnaires.

II.2.1.6. Gestion et analyse des données

En tant que visiteur scientifique, le principal investigateur a effectué un voyage d'étude au centre de recherche « *Luxembourg Institute of Health* ». Ce séjour de trois semaines à Luxembourg, nous a permis de renforcer nos capacités en ce qui concerne l'utilisation du logiciel Stata SE.

Nous avons réalisé une analyse descriptive. Pour Robert R. et Perrier Y, faire une analyse descriptive, c'est :

« Dresser un portrait de la situation telle qu'elle nous apparaît suite à la compilation et au classement des données qualitatives ou quantitatives obtenues. Par exemple, on indiquera les caractéristiques d'un groupe, on établira les liens statistiques ou fonctionnels entre les composantes étudiées, on fera ressortir la valeur des variables significatives, etc. » [216].

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata SE, avec l'appui de l'équipe du centre de calcul de Muraz, après une double saisie et le nettoyage de la base de données. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat, et de calculs de mesures d'associations. Les variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2, et le test exact de Fisher dépendant de l'effectif (Chi-2 pour les effectifs théoriques >5 et test exact de Fisher lorsque ces effectifs étaient ≤ 5).

II.2.2. Approche qualitative

Selon Martinet [217], l'approche qualitative vise à analyser objectivement une réalité subjective, construite socialement. Elle s'appuie sur une démarche qualitative, et elle ne vise aucunement la découverte de lois universelles normatives. Il s'agit donc, non pas d'expliquer, mais de contribuer à une meilleure compréhension de l'existant et de guider les acteurs qui agissent sur lui. Cette recherche relève ainsi, en partie, de la voie constructiviste d'une science d'aide à la décision. Nous avons donc opté pour cette approche complémentaire, pour vérifier la cohérence du discours des jeunes sur les comportements sexuels à risques, les pratiques préventives en matière de VIH et de grossesses non désirées, et la communication entre les parents et les jeunes sur la sexualité et la reproduction. Il s'agissait donc, de vérifier les principales données quantitatives collectées durant l'enquête CAP. Ensuite, elle nous a permis de fournir méthodiquement des réponses à la question des savoir : *d'où viennent les informations dont disposent les jeunes en santé sexuelle et reproductive et quel rôle joue la famille dans la transmission intergénérationnelle pour une bonne santé sexuelle ?*

Les méthodes utilisées en recherche qualitative sont très diverses, bien qu'elles aient quelques caractéristiques communes. Anadon [218] avait présenté quelques-unes à savoir: la phénoménologie, l'ethnographie, la théorisation ancrée, l'ethnométhodologie, l'analyse conversationnelle, l'analyse narrative et l'étude de

cas. La phénoménologie nous a semblé la méthode la plus adéquate, pour approcher la subjectivité dans la communication sur la sexualité entre nos enquêtés (parents et enfants). En effet, la phénoménologie est une tradition de recherche qualitative, ancrée dans la psychologie et la philosophie, qui met l'accent sur l'expérience vécue [219]. Ainsi, la méthode phénoménologique tente de décrire les expériences quotidiennes, et à en approfondir la compréhension. Et ce qui différencie cette méthode des autres méthodes qualitatives précédemment citées, c'est qu'elle met l'accent sur le vécu de l'individu et sur l'expérience subjective [220]. Nous avons donc opté pour la méthode phénoménologique pour ce volet de notre étude.

II.2.1.1. Population de l'étude

Cette enquête a concerné deux catégories de personnes à savoir :

- La dyade parents biologiques (père et mère) ou tuteurs (hommes et femmes) et enfants (filles ou garçons). Sont appelés « *enfants* », les jeunes ayant participé à l'enquête CAP du volet quantitatif de notre étude ;
- Les personnes ressources directement concernées par la problématique de la santé sexuelle et reproductive des jeunes notamment :
 - le personnel de santé offrant des services de santé sexuelle et reproductive,
 - des leaders religieux (catholique, protestant, musulman),
 - des acteurs des organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive,
 - des enseignants des collèges/lycées,
 - des groupes de jeunes n'ayant pas participé au volet quantitatif appartenant à un réseau d'amis « *grins* »,
 - des groupements de femmes ;
 - des adultes (hommes).

Toutes les personnes qui ne souhaitent pas participer à l'enquête, ou qui ne faisaient pas partie de ces deux catégories avaient été exclues. Nous avons privilégié les cadres familiaux de cohabitation constitués par la dyade parent/enfant, dans le contexte africain (père-mère-tuteur/enfant-neveux-nièces-belles-filles) à cause de l'importance du rôle de la dyade parent/enfant dans le développement cognitif de l'enfant.

Le « *grin* » est défini par Reysoo [221] comme étant : « *une entité à la fois sociale et spatiale. Il est constitué par un groupe de pairs garçons, filles ou mixtes qui se réunissent autour du thé pour se divertir, discuter et échanger. Les membres de ces groupes sont liés par des formes de solidarité sous l'autorité d'un chef* ». Selon l'auteur, le « *grin* » composé uniquement de fille est aussi appelé « *ton* ». Dans un article publié par la revue politique africaine, Kieffer [222] affirmait que le « *grin* » regroupe des jeunes qui appartiennent à une même génération. Il est un lieu de socialisation, l'endroit où se joue une bonne partie de l'apprentissage de la vie.

II.2.1.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

L'échantillon du volet qualitatif de l'étude, se compose de 89 participants issus des deux catégories de personnes précédemment citées. Cet échantillon a été construit sur la base d'un choix raisonné (non probabiliste), afin d'obtenir une diversité des cas et donc une richesse de contenu maximale [223]. Les sujets ont été choisis en fonction de certaines caractéristiques, en cohérence avec les objectifs de la recherche.

a- Le recrutement de 12 jeunes de 15 à 24 ans et leurs parents (maximum 36 personnes)

Pour une meilleure compréhension des résultats obtenus lors du premier volet (quantitatif), et appréhender le mécanisme de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR au sein des familles, nous avons choisi 12 jeunes de 15 à 24 ans et leurs parents biologiques (père et mère) ou tuteurs (hommes et femmes). Nous nous sommes limités à ces 36 personnes (12 jeunes et 24 parents) car, comme l'expliquent Miles et Huberman [223], « *le but de l'échantillonnage est d'atteindre une représentativité théorique, liée aux concepts, et non aux données* » (p.202). Le choix de ces participants est basé sur les données du volet quantitatif. En effet, les jeunes ont été classés selon leur niveau de connaissances, de prise de risques et le degré de communication avec les parents. Afin de réaliser ce classement, des scores quantitatifs ont été calculés selon une méthodologie similaire aux enquêtes françaises « *Baromètre* » [224-227] avec quelques modifications pour certains indicateurs (détail du calcul des scores dans le tableau 6). Suite à l'établissement des scores, un choix raisonné a été fait pour obtenir les 12 jeunes de la façon suivante :

- Trois (03) jeunes choisis parmi les enquêtés ayant un très bon niveau de connaissance en SSR, adoptant des comportements sexuels à moindre risque, et ayant déclaré avoir de très bonnes communications avec leurs parents sur la sexualité et reproduction ;
- Trois (03) jeunes choisis parmi les enquêtés ayant un très bon niveau de connaissance en SSR, adoptant des comportements sexuels à moindre risque, mais ayant déclaré ne pas avoir de communication avec leurs parents sur la sexualité et reproduction;
- Trois (03) jeunes choisis parmi les enquêtés ayant un très mauvais niveau de connaissance en SSR, adoptant des comportements sexuels à haut risque, et ayant déclaré avoir de très bonnes communications avec leurs parents sur la sexualité et reproduction ;
- Trois (03) jeunes choisis parmi les enquêtés ayant un très mauvais niveau de connaissance en SSR, adoptant des comportements sexuels à haut risque, et ayant déclaré ne pas avoir de communication avec leurs parents sur la sexualité et reproduction.

Au cours de la sélection, nous avons veillé à répartir les jeunes selon le sexe et le quartier géographique, pour ne pas avoir des ménages voisins. Cette forme de triangulation répondait à un souci d'avoir un échantillon sociologiquement représentatif des jeunes [210].

Les entrevues avec les parents choisis parmi ces quatre (4) catégories de jeunes, nous ont permis de mieux appréhender les sources d'information des jeunes, et surtout les mécanismes de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR dans le cadre familial. En effet, ces entretiens visaient à apporter de réponses à trois (3) grandes questions :

- Quelles sont les différences en termes de stratégies de communication intergénérationnelle entre les familles dont les jeunes avaient de très bons scores et ceux dont les scores étaient très mauvais?
- D'où proviennent les connaissances des jeunes qui avaient de très bons scores mais qui avaient déclaré n'avoir pas de communication avec leurs parents ?
- Comment peut-on comprendre les très mauvais scores des jeunes ayant déclaré avoir de très bonnes communications avec leurs parents ?

Tableau VI : Mode de calcul du niveau des connaissances et de risques des jeunes en SSR et du degré de communication avec leurs parents

| Type de score | Mode de calcul | Grille d'évaluation |
|---|---|---|
| Niveau de connaissance | Le score total pour le « <i>niveau de connaissances</i> » des jeunes en SSR a été calculé en additionnant les bonnes réponses aux questions du quiz (minimum à 0, maximum à 67). Un score élevé témoigne d'un bon niveau de connaissances. | <ul style="list-style-type: none"> - Très bonne → Score [51-67] - Bonne → Score [34-50] - Moyenne → Score [17-33] - Mauvaise → Score [0-16] |
| Niveau de risque | Le score du « <i>niveau de risque</i> » été calculé en attribuant à chaque variable concernée, un point aux bonnes réponses (comportement à moindre risques) et aucun point aux mauvaises réponses (comportement à risques) et aux réponses « <i>ne sait pas et/ou non déclaré</i> ». Le total a été calculé en additionnant les bonnes réponses des questions du quiz (minimum à 0, maximum à 23). Plus la valeur du score est élevée et proche de 23, plus le risque est faible et le comportement/conduite est à moindre risque. | <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de risque très faible → Score > 20 - Niveau de risque faible → Score [14-20] - Niveau de risque élevé → Score [7-13] - Niveau de risque très élevé → Score [0-6] |
| Degré de communication avec les parents | Le score du « <i>degré de communication avec les parents</i> » a été calculé en attribuant à chaque variable concernée, un point lorsque l'enquêté déclare « <i>parler librement et facilement de la SSR avec ses parents</i> » et aucun point lorsqu'il déclare le contraire. Le score total « <i>degré de communication avec les parents</i> » a donc été calculé en additionnant les bonnes réponses des questions du quiz (minimum à 0, maximum à 5). | <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de communication très faible → Score = 0 - Niveau de communication élevé → Score [2-3] - Niveau de communication très élevé → Score = [4-5] |

NB : Les scores ont été calculés selon une méthodologie similaire à quatre (4) enquêtes [220-223] dont les enquêtes françaises « Baromètre » avec quelques modifications pour certains indicateurs. Ces scores ont été obtenus en attribuant à chaque variable concernée, un point aux bonnes réponses et aucun point aux mauvaises réponses et ainsi qu'aux réponses « ne sait pas et/ou non déclaré ». Nous avons aussi fait le choix d'imputer à la catégorie « ne sait pas », les données manquantes et/ou non applicables.

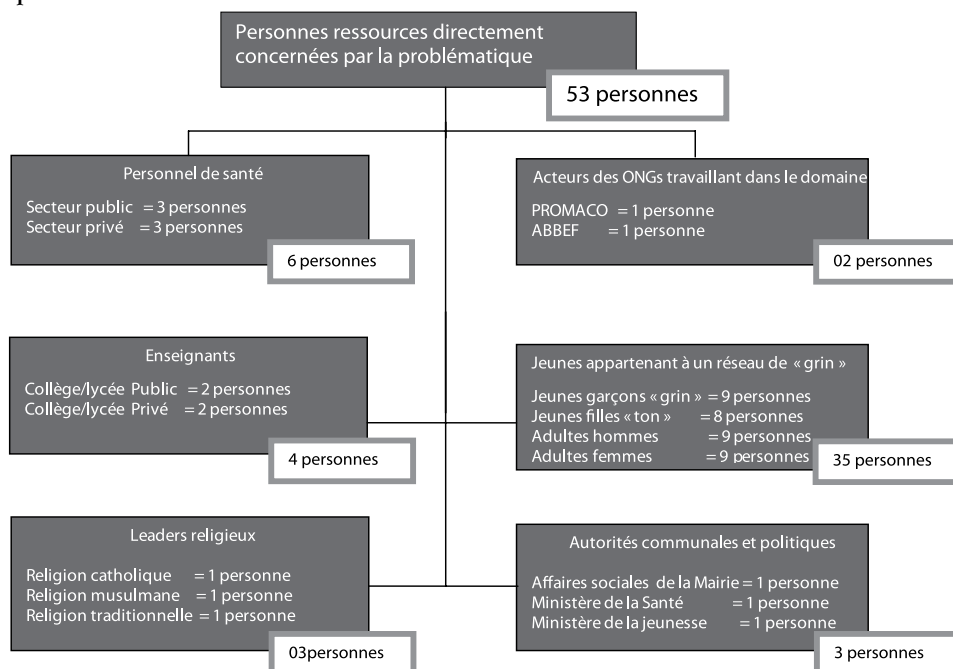
b- Le recrutement des 53 personnes ressources directement concernées par la problématique de la santé sexuelle et reproductive:

Comme le fait remarquer Michelat [228], « un échantillon qualitatif doit présenter la diversification - plutôt que la représentativité statistique comme le critère majeur de sélection. Il est donc constitué à partir des critères de diversification en fonction de variables qui, par hypothèse, sont stratégiques pour obtenir des exemples de la plus grande diversité possible des attitudes supposées à l'égard du thème de l'étude » (p.236).

Il nous est ainsi apparu intéressant de diversifier l'échantillon en termes de caractéristiques individuelles et de catégorie socioprofessionnelle. Par conséquent, nous avons réalisé une sélection raisonnée de 53 participants, choisis pour leur

diversité de façon à réunir des personnes présentant toutes les caractéristiques pouvant engendrer des différences à l'égard des représentations étudiées, sans tenir compte de leur nombre relatif dans la population d'origine [229]. Ainsi, en dehors des grins et du groupe de femmes qui sont des groupes constitués naturellement, tous les autres participants ont été choisis sur la base d'un échantillonnage de convenance. Ce qui veut dire qu'ils ont été retenus parce que nous avons jugé qu'ils étaient les plus aptes à fournir les informations souhaitées [230].

Figure 7 : La répartition des personnes ressources impliquées dans le volet qualitatif



Au total, l'échantillon du volet qualitatif de l'étude se compose de 89 participants (36 pour le couple parent/enfant et 53 pour les personnes ressources).

II.2.1.3. Outils de recueil des données

Les techniques utilisées en recherche qualitative sont très diverses. Les plus couramment utilisées sont :

- Les entretiens non structurés ;
- Les entretiens semi-structurés (individuel ou collectif) ;
- Les méthodes d'observation ;
- La modélisation de l'arbre de décisions ethnographiques et de l'analyse du réseau social.

Bien que toutes ces techniques présentent leurs avantages et limites spécifiques [231, 232], l'entretien semi-structuré (individuel et collectif) nous a semblé la technique la plus adéquate dans le cadre de notre étude. La spécificité de l'entretien semi-directif (par rapport aux autres méthodes d'interview) est de cadrer le questionnement tout en laissant une liberté de parole aux acteurs. Selon Hinchliff et al. [233], les entretiens individuels permettent d'aborder des sujets plus délicats, alors que les entretiens de groupes ont l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix [234]. Ainsi, le choix de centrer la démarche d'investigation de manière particulière sur les entretiens de groupe, repose principalement sur le postulat de la fécondité des interactions qu'ils engagent entre les participants [235]. A noter que ce travail est guidé par une posture épistémologique interactionniste comme théorie générale. D'après Noel-Hureaux [233], cette approche vise à la recherche d'une intercompréhension, d'une co-construction d'interprétations communes retrouvée grâce au dialogue. Pour ces entretiens de groupes, nous avons utilisé le focus group aussi bien avec des groupes de personnes totalement étrangères les unes aux autres (groupe des adultes hommes), qu'avec des groupes d'interconnaissance (réseau d'amis dit « *grin* » et groupement de femmes).

Quatre guides d'entretien ont été élaborés : un premier pour les parents, un deuxième pour les jeunes, le troisième pour les focus groups (*grin* et groupement de femmes) et un dernier guide pour les personnes ressources (les enseignants, les autorités communales et politiques, les leaders religieux, le personnel de santé et les acteurs des ONGs travaillant dans le domaine de la SSR). Bien que différents, ces guides étaient dotés d'axes semblables. Dans les trois cas, le guide était de type semi-structuré, c'est-à-dire qu'il y avait une « *série de questions-guides* » [181], permettant de recentrer l'entrevue sur les objectifs de la recherche. Les questions étaient ouvertes, afin de ne pas teinter les réponses des participants et de leur laisser l'espace nécessaire pour élaborer des réponses riches, profondes et complexes [237]. Chaque guide était structuré autour des points suivants :

- Un guide d'entretien individuel semi-structuré, utilisé pour les parents biologiques ou tuteurs des jeunes ayant participé au volet quantitatif. Composé de six (6) sous-thèmes, cet outil nous a permis de recueillir des informations sur : i)- le ménage (description du ménage); ii)- les relations entre les parents et leurs enfants (jeunes) ; iii)- le processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR ; iv)- les barrières à la transmission intergénérationnelle familiale; v)- les compétences des parents pour accompagner les jeunes et vi)- des propositions d'actions pouvant faciliter l'accès des jeunes à une éducation et à des services de SSR adaptés à leur âge.
- Un guide d'entretien individuel semi-structuré, utilisé pour les jeunes. Cette grille d'entretien contient les mêmes sous-thèmes que celle destinée

aux parents. La seule différence est que le sous- thème « *Compétences des parents pour accompagner les jeunes* » a été remplacé par la thématique « *Besoins des jeunes en informations* »

- Un guide d'entretien individuel semi-structuré, utilisé pour les personnes ressources (le personnel de santé, les acteurs des ONG travaillant dans le domaine de la SSR, les enseignants, les leaders de groupes religieux, les autorités communales et politiques, les représentants des ministères de la Santé et de la Jeunesse). Il est structuré autour : i)- des besoins des jeunes en éducation, informations, communication et en services de SSR; ii)- les freins les plus prégnants à la satisfaction de ces besoins ; iii)- les rôles de l'école, de la famille, de l'Etat, des ONG et des prestataires de services dans l'accompagnement des jeunes ; iv)- l'influence de l'environnement (social- économique, juridique, culturel et religieux) sur le processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des compétences en SSR et ; iv)- les propositions d'interventions nécessaires à mettre en œuvre pour renforcer les connaissances et compétences des jeunes en matière de SSR.
- Le guide d'entretien semi-structuré ou scénario du focus group pour les adultes hommes, le groupement de femmes et les réseaux d'amis « *grin* » (garçons et filles). Il a été utilisé pour assurer la conduite des échanges et la facilitation des groupes de discussions. Ce guide est scindé en quatre (4) parties permettant d'appréhender : i)- les besoins des jeunes en informations, en communication et en services de SSR ; ii)- leurs sources d'information ; iii)- la communication entre les jeunes, entre eux et les adultes en ce qui concerne la SSR et iv)- les interventions nécessaires à mettre en œuvre pour renforcer les connaissances et compétences des jeunes en matière de SSR.

II.2.1.4. Collecte de données

a- Entrevues individuelles semi-dirigées : 42 entretiens individuels (49 personnes au total)

Les entretiens individuels ont été réalisés face-à-face, entre le 6 juin et le 20 juillet 2016, dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, par un enquêteur ayant déjà participé à la collecte des données du volet quantitatif. Ce qui a facilité non seulement l'identification des ménages (dans un contexte où les intempéries effacent souvent les numéros de rues ou de portes) mais aussi et surtout la conduite des entrevues. Car l'enquêteur était déjà familier à la problématique et aux techniques de collecte des données. Néanmoins, il a bénéficié à nouveau d'une formation sur la conduite des enquêtes qualitatives, sur les techniques de communication et sur l'éthique, de la part d'une équipe du Centre Muraz. Cette formation visait à réduire au maximum les biais liés à l'enquêteur, afin que l'enquête soit conduite dans de meilleures conditions. L'enquêteur a été suffisamment outillé pour adopter une

position d'écoute attentive, d'ouverture, en essayant de ne pas influencer l'entretien par ses regards, gestes, et attitudes. Nous avons personnellement supervisé tout le processus.

D'une durée moyenne d'une heure, les entretiens se sont déroulés dans le cadre naturel du répondant, en français et en langue locale « *dioula* ». Après consentement écrit, chaque entrevue est enregistrée à l'aide d'une enregistreuse digitale. Avant le début de chaque entretien, un « *formulaire de consentement éclairé* » était conjointement rempli par l'enquêteur et l'enquêté. Ce formulaire rappelle les conditions de confidentialité auxquelles le participant a droit, les objectifs attendus de chaque matrice ainsi que la méthodologie à adopter. Il présente également la nature et les conditions de la participation à la recherche, les modalités de l'enregistrement de l'entrevue à l'aide d'une enregistreuse digitale (possibilité de demander l'arrêt momentané du magnétophone) et les principes de confidentialité. Cette étape est cruciale, car le niveau du climat de confiance entre l'enquêteur et l'enquêté, détermine la qualité des entrevues. La technique de l'entonnoir a été utilisée.

Elle permet de commencer par des questions très ouvertes et d'affiner les réponses apportées, sans oublier aucun élément de la problématique de recherche [238]. Par ailleurs, une prise de note a permis de retenir les idées avancées, et dans certains cas, certaines expressions littérales (citations). Après chaque entretien, des discussions auront lieu pour faire le point sur l'entretien (bref résumé et remerciement). Ce qui nous a permis de nous assurer que nous avons bien compris les propos de l'enquêté.

Nous avons réalisé au total quarante-deux (42) entretiens individuels semi-directifs, dont :

- Douze (12) entretiens avec des parents de jeunes de 15 à 24 ans ayant participé au volet quantitatif de cette étude : sept (7) couples, quatre (4) femmes et un (1) homme ;
- Douze (12) entretiens avec des jeunes de 15 à 24 ans ayant participé au volet quantitatif de cette étude : sept (7) filles et cinq (5) garçons,
- Six (6) entretiens avec le personnel de santé : deux (2) prestataires de services de SSR du secteur public et deux (2) prestataires de services de SSR du secteur privé ;
- Quatre (4) entretiens avec des enseignants : deux (2) enseignants du secteur public et deux (2) enseignants du secteur privé ;
- Trois (3) entretiens avec des autorités communales et politiques : une (1) chargée des affaires sociales de la Mairie centrale de Bobo-Dioulasso, un (1) représentant du Ministère de la Santé et un (1) représentant du Ministère de la Jeunesse ;

- Trois (3) entretiens avec des leaders religieux : une (1) personne pour l'église catholique, une (1) personne de la religion musulmane et une (1) personne de la religion traditionnelle.
- Deux (2) entretiens avec des acteurs d'ONG travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : un (1) de PROMACO et un (1) de l'ABBEF.

Les parents et les enfants ont été séparés en deux groupes distincts: les enfants ont été interviewés séparément et les parents ont été interviewés en couple. La séparation des enfants vise à éviter au maximum les biais liés à l'influence de la présence des parents. Le nombre total de parents ayant participé aux entretiens individuels s'élève à dix-neuf (19) personnes, c'est-à-dire sept (7) ménages composés de deux parents, quatre (4) ménages d'un seul parent, et enfin, un (1) ménage de deux parents, où le père a refusé de participer à la recherche.

b- Groupe de discussion : 4 focus groups (35 personnes au total)

Des groupes de discussion ont été animés dans la dernière semaine du mois d'août 2016, par le même enquêteur (modérateur), lequel est assisté par un observateur chargé de l'organisation logistique et de la prise de notes. Nous étions présents à toutes les séances, mais nous n'avons pas pu participer à cause des barrières linguistiques. En effet, tous les entretiens ont été faits en langue local « *dioula* ».

Comme décrit dans la section « *échantillonnage* », les groupes sont constitués de manière formelle et structurée, pour aborder une question spécifique dans un délai précis et ce, conformément à des règles explicites de procédure. En effet, deux types de groupes ont été concernés : un groupe de personnes totalement étrangères les unes aux autres (groupe des adultes hommes) et un groupe d'interconnaissance (membres de réseaux d'amis dits « *grins* » et groupement de femmes). Il s'agit donc d'un ensemble globalement homogène, pour éviter que certaines de leurs caractéristiques individuelles ne gênent le libre cours de la discussion. Les discussions des grins et du groupement de femmes s'étaient déroulées sur leur lieu habituel de rencontre, alors que l'animation du groupe d'adultes s'était réalisée avec l'accord des participants à la salle de conférence du Centre Muraz.

Comme l'a conseillé Van der Maren [239], nous avons préparé une maquette, une présentation brève, mais complète, des éléments essentiels dont les participants doivent être informés avant le démarrage des discussions. Pour l'auteur, c'est au moment du démarrage que l'exploitation de la maquette trouve sa première utilité. Cette maquette nous avait servi d'amorce pour aborder le sujet, pour lancer l'entretien. Partie introductive du guide d'entretien, la maquette explique ce qui est attendu de l'entretien :

- Quelles en sont les finalités, pour quelles raisons fait-on la recherche, quels sont les objectifs de la recherche?
- Quelles sont les raisons de leur sélection et de la manière dont seront utilisés les résultats ?

- Dans quelles conditions se déroulera l'entretien (le lieu, la durée prévue, les principes déontologiques qui seront respectés de part et d'autre, les règles de base de l'animation)?
- Quels seront les usages de l'entretien (quels avantages pourront espérer-t-on, en retirer des participants ainsi que l'organisation pour laquelle travaille le chercheur)?
- Quel est le schéma général de l'entretien ?

Afin d'assurer la validité et la fiabilité des résultats, le modérateur (enquêteur) avait essayé d'encourager les interactions entre les participants et aussi la confrontation des points de vue. Chacun des participants avait été invité à expliquer sa prise de position, ce qui le conduisait à une réflexion approfondie sur un sujet.

Bien que toutes les discussions aient été enregistrées après l'accord des participants, nous avons opté pour une prise de notes complète pendant les discussions, afin de recueillir autant de détails que possible. Selon Dawson [230], l'enregistrement audio est le moyen pour ne retranscrire que l'essentiel, car il permet de réécouter des sessions et de retranscrire des passages à la lumière des autres sessions. Une vérification du matériel avant la séance, et des essais systématiquement avant chaque enregistrement, ont été réalisés. Nous avons réalisé au total quatre (4) focus groups dont :

- Un (1) focus group avec un réseau d'amis dits « *grins* » composé de neuf (9) jeunes garçons ;
- Un (1) focus group avec un réseau d'amis dit « *ton* » composé de huit (8) jeunes filles ;
- Un (1) focus group avec un groupement composé de neuf (9) femmes adultes ;
- Un (1) focus group avec neuf (9) hommes adultes de profils variés.

Au terme de cette étude qualitative, quatre-vingt-quatre (84) personnes (parents, jeunes, leaders religieux, autorités communales et politiques, prestataires de services, enseignants, acteurs d'ONG travaillant dans le domaine de la SSR) ont été interviewées au cours de 42 entretiens individuels et de quatre (4) focus groups. Par rapport à la taille initiale de l'échantillon (89), on note que cinq (5) personnes n'avaient pas pu participer à l'étude. Mais cela n'est pas de nature à jeter le doute sur la pertinence de cette recherche. Car comme l'a si bien dit Wahnich [240], « *contrairement à l'approche quantitative, la démarche qualitative ne nécessite pas d'interroger beaucoup d'individus. Pour chaque population étudiée, 20 à 25 personnes suffisent pour obtenir de bons résultats. L'être humain est moins complexe qu'il n'y paraît* ».

II.2.1.5. Gestion et analyse des données

Il existe différentes méthodes d'analyse de données qualitatives. Oude-Engberink [241], propose une « *boîte à outils méthodologiques* » à partir de 4 méthodes qualitatives d'analyse des données : thématique, phénoméno-structurale, par théorisation ancrée, et phénoméno-pragmatique, dans le but de mieux comprendre les représentations et les comportements en santé. Pour l'auteur, la plupart de ces méthodes ont un tronc commun méthodologique. Cependant, nous avons opté pour « *l'analyse thématique* » pour traiter les verbatim recueillis par l'enregistrement des quarante-deux (42) entretiens individuels et des quatre (4) focus group. C'est parce que cette méthode d'analyse est appropriée avec l'angle théorique interactionniste de notre recherche, ainsi qu'avec son but de rechercher l'intercompréhension, la co-construction d'interprétations communes grâce au dialogue. Par ailleurs, selon Oude-Engberink [241], l'analyse thématique est l'approche la plus simple, lorsqu'une approche descriptive plutôt qu'interprétative est privilégiée.

Nous nous sommes inspirés des six (6) étapes de Becker [242], pour procéder à cette analyse thématique de nos données à l'aide du logiciel NVivo 11, abondamment utilisé dans l'analyse de données qualitatives en recherche [243]. Ces étapes sont :

- La transcription du verbatim
- La relecture par unités de sens
- La codification
- La thématisation
- La catégorisation
- La restitution du sens

Ainsi, après l'enregistrement, les données collectées ont été intégralement transcrites manuellement, puis saisies sur ordinateur à l'aide des fichiers Word avec le soutien d'une équipe du Centre Muraz. Toutes les transcriptions ont été nettoyées afin qu'aucune donnée nominative ne permette d'identifier les participants. Ensuite, nous avons procédé à la relecture des entrevues, afin de nous imprégner du contenu et anticiper la codification. Cette relecture a été donc suivie d'une phase de codification du verbatim en unités de sens, communément utilisées par les sujets enquêtés [244]. Nous avons donc lu chaque entretien phrase par phrase, pour repérer les « *unités de sens* » et leur affecter le code correspondant. Une « *unité de sens* » pouvait être constituée d'une phrase, d'un groupe de phrases ou d'un paragraphe ayant un sens, une signification, et correspondant à un code déjà établi ou à établir. Lorsque nous étions incapables de trouver le code correspondant à une phrase ou un paragraphe, celui-ci était codifié : « *n'importe quel autre propos* ».

Plus tard, les éléments de ce code ont été réexaminés et certains ont été réorientés vers d'autres codes plus précis. Puis, nous avons effectué le travail de la thématisation qui a permis de classer les données en des thèmes, et ceci, en fonction de leur variation. La thématisation a été réalisée en se basant sur le cadre conceptuel et le guide d'entretien. Suite à cela, nous avons procédé à la classification des thèmes récurrents ou centraux, dans les catégories qui facilitent la comparaison

des données : la catégorisation des données. En effet, nous avons regroupé les différents thèmes en un nombre plus réduit d'éléments conceptuels plus synthétiques. Cette catégorisation a été faite non seulement de façon déductive, puisque des catégories ont été inspirées du cadre conceptuel et du guide d'entretien, mais aussi de façon inductive, puisque les catégories se sont modifiées et complexifiées selon ce qui émergeait du matériel [245, 246]. Nous avons donc constitué 22 catégories. Cette procédure a permis de savoir ce qui est dit dans chaque famille par code et par catégorie, et d'avoir une meilleure compréhension de la réalité étudiée. Dans le souci d'améliorer la crédibilité des résultats, nous avons procédé à une vérification auprès des participants de l'étude. Certains d'entre eux ont été choisis par hasard, pour nous dire si les catégories retenues sont bien reliées à leurs expériences personnelles [237]. Nous avons aussi soumis les données à des séances d'interprétations collectives avec l'équipe « *sociétés et santé* » de recherche du Centre Muraz. Enfin, nous avons procédé à l'analyse et à l'interprétation scientifique des résultats à la lumière des travaux publiés précédemment, en mettant en évidence les données les plus significatives, les convergences et les divergences sur les connaissances, attitudes, comportements, pratiques et rôle de la transmission intergénérationnelle familiale de ces connaissances aux jeunes. Nous avons ainsi donné un sens aux résultats, lequel ne se trouve pas uniquement dans le point de vue des acteurs, ni dans celui du chercheur, mais émerge de l'interaction entre les deux [247].

II.2.3 Difficultés rencontrées au cours de l'étude

La principale difficulté rencontrée au cours de cette étude est liée à la nature même de notre approche méthodologique (mixte) qui, combine deux volets, d'abord le volet quantitatif puis un volet qualitatif. Denzin [248], reconnaît les défis liés à l'utilisation d'une telle approche. Parmi celles-ci, nous pouvons noter l'augmentation du temps et surtout des coûts de la recherche. Nous avons dû nous battre pour financer cette étude à fonds privés. D'un côté, c'est à partir de notre salaire, que nous avons organisé et financé la logistique de notre recherche : nous avons motivé financièrement les différents participants à la collecte des données quantitative et qualitative. D'un autre côté, nous avons obtenu un soutien financier d'une ONG qui souhaite rester anonyme.

Cette contribution a permis de rémunérer une partie de l'activité des enquêteurs. Par ailleurs, la réalisation du volet qualitatif avait nécessité le retour dans certains ménages ayant participé au volet quantitatif. Bien que l'enquêteur du volet qualitatif ait déjà participé à la collecte des données du volet quantitatif, l'identification des ménages à revisiter n'a pas été du tout facile, dans un contexte où les intempéries effacent souvent les numéros de rues ou de portes. L'identification des ménages à revisiter a été faite, mais avec plus de temps et de détermination. Nonobstant ces difficultés, nous pensons que cette étude a atteint ses objectifs.

II.3. Considérations éthiques

Le protocole de recherche relatif à cette thèse avait préalablement été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du Centre Muraz (no. A023-2014/CE-CM), le 24 septembre 2014. Nous avons consciencieusement respecté les considérations éthiques déterminées dans ledit protocole à chaque étape de notre démarche de recherche (élaboration des outils, collecte de données, analyse des données). Notre démarche a été guidée par la conscience professionnelle [249], et a mis en avant la nécessité d'assurer la sécurité des participants à l'étude, la responsabilité morale des membres de l'équipe de recherche, l'utilisation des résultats de l'étude. Toutes les mesures possibles ont été prises pour préserver la sensibilité de toutes les parties prenantes. A ce titre, une attention particulière a été portée sur les sept (7) principes d'éthique et de sécurité ci-dessous :

Le consentement de participer à la recherche

Le respect de ce principe a été assuré depuis le recrutement des membres de l'équipe de recherche jusqu'à la collecte des données, en passant par l'élaboration des outils de collecte de données (questionnaires et guides d'entretien). Tout d'abord, le recrutement de l'équipe de recherche (enquêteurs, superviseur, opératrice de saisie, statisticien) a été fait sur la base d'un contrat signé entre eux et l'investigateur principal. Ensuite, les participants aux entretiens semi-directifs (individuel et collectif), ont été aussi recrutés de façon volontaire, sans offre de compensation financière. Pour marquer cet accord, les répondants devraient signer et dater un formulaire de consentement avant les entrevues. Ce dernier décrit l'équipe de recherche, les buts et la méthodologie, la nature et les conditions de participation, ainsi que les critères de confidentialité assurés aux répondants. Le consentement éclairé signifie un accord donné en pleine connaissance de ce que sont les principes et les objectifs de l'enquête, et de ce à quoi serviront les informations recueillies. Par conséquent, nous avons veillé à ce que le contenu du formulaire ait été bien compris par les participants, en les invitant à poser des questions si nécessaire, sur le contenu du formulaire de consentement avant de le signer. Le consentement à la recherche concerne tous les participants, y compris les jeunes aptes à consentir, ou les parents. Au cas où le jeune était inapte à consentir, une autorisation parentale était sollicitée, notamment pour les jeunes de moins de 20 ans. Cette limite d'âge (moins de 20 ans) est définie conformément à la législation burkinabè selon laquelle, le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a pas encore l'âge de vingt ans accomplis (Art. 554 du Code des personnes et de la famille).

L'évaluation des risques et des bénéfices

Selon Avard [250], quand un mineur participe à un projet de recherche, il devrait pouvoir espérer en tirer un bénéfice direct pour sa santé. Si aucun bénéfice direct n'est probable, les résultats devraient profiter à d'autres mineurs du même âge ou ayant la même maladie, le même risque, la même condition ou le même handicap que lui, et il ne devrait être exposé tout au plus qu'à un risque minimal. Notre approche avait bien tenu compte des risques et des bénéfices éventuels liés à cette

recherche. En effet, les bénéfices de cette recherche résident dans le fait qu'elle vise à proposer des actions pouvant faciliter l'accès des jeunes à une éducation suffisante, et à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés. De même, nous espérons que la recherche a donné la possibilité à certaines familles de se libérer en abordant la problématique de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances en SSR, et en partageant leurs expériences avec les autres participants, notamment lors des entretiens collectifs.

Quant aux risques, ils seront minimisés au maximum. En effet, étant donné que la population cible de cette étude est composée de jeunes de 15-24 ans, et dont certains n'auront pas encore atteint la majorité ou pourront régulièrement subir l'exploitation par des adultes, nous avons veillé à ce que le protocole de recherche ne les contraigne de quelque manière que ce soit. Les lieux d'administration du questionnaire (à domicile), ont été choisis de manière à éviter les endroits où les participants étaient moins en mesure de consentir volontairement (p. ex. salles de classe, centres de détention) afin d'éviter la possibilité de coercition. De même, les enquêteurs étaient des individus qui n'étaient pas considérés comme étant en situation d'autorité (p. ex. enseignants). En dehors de cela, nous n'entrevoions pas de préjudice potentiel lié à la participation à cette étude pour les participants.

Le droit de se retirer

La participation a été libre et volontaire, et les personnes ciblées avaient la possibilité de refuser de participer à l'étude. A ce titre, elles ont été informées par l'enquêteur que la signature du consentement confirme seulement que leur consentement est fondé sur les informations fournies, et qu'elles ont librement choisi de participer à la recherche sans préjudice de leurs droits légaux et éthiques, tout en se réservant le droit de se désister à quelque stade que ce soit, de l'étude sans avoir à donner de raison. De même, les chefs de ménages avaient la possibilité de refuser la participation des membres de leur famille.

La protection de la vie privée et la confidentialité

Nous avons veillé soigneusement à assurer la confidentialité des données, ainsi que l'anonymat des enquêtés tout au long de la démarche de recherche. Ainsi, l'entière confidentialité des données à caractère personnel est assurée, tant au niveau des résultats du questionnaire, que de toutes les données recueillies durant la recherche.

Le recrutement des enquêteurs et superviseurs a été fait sur une base volontaire, et l'anonymat avait été assuré. Les outils de collecte de données et les entretiens réalisés ont reçu un numéro d'identification (une lettre pour la structure de provenance, et un numéro dans l'ordre de passation). En cas de retrait de l'étude, les données de la personne concernée étaient effacées. De plus, un pseudonyme a été attribué à chaque participant le quel, était utilisé pour l'ensemble de la recherche. Les personnes collectant ou manipulant ces données ont été astreintes au respect strict du secret professionnel par la nature des contrats qui nous liaient. D'ailleurs,

une restriction a été faite sur la liste des personnes autorisées (membre de l'équipe de recherche) à accéder aux données personnelles contenues dans les bases de données, stocké dans l'ordinateur de l'investigateur principal.

Les données personnelles ont une date de péremption. La loi n° 045-2009/AN du 10 novembre 2009 [251], portant réglementation des services et des transactions électroniques au Burkina Faso, ne définit pas une date de péremption. Elle stipule que les données doivent être conservées pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Au-delà, les données ne peuvent être conservées sous une forme nominative qu'en vue de leur traitement à des fins historiques, statistiques ou de recherches. Par conséquent, nous avons fixé une durée de conservation raisonnable de dix (10) ans. Au-delà de cette durée de conservation, les données seront purement et simplement détruites de la base.

Les enregistrements audio

Les entretiens individuels et collectifs ont été enregistrés sur un dictaphone au format MP3. Ces enregistrements seront détruits à la fin du projet, conformément à la loi n° 045-2009/AN du 10 novembre 2009 [14] et ceci, dans le respect de la confidentialité. Il est important de remarquer qu'avant de démarrer les enregistrements, les participants étaient systématiquement informés des conditions et de l'usage qui en sera fait. Pendant les entrevues individuelles, l'enquêteur offrait la possibilité au répondant d'arrêter l'enregistreur à tout moment. Les enregistrements ont été effectués à des fins de transcription dépersonnalisée et d'analyse seulement.

La communication des résultats de la recherche

Les résultats généraux de la recherche ont été largement disséminés au profit de la population et des scientifiques, y compris les personnes dont les données sont collectées. Nous avons organisé plusieurs restitutions et participé à plusieurs conférences au cours desquelles, des synthèses de résultats ont été présentées. De même, quatre publications scientifiques ont été faites en Afrique et en France sur les données collectées.

Les paiements aux participants à la recherche

Les enquêtés n'ont retiré aucun avantage direct de leur participation au volet qualitatif, à part la compensation symbolique de 2 000 FCFA qui leur était offerte, afin de « couvrir » les frais de déplacement.

Chapitre III : Résultats

Ce chapitre présente sous forme de tableau ou de graphique, l'ensemble des résultats obtenus pour les deux volets de notre étude (volet quantitatif et volet qualitatif). Il permet ainsi d'avoir les résultats relatifs aux connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en SSR, de même que ceux en lien avec le processus de transmission intergénérationnelle desdites connaissances et pratiques

III.1. Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés

Les principaux résultats présentés dans cette section avaient déjà fait objet de quatre (4) articles publiés dans des revues internationales dont :

- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée. *Santé Publique*. 2016; 28(4), 525-534.
- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Prises de risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso: une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25 (132).
- Adohinzin CCY, Berthé A, Meda N, Belem AMG, Ouédraogo GA, Nacro B, et al. Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Annales des Sciences de la Santé*. 2016; 1(9): 35-59.
- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè. *Santé publique*. 2017; 29 (1); 95-103.

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau VII. On peut constater à la lumière de ce tableau, qu'au total 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés, dont 266 garçons (46%) et 307 filles (54%). Tous les jeunes sondés ont répondu à nos questions. En moyenne, ils étaient âgés de 19 ans pour les deux sexes. La répartition de cette population par tranche d'âge révèle que 58% des répondants étaient âgés de 15 à 19 ans, et 42% étaient âgés de 20 à 24 ans. Il s'agit d'une population essentiellement célibataire (91%), dont 86% cohabitaient avec au moins un parent biologique ou avec un tuteur. Les raisons pour lesquelles ces jeunes ne vivaient pas avec leurs parents biologiques étaient principalement liées au décès ou au divorce des parents, à la mobilité scolaire ou à des raisons personnelles. En considérant l'ensemble de l'échantillon, 92% de nos enquêtés étaient scolarisés tandis que 8% n'avaient jamais fréquenté l'école. Par ailleurs, les musulmans et les chrétiens forment respectivement 75% et 25% de la population étudiée. Par ailleurs, les musulmans et les chrétiens forment respectivement 75% et 25% de la population étudiée.

Tableau VII : Répartition des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | Masculin N /% | Féminin N/% | Total N/% |
|---|------------------|-----------------|------------------|
| Total | 266 (46) | 307 (54) | 573 (100) |
| Age | | | |
| 15-19 | 145 (54) | 188 (61) | 333 (58) |
| 20-24 | 121 (46) | 119 (39) | 240 (42) |
| Religion | | | |
| Musulman | 208 (78) | 221(70) | 429 (75) |
| Chrétien | 55 (21) | 86 (30) | 141 (25) |
| Autres religions | 3 (1) | 0(0) | 3 (0) |
| Niveau scolaire actuel | | | |
| Sans éducation formelle | 11 (4) | 37 (12) | 48 (8) |
| Primaire | 22 (8) | 33 (11) | 55 (10) |
| Secondaire | 191 (72) | 197 (64) | 388 (68) |
| Supérieur | 42 (16) | 40 (13) | 82 (14) |
| Situation de cohabitation | | | |
| Seul | 8 (3) | 1 (0) | 9 (2) |
| Avec les parents biologiques | 162 (61) | 170 (55) | 332 (60) |
| Avec tuteurs | 83 (31) | 79 (26) | 162 (28) |
| Avec partenaire | 0 (0) | 41 (13) | 41 (7) |
| Autres | 13 (5) | 16 (5) | 29 (5) |
| Lien de parenté avec le CM | | | |
| Apparenté au CM (Enfants/ Neveux/nièces / petits- fils) | 161 (60) | 215 (70) | 376 (66) |
| Non apparenté au CM (Enfant placé ou adopté) | 105 (40) | 92 (30) | 197 (34) |
| Statut professionnel du Chef de ménage | | | |
| Avec travail | 179 (67) | 237 (77) | 416 (73) |
| Sans travail | 87 (33) | 70 (23) | 157 (27) |

III.2. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de grossesses non désirées

III.2.1. Connaissances des jeunes de Bobo-Dioulasso sur les IST/VIH/Sida

L'évaluation des connaissances des enquêtés avait porté sur les modes de transmission et de prévention des IST/VIH, et sur la prise en charge du Sida.

III.2.1.1. Connaissances des jeunes sur les modes de transmission et de prévention des IST/VIH

a- Connaissances des jeunes sur les modes de transmission des IST/VIH

Selon nos résultats, 98% des jeunes interrogés ont déjà entendu parler des IST indépendamment du VIH, dont 49% de garçons et 51% de filles. Lorsque nous leur avons demandé de citer les symptômes de ces maladies, 89% en avaient cité au moins un et 11% n'en avaient cité aucun.

Le tableau VIII montre que les jeunes avaient une bonne connaissance générale des modes de transmission du VIH. Toutefois, nous constatons une grande disparité entre les différents modes de transmission. Ainsi, 96% d'entre eux avaient déclaré savoir que le virus peut être transmis par voie sexuelle, 79% par voie sanguine et 17% de la mère à l'enfant (TME). Seuls 9% des jeunes interrogés avaient une connaissance complète et correcte de la transmission du VIH, et 5% ne pouvaient citer aucune voie de transmission. La totalité des jeunes n'ayant aucune connaissance du VIH était en cohabitation avec leurs parents ou avec des tuteurs. La majorité des enquêtés avait rejeté les principales idées erronées sur la transmission du VIH. Seuls 6% des jeunes affirmaient que le VIH pouvait être transmis par contact avec une personne infectée (partager les aliments, la tasse ou le verre, en se serrant la main, en toussant ou en éternuant). Environ 2% pensaient qu'une piqûre de moustique pouvait être à l'origine de la transmission, alors que 1% des enquêtés avait déclaré que le VIH se transmettait par des moyens surnaturels. Il ressort des données observées, que le niveau de connaissance complète et correcte de la transmission du VIH, variait considérablement en fonction de l'âge, du sexe et de la fréquentation scolaire. Il était plus élevé chez les garçons que chez les filles ($p < 0,05$), et chez les plus âgés que chez les moins âgés ($p < 0,05$). Selon la fréquentation scolaire, c'est chez les jeunes non scolarisés ou les plus faiblement scolarisés que l'on avait observé le niveau de connaissance le plus bas ($p < 0,01$).

Tableau VIII : Répartition des enquêtés ayant répondu par « Oui » aux modes de transmission du VIH proposés en fonction des caractéristiques sociodémographiques des jeunes de Bobo-Dioulasso

| Caractéristiques | Voie sexuelle N/% | Sang contaminé N/% | Mère porteuse à enfant N/% | Connaissance complète et correcte ^a |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Ensemble | 548 (96) | 452 (79) | 198 (17) | 51(9) |
| Sexe | | | | |
| Masculin | 262 (98) | 222 (83) | 42 (16) | 22 (9) |
| Féminin | 286 (93) | 230 (75) | 59 (19) | 29 (8) |
| P value | 0,002 | 0,012 | 0,479 | 0,004 |
| Age | | | | |
| 15-19 | 312 (94) | 255 (77) | 59 (18) | 27 (8) |
| 20-24 | 236 (98) | 197 (82) | 42 (17) | 24 (10) |
| P value | 0,007 | 0,111 | 0,523 | 0,018 |
| Niveau scolaire | | | | |
| Sans éducation formelle | 177 (93) | 137 (72) | 20 (11) | 14 (7) |
| Primaire | 4 (57) | 4 (57) | 1(14) | 0 (0) |
| Secondaire | 332 (97) | 277 (81) | 69 (20) | 28 (8) |
| Supérieur | 35 (100) | 34 (97) | 11 (31) | 9 (26) |
| P value | 0,001 | 0,002 | 0,000 | 0,000 |
| Situation de cohabitation | | | | |
| Cohabitation avec les parents | 76 (98) | 69 (93) | 12 (17) | 7 (4) |
| Décohabitation avec les parents | 472 (96) | 383 (78) | 89 (18) | 44 (9) |
| P value | 0,091 | 0,263 | 0,439 | 0,0296 |

^a : Sont considérés comme ayant une connaissance « complète et correcte », les jeunes qui ont cité à la fois les trois modes de transmission du VIH : par voie sexuelle lors de rapports sexuels non protégés; par le sang à travers un contact avec du sang contaminé et qui rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du VIH (Une personne ayant l'air en bonne santé ne peut pas être infectée par le VIH; une personne qui partage le même verre ou qui serre la main d'une personne séropositive peut s'infecter; une piqûre de moustique peut être à l'origine de la transmission)

b- Connaissances des jeunes sur les modes de prévention du VIH

La majorité des jeunes enquêtés avait une connaissance générale des trois modes de prévention du VIH (Abstinence-Utilisation du préservatif-Fidélité). Le moyen le plus fréquemment cité était l'utilisation du préservatif (89%), l'abstinence (40%) et la fidélité (31%). Seuls 2% des enquêtés n'avaient pas reconnu que le VIH était évitable.

La connaissance des modes de prévention était associée au sexe, à l'âge et au niveau d'études des répondants. Seuls 36% des jeunes de niveau supérieur avaient pu citer à la fois les trois modes de prévention, contre 26% pour le niveau secondaire et 11% pour les non scolarisés ($p < 0,01$).

III.2.1.2. Connaissances des jeunes sur le traitement et des lieux de prestation de services

Il ressort des données observées, que 97% des jeunes ayant le niveau scolaire supérieur connaissaient l'intérêt du traitement antirétroviral, contre 92% des jeunes qui n'avaient jamais été scolarisés ($p < 0,01$). La quasi-totalité des enquêtés (95%) avaient déjà entendu parler des antirétroviraux, mais seulement 29% d'entre eux savaient que ce traitement vise à maîtriser la charge virale. Les lieux de prestation de services en santé sexuelle étaient bien connus par nos enquêtés. Seul 1% des jeunes ne connaissait pas les lieux d'obtention des services de conseil ou de traitement situés dans la ville.

III.2.1.3. Connaissances des jeunes sur le préservatif et la contraception

a- Connaissances du préservatif

Selon les résultats, la majorité des jeunes (94%) avait déjà vu ou entendu parler d'un préservatif. Parmi ces derniers enquêtés, un peu plus du tiers (33%), en distinguaient les deux types (féminin et masculin). Par contre, seuls 2% des jeunes avaient déclaré avoir vu ou entendu parler du préservatif féminin. Le niveau de connaissance du préservatif masculin était significativement associé au niveau d'éducation avec un seuil de 1%. La proportion des jeunes qui connaissaient le préservatif était plus élevée chez les scolarisés (89%) que chez les non scolarisés (62%). On avait aussi noté une forte relation entre le niveau de connaissance du préservatif et l'âge. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient entendu parler et savaient distinguer les deux types de préservatifs ($p < 0,05$). Enfin, le genre déterminait aussi la connaissance du préservatif. Les jeunes garçons avaient plus de connaissances du préservatif que les jeunes filles (99% parmi les garçons et 91% parmi les filles, $p = 0,000$).

b- Connaissances des méthodes contraceptives

Les résultats avaient montré que 97% des enquêtés avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives. Mais soumis à un test d'identification des méthodes contraceptives, seuls 23% avaient reconnu toutes les dix méthodes modernes proposées dans notre questionnaire. La quasi-totalité (99%) avait reconnu au moins une méthode. Le condom masculin était la méthode la plus fréquemment connue (97%), alors que le contraceptif d'urgence était la méthode la moins connue (6%). Interrogés sur leur principale source d'information, 32% de nos enquêtés avaient cité les amis, 13% le personnel de santé, 11% les pairs éducateurs, 9% les parents et 7% le partenaire.

Tableau IX : Connaissances des méthodes contraceptives parmi les adolescents selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire

| Caractéristiques | Connaissance de période de fécondité N/% | Connaissance de toutes les méthodes modernes ^a N/% |
|-------------------------|---|--|
| Ensemble | 203 (35) | 129 (23) |
| Sexe | | |
| Masculin | 78 (29) | 60 (23) |
| Féminin | 125 (41) | 69 (22) |
| P value | 0,000 | 0.174 |
| Age | | |
| 15-19 | 90 (27) | 67 (20) |
| 20-24 | 113 (47) | 62 (26) |
| P value | 0,000 | 0,072 |
| Niveau scolaire | | |
| Sans éducation formelle | 42 (22) | 47 (27) |
| Primaire | 0 (0) | 0 (0) |
| Secondaire | 132 (39) | 74 (20) |
| Supérieur | 29 (83) | 8 (23) |
| P value | 0,000 | 0,163 |

a: Désigne l'évaluation de la connaissance des méthodes modernes

Les données avaient mis en évidence que seulement 35% des enquêtés savaient que la période de fécondité se situe entre le 9^{ème} et le 16^{ème} jour du cycle menstruel. Comme l'indique le tableau IX, la connaissance de la période de fécondité était fortement corrélée au sexe, à l'âge et à la fréquentation scolaire des jeunes ($p<0,01$).

III.2.2. Attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif et des contraceptifs

Cette partie présente les résultats relatifs aux attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif et des contraceptifs.

III.2.2.1. Attitudes vis-à-vis du préservatif

Les résultats indiquaient que 27% des enquêtés avaient toujours de perceptions erronées sur l'efficacité des préservatifs (46% de garçons et 54% de filles). Ces enquêtés pensaient que les préservatifs n'étaient pas très fiables pour la réduction du risque de transmission et la prévention des grossesses non souhaitées. Les garçons les plus âgés et avec un niveau d'études le plus élevé étaient les plus nombreux à faire des déclarations correctes relatives à la fiabilité du préservatif ($p=0,000$). La persistance des perceptions erronées se traduit par une faible utilisation du préservatif. On notait que seulement 49% des jeunes sexuellement actifs avaient déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel (67% de garçons et 33% de filles). Les principales raisons évoquées pour justifier le non-usage du préservatif, étaient respectivement la diminution de la sensibilité pendant les rapports sexuels (39%), le manque de confiance (21%), le refus du

partenaire (23%), la confiance au partenaire (18%), la difficulté d'utilisation (14%), l'oubli (14%), l'absence de préservatif (11%), le dégoût pour le préservatif (7%) et le manque de moyens financiers (1%).

III.2.2.2. Attitudes vis-à-vis des contraceptifs

Les méthodes contraceptives concernées par notre étude étaient les injectables, les pilules contraceptives, le stérilet, les implants, les condoms masculins et féminins, le diaphragme, les spermicides et la stérilisation féminine et masculine. Le questionnaire sondait également la capacité des jeunes à repérer les idées erronées sur les méthodes contraceptives modernes, ainsi que leur perception de l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées. Il est apparu que 32% des enquêtés avaient porté des jugements erronés sur l'efficacité des contraceptifs. Environ 29% avaient déclaré que les contraceptifs n'étaient pas adaptés aux jeunes, 28% pensaient qu'ils n'étaient pas fiables et 35% estimaient qu'ils pouvaient rendre les femmes stériles.

Il est important de noter que 87% des jeunes non favorables à la contraception, déclaraient toutefois rester ouverts à une utilisation future. En ce qui concerne l'importance accordée par les jeunes à la contraception, on avait noté que 90% des jeunes avaient considéré la contraception comme « *très importante* », 8% l'avaient considérée comme « *importante* ». Moins de 2% d'entre eux l'envisageaient comme « *peu importante* ». La quasi-totalité (97%) des enquêtés qui avaient reconnu l'importance de la contraception, avaient répondu par l'affirmative à la question « *avez-vous peur de tomber enceinte?* ».

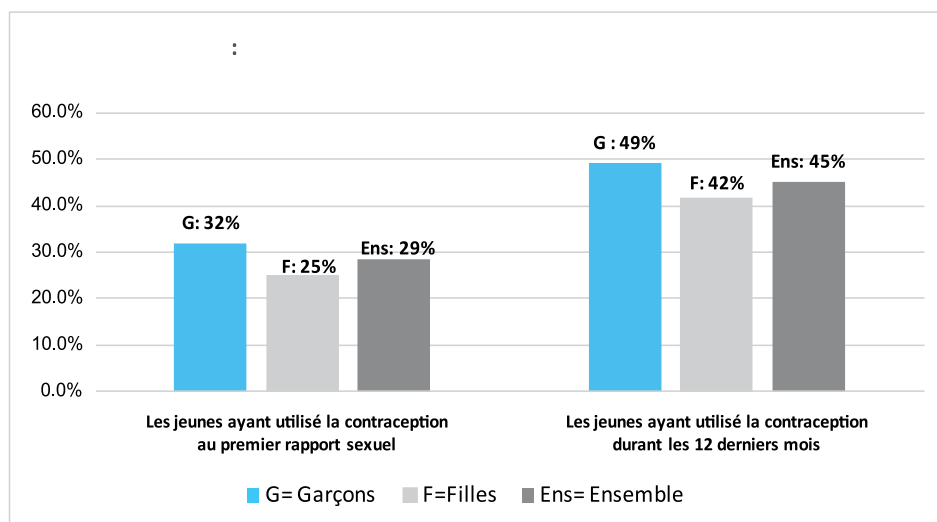
En considérant l'ensemble de l'échantillon, on avait remarqué que les filles étaient significativement les plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante (95% parmi les filles contre 83% parmi les garçons, $P < 0,001$).

III.3. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans

III.3.1. Utilisation de la contraception moderne durant le premier rapport sexuel

Les résultats de notre étude avaient suggéré que seuls 29% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel (Figure 8).

Graphique 8 : Proportion des jeunes ayant déclaré utiliser la contraception au premier rapport sexuel et durant les 12 derniers mois, selon le sexe



Le quart des filles (25%) avaient déclaré avoir utilisé un contraceptif lors du premier rapport sexuel, contre le tiers des garçons (32%). Les méthodes les plus utilisées étaient le préservatif masculin (87%), les pilules contraceptives (11%) et les contraceptifs d'urgence (2%). Interrogés sur les raisons qui avaient motivé le non-usage de la contraception au premier rapport sexuel, 48% des jeunes (filles et garçons) avaient déclaré que le rapport n'était pas prévu, 26% ne connaissaient pas la contraception à ce moment-là, 9% avaient oublié d'utiliser une contraception, 6% n'avaient pas conscience des risques, 5% n'avaient pas les moyens financiers pour s'en procurer, et 2% avaient peur des effets secondaires. Environ 4% de nos enquêtés n'avaient pas spécifié les raisons.

III.3.2. Utilisation de la contraception moderne au cours des 12 derniers mois

Il ressort des données observées (Figure 8), que 45% des enquêtés sexuellement actifs avaient utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois précédant notre enquête (49% parmi les garçons contre 42% parmi les filles). Parmi eux, 49% avaient utilisé le condom masculin, 21% la pilule contraceptive, 16% des injectables, 9% les pilules de lendemain, 3% des implants et 1% le stérilet. Nous avons remarqué que selon le moment de la vie sexuelle, le type de contraceptif utilisé était différent, quel que soit le genre. En effet, la quasi-totalité des enquêtés sexuellement actifs (99%) avaient déclaré utiliser exclusivement le préservatif au tout début de la relation amoureuse. Mais lorsque la relation était avancée, ce sont les autres méthodes (pilules, injectables, implants et stérilets) qui étaient utilisées par la majorité de nos enquêtés. Les pilules du lendemain étaient utilisées à n'importe quel moment de la vie sexuelle, en cas d'oubli ou d'accident de contraception. La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était

la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. Il s'agit de la double protection pour les utilisateurs du préservatif.

Il est apparu que 17% des filles sexuellement actives avaient déjà eu une grossesse non désirée, et 19% des garçons sexuellement actifs avaient déclaré avoir déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième (10%) de ces grossesses non intentionnelles s'étaient terminées par un avortement. Les résultats de notre étude avaient suggéré aussi une relation significative entre l'utilisation de la contraception au cours des 12 derniers mois et l'âge. En effet, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer avoir utilisé un moyen contraceptif moderne au cours des 12 derniers mois (60% des jeunes de 20-24 ans contre 40% de ceux de 15-19 ans, $p < 0,05$).

III.3.3. Freins à la contraception moderne

Nous avons demandé aux jeunes de citer les différents facteurs susceptibles d'influencer leur accès à la contraception moderne. Les différents freins évoqués par ceux-ci sont résumés dans le tableau X.

Tableau X : Fréquences des freins à la pratique contraceptive cités par les enquêtés, selon le sexe

| Freins à la pratique contraceptive | Total N/% | Garçons (N/%) | Filles (N/%) |
|--|--------------|------------------|-----------------|
| | 311 | 132 | 179 |
| Le manque d'information adéquate et complète | 278 (89) | 118 (89) | 160 (89) |
| L'immatunité des jeunes | 261 (84) | 97 (73) | 164 (92) |
| Les perceptions négatives (rumeurs, croyances, désinformation) | 207 (67) | 122 (92) | 85 (47) |
| La peur vis-à-vis des parents et de la famille | 197 (63) | 63 (48) | 134 (75) |
| Difficultés d'accès économique et géographique | 196 (63) | 79 (60) | 117 (65) |
| Les convictions religieuses | 142 (46) | 74 (56) | 68 (38) |
| La crainte des effets secondaires | 108 (35) | 29 (22) | 79 (44) |
| Les contraintes d'observance | 66 (21) | 26 (20) | 40 (22) |
| Les échecs contraceptifs | 47 (15) | 19 (14) | 28 (16) |
| Le manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive | 12 (4) | 8 (6) | 4 (2) |

Selon les résultats obtenus, les barrières les plus fréquemment citées étaient : les difficultés d'accès aux informations adéquates (89%), l'immatunité (84%), les perceptions erronées vis-à-vis de la contraception (67%), la peur vis-à-vis des parents et de la famille (63%), les difficultés d'accès économique et géographique (60%) et les barrières religieuses (45%).

III.4. Compétences des jeunes burkinabè en matière d'utilisation du préservatif masculin

III.4.1. Utilisation du préservatif masculin par les jeunes

Un peu plus de la moitié des jeunes (54%) étaient sexuellement active : 50% des garçons interrogés et 58% des filles ($p = 0,000$). Seuls 49% des jeunes sexuellement actifs, avaient déclaré protéger tous leurs rapports sexuels avec les partenaires occasionnels, afin d'éviter les IST/VIH et les grossesses non désirées. Pour les jeunes qui n'avaient pas utilisé de préservatif, les principales raisons évoquées étaient respectivement la diminution de la sensibilité pendant les rapports sexuels (39%), le refus du partenaire (23%), le manque de confiance (21%), la confiance au partenaire (18%), la difficulté d'utilisation (14%), l'oubli (14%), l'absence de préservatif (11%), le dégoût pour le préservatif (7%) et le manque de moyens financiers (1%). Des questions relatives à l'accessibilité physique et financière avaient aussi été posées aux enquêtés. C'est ainsi que 91% se sentaient tout à fait capables d'acheter un préservatif (100% des garçons et 63% des filles, $p = 0,000$). Les résultats montraient aussi que le prix du préservatif paraissait raisonnable à 88% des enquêtés. De même, la quasi-totalité des jeunes enquêtés (99%) déclarait savoir où se procurer le préservatif.

III.4.2. Compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin

Environ la moitié des enquêtés (52%) se sentaient tout à fait capables d'utiliser un préservatif masculin, (68% des garçons *contre* 38% des filles, $p = 0,000$). Par ailleurs, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer savoir utiliser le préservatif masculin (66% des 20-24 ans *contre* 41% des 15-19 ans, $p = 0,000$). En ce qui concerne le niveau d'études, les résultats montraient que les jeunes ayant été scolarisés, se sentaient plus capables d'utiliser un préservatif masculin que les enquêtés sans éducation formelle. Mais les écarts étaient significatifs lorsque les jeunes avaient atteint au moins le niveau secondaire. Ainsi, 83% des jeunes de niveau scolaire supérieur se sentaient capables de l'utiliser, contre 48% des enquêtés du niveau secondaire, et 43% pour les jeunes jamais scolarisés (tableau XI).

Tableau XI : Répartition des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des capacités à utiliser correctement le préservatif masculin

| Caractéristiques | Se sentir tout à fait capables d'utiliser un préservatif (N/%) | A décrit correctement le port du préservatif (N/%) |
|-------------------------|---|---|
| Ensemble | 296 (52) | 139 (24) |
| Sexe | | |
| Masculin | 180 (68) | 93 (35) |
| Féminin | 116 (38) | 46 (15) |
| P value | 0,000 | 0,000 |
| Age | | |
| 15-19 | 138 (41) | 57 (17) |
| 20-24 | 158 (66) | 82 (34) |
| P value | 0,000 | 0,000 |
| Niveau scolaire | | |
| Sans éducation formelle | 101 (43) | 37 (19) |
| Primaire | 2 (29) | 1 (14) |
| Secondaire | 164 (48) | 83 (24) |
| Supérieur | 29 (83) | 18 (51) |
| P value | 0,006 | 0,001 |

Mais soumis à la description des étapes de la pose du préservatif, seuls 24% (35% chez les garçons et 15% chez les filles) avaient montré les capacités de poser le préservatif masculin de façon appropriée. Le niveau de compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin était significativement plus élevé chez les aînés que chez les cadets, et chez les plus scolarisés que chez les moins scolarisés. Par ailleurs, il est apparu que 53% des jeunes (77% des garçons interrogés contre 33% des filles interrogées) avaient déjà assisté à au moins une démonstration formelle d'utilisation du préservatif. On avait noté que les jeunes qui avaient assisté à au moins une démonstration formelle, avaient plus de capacités à poser le préservatif que ceux qui n'y avaient jamais assisté ($p = 0,04$). Par ailleurs, 91% des enquêtés souhaitaient assister davantage à de séances de démonstration formelle d'utilisation de préservatif. Durant la description des étapes de l'usage du préservatif, les différentes erreurs de manipulation commises par chaque enquêté ont été recensées, depuis le stockage jusqu'au retrait du préservatif. Les erreurs fréquemment relevées sont résumées dans le tableau XII.

Tableau XII : Fréquences des erreurs recensées lors de la description du port du préservatif par les jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

| Erreurs recensées lors de la description du port du préservatif par les enquêtés | Fréquence % |
|---|-------------|
| Date d'expiration du préservatif non vérifié | 91 |
| Préservatif mis sans vérifier s'il n'est pas endommagé | 81 |
| Bout du préservatif non pincé afin de chasser l'air | 77 |
| Espace non prévu à l'extrémité du préservatif afin de recueillir le sperme et l'empêcher de s'écouler | 68 |
| Préservatif conservé dans un portefeuille ou dans la poche arrière d'un pantalon pendant une longue période | 62 |
| Préservatif mis dans le mauvais sens avant de le retourner et de l'utiliser dans le bon sens | 37 |
| Préservatif parfois placé après le début du rapport sexuel | 21 |
| Préservatif posé sur le pénis non entièrement en érection | 8 |
| Préservatif complètement déroulé avant la pose | 6 |
| Préservatif utilisé pour deux rapports consécutifs | 3 |

Par ailleurs, les différents problèmes auxquels les enquêtés étaient confrontés lorsqu'ils utilisaient le préservatif masculin ont été également recensés.

Environ trois enquêtés sur quatre (74%) avaient déclaré au moins une rupture de préservatif au cours de sa vie sexuelle, 96% un glissement de préservatif durant l'acte sexuel, 17% une perte d'érection lors de la mise en place du préservatif, et 2% un problème d'adaptation du préservatif (taille).

III.5. Prises de risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels

III.5.1. La précocité sexuelle chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso

Les résultats de notre étude montraient que 54% de jeunes avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif. L'âge médian au moment des premiers rapports sexuels était de 17,75 ans pour les deux sexes (17,6 ans pour les filles et de 18 ans pour les garçons). On avait noté que 14% des jeunes avaient eu leur premier rapport avant 16 ans. Certaines caractéristiques de la précocité sexuelle chez les jeunes interrogés, sont résumées dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Répartition des enquêtés ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 16 ans, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | Premier rapport sexuel avant 16 ans (N/%) |
|--|---|
| Total | 43 (14) |
| Sexe | |
| Masculin | 16 (37) |
| Féminin | 27 (63) |
| P value | 0,454 |
| Niveau scolaire actuel | |
| Sans éducation | 27 (63) |
| Primaire | 0 (0,0) |
| Secondaire | 15 (35) |
| Supérieur | 1 (2) |
| P value | 0,000 |
| Ecart d'âge entre la fille et le premier partenaire | |
| Moins âgé | 1 (2) |
| Environ même âge | 6 (14) |
| 1-4 ans de différence | 8 (19) |
| 5-9 ans de différence | 10 (23) |
| plus 10 ans de différence | 18 (42) |
| P value | 0,005 |
| Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel | |
| Oui | 20 (46) |
| Non | 23 (54) |
| P value | 0,440 |
| Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel | |
| Oui | 21 (49) |
| Non | 22 (51) |
| P value | 0,290 |
| Situation économique du CM | |
| Avec travail | 32 (74) |
| Sans travail | 11 (26) |
| P value | 0,287 |

On peut constater à la lumière des résultats obtenus, une forte relation entre l'activité sexuelle avant l'âge de 16 ans, et certaines variables telles que la fréquentation scolaire, le sexe et l'âge. La fréquence des rapports sexuels précoces était plus élevée chez les jeunes non scolarisés que chez les jeunes scolarisés. Plus de la moitié des jeunes non scolarisés (63%) avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, contre 35% de ceux qui avaient un niveau correspondant au secondaire.

C'est seulement 2% des jeunes du niveau supérieur qui avaient connu une entrée sexuelle précoce ($p < 0,001$). Nous avons aussi noté que 42% des enquêtés avaient eu le premier rapport avec un partenaire de plus de 10 ans de différence, 23% avec un partenaire de 5 à 9 ans de différence d'âge, et 19% avec un partenaire de 1 à 4 ans de différence d'âge. C'est seulement 2% des jeunes filles qui avaient déclaré avoir eu le premier rapport avec un partenaire moins âgé qu'elles, et 14% avec des partenaires du même âge. Ces différentes associations observées lors de l'analyse univariée entre la précocité sexuelle et les variables telles que le niveau scolaire, le sexe et l'âge, demeurent significatives dans les modèles multivariés.

III.5.2. Le multipartenariat sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso

Il ressort des données observées, que 24% des jeunes sexuellement actifs, avaient au moins deux partenaires sexuels différents au cours des 12 mois qui avaient précédé notre enquête. Parmi ceux-ci, 62% étaient des garçons et 38% des filles. La classification du type de multipartenariat avait montré que 66% des jeunes concernés par le multipartenariat, avaient des rapports sexuels concurrentiels (concomitants), contre 34% des jeunes qui entretenaient des rapports sexuels successifs avec plus d'un partenaire pendant cette période (sériels). Plusieurs raisons ont été évoquées par les enquêtés pour justifier le multipartenariat : 66% pour la recherche d'un ou d'une partenaire sûr (e), 18% en échange d'argent ou de cadeaux, et 16% pour des raisons émotionnelles.

Tableau XIV : Répartition des enquêtés ayant au moins deux partenaires sexuels (relation avec ou sans pénétration) au cours des 12 mois, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | Partenaires multiples lors des 12 derniers mois (N/%) |
|---|--|
| Total | 76 (24) |
| Sexe | |
| Masculin | 64 (84) |
| Féminin | 12 (16) |
| P value | 0.000 |
| Age | |
| 15-19 | 24 (32) |
| 20-24 | 52 (68) |
| P value | 0,168 |
| Niveau scolaire actuel | |
| Sans éducation | 35 (46) |
| Primaire | 0 (00) |
| Secondaire | 32 (42) |
| Supérieur | 9 (12) |
| P value | 0.343 |
| Utilisation de préservatif avec tous les partenaires | |
| Oui | 67 (88) |
| Non | 9 (12) |
| P value | 0,000 |
| Situation économique du CM | |
| Chômeur | 53 (70) |
| Travailleur | 23 (30) |
| P value | 0,047 |

Nos résultats suggéraient une forte relation entre le multipartenariat et le sexe, l'usage du préservatif et la situation économique du ménage. Tous autres facteurs demeurant égaux, le multipartenariat (simultanément ou successivement) était plus fréquemment rapporté par les garçons que par les filles (62% contre 38% ; $p < 0,001$).

De la même façon, on avait constaté que les multipartenaires étaient les plus nombreux à avoir déclaré l'usage du préservatif au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$). Les jeunes enquêtés qui changeaient souvent de partenaires, se protégeaient plus (88%) que ceux qui avaient eu peu de partenaires (12%). La situation économique du Chef de Ménage était fortement associée au multipartenariat ($p = 0,002$). Selon le tableau XIV, le multipartenariat était plus fréquemment rapporté par les jeunes vivant dans les ménages où les chefs n'occupaient pas d'emploi (70%), que dans ceux où ils avaient un travail (30%). Par ailleurs, les analyses multivariées effectuées avaient révélé une corrélation entre le multipartenariat et la précocité sexuelle. Ainsi, 70% des jeunes qui avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, avaient déclaré plusieurs partenaires, contre seulement 21% de ceux qui avaient déclaré une sexualité tardive ($p = 0,0341$).

III.6. Transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en SSR des jeunes

III.6.1. Typologie de la cohabitation intergénérationnelle familiale

Nous nous sommes inspirés de la classification de Konaté B [62,252-254], pour identifier les différentes générations. Tout d'abord, nous avons pris le chef de ménage nommé « CM », comme référence en tant que père/mère/oncle/tante/tuteur/tutrice, grand-père/grand-mère, arrière-grand-père/arrière-grand-mère des autres générations du ménage. Ensuite, les enfants/neveux/nièces/belles-filles, petits-enfants et arrière-petits-enfants, ont été considérés comme étant les générations descendantes. Comme indiqué dans le tableau XV, la génération de type 1 était composée du CM seul ou en couple (CM seul et/ou avec conjoint). Celui de type 2 comprenait CM seul ou en couple avec au moins une des autres générations (CM seul et/ou avec conjoint + enfants/neveux/nièces/belles-filles ou bien CM seul et/ou avec conjoint + petits-enfants). Puis la génération de type 3 était composée du CM cohabitant avec au moins deux autres générations (CM seul et/ou avec conjoint, + enfants/neveux/nièces/belles-filles + petits-enfants; ou bien CM seul et/ou avec conjoint + petits-enfants). Enfin, la génération de type 4 était composée du CM avec les autres membres des autres générations (CM seul et/ou avec conjoint + enfants/neveux/nièces/belles-filles + petits-enfants + arrière-petits-enfants).

Tableau XV : Répartition des familles selon le type de cohabitation intergénérationnelle

| Type de cohabitation | Effectif | Fréquence |
|--|------------|-------------|
| Type 1 : Ménage à une seule génération | | |
| CM (seul et/ou avec conjoint); | 25 | 5% |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + frères/sœurs. | | |
| Type 2 : Ménage à deux générations | | |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + enfants/neveux/nièces/belles-filles; | 99 | 20% |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + petits-enfants. | | |
| Type 3 : Ménage à trois générations | | |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + enfants/neveux/nièces/belles-filles + petits-enfants; | 311 | 63% |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + petits-enfants + arrière-petits-enfants. | | |
| Type 4 : Ménage à plus de trois générations | | |
| CM (seul et/ou avec conjoint) + enfants/neveux/nièces/belles-filles + petits-enfants + arrière-petits-enfants. | 59 | 12% |
| | 494 | 100% |

Les résultats de notre étude avaient montré que les jeunes étaient essentiellement célibataires (91%), dont 60% cohabitaient avec au moins un parent biologique, et 28% avec un tuteur, 7% avec un partenaire et 2% vivaient seuls. Les raisons pour lesquelles les jeunes ne vivaient pas avec leurs parents biologiques étaient principalement liées au décès ou au divorce des parents, à la mobilité scolaire ou à des raisons personnelles. La classification des jeunes en fonction du type de cohabitation montrait que la majorité (63%) des jeunes vivait dans un ménage à trois générations. Un jeune sur cinq (20%) vivait dans un ménage à deux générations ; 12% dans un ménage à quatre générations et 5% dans un ménage à une seule génération. En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménage, nos résultats avaient suggéré que les CM étaient en moyenne âgés de 55,47 ans pour les deux sexes (le moins âgé a 15 ans et les plus âgés 90 ans). Près de quatre CM sur dix (40%) n'avaient jamais été scolarisés et parmi ceux qui l'avaient été, 43% avaient atteint le niveau secondaire, 29% le niveau primaire et 9% le niveau supérieur. Sur le plan socioéconomique, 73% des CM travaillaient alors que 27% n'avaient pas d'activité.

III.6.2. Processus de transmission intergénérationnelle des connaissances en SSR

L'analyse des données du volet qualitatif de notre recherche nous a permis d'appréhender la transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et comportements en SSR. Les paragraphes qui suivent résument les réponses

apportées par les participants à trois grandes questions : i)- Qui sont les acteurs engagés dans la transmission intergénérationnelle des connaissances et attitudes relatives à la santé sexuelle et reproductive dans votre famille? ii)- Qu'est-ce qui est transmis? et iii)- Comment s'effectue la transmission et quelles en sont les difficultés rencontrées?

III.6.2.1. Les personnes impliquées dans la transmission intergénérationnelle des familles ayant participé aux entretiens semi-directifs

Durant les différents entretiens avec les parents, les enfants et les personnes ressources, nous avons demandé aux participants de nous parler de ceux qui sont impliqués dans la transmission intergénérationnelle des connaissances, des attitudes et des compétences au sein de leur famille respective. Les principaux acteurs de la transmission cités étaient : les enfants et les cadets (récepteurs) d'une part, et les grands-parents, les parents et les aînés (émetteurs), d'autre part. Cependant, les grands-parents et les aînés semblent jouir d'un statut privilégié de par leur grande expérience de vie. Ce verbatim est révélateur du discours tenu par la plupart de nos enquêtés, selon lequel :

« Les aînés détiennent un rôle familial très important dans la plupart des familles. En tous cas...ici à Bobo, c'est l'aîné qui accompagne le cadet. C'est par les aînés que les traditions et les valeurs familiales sont transmises. En tous cas, chez nous à la maison, nos grands-parents et nos aînés ont toujours été très utiles pour tout le monde. Je crois que, c'est comme ça à cause de leurs expériences » (Père du ménage n° 8)

Les résultats de nos entretiens nous ont aussi suggéré l'influence de l'entourage parental dans la transmission familiale des normes et valeurs.

« Oh oh oh [...], les parents donnent trop d'importance aux conseils venant de l'entourage familial et des membres lointains. Ça va être une grosse erreur de négliger le rôle que peuvent jouer les parents lointains dans la communication familiale » (Jeune garçon n°1, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

Mais dans le cadre de cette étude, nous nous sommes limités à la transmission entre générations directes (parents et enfants) : la transmission intergénérationnelle familiale. Notre analyse du processus de transmission ne concerne que les familles à deux générations. Les raisons de ce choix ont été développées dans la section « méthodologie ».

III.6.2.2. La nature des valeurs transmises aux jeunes par les parents (père-mère-tuteur)

Dans le processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences, il importe de connaître la nature des valeurs transmises (le contenu). Notre recherche traitant de la transmission intergénérationnelle familiale des connaissances et attitudes en santé sexuelle et reproductive, quel est le contenu de l'éducation sexuelle donnée par les parents à leurs enfants ?

Les résultats de nos entretiens avaient montré que la nature des valeurs transmises aux jeunes par les parents se limite essentiellement aux vertus de l'abstinence, de la fidélité, de la virginité et à l'hygiène corporelle. Les aspects de l'éveil sexuel à l'adolescence ne sont pas pris en charge, notamment l'information sur la sexualité, les relations sexuelles à risques et la contraception. Trois participants rapportent leur point de vue sur la question en ce qui concerne l'éducation sexuelle des filles :

« Dans notre ménage, c'est seulement quand tu as tes premières règles que la maman discute avec toi sur le fonctionnement du corps, sur l'hygiène menstruelle, sur les grossesses adolescentes. Je ne sais pas pourquoi, mais elle ne te parle jamais de la sexualité » (Jeune fille n°8, membre d'un réseau d'amies dit « ton »).

« C'est la même chose partout hein! A l'époque de mes premières règles, moi j'avais 14 ans. Ma maman m'avait dit comment ça se passe avec les menstruations. Elle m'avait aussi dit ne pas accepter n'importe quoi des garçons, de prendre mon temps. Pour mes parents, ce sont les études qui comptent. Les autres choses tels que les rapports sexuels, le plaisir, la contraception, je les ai apprises seule, avec les amis et sur internet » (Jeune fille n°1, membre d'un réseau d'amies dit « ton »).

« Vous, vous avez trop de chances. Moi j'ai dû tout découvrir toute seule, mes parents ne m'ont jamais parlé. Même lors des premières règles, quand j'étais allée la voir en pleur, elle m'avait juste montré comment me protéger et informé que ça allait venir chaque mois. Et depuis, plus rien, sincèrement » (Jeune fille n°7, membre d'un réseau d'amies dit « ton »).

Pour la grande majorité des garçons interrogés, on avait aussi noté à travers les « focus group », que les questions de sexualité n'étaient pas d'emblée discutées en famille, comme illustré par le verbatim suivant :

« Quoi, parler de la sexualité dans notre cour ? En tout cas, ce ne sont pas mes parents qui te donneront cette chance. Il ne faut même pas compter sur eux. Nous, on se débrouille avec nos amis pour s'informer sur la sexualité. Par contre, on parle beaucoup avec nos parents sur des choses courantes tels nos problèmes d'argent de poche et des difficultés que nous avons à l'école » (Jeune garçon n°5, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

Par ailleurs, lorsque les parents profitent de certaines occasions pour aborder la sexualité, cela se fait le plus souvent sous l'angle d'abstinence, de la fidélité et de la virginité. La sexualité n'était discutée dans les familles qu'en lien avec les enjeux de prévention du VIH/Sida et des grossesses non désirées. Les questions liées au partenariat sexuel, à l'utilisation du condom ou de la contraception étaient très rarement abordées ouvertement. Ces verbatim sont révélateurs du discours tenu par la plupart de nos enquêtés (jeunes et parents), selon lequel l'éducation sexuelle se fait la plupart du temps lorsque les enfants commettent des erreurs, lors

d'un événement ou suite à des questions posées par les enfants, qui nécessitent des réponses de la part des parents.

« Comme je l'ai déjà dit, la sexualité est un sujet tabou chez nous les Africains. Mais je profite des occasions que je vois à la télévision pour parler aux filles et aux garçons, pour prodiguer des conseils. Je le fais aussi lorsque je vois un enfant déconner. Je lui dis de faire attention puisqu'il y a trop de maladies maintenant, surtout le Sida. Mais je n'appelle ni la fille, ni le garçon pour parler spécialement de sexualité comme ça » (Homme adulte n°2).

« La dernière fois, j'étais au grin jusqu'à minuit. Je savais qu'arriver à la maison ça allait chauffer. Et effectivement, j'ai été accueilli par mon père qui m'attendait au salon. Il fallait le voir en colère. Il m'a tout dit, y compris me renvoyer de la maison si jamais j'enceinte une fille. J'ai préféré ne pas lui répondre. Le lendemain, ma maman m'appelle et pour la première fois, elle me parle du Sida et des grossesses non désirées. Elle m'a dit de rester sage pour éviter les maladies » (Jeune garçon n°3, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

« Comme moi-même je viens de le dire, je communique rarement avec mes enfants. Mais en tant qu'éducateur, j'éduque l'enfant à ne pas emprunter des chemins tortueux. Lorsque je vois l'enfant qui fait quelque chose qui n'est pas bien, je fais asseoir l'enfant et je lui dis voilà, si tu prends ce chemin, c'est à tes risques et périls parce que ce n'est pas bon. C'est-à-dire que je globalise la chose. Mais prendre spécifiquement le côté sexuel pour communiquer avec l'enfant, c'est rare de mon côté. J'en ai terminé » (Homme adulte n°6).

Mais pourquoi est-ce si compliqué de parler de sexualité? Plusieurs raisons expliquent un tel phénomène, mais les plus fréquemment évoquées par nos enquêtés étaient relatives :

- au caractère tabou de la sexualité,
- à la peur et à l'insuffisance de compétences de certains parents à aborder le sujet,
- au manque de temps pour en parler et,
- au refus de certains enfants de parler de la sexualité avec leurs parents.

a- Le caractère tabou de la sexualité,

Durant les entretiens avec les participants (parents, enfants et personnes ressources), le terme « *tabou* » avait été évoqué plusieurs fois. Les participants font ainsi cas du poids des traditions qui marque tous les aspects de la vie quotidienne et de la communication intergénérationnelle. La sexualité est donc perçue comme un sujet tabou dans la majorité des familles. Le silence sur les aspects liés à la sexualité caractérise ainsi la relation entre les parents et leurs enfants :

« Chez nous, ça ne se fait pas. En tout cas, je n'ai pas encore vu. On transmet à ses enfants ce qu'on a soi-même reçu. De toute façon, la question de la sexualité n'est pas une urgence parce que, tous les enfants tendent vers ça! Donc tôt ou tard, ils sauront ce que c'est » (Femme adulte n°1, membre du groupement des femmes).

« Tous les jours que le bon Dieu fait, nous discutons de la sexualité entre amies. Mais c'est bizarre, ce n'est pas faisable à la maison. Mon grand frère et moi sommes presque incapables de parler de la sexualité devant nos parents. Il semble que dès qu'on aborde ce sujet, on remet en cause les principes traditionnels et religieux. Et c'est ça la réalité dans notre cour » (Jeune fille n°3, membre d'un réseau d'amies dit « ton »).

« La dernière fois, on était à la télé avec nos parents en train de suivre une émission sur l'art culinaire. Tout à coup, une longue publicité sur la sexualité passe. Ça fait bizarre ! L'ambiance se refroidit brusquement. Papa et maman se regardent et nous regardent. Ce n'était pas facile. Ce silence a duré jusqu'à la fin de cette publicité » (Jeune garçon n°6, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

b- La peur et l'insuffisance de compétences de certains parents à aborder le sujet

Au cours des entretiens, les parents ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils ne parlaient pas de la sexualité avec leurs enfants, parce qu'ils avaient peur d'attiser leur curiosité sexuelle. Ainsi, plusieurs pensent que converser sur la sexualité rendra les jeunes sexuellement actifs, comme ces propos l'illustrent :

« La communication entre parents et enfants est très bénéfique, mais c'est quelque chose d'irréelle aujourd'hui dans notre société. Pourquoi je dis ça ? Bon, l'enfant à ses occupations dans nos sociétés et les parents aussi ont des préoccupations. Les parents pensent que débattre avec son enfant dans le domaine de la sexualité, c'est comme si c'est une perte de temps, et puis quelque chose qui va gêner l'enfant. Donc c'est quelque chose qui n'est pas une préoccupation des parents. Donc, à part l'école où on parle un peu de ça, dans la famille on n'en parle pas » (Jeune du ménage n°10).

« Je ne sais pas parce que comme je l'ai déjà dit, on trouve que ce n'est pas nécessaire d'en parler. Vous voyez maintenant que les jeunes sont très pressés de rentrer dans la sexualité. Si en tant que parent, vous vous mettez à leur en parler, c'est pour les rendre pervers, c'est comme si on veut les inciter à le faire » (Père du ménage n°12).

« Non, nos parents ne nous parlent pas de la sexualité. Pour eux, s'ils nous parlent de ça, c'est comme s'ils excitent à la dépravation sexuelle ». (Jeune fille n°2, membre d'un réseau d'amies dit « ton »).

Par ailleurs, les résultats de nos entretiens avaient révélé l'incapacité de certains parents à assumer leur rôle d'éducateur à la sexualité. Bien que volontiers, certains parents ne se sentent pas suffisamment compétents à fournir à leurs enfants, des outils complets susceptibles de les aider à développer les aptitudes qui leur permettraient de mieux vivre leur sexualité. Résultat, beaucoup de parents fuient les débats sur la sexualité :

« C'est vrai, c'est quand même très compliqué de parler avec les enfants de la sexualité. Il faut s'armer. La difficulté, c'est qu'on n'est pas bien outillé pour en parler. Voilà que nous sommes dans un monde où tout change très vite. A notre époque, on a ses premières règles tard. Maintenant, ça devient de n'importe quoi. Ça arrive même à des enfants de 12 ans. Du coup, certains parents se refusent de parler d'un sujet qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes. Personnellement, moi je fais ce que je peux » (Mère du ménage n°5).

Certains jeunes rejoignent le souci de la majorité des parents, qui ressentent le besoin de développer des compétences spécifiques facilitant une meilleure transmission intergénérationnelle familiale, en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive.

« Moi j'aime souvent poser des questions à ma maman. Mais à des moments donnés, elle est confuse parce qu'elle ne veut pas me fournir des réponses floues ou embarrassantes. Je ne sais pas si c'est parce qu'elle n'a pas les réponses » (Jeune fille du ménage n°12).

« Avec les événements des nouvelles technologies de l'information et de la communication, les connaissances deviennent rapidement dépassées. Nos parents ne peuvent pas suivre ce rythme....c'est trop pour eux. C'est pour cette raison qu'ils ne peuvent plus s'asseoir pour dire ça et ça, ils laissent tout ça à l'école. Ils pensent que c'est l'école qui doit tout faire alors que ce n'est pas ça. L'école seule ne peut pas éduquer les enfants dans le domaine de la sexualité » (Jeune garçon n°7, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

« Il nous arrive en tant que prestataire, de recevoir des parents dont les adolescentes portent des grossesses non désirées. On les sent en désarroi. Certains parents disent ne pas savoir comment faire, d'autres disent manquer de guides ou étapes pratiques pour réussir l'éducation sexuelle des enfants » (Prestataire n°1).

c- Le manque de temps pour en parler

Selon les informations recueillies au cours de nos discussions, les parents ne sont pas disponibles parce qu'ils sont occupés par la sphère du travail. Une jeune fille raconte à quel point les enfants sont laissés à eux-mêmes :

« Mes frères et moi fréquentons une école privée où nous faisons la journée continue. Quand on rentre à la maison à 14h, nous sommes souvent seuls avec la domestique jusqu'au soir. Et quand nos parents rentrent à la maison le soir, ils sont fatigués, on n'arrive plus à communiquer beaucoup avec eux » (Jeune fille du ménage n°2).

« Moi je parle de sexualité avec mes enfants, mais c'est très rare, ça n'arrive pas tous les jours, parce qu'on n'a pas le temps, je ne suis pas toujours à la maison. Donc c'est quand il y a des problèmes que j'en parle pour mettre de l'ordre, et attirer l'attention de l'enfant sur les risques qu'il court. Je ne sais pas si vous avez déjà des enfants, mais croyez-moi, il est très difficile de concilier le travail et l'éducation des enfants » (Homme adulte n°7).

d- Le refus de certains enfants de parler de la sexualité avec leurs parents

De nos jours, les enfants sont constamment exposés aux messages sexuels. Les jeunes donnent l'impression qu'ils en savent plus au sujet de la sexualité qu'ils n'en savent en réalité. Ainsi, certains jeunes avaient déclaré éviter les discussions sur la sexualité avec les parents parce qu'ils s'estimaient suffisamment informés, comme ces propos l'illustrent :

« Dans le domaine de la sexualité, quand mes parents veulent commencer à en parler, je fais tout pour éviter ce sujet, parce que je pense avoir déjà vu ou peut-être fait, ce que les parents m'interdisent. Au fait, je pense avoir suffisamment d'information sur la sexualité. Donc les parents vont parler, mais leur message ne va pas vraiment passer » (Jeune garçon n°9, membre d'un réseau d'amis dit « grin »).

III.6.2.3. Les modalités de transmission intergénérationnelle familiale

a- Mécanisme de transmission intergénérationnelle familiale

Les stratégies de communication dont font usage les parents ont été aussi investiguées pour bien cerner la dynamique de la transmission intergénérationnelle. Il s'agissait de répondre à la question : *quelles sont les modalités de la transmission familiale d'informations, de connaissances, de croyances et de ressources des parents vers leurs enfants ? Y a-t-il un traitement différentiel des garçons et des filles par les parents ?*

Les résultats de nos entretiens avaient montré que les parents font recours à deux mécanismes pour transmettre les informations, les connaissances et les compétences à leurs enfants : d'une part, l'éducation volontaire, relationnelle et intentionnelle, d'autre part, l'éducation involontaire, non intentionnelle. Dans le processus de transmission volontaire, les parents essaient d'inculquer à leurs enfants certaines normes et valeurs. Il s'agit d'une démarche active qui s'opère dans un cadre d'enseignement ou d'initiation (verbale et non verbale).

« Moi ou leur papa, on communique tous les deux avec eux et on leur donne des conseils. Moi, je donne des conseils aux filles comme aux garçons. Quand le garçon est assez grand, je lui dis de ne pas courir tout le temps derrière les filles. Quand tu es un homme, tu sais vers quel genre de femme tu dois aller. Et si tu es avec une fille, tu passes beaucoup de temps avec elle. Donc, tu vas voir ses faits et gestes pour savoir si c'est une fille qui te convient ou pas. Mais, si tu te rends compte que c'est une fille qui se promène beaucoup et que tu veux forcément rester avec elle, il faut t'attendre à ce que vous ne vous entendez pas. Moi je donne ces conseils à mes garçons pour qu'ils sachent faire leurs choix. Leur papa aussi leur parle. Il dit aux filles qu'il ne veut pas voir défiler des garçons à la maison. Il dit aussi aux filles de ne pas rester devant la porte pour causer avec les garçons. Il veut connaître qui les fréquente » (Mère du ménage n°10).

« Mon père est un roi et j'ai grandi avec lui. Chez lui, c'est le silence. Donc moi je n'aime pas trop parler à mes enfants. C'est peut être mauvais, mais j'achète beaucoup de magazines sur la santé des adolescents que je dépose à la maison. Des fois, je les vois souvent lire. J'aime bien le magazine burkinabè appelé : Votre santé » (Homme adulte n°3).

Pour ce qui est du processus involontaire de transmission, les parents sans volonté délibérée, transmettent des informations, des connaissances et des compétences à leurs enfants à travers leurs comportements quotidiens. Les termes « *ce sont mes parents qui le font ainsi...* », « *c'est ce que font d'habitude mes parents* », « *des choses que les parents ne sont pas capables de faire eux-mêmes* », sont revenus plusieurs fois durant les entretiens avec les jeunes. Il s'agit ici de toutes les circonstances possibles où l'enfant a été exposé aux exemples parentaux (mécanisme essentiellement non verbal).

« Il n'y a pas d'organisation, chaque famille parle en fonction du comportement de l'enfant qui ne lui plait pas. Moi j'essaie de bien me comporter voilà. C'est à eux de m'utiliser comme exemple. Je ne peux pas tout vous dire, mais depuis que leur papa est mort, mes deux garçons ne m'ont jamais vu avec un homme » (Femme adulte n°4, membre du groupement des femmes).

« Oui, c'est vrai vous avez raison. Pour moi, nos parents ne doivent pas nous forcer à faire des choses qu'eux-mêmes ne seront pas en mesure de faire. Si c'était facile, ils allaient faire non ! En tout cas, moi je pense que c'est la dictature » (Jeune garçon du ménage n°1).

Par ailleurs, les données des entretiens avaient suggéré une rétroaction de la part des jeunes en ce qui concerne le mécanisme de transmission d'informations, de connaissances et de compétences. Mais nous avons privilégié les transmissions qui s'exercent essentiellement dans le sens descendant, en conformité avec les objectifs de notre recherche.

Les résultats avaient également montré que la transmission familiale s'opère quotidiennement, sans que les parents ne choisissent des moments particuliers avec leurs enfants pour leur annoncer qu'ils vont transmettre une connaissance ou une valeur en particulier. Néanmoins, la majorité des parents affirment qu'ils essaient de communiquer sur les questions sensibles, dans des lieux qu'ils jugent appropriés afin de garantir la confidentialité des échanges.

De la même façon, certaines transmissions, notamment les rites de passage, nécessiteraient le choix du temps et du lieu. Mais il est important de préciser que nos participants avaient unanimement reconnu la disparition des rites de passage ou rites initiatiques. Seule une famille appartenant à l'aire culturelle « *senufo* » (venant de la province du Kénédougou), nous avait informé de l'existence d'un rite de passage des jeunes (filles et garçons) à l'âge adulte dans sa famille. Pour ce participant, le rite d'initiation introduit l'adolescent à part entière dans la catégorie des adultes.

« Cette initiation est réalisée tous les ans vers le mois de juillet, et coïncide avec la fin de la sortie des fétiches du village. Les adolescents qui sont concernés rentrent à Tagbara, notre ville pour aller faire les cérémonies et reviennent à Bobo-Dioulasso après » (Femme adulte n°6, membre du groupement des femmes).

b- Le lien entre transmission intergénérationnelle familiale et stéréotypes de sexe

Une question qui se pose fréquemment lorsqu'on aborde les transmissions intergénérationnelles familiales, concerne les différences de sexe. *Observe-t-on des différences selon le sexe dans les activités de transmission ? Quel parent (père ou mère) transmet à quel enfant (fille ou garçon), quelles valeurs ?*

Notre étude avait révélé deux niveaux de différences basées sur le genre : une distinction des rôles entre femmes et hommes, ainsi qu'une différence dans le contrôle parental exercé sur les enfants (filles et garçons). En effet, la majorité de nos enquêtés (parents et jeunes) avait reconnu une éducation sexuelle différentielle, en ce qui concerne le rôle que joue chaque parent dans le processus de transmission intergénérationnelle familiale. Selon eux, les pères mettent en place les règles, les renforcent et punissent l'enfant quand il les enfreint (assurer la moralité et la discipline), tandis que la mère est en première ligne dans l'accompagnement quotidien des enfants durant tout le processus de transmission. Écoutons quelques participants :

« Le père doit faire respecter les valeurs de la famille, parce que comme les pères ne sont pas très fréquents à la maison, les enfants ont peur d'eux. Donc c'est à eux de faire respecter les valeurs de la famille. Chez nous ici, le père a bien dit aux enfants qu'il ne veut pas d'une grossesse hors mariage. Il leur a également dit de rester sage et de penser au mariage et non à se promener de gauche à droite. Donc tous les enfants savent à quoi s'en tenir. La mère ne se fatigue jamais. Elle conseille et elle reste toujours attentive et à l'écoute de ses enfants. La mère doit veiller à ce que ses enfants restent sur le droit chemin.

Donc, je parle aux enfants dès que j'ai la possibilité parce que si l'enfant ne réussit pas, c'est la mère qu'on tient généralement pour responsable» (Mère du ménage n°3).

« J'ai décidé avec ma femme quelle parle à sa fille de la sexualité, et moi je parle aux deux garçons. Parce que l'homme et la femme sont différents. La maman peut connaître toutes les étapes de la modification biologique de la jeune fille qu'elle va expliquer à sa fille. Pour le jeune homme c'est le père qui va lui dire ce qui est important pour lui. Donc, moi en tant que père, je ne discute pas des questions liées à l'intimité avec ma fille. C'est sa maman qui s'en occupe, puisque je ne suis pas du même sexe. Mais moi je me débrouille pour discipliner les garçons » (Père du ménage n°1).

« Oui, chacun a un rôle dans l'éducation sexuelle des enfants. Ici au Burkina Faso, les mères disent tout, elles n'ont pas de limite, mais les pères en ont quelques-unes, notamment en ce qui concerne les filles. Mais écoutez ! Que l'on veuille ou pas, il y a une division sexuelle de travail partout dans le monde non ? Peut-être pas de la même façon, mais notre rôle est d'encourager les parents à se compléter dans l'éducation sexuelle au sein de la famille ». (Membre n°2 d'une ONG travaillant dans le domaine de la planification familiale).

En ce qui concerne la différence dans le contrôle parental exercé sur les enfants, les pères comme les mères s'étaient accordés à reconnaître qu'ils n'entendent pas les mêmes choses des filles et des garçons. Selon eux, les filles font l'objet de plus de contrôle (plus de restrictions) de leur part que les garçons. Les raisons les plus fréquemment évoquées étaient que les filles étaient plus vulnérables et plus exposées que les garçons en matière de SSR, comme cela a été bien déclaré par les enquêtés suivants :

« Pour moi, rien de plus normal et de plus naturel que de traiter les jeunes de façons différentes. D'ailleurs, génétiquement ils ne sont pas les mêmes. Pire encore, c'est la fille qui est perdante dans cette affaire. Quand on regarde de près, les conséquences sont plus importantes pour les filles que pour les garçons. C'est pour cela que moi j'estime qu'il faut plus préparer les filles » (Père du ménage n°11).

« Le processus n'est pas le même : les garçons ne portent pas de grossesses. Même quand un garçon enceinte une fille, il ne souffre pas comme la fille. C'est pour cette raison qu'on donne plus de liberté aux garçons qui peuvent sortir comme ils veulent, mais les filles non parce qu'on a peur qu'elles tombent enceinte » (Homme adulte n°5).

« C'est vrai, on laisse les garçons sortir plus que les filles, mais on leur donne les mêmes conseils. Un garçon est appelé à être un homme qui va devoir s'occuper d'une famille. Donc il faut laisser les garçons sortir pour qu'ils apprennent à

aller vers les autres, à se débrouiller dans la vie, et aussi pour qu'ils se frottent aux autres garçons, parce que c'est tout ça qui va forger leur caractère » (Père du ménage n°2).

On voit bien à travers ces verbatim, l'influence des stéréotypes de genre sur la transmission intergénérationnelle familiale.

III.6.2.4. Les facteurs favorisant ou bloquant une « bonne » transmission

La transmission intergénérationnelle familiale implique plusieurs facteurs pouvant avoir une influence importante sur la capacité des familles à mieux transmettre les informations, les connaissances, les croyances et les ressources d'une génération à la suivante. Les facteurs internes et ceux externes avaient été les plus fréquemment cités par nos enquêtés.

a- Les facteurs internes

Selon les résultats de notre étude, le style éducatif parental, qu'il soit positionnel (non flexible) ou rationnel (flexible) influencerait l'activité de transmission. La taille de la fratrie avait également été évoquée par plusieurs comme étant un facteur susceptible d'influencer la transmission intergénérationnelle familiale. Plus flexible, le modèle « rationnel » favorise l'apprentissage par la découverte sous la supervision des parents, dans une communication ouverte, franche et dans un climat de confiance. Dans le modèle « positionnel », les parents définissent (permis et interdits) et imposent la façon de procéder ou la procédure à suivre (contrôle, injonction), comme illustré par le verbatim suivant :

« Les enfants d'aujourd'hui sont trop gâtés. Si jamais vous baissez la garde, vous serez surpris. Leur maman et moi sommes vigilants dans ce domaine. Et moi je n'hésite pas à tabasser si les règles ne sont pas respectées. Non, ce sont les règles de base que nous leur avons imposées pour leur sécurité » (Homme adulte n°9).

Pour ce qui est de la taille de la fratrie, les résultats de notre étude avaient montré qu'une taille de fratrie importante, a un effet négatif sur la transmission intergénérationnelle familiale. La qualité de la communication familiale est faible, lorsque la taille de la fratrie est grande.

b- Les facteurs externes

Les données du volet qualitatif de cette recherche avaient suggéré une influence de l'environnement social sur la transmission intergénérationnelle familiale d'informations, de connaissances et de compétences d'une génération à la suivante. Ainsi, les jeunes sont exposés à de nombreuses nouvelles sources d'information, lesquelles peuvent compléter ou contredire les activités de transmission intergénérationnelle familiale.

Les sources les plus citées par ceux-ci étaient : les médias sociaux (télévision, wikipédia, twitter, youTube, facebook, linkedIn, whatsApp et viber...), les pairs (amis et camarades) et l'école. Par ailleurs, certains enquêtés avaient émis des doutes sur la fiabilité de la plupart de ces sources d'information des jeunes. Ces différents extraits de phrases nous permettent de voir l'influence de l'environnement sur la transmission intergénérationnelle familiale.

« C'est triste, les enfants sont quotidiennement bombardés d'images des publicités, de fausses informations provenant des discussions entre copains à l'école et des réseaux sociaux. C'est intolérable. Et voilà, ce sont les parents qui doivent réparer tout ça. Oui ! Nous devons débarrasser les enfants de toutes ces informations et images erronées véhiculées par les médias, les amis et autres réseaux sociaux » (Personnel de la Mairie de Bobo-Dioulasso).

« La modernisation défavorise la transmission intergénérationnelle parce qu'avec la modernisation, les enfants voient tout ce qu'ils ne devraient pas voir, et c'est ce qui amène les jeunes très tôt dans la sexualité et dans les maladies telles que le Sida » (Membre n°4 du groupement des femmes).

« J'espère que les nouvelles technologies de l'information et de la communication favorisent la transmission intergénérationnelle des informations en SSR, parce que même les jeunes qui ne communiquent pas avec leurs parents, ont accès à ces moyens de communication. La télévision même est bien maintenant, on parle de sexualité, ce qui fait que tout le monde comprend. Même les enfants aujourd'hui connaissent le Sida et les conséquences des rapports sexuels non protégés. Mais en plus de ces moyens, moi aussi je fais ce que je peux pour mes enfants » (Mère du ménage n°7).

Le poids de la culture et de la religion a été aussi évoqué par la totalité des enquêtés. Selon eux, les influences de certaines conceptions culturelles et religieuses représentent un frein à l'éducation à la sexualité.

« Chez nous les musulmans, la communauté musulmane va te dire que tu gâtes l'enfant en lui parlant de sexualité. On trouve que ce n'est pas bien de parler de sexualité aux enfants parce que selon eux, c'est ce qui va amener l'enfant à pratiquer. Mais ce qui est bien, c'est que dans la religion musulmane, tout le monde n'est pas pareil parce qu'il y a des parents qui acceptent parler de sexualité avec leurs enfants, parce qu'ils savent que c'est important. Mais il y a d'autres par contre qui refusent de le faire » (Homme adulte n°1).

« Non la religion musulmane n'interdit pas l'éducation sexuelle. Au contraire, elle encourage l'éducation sexuelle dans les familles. Mais le contenu des messages des parents doit être orienté vers la virginité pour les filles et la chasteté pour les garçons, et ce jusqu'au mariage. L'usage du condom et de la contraception est formellement interdit avec le mariage » (Chef religieux n°1).

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Chapitre IV : Discussion

Ce chapitre synthétise, valide et discute les résultats précédemment présentés en les analysant et les comparant aux points de vue des principaux auteurs contemporains ayant étudié les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en santé sexuelle et reproductive et leurs transmissions dans le cadre familial. Ce chapitre est composé de quatre (4) sections. La première section présente la synthèse des principaux résultats obtenus au cours de l'étude, lesquels devront faire objet de discussion. La deuxième section expose les différentes méthodes qui ont permis de contrôler les critères de validation. Nous évoquons les principes de validité externe et de validité interne qui ont guidé notre recherche. La troisième section porte essentiellement sur la mise en perspective des résultats obtenus. Elle discute les résultats de la recherche en les comparant aux résultats antérieurs. Enfin, la quatrième et dernière section présente les formes de valorisation retenues dans la cadre de cette thèse.

IV.1 Résumé des principaux résultats obtenus

Les pages qui suivent résument les principaux résultats présentés dans la section précédente. Il s'agit de résultats sur i)- les connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de grossesses non désirées; ii)- les compétences des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière d'utilisation du préservatif masculin; iii)- les prises de risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels; iv)- la pratique contraceptive chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et v)- le processus de transmission intergénérationnelle des connaissances en SSR des jeunes de Bobo-Dioulasso.

IV.1.1. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées

La majorité des jeunes n'avaient toujours pas accès à des informations précises pouvant leur permettre de vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante. Les connaissances exactes des enquêtés sur la transmission, la prévention du VIH et la contraception étaient approximatives. Très peu de jeunes (9%) avaient une connaissance complète des modes de transmission, et 5% n'avaient aucune connaissance. Par ailleurs, la quasi-totalité des jeunes (94%) avaient déjà entendu parler d'un préservatif, presque le même pourcentage en ce qui concerne les méthodes contraceptives (97%). Mais soumis à un test d'identification des méthodes contraceptives, seuls 23% avaient reconnu toutes les dix méthodes modernes proposées dans notre questionnaire. Nos résultats avaient aussi suggéré la persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif (25%) et la contraception (32%). Enfin, les connaissances et les attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH et de la contraception variaient selon l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le type de supervision parentale.

IV.1.2. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans

Les résultats de notre étude avaient montré que peu de jeunes utilisaient les moyens contraceptifs, malgré leur bonne connaissance et la grande importance qu'ils déclarent accorder à la contraception. Le quart des filles (25%) avaient déclaré utiliser un contraceptif lors du premier rapport sexuel, contre le tiers des garçons (32%). Par ailleurs, moins de la moitié des enquêtés sexuellement actifs avaient utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois précédant notre enquête (49% parmi les garçons contre 42% parmi les filles). Parmi eux, 49% avaient utilisé le condom masculin, 21% avaient utilisé la pilule contraceptive, 16% avaient utilisé des injectables, 9% avaient utilisé les pilules de lendemain, 3% avaient utilisé des implants et 1% le stérilet.

Nous avons aussi constaté que la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis par la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Les résultats avaient enfin révélé une relation significative entre l'utilisation de la contraception au cours

des 12 derniers mois et l'âge. En effet, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer avoir utilisé un moyen contraceptif moderne au cours des 12 derniers mois (60% des jeunes de 20-24 ans *contre* 40% de ceux de 15-19 ans, $p<0,05$).

IV.1.3. Utilisation du préservatif masculin chez les jeunes de Bobo-Dioulasso

Peu de jeunes utilisaient régulièrement et correctement le préservatif, malgré leur connaissance et leur prise de conscience des risques d'infection au VIH et de grossesses non désirées. Seulement 24% des jeunes enquêtés étaient capables de décrire correctement la pose du préservatif masculin, malgré leur bonne connaissance de sa fiabilité et bien que certains d'entre eux aient bénéficié de campagnes de sensibilisation. Plusieurs erreurs et des problèmes d'usage (ruptures, glissements, fuites et pertes d'érection) avaient été recensés. Les jeunes les plus âgés et avec un niveau d'études le plus élevé étaient les plus nombreux à bien réussir la description correcte de la pose du préservatif. Par ailleurs, les jeunes filles étaient moins compétentes que les garçons en matière d'utilisation du préservatif.

IV.1.4. Comportements sexuels à risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels

On avait noté la persistance des comportements sexuels à risques, notamment la précocité sexuelle et le multipartenariat sexuel. Plus de la moitié des enquêtés (54%) étaient sexuellement actifs dont 14% avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat sexuel avait été observé chez 24% des jeunes sexuellement actifs. Parmi les facteurs déterminants de la précocité sexuelle et du multipartenariat, figuraient les facteurs individuels (l'âge, le sexe et le niveau scolaire des jeunes enquêtés) et les facteurs environnementaux (les normes sociales et culturelles, la modernisation et la situation économique des parents).

Nos données avaient aussi montré que les rapports sexuels trop précoces étaient fortement associés au multipartenariat sexuel. Ainsi, 70,4% des jeunes qui avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, avaient déclaré plusieurs partenaires, contre seulement 21,1% de ceux qui avaient déclaré une sexualité tardive.

IV.1.5. Les sources d'information des jeunes et le processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des comportements en SSR

Les données provenant des entretiens avec nos enquêtés avaient montré que les familles font recours à deux mécanismes pour transmettre les informations, les connaissances et les compétences à leurs enfants. Premièrement, l'éducation volontaire qui consiste à inculquer aux enfants, certaines valeurs dans un cadre d'enseignement ou d'initiation (verbale et non verbale). Deuxièmement, l'éducation involontaire, un processus non intentionnel par lequel les parents sans volonté délibérée, transmettent des valeurs à leurs enfants à travers leurs comportements quotidiens (exposition des enfants aux exemples parentaux). La nature des valeurs transmises par les parents se limite essentiellement aux vertus de l'abstinence, de la fidélité, de la virginité et l'hygiène corporelle, ce qui fait

que les jeunes accèdent aux connaissances et savoirs en SSR, par découverte et non, à travers des parcours initiatiques ou des rites de passage. Ainsi, bien que près de 84,0% des jeunes soient en situation de cohabitation avec les parents, ces derniers pourtant constituent les sources d'information les moins citées derrière les réseaux sociaux, les médias, les pairs et l'école. Notre étude avait aussi établi un lien entre transmission intergénérationnelle et stéréotypes de sexe. On avait ainsi noté, une division sexuelle du rôle des parents et une différence dans le contrôle parental exercé sur les enfants selon leur sexe.

IV.1.6. Les facteurs déterminants du processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en santé sexuelle et reproductive

Les facteurs individuels et les facteurs environnementaux avaient été évoqués par les enquêtés, pour justifier les difficultés des parents à jouer un rôle plus actif, dans l'acquisition des savoirs par les jeunes. Pour les facteurs individuels, nous avons noté le style éducatif parental (positionnel/non flexible et rationnel/flexible), la peur d'attiser la curiosité sexuelle des jeunes et l'insuffisance de compétences de certains parents à aborder le sujet, le manque de temps du côté des parents dû à leurs occupations professionnelles et enfin, le refus de certains jeunes de parler de la sexualité avec leurs parents. Les facteurs environnementaux étaient relatifs aux poids de la culture et de la religion qui rendent la sexualité tabou, aux influences des pairs et de la modernisation (les nouvelles formes de médias sociaux, y compris internet).

IV.2. Validité des principaux résultats obtenus

Comme l'a mentionné Drapeau [255], « *la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes* ». La validité est un critère important pour apprécier cette crédibilité. Dans cette perspective, nous nous sommes sérieusement préoccupés de la validité des résultats obtenus. Ainsi, toutes les étapes de notre recherche ont été réalisées avec la plus grande rigueur, de la méthode à la présentation des résultats, en passant par l'analyse complexe des données.

La validité d'une recherche est définie par Wacheux [256], comme « *la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés* ». Dans la littérature, on distingue généralement la validité interne, qui fait référence à la correspondance entre l'observation et la réalité empirique observée, et la validité externe qui démontre la possibilité qu'une observation se retrouve dans plusieurs situations empiriques observées [257].

IV.2.1. Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes [258]. Mucchielli [249] définit la triangulation comme,

« une stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs techniques de recueil de données afin de compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles. La stratégie permet également de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits ». Ainsi, l'utilisation de la triangulation est pour nous, une stratégie pour éviter ou pour contrôler les biais éventuels induits par la méthode de collecte et d'analyse des données [259-261]. Puisque notre modèle d'analyse s'inspire du paradigme interactionniste dans sa prise en compte de la dimension essentielle de la relation sociale, dans les comportements et interactions avec le groupe social, nous avons appliqué les cinq (5) niveaux de triangulation proposés par l'interactionniste interprétatif Denzin [262], et qui mettent en lien l'approche qualitative et celle quantitative. Il s'agit notamment de :

IV.2.1.1. La triangulation des données, qui utilise une variété de sources de données.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons cherché autant que faire se peut à varier les sources de données, comme nous l'avons montré dans le chapitre II. D'abord, nous avons d'une part, essayé d'éviter les effets d'instrumentation qui résident dans de mauvaises formulations des questions pour la collecte des données. Ensuite, nous avons veillé à ce que les outils de collecte de données couvrent tous les aspects importants du domaine investigué. Ainsi, les instruments de collecte d'informations, ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographique et de Santé (2010) [14]. Ces questionnaires ont été aussi validés par le comité d'éthique du Centre Muraz. Après, nous avons collecté nos données sur deux périodes de temps différentes (premier temps de recueil pour le volet quantitatif, et deuxième temps de recueil pour le volet qualitatif). Le volet qualitatif nous a permis non seulement de confirmer certaines données du volet quantitatif, mais aussi de mieux comprendre le phénomène étudié.

Ensuite, nous avons diversifié les participants à l'étude (jeunes, adultes, parents, personnel de santé, leaders religieux, acteurs des organisations de la société civile, enseignants, groupes de jeunes, groupements de femmes, autorités politico-administratives). Puis, nous avons procédé à une vérification des données auprès des participants de l'étude. Certains d'entre eux ont été choisis par hasard pour la synthèse des entrevues réalisées, afin de s'assurer que le contenu correspond à leur expérience. Enfin, nous avons confronté les données primaires aux données secondaires (données recueillies lors de la revue documentaire). Cette triangulation des sources a permis de récolter des informations différenciées et plus complètes, pour ainsi mettre en évidence des aspects intéressants concernant les connaissances, attitudes et comportements des jeunes et la transmission intergénérationnelle.

IV.2.1.2. La triangulation des chercheurs qui implique la participation de plusieurs chercheurs à un intérêt d'étude commun.

En dehors des dix enquêteurs et de trois superviseurs, nous avons sollicité l'expertise d'une équipe du centre Muraz qui nous a accompagné durant toute la recherche. Ainsi, comme nous l'avons montré dans le chapitre II, nous avons fréquemment

soumis les données à des séances d'évaluation de la cohérence et de la fiabilité des informations recueillies avec l'équipe de recherche du Centre Muraz. De même, le Comité de thèse, les co-auteurs des manuscrits des quatre articles tirés de cette thèse, ont été constamment mis à contribution dans le cadre du contrôle des sources de biais, et de la validation des nouvelles connaissances produites. Nos interprétations étaient affinées au fur et à mesure par les codirecteurs de la thèse. Ainsi, tous ces chercheurs se sont prononcés sur la saturation, la vraisemblance des données et sur la validité des analyses. En faisant appel à ce monde pluridisciplinaire et multiprofessionnel, nous avons accepté alors de recevoir à la fois des commentaires de pairs (forme de validation scientifique), mais aussi des commentaires d'autres individus qui ne sont pas nécessairement des experts dans le domaine, mais qui ont néanmoins pris part à l'enquête.

IV.2.1.3. La triangulation des théories qui emploie de multiples perspectives pour interpréter un même ensemble de données.

Dans cette thèse, comme le montre plus précisément le chapitre II, nous avons essayé de décrypter les informations recueillies et d'interpréter les résultats du traitement des données, en utilisant plusieurs modèles d'analyse, plusieurs cadres théoriques (complémentaires ou concurrentes). En effet, nous avons répertorié dans la littérature, des théories ou modèles pouvant permettre de comprendre les transmissions intergénérationnelles d'informations, de connaissances et de compétences, dans le cadre de jeux relationnels entre les membres de la famille. Nous avons donc privilégié la posture épistémologique interactionniste comme théorie générale, puis l'approche systémique appuyée par le modèle écologique de Bronfenbrenner. Cette procédure nous a permis d'être attentif à la richesse et à la complexité des comportements humains, en variant les points de vue lors de la lecture des phénomènes et au cours de la phase d'interprétation des résultats [263].

IV.2.1.4. La triangulation des méthodes qui utilise plusieurs moyens pour investiguer un même intérêt.

Nous avons essayé de mettre en place une triangulation des méthodes, afin d'éviter certains « *biais* » induits par la méthode directe de collecte des données [264]. D'une part, nous avons opté pour une démarche méthodologique mixte qui combine un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le choix d'une approche complémentaire (qualitative) nous a permis de vérifier la cohérence du discours des jeunes sur les comportements sexuels à risques, les pratiques préventives en matière de VIH et de grossesses non désirées, et la communication entre les parents et les jeunes sur la sexualité et la reproduction. Ainsi, les résultats d'un volet qualitatif avaient confirmé et consolidé les résultats du volet quantitatif. Denzin [248] et Jick [265] avaient introduit le concept de triangulation par la combinaison de méthodes dans l'étude d'un même phénomène. D'autre part, nous avons fait usage de plusieurs techniques de recueil de données (entretiens individuels, entretiens de groupe, analyse de documents). Notre démarche méthodologique se caractérise ainsi par la triangulation des méthodes [265], c'est-à-dire le recours à différentes méthodes de recueil de données, dans le but d'améliorer la richesse et la finesse de notre analyse.

IV.2.1.5. la triangulation interdisciplinaire qui joint des chercheurs de différentes disciplines, pour accroître la compréhension par différentes perspectives et méthodes, avec un intérêt de recherche commun.

Notre recherche doctorale a pour objectif principal, d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans en santé sexuelle et reproductive (SSR) et analyser les processus de construction de leurs sources. L'atteinte de cet objectif principal nécessite selon nous, la mobilisation d'un cadre d'analyse pluriel sur les plans disciplinaires. Nous avons donc recouru à plusieurs disciplines autres que la psychologie sociale, telles que la sociologie, la biologie, l'épidémiologie et la biostatistique. Ainsi, la sociologie permet de comprendre la construction sociale et culturelle de l'activité sexuelle, le contexte social dans lequel elle se déroule, de même que les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle et des questions de genre. La biologie permet d'établir les liens entre les comportements sexuels à risques et les changements s'opérant dans le corps de l'individu pendant la puberté, alors que la statistique apporte certaines informations au niveau de la représentativité de l'échantillonnage et de régression logistique. Toutes ces disciplines contribuent à une approche de santé publique qui, vise à mettre en place une action d'ensemble (éducation et promotion de la santé, prévention et traitement) afin d'améliorer la santé des populations. En combinant ces divers niveaux d'analyse, il est possible de pousser plus loin la compréhension des phénomènes à l'étude. En effet, lorsque les limites d'une approche sont atteintes, une autre discipline peut prendre la relève et repousser les frontières de l'interprétation [266].

IV.2.2. Validité externe

La validité externe désigne le degré selon lequel les résultats d'une étude peuvent être généralisés à une population plus large. Selon Davis [267], cette définition a une signification différente selon qu'on s'inscrit dans le paradigme quantitatif ou qualitatif. Ainsi, dans une recherche quantitative, c'est la conception même de la recherche basée sur un échantillonnage représentatif des sujets qui va assurer, dans une mesure plus ou moins grande, cette validité externe. Dans le cadre d'une recherche qualitative par contre, on parlera plutôt de comparabilité ou de transférabilité des données d'un contexte à un autre, pour caractériser la mesure selon laquelle les résultats observés dans une situation particulière, sont valides pour une autre situation. Il nous semble opportun de rappeler que nous avons utilisé une méthodologie mixte de recherche (qualitative et quantitative). Dans la perspective d'une généralisation statistique, les résultats du volet quantitatif de notre étude se fondent sur un échantillon déterminé de manière probabiliste, représentatif de la population des jeunes de 15 à 24 ans de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. En ce qui concerne le volet qualitatif, les principes de représentativité et de transférabilité des résultats ont été assurés de trois manières. En premier lieu, nous avons réalisé un échantillonnage diversifié, afin d'avoir un niveau acceptable de saturation, de complexité et la richesse de l'objet d'étude. Ainsi, notre échantillon a été construit sur la base d'un choix raisonné (non probabiliste), afin d'obtenir une diversité des cas et donc une richesse de contenu maximale. Les sujets ont été choisis en fonction de certaines caractéristiques,

en cohérence avec les objectifs de la recherche. En second lieu, nous avons recouru à des chercheurs pour une confirmation externe par les pairs. En effet, nous avons participé à plusieurs conférences locales comme les 15^{èmes} et 16^{èmes} Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB) et les 4^{ème} et 5^{ème} Journées Scientifiques de l'Université polytechnique de Bobo-Dioulasso. Nous avons aussi organisé des séances de restitution externe à une équipe de chercheurs du centre de recherche « *Luxembourg Institute of Health* ». Au cours de toutes ces rencontres, les résultats obtenus ont été présentés et discutés. Les suggestions des pairs ont permis de mieux construire le travail, et de prétendre plus aisément à la complétude de l'étude. Aussi, la proposition des quatre articles tirés de cette thèse et publiés dans différentes revues scientifiques avec un comité de lecture, ont renforcé cette validité externe. En dernier lieu, nous avons comparé les résultats à des recherches proches dont les données étaient facilement disponibles. Ainsi, nous osons croire que l'ensemble de ces précautions ont dû sensiblement réduire les différents biais que présente une telle étude (biais d'échantillonnage ou de sélection, de mesure, de déclaration/réponse, biais d'analyse ou d'interprétation de confusion, etc.).

IV.3. Mise en perspective des résultats obtenus

Cette section interprète les résultats clés, et les compare avec ceux d'études similaires réalisées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, et dans celui de la transmission intergénérationnelle familiale. Il est important de rappeler que notre étude avait comme principal objectif, d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24 ans en santé sexuelle et reproductive (SSR) et d'analyser les processus de construction de ces savoirs.

IV.3.1. Connaissances des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de grossesses non désirées

IV.3.1.1. Des connaissances approximatives sur les modes de transmission du VIH

Les connaissances générales des enquêtés en santé sexuelle et reproductive étaient bonnes, notamment en ce qui concerne les modes de transmission et de prévention du VIH. Mais moins d'un enquêté sur dix avait une connaissance précise des modes de transmission. Pourtant, une protection optimale contre le VIH nécessite une connaissance complète et correcte des moyens de transmission et de prévention. De même, une proportion non négligeable de jeunes (5%) n'avait aucune connaissance. Ces résultats pourraient s'expliquer par les difficultés des promoteurs de campagnes de sensibilisation, à atteindre tous les jeunes du pays. Il est aussi possible que les approches utilisées lors des différentes campagnes ne soient pas adaptées aux contextes de vie des jeunes. De tels résultats avaient été déjà observés par plusieurs études réalisées au Burkina Faso, notamment les recherches menées par Desclaux [82], Meda et al. [84] et Baya [268]. Ces auteurs avaient unanimement noté une évolution progressive du niveau de connaissance générale depuis 1998, mais aussi la méconnaissance persistante de certaines notions préventives

par les jeunes et adolescents. L'EDSBF-MICS IV [14] avait conclu à une connaissance approfondie limitée des modes de transmission du VIH, car seuls 9,3% des femmes et 23% des hommes, avaient déclaré ne pas avoir de connaissances approfondies sur le VIH/Sida.

Nous avons aussi constaté que la transmission de la mère à l'enfant (TME) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était très peu connue, bien que l'Etat burkinabè se soit engagé à la réduire à moins de 5% en fin 2015 [269]. Pourtant, ce mode de transmission est la cause majeure de l'extension à la population pédiatrique de l'épidémie d'infection par le VIH [270]. Tout porte à croire que les campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH/Sida se sont plus focalisées sur les deux premiers modes de transmission : la transmission par voie sexuelle et par voie sanguine. Taverne [271] expliquait la méconnaissance de transmission de la mère à l'enfant par le contenu des messages. Pour lui, la communication de santé publique sur l'infection à VIH doit dépasser la simple répétition de messages énumérant les modes de transmission. Meda avait abondé dans le même sens, lorsqu'il montrait dans son article intitulé « *Réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement : stratégies d'intervention disponibles, obstacles à leur mise en œuvre et perspectives* », que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH doit être élevée à un rang de priorité dans les pays en développement. Car pour l'auteur, le poids que supportent les pays en développement dans l'épidémie du VIH, est considérable puisque 90 à 95% des femmes susceptibles de transmettre à leurs enfants le VIH vivent dans ces régions [270].

En ce qui concerne les modes de prévention, nos résultats suggéraient que la majorité des jeunes enquêtés avaient une bonne connaissance de la stratégie ABC (Abstinence, Fidélité -Be faithful, utilisation du Condom). Toutefois, il est important de reconnaître que cette stratégie suscite une grande controverse due à ses limites. L'ONU [272] reconnaît aussi l'inefficacité de cette approche et préconise des mesures plus larges qui ont également pour but, entre autres, de créer des environnements sûrs pour les jeunes. D'autres études récentes ont montré que cette approche conduit la plupart du temps, à renforcer des inégalités entre les hommes et les femmes dans l'accès à la contraception et l'épanouissement sexuel. C'est ainsi que pour Binet [273], les messages de type « ABC » stigmatisent les jeunes filles sexuellement actives, et leur rendent l'accès plus difficile encore aux moyens de prévention, que ce soit les moyens de prévention contre le Sida ou contre les grossesses non désirées.

IV.3.1.2. Le niveau de connaissance des jeunes associé au sexe, à l'âge, au niveau scolaire et à la situation de cohabitation

Nous avons noté que le niveau de connaissance complet et correct était significativement associé au sexe, à l'âge, au niveau scolaire et à la situation de cohabitation des jeunes. Les jeunes garçons semblaient mieux informés que les jeunes filles quant aux modes de transmission du VIH. De la même façon, le niveau de connaissance exacte était plus élevé chez les plus âgés que chez les plus jeunes. En 2010, les résultats de l'EDSBF-MICS IV [14] avaient déjà montré que la connaissance

des jeunes et adolescents en matière de prévention du VIH, était associée à l'âge et au sexe. Ceci pourrait être perçu comme une conséquence des inégalités de genre et intergénérationnelles, qui font que les femmes et les plus jeunes sont privés des informations jugées sensibles. Ces observations coïncident avec les résultats d'une étude menée au Cameroun par Barrière [274]. La fréquentation scolaire influence positivement la connaissance des moyens de transmission des IST/VIH. En effet, le niveau de connaissance était plus élevé chez les jeunes scolarisés. Les écarts devenaient plus significatifs à partir du niveau scolaire secondaire. Ce constat renforce l'importance de l'école comme facteur de socialisation [275] : la socialisation de l'enfant désigne le processus par lequel il s'approprie, à travers les interactions qu'il noue avec ses proches, les normes, valeurs et rôles qui régissent le fonctionnement de la vie en société. L'école participe à ce processus par lequel le jeune construit sa personnalité par « l'intériorisation/incorporation » de manières de penser et d'agir socialement. C'est aussi le rôle de l'école, de former et d'informer notamment sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Mais les modules d'éducation à la santé ne sont introduits dans les programmes d'enseignement qu'en fin de premier cycle. Ce sont donc les jeunes les plus scolarisés qui bénéficient des informations sur la santé sexuelle, d'où les écarts très significatifs de connaissances à partir du niveau secondaire. Cette observation confirme celle de Rwenge 123 sur un échantillon similaire au Cameroun.

Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les enquêtés en situation de cohabitation avec leurs parents, étaient proportionnellement moins nombreux à posséder une connaissance exacte de la transmission du VIH/Sida. C'était aussi parmi eux qu'on avait noté plus d'idées erronées sur le VIH. Ces observations laissent entendre que le fait de cohabiter avec les parents ou les tuteurs, n'est pas synonyme de transfert systématique de connaissances fiables. Par ailleurs, la situation de décohabitation peut faciliter l'accès des jeunes aux informations et à l'acquisition des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, organisée par les services publics et les ONG. Au Burkina Faso, Yode [277] avait documenté le lien entre la cohabitation des jeunes avec leurs parents et leurs attitudes futures. D'après ses résultats, la cohabitation parentale autorise des interactions plus élevées avec les parents, sans nécessairement être synonyme d'un accès à des ressources utiles dans des domaines comme celui de la santé. A l'instar de Hindelang [278], l'auteur estimait que le contrôle parental qui s'opère dans le cadre d'une interaction avec l'enfant et d'une prise en compte de ses aspirations, l'expose moins aux influences non familiales. Par contre, un contrôle coercitif, excessif ou laxiste peut affecter négativement son comportement.

IV.3.1.3. Une bonne connaissance du préservatif masculin mais le préservatif féminin reste très peu connu

Les jeunes interrogés avaient une bonne connaissance du préservatif masculin. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ont vu ou entendu parler du préservatif masculin, lors de campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de la communication tels que internet, les réseaux sociaux ou des amis. Après une étude menée à Bouaké en Côte d'Ivoire, Mazou

[279] confirmait que la majorité des élèves interrogés avaient un bon niveau de connaissance du préservatif : ils savaient décrire les étapes d'utilisation, l'avaient déjà vu et/ou touché lors de campagnes de sensibilisation organisées dans leur établissement scolaire ou dans leur quartier. Le niveau de connaissances du préservatif masculin était plus élevé chez les garçons que chez les filles, chez les plus âgés que chez les moins âgés. De même, les jeunes ayant été scolarisés avaient plus de connaissances que les non scolarisés. L'association avec le niveau scolaire, peut se justifier par le fait que l'école permet aux individus d'être informés sur la santé sexuelle et reproductive par leurs pairs et/ou dans le cadre de cours de biologie. Quant à l'association « *genre et âge* », elle peut être la conséquence des inégalités sociales marquées par les préférences traditionnelles et culturelles accordées aux garçons et aux aînés. Ainsi, les cadets et surtout les filles sont généralement privés d'informations jugées « *sensibles* ». C'est ce que MacPhail [280] avait montré dans un township en Afrique du Sud, lorsqu'il affirmait que les normes sociales dominantes construisent la masculinité, et affectent profondément l'expérience hétérosexuelle des femmes. Par ailleurs, notre étude avait montré que la quasi-totalité des enquêtés (98%) avaient une mauvaise connaissance du condom féminin. L'étude de Guira [281] sur « *la sexualité et risque de transmission du VIH chez les couples sérodiscordants suivis à l'hôpital de jour du CHU de Ouagadougou au Burkina Faso* », avait déjà révélé une méconnaissance du préservatif féminin par une majorité des burkinabè.

Des résultats analogues ont été obtenus dans d'autres pays [282- 285], qu'il s'agisse de la connaissance ou de l'acceptabilité du condom féminin par les jeunes. Ainsi, Bahi [282] dans son rapport d'étude intitulé « *Notes sur l'acceptabilité du préservatif féminin : étude auprès d'étudiantes et étudiants abidjanais-Côte d'Ivoire* », publié en décembre 2008, affirmait que d'une manière générale, comparé aux autres méthodes, le préservatif féminin est très faiblement connu des enquêtés. Plusieurs raisons avaient été évoquées par ces auteurs [282-286] pour justifier cette mauvaise connaissance du préservatif féminin. Parmi celles-ci, on peut noter le coût très élevé de ce produit et son inaccessibilité physique. Au Burkina Faso, le prix unitaire de cession du condom féminin « *Saramani* » aux consommateurs est de cent (100) FCFA (0,30 Euros) contre dix (10) FCFA (0,015 Euros) pour le préservatif masculin « *Prudence* »¹.

IV.3.1.4.Des connaissances incertaines de la physiologie de la reproduction et de la contraception

Nous avons noté chez les jeunes, une méconnaissance du fonctionnement du corps, du cycle féminin et de la contraception. La majorité (77%) d'entre eux ne connaît pas les différents types de contraceptifs modernes. Cette situation pourrait trouver son explication par le fait que la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les sociétés africaines. Les adultes craignent aussi qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents ou en leur apprenant à se protéger, on les rendrait sexuellement actifs. Tous ces facteurs font

¹ Cette information sur le prix unitaire des condoms a été reçue des responsables du Programme de Marketing Social et de Communication pour la Santé (PROMACO). Au Burkina Faso, PROMACO distribue ses propres marques de condoms féminins et masculins (*Saramani* et *Prudence*).

qu'aujourd'hui, très peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine sexuel et reproductif. Pourtant les jeunes ont de réels besoins d'information et d'échanges. De tels résultats avaient été obtenus par l'EDSBF-MICS IV [14]. Selon les données de cette enquête, 21% de jeunes du Burkina Faso ne savaient pas comment situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel, et 41% n'en avaient qu'une connaissance approximative. Sur un échantillon de 2 460 jeunes lycéens interviewés dans deux Etats du Sud du Nigeria, Amazigo [95] avait noté que seuls 36% des jeunes lycéens interrogés avaient pu identifier correctement le moment le plus probable de l'ovulation. En outre, on peut se demander jusqu'à quel niveau ces jeunes sont exposés, lorsqu'on sait que 54% d'entre eux étaient sexuellement actifs.

Il ressort aussi des données observées, que la quasi-totalité des jeunes, avait cité spontanément au moins une méthode contraceptive moderne. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ont vu ou entendu parler des contraceptions lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de communication tels que l'internet, les téléphones ou des amis. Ces résultats concordent avec ceux obtenus au Burkina Faso par Babalola et al. [97], suggérant un bon niveau de connaissance des jeunes en ce qui concerne la contraception. De la même façon, une étude réalisée par Williamson et al. [94] au Mali, au Nigeria, en Tanzanie, en Afrique du Sud et au Vietnam, indiquait que la grande majorité des jeunes connaît les principales méthodes de contraception. Mais les auteurs avaient insisté sur les méconnaissances des jeunes en ce qui concerne les modes d'emploi des méthodes contraceptives. Il est important de préciser que dans le cadre de notre étude, nous ne nous sommes intéressés qu'à la connaissance basique des moyens contraceptifs, et non aux connaissances des mécanismes d'action et des modes d'emploi. Pour Herbigniaux et al. [89], nous devons être attentifs à distinguer la connaissance des méthodes et la connaissance de leur bonne utilisation. Car, même si les femmes se sentent bien informées, elles n'ont pas les comportements adéquats dans des situations inhabituelles par rapport à leurs méthodes.

Les méthodes contraceptives les plus connues par nos enquêtés étaient les préservatifs et les pilules. Une explication peut en être que les préservatifs et les pilules soient les produits les plus répandus et les plus accessibles financièrement. Des résultats similaires avaient été obtenus par plusieurs études [14, 286]. L'EDSBF-MICS IV avait déjà montré que le condom masculin était la méthode la plus connue par 93% dans les populations jeunes. Cette proportion était élevée quel que soit l'état matrimonial des femmes (93% pour les femmes en union et 99% pour celles qui ne sont pas en union). Concernant les raisons pour lesquelles ces produits étaient les plus connus, Guilbert [286] avait suggéré que le condom masculin est le plus populaire parce qu'il connaît plus de promotion, il est moins cher et beaucoup d'adolescents savent comment s'en procurer gratuitement. De même, il n'est pas nécessaire de voir un médecin pour en obtenir. Quant aux pilules, l'auteur avait estimé qu'elles sont faciles d'accès et peu coûteuses.

IV.3.2. Attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif masculin et de la contraception

IV.3.2.1. La persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif masculin

Nos résultats indiquent la persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif. Ceci est peut être dû à des rumeurs sur la fiabilité du condom masculin, ou à une perception erronée des risques de contamination et de la gravité du VIH. Ce constat corrobore les résultats de l'enquête de Sawadogo [287] auprès des étudiants des universités du Burkina Faso. Intitulée « *Perceptions, attitudes et pratiques des universités burkinabè face aux personnes vivant avec le VIH/Sida* », cette étude avait montré que malgré le niveau élevé d'instruction des étudiants, ils avaient aussi pour la plupart, des perceptions erronées sur le préservatif masculin, comme le reste de la population. L'auteur cite les propos d'un étudiant de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso en ces termes : « *Il m'est arrivé d'utiliser le préservatif avec mon épouse dans le but d'éviter une grossesse. Mais depuis lors, j'ai décidé de ne plus l'utiliser car il n'est pas efficace et il diminue le plaisir. Il y a une mauvaise conservation qui fait que la chose n'est pas bien* ». Dans la même optique, l'UNICEF [288] avait affirmé que la promotion du préservatif masculin qui est un des dispositifs essentiels de la prévention de l'infection à VIH, fait malheureusement l'objet de plusieurs rumeurs parmi les utilisateurs ou non de ce mode de contraception. Mufune [289] en vient à des conclusions qu'il faut dévoiler les mythes et combattre les idées fausses sur les préservatifs pour concevoir, mettre en œuvre et perfectionner les programmes d'information, d'éducation, de sensibilisation et de distribution de préservatifs.

IV.3.2.2. Des attitudes des jeunes peu favorables à la contraception

L'analyse des données de notre enquête avait permis de constater, que 32% des enquêtés avaient une perception erronée de l'efficacité des contraceptifs. Ceci peut s'expliquer par la conjugaison de plusieurs facteurs tels que : la méconnaissance des méthodes contraceptives par les jeunes, les problèmes d'échecs contraceptifs ou d'effets secondaires. En 2004, l'étude sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents réalisée par Guiella [22], avait déjà mis en lumière la persistance dans les populations jeunes, d'idées fausses susceptibles d'empêcher l'utilisation de la contraception. Cette observation coïncide avec les résultats d'études menées dans d'autres pays d'Afrique. C'est le cas d'une recherche menée au Nigeria en 2010 par Okanlawon [290], qui avait montré que la plupart des enquêtés (43%) avaient des idées erronées concernant la sécurité contraceptive, notamment en ce qui concerne les hormones qui, selon eux, pouvaient endommager leur système de reproduction. Des déclarations similaires avaient aussi été recensées par Mawathe [291] au Kenya.

Les perceptions erronées sur l'efficacité de la contraception n'empêchaient pas les jeunes d'accorder une grande importance à la contraception. En effet, la quasi-totalité (90%) des jeunes avaient considéré la contraception comme « *très importante* ». Les filles étaient significativement plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante. Cela pourrait s'expliquer par la peur des risques d'une grossesse non désirée. Les études de Herbigniaux et al. [89] avaient fait des observations similaires. Selon les résultats de ces études,

les filles accordaient un degré d'importance un peu plus élevé que les garçons, bien que les garçons soient aussi très nombreux à considérer la contraception comme très importante. Cette importance accordée à la contraception va, selon les auteurs, agir partiellement sur l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Il importe donc que les programmes de prévention continuent d'insister sur l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées, et de dissiper les idées fausses et les croyances erronées.

IV.3. 3. Pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans

IV.3.3.1. Une utilisation très insuffisante de la contraception chez les jeunes

a. Le faible usage de la contraception durant le premier rapport sexuel

Les résultats de notre étude montraient que plus de la moitié des jeunes de notre échantillon total, avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif. Ces résultats sont très proches de ceux obtenus lors de l'EDSBF-MICS IV [14]. L'analyse des données avait permis de constater une utilisation très insuffisante des méthodes contraceptives lors des premiers rapports sexuels. Une explication peut en être que les premiers rapports sexuels sont généralement imprévus et improvisés. Ils se passent clandestinement et se font rapidement pour éviter d'être surpris. Ce qui les exposait aux risques de contracter des grossesses non désirées. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus par Guilla [22], lors d'une étude menée sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso. Selon l'auteur, bien que la majeure partie des adolescents approuvaient la planification familiale, la plupart d'entre eux n'avaient pas recours aux contraceptifs. Ces observations montrent combien il existe un fossé entre les connaissances théoriques, les perceptions, et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes. A l'instar de Herbigniaux et al. [89], nous pensons que ce n'est pas exclusivement sur le niveau des connaissances qu'il faut agir, mais également sur les pratiques concrètes et quotidiennes, et les éléments qui les entravent (tant du côté des filles que de celui des garçons). Le dialogue avec la mère et le niveau d'éducation, sont deux facteurs favorables à la mise en œuvre précoce de la contraception. La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. De tels résultats avaient été déjà observés par plusieurs études réalisées en Afrique et ailleurs [89, 292]. En Côte d'Ivoire, Dagnan et al. [292] avaient déjà noté qu'à Abidjan, les adolescentes scolarisées préféreraient le préservatif masculin à cause de son double avantage, à savoir la protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH.

b. L'utilisation moyenne de la contraception au cours des 12 derniers mois

Comme pour le premier rapport sexuel, notre étude avait révélé une faible pratique contraceptive chez les jeunes, au cours des 12 derniers mois précédant notre étude. Autrement dit, plus de la moitié des jeunes sexuellement actifs étaient exposés aux grossesses non désirées, puisqu'ils n'avaient pas utilisé une méthode contraceptive moderne durant les 12 derniers mois. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Araoye et al. [293] dans l'Etat de Kwara State au Nigeria.

En effet, sur un échantillon de 971 étudiants de 18-24 ans de l'Université Ilorin, seuls 28% des jeunes garçons et 19% des jeunes filles sexuellement actifs, avaient utilisé une contraception moderne durant les 12 derniers mois précédant cette enquête. Nous avons remarqué que les moyens de contraception les plus utilisés par les jeunes, étaient le préservatif et la pilule. Notre étude avait aussi suggéré que les pratiques contraceptives des jeunes, changent avec le type de relation dans laquelle ils étaient. Le préservatif était exclusivement utilisé au tout début de la relation amoureuse, alors que la pilule était introduite lorsque la relation était avancée. De notre point de vue, le condom est la méthode de contraception la plus utilisée dans les nouvelles relations, à cause de l'avantage de double protection qu'il offre. Il est aussi possible que les campagnes de prévention du Sida aient contribué à une large promotion des préservatifs pour la prévention des grossesses, mais aussi pour celle des infections sexuellement transmissibles.

Quant aux pilules, c'est probablement parce qu'elles sont faciles d'accès, qu'elles sont utilisées par les jeunes lorsque la relation est définie comme stable. Ainsi, la contraception est devenue la « *norme* » par l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports, puis par la contraception orale lorsque se consolident ces rapports [104]. L'étude de Guilbert [286] sur l'utilisation de la contraception à l'adolescence, avait validé cette observation, puisque l'auteur avait affirmé que l'usage du condom semble se confiner aux nouvelles relations et aux relations avec de multiples partenaires, alors que l'usage de la pilule est introduit lorsque la relation est définie comme stable. Aubin [294] fait aussi le constat que le préservatif se prête assez bien aux conditions d'exercice de la sexualité en début de vie affective : d'accès facile, il ne nécessite pas de consultation médicale préalable et d'usage ponctuel, il ne suppose aucun pari sur l'avenir de la relation. Enfin, sa double finalité potentielle se révèle un atout pour son utilisation : il peut être plus facile de proposer un préservatif en invoquant l'argument contraceptif, que dans une perspective uniquement préventive. Ensemble, ces résultats suggèrent l'importance du préservatif dans la double protection (prévention du VIH et des grossesses non désirées), ce qui incite à renforcer l'intervention de promotion, surtout au début de la vie sexuelle. Son efficacité contraceptive est, « *dans la vie réelle* », assez peu différente de celle de la pilule. Il paraît opportun de conseiller l'association des deux dans les débuts d'une sexualité active, pour éviter la persistance des grossesses non désirées [104, 295].

La contraception d'urgence ou pilule du lendemain peut être utilisée après un rapport non protégé, un échec de la contraception, un usage défectueux d'une méthode contraceptive, ou en cas d'agression sexuelle [296]. Notre étude avait révélé que la majorité des jeunes n'y avaient pas eu recours. Ce type de contraceptif est mal connu par les jeunes, peu vulgarisé et peu accessible. Le non accès à la contraception d'urgence est probablement facteur de grossesses non désirées. Selon Aubin [297], l'utilisation des contraceptifs d'urgence était dans les faits, conditionnée à une appréciation par la femme du risque de grossesse, appréciation qui se fonde trop souvent sur un pari approximatif sur la période supposée « *à risque* ». De notre point de vue, le problème des grossesses non désirées semble se poser non seulement en termes de disponibilité, d'accessibilité financière, mais aussi

de crainte des effets secondaires. En effet, lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation. Ceci est tellement vrai qu'au Burkina Faso, le contraceptif d'urgence (pilule du lendemain) est distribué uniquement par les officines pharmaceutiques au prix d'environ quatre mille (4 000) FCFA (6 euros), coût relativement élevé pour ces jeunes (environ 12% du salaire minimum interprofessionnel garanti -SMIG). Dans ce contexte de faible pratique contraceptive, des grossesses imprévues surviennent, et ces jeunes femmes recourent parfois à l'avortement, si elles ne peuvent pas garder cette grossesse.

Les données de notre enquête avaient suggéré qu'environ 17% de jeunes sexuellement actifs, avaient déjà eu une grossesse non désirée, ou avaient déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième de ces grossesses s'étaient terminées par un avortement. Ces résultats semblent valider les recherches antérieures sur les conséquences du non-usage des moyens contraceptifs. Au Burkina Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et avortements, montraient que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement [15]. Blais [299] avait justifié ces grossesses non désirées par la résistance à la contraception. Cette résistance se reflète, selon l'auteur, sur le comportement de deux façons : soit qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée, soit que celle-ci est inadéquate. L'utilisation inadéquate renvoie, selon l'auteur, à trois situations : le délai entre le début des relations sexuelles, et l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive et enfin, l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive. Néanmoins, peut-on parler de la résistance contraceptive, lorsqu'on sait que les jeunes n'ont pas les informations et les compétences complètes relatives à l'utilisation de la contraceptive? A cet égard, nous estimons que l'accent devrait être mis aussi sur la résistance à la contraception. Au Burkina Faso, Sondo et al. [300] avaient proposé le renforcement des campagnes de sensibilisation axées sur l'approche genre. L'analyse des données de notre enquête, avait permis de constater que la pratique contraceptive au cours des 12 derniers mois, était significativement associée à l'âge quel que soit le sexe. L'usage de la contraception était plus élevé chez les aînés que chez les cadets. Ceci pourrait trouver une explication dans l'immaturité et l'inexpérience des plus jeunes enquêtés par rapport à leurs aînés. Au Burkina Faso, l'EDSBF-MICS IV [14] et une étude menée par Guiella [22] sur la santé reproductive des jeunes, avaient montré que l'utilisation de la contraception moderne était fortement corrélée à l'âge. Il importe donc que l'éducation sexuelle commence avant la puberté et à l'école primaire, afin que les filles soient plus à même de faire des choix informés sur leurs activités sexuelles, au moment où elles commencent à avoir des rapports sexuels [301].

IV.3.3.2. La persistance des freins à l'usage de la contraception

Comme d'autres recherches sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, les données de l'enquête avaient montré que l'accès et le bon usage de la contraception se heurtent à une série d'obstacles, à savoir : a)- Le manque d'information adéquate et complète des jeunes ; b)- La non reconnaissance sociale et parentale

de la sexualité juvénile ; c)- Les difficultés d'accès aux méthodes contraceptives et à des services de qualité ; d)- La crainte des effets secondaires des produits ; et e)- Le poids de la culture et de la religion.

a- Le manque d'information adéquate et complète des jeunes

Très clairement, c'est le manque d'information adéquate et complète qui était le frein le plus fréquemment cité. En effet, la plupart des informations détenues par les jeunes étaient basées sur des idées reçues, des préjugés et des rumeurs. Ceci pourrait expliquer la persistance des perceptions négatives vis-à-vis de la contraception. La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile caractérisée par la peur vis-à-vis des parents, semble également jouer en défaveur de la contraception. Enfin, le coût trop élevé de certaines méthodes, l'inaccessibilité géographique, les effets secondaires et les barrières religieuses, sont également des facteurs associés à la non utilisation de la contraception. Ces différents facteurs avaient été déjà documentés par plusieurs études, comme étant déterminants à l'accès, au choix et à l'utilisation de la contraception. Guilbert [286] et Gallois et al. [104] avaient montré un lien entre l'accès à l'information et la pratique contraceptive. Pour ces auteurs, le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives, constitue un frein essentiel au choix d'une contraception. Il a pour corollaire le développement des fausses rumeurs concernant les méthodes modernes. Ces fausses rumeurs sont, selon eux, d'autant plus difficiles à combattre qu'elles se propagent très rapidement, dans le contexte des échanges internet via les forums de discussions et autres réseaux « sociaux ».

b- La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile

Nos résultats avaient suggéré que l'accès des jeunes à la contraception, bien en deçà et au-delà de l'information, est déterminé par la reconnaissance sociale de leur sexualité. La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile avait été déjà évoquée dans plusieurs études, comme une barrière importante à l'utilisation de la contraception. Ceci pourrait trouver son explication dans le fait que les jeunes ont peur que leurs parents sachent qu'ils sont sexuellement actifs. Selon Amsellem-Mainguy [302], la reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes femmes, exerce une influence déterminante à la fois sur leur perception du « risque » de grossesse, sur leur accès à l'information et à la contraception, et sur leur pratique contraceptive. L'auteur cite Bajos et Bozon [303] qui avaient montré que dans les pays où l'accès des adolescents à la contraception est le plus largement autorisé par la loi, les jeunes se protègent davantage contre les grossesses non prévues. A contrario, les pays qui cherchent à mettre en place des politiques visant à retarder l'âge au premier rapport sexuel, prennent le risque de détourner les jeunes sexuellement actifs, d'une pratique contraceptive.

c- Les difficultés d'accès aux méthodes contraceptives et à des services de qualité

L'accessibilité géographique et le coût des produits contraceptifs avaient été plusieurs fois cités par nos enquêtés, comme étant des freins importants à la contraception. Plusieurs études s'accordent sur le fait qu'on ne peut pas parler

d'accès à la contraception, sans parler de la qualité des services, et surtout du coût que ces prestations représentent pour ces populations en majorité pauvres [104, 112, 294, 103]. Les résultats d'une étude menée en 2004 à Ouagadougou par Guiella [22], avaient déjà montré que l'obstacle le plus important de l'accès des adolescents aux services de SSR, semble être l'attitude des prestataires de services vis-à-vis de ces derniers. Selon l'auteur, la plupart des adolescents fustigeaient les comportements réprobateurs de certains prestataires de services, qui ne sont pas de nature à simplifier leur accès aux services de santé. Pour Gallois et al. [104], outre le besoin d'une information non moralisatrice de qualité, deux paramètres sont à prendre en considération chez les 15-25 ans : les besoins, d'une part, de confidentialité absolue, et d'autre part, de gratuité. Ce qui pose des problèmes pratiques non résolus dans le cadre habituel du remboursement des consultations et médicaments. Aubin [294] va dans le même sens en indiquant que lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits contraceptifs est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation, ce qui pourrait donc contribuer à alimenter la demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les obstacles financiers susceptibles de limiter l'accès à la contraception, méritent en effet, un examen approfondi et objectif. En ce qui concerne la confidentialité, Ba et al. [305] avaient constaté après une étude menée au Sénégal, que les adolescentes qui voulaient utiliser la contraception dans la confidentialité, se voyaient s'offrir les services au même titre que les adultes, dans une structure où aucune singularité liée à l'accueil ou à l'attente ne leur était pas destinée. D'où une source de non motivation, voire d'arrêt à l'utilisation de la contraception. Les auteurs insistent également sur les attitudes répressives de certains prestataires de santé envers les adolescents, à travers le mauvais accueil et/ou par jugement de valeur porté sur ceux-ci, et qui constituent un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives. Pour améliorer les conditions d'accès des jeunes à la contraception, Gautier et al. [304] avaient proposé de rendre plus visible l'action des institutions (planification familiale et dépistage du VIH), mais surtout d'assurer aux jeunes la confidentialité et la gratuité de la contraception. A cet égard, des données provenant d'un programme réalisé au Burkina Faso, dans les districts sanitaires de Ouagadougou sur la santé des adolescents et des jeunes [112], avaient amené l'auteur à suggérer qu'en plus des barrières d'ordre financier, géographique et socioculturel, les relations d'accueil entre les personnels de santé et les jeunes filles, constitueraient des facteurs explicatifs du faible recours aux structures de santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs qui sont liés à des formes de stigmatisation, à des normes sociales concernant la sexualité, à des valeurs morales, à des relations générationnelles (âge des personnels de santé), n'encouragent pas les patientes à recourir aux services de planification familiale.

d- La crainte des effets secondaires des produits

Lorsque nous avons demandé aux jeunes de citer les différents facteurs susceptibles d'influencer leur accès à la contraception moderne, 35% d'entre eux avaient déclaré avoir peur des effets secondaires des produits contraceptifs. Bien que les effets secondaires des contraceptifs soient avérés dans la plupart des cas, il faut également noter que certains des problèmes de santé évoqués par nos enquêtés,

peuvent provenir des fausses rumeurs sur les méthodes contraceptives. Mais ce qui nous intéresse plus dans cette thèse, c'est la gestion des effets secondaires, étant entendu que leur existence n'est pas ignorée du monde scientifique. L'EDSBF-MICS IV [14] avait identifié les effets secondaires, comme une des raisons avancées par les non utilisateurs des méthodes de planification familiale. Selon les résultats de cette étude, les jeunes ont besoin d'informations sur les effets secondaires les plus communs, et la manière de les gérer ou de les surmonter. Une étude réalisée au Niger et en Gambie par Cotten et al. [306], avait révélé que les femmes qui reçoivent des services de counseling inadéquats sur les effets secondaires, sont plus susceptibles de cesser l'utilisation des services de planification familiale, lorsqu'elles ressentent des effets secondaires par rapport aux femmes ayant été dûment informées des effets secondaires éventuels. Pour Guilbert [286], les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'évaluation de la santé sexuelle des adolescents durant les consultations cliniques, et aussi dans la promotion du concept d'être sexué dans les programmes d'éducation sexuelle. En plus, lorsque les professionnels fournissent des conseils sur la contraception, ils ont l'occasion non seulement de décrire les différentes méthodes de contraception, mais aussi de contrer les attitudes négatives envers les méthodes de contraception. Cela peut être fait en insistant sur les bénéfices non-contraceptifs. Selon l'OMS [307], les contraceptifs hormonaux parmi lesquels figurent les pilules, les contraceptifs injectables ou implantables, les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux, font tous appel à des hormones qui empêchent la femme d'être enceinte. Ces hormones peuvent avoir d'autres effets sur la santé des femmes, dont de nombreux effets bénéfiques, en dehors de la simple contraception. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer : la diminution de la douleur pendant les règles, la disparition des irrégularités menstruelles, la diminution de l'abondance des règles et de leur durée, la diminution de l'acné, la diminution de la fréquence du cancer de l'ovaire à environ 40%, et celle du risque du cancer du col utérin de 50%.

e- Le poids de la culture et de la religion

A l'instar des études récentes effectuées sur les obstacles à la contraception, nos résultats avaient suggéré les facteurs culturels et religieux, comme étant des freins importants à l'usage de la contraception. En 2013, une étude CAP sur la santé sexuelle et reproductive réalisée par l'UNFPA [88] au Burkina Faso, avait établi un lien entre la religion et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Selon le rapport de cette étude, les femmes chrétiennes avaient un taux d'utilisation d'environ 1,4 fois plus élevé que les femmes musulmanes, et d'environ 2,4 fois plus que les femmes animistes. Srikanthan [308] va dans le même sens, en indiquant que les facteurs religieux et culturels présentent le potentiel d'influencer l'acceptation et l'utilisation de la contraception par les couples provenant de divers contextes religieux (christianisme, judaïsme, islamisme, hindouisme, bouddhisme et traditions religieuses chinoises), et ce, de façons très distinctes. Pour l'auteur, au sein de chacune de ces religions, il est possible que chacune des sectes sous-jacentes interprète les enseignements religieux à ce sujet d'une façon distincte; il est également possible que certaines femmes et leurs partenaires choisissent

de ne pas se plier à ces enseignements religieux. Les facteurs culturels sont tout aussi importants, en ce qui concerne les décisions des couples en matière de planification familiale et de contraception. La croyance et la pratique de la religion ont donc une influence sur le moment de la prise de contraception : moins la religion est importante pour la femme, plus elle aura tendance à utiliser une contraception [309].

IV.3.4. Utilisation du préservatif masculin chez les jeunes de Bobo-Dioulasso

L'utilisation du préservatif est reconnue comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois du VIH/Sida et des IST. Cependant, pour que leur efficacité soit maximale, les préservatifs doivent être utilisés de manière cohérente (à chaque rapport sexuel) et correctement. Cette efficacité a été estimée à 79% pour une utilisation non cohérente, et entre 90 et 95% pour une utilisation cohérente [310].

IV.3.4.1. La faible utilisation du préservatif masculin par les jeunes de Bobo-Dioulasso

Si plus de la moitié des jeunes étaient sexuellement actifs au moment de notre enquête, moins de la moitié d'entre eux avaient déclaré protéger tous leurs rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. De telles observations avaient été obtenues par Baya [268] lors d'une autre étude réalisée au Burkina Faso. En effet, les données de cette étude montraient que presque 57% des adolescents sexuellement actifs, n'avaient pas fait usage de préservatif lors de leur premier rapport sexuel avec des partenaires qui avaient une longue expérience sexuelle. La faible utilisation du préservatif pourrait être la conjugaison de plusieurs facteurs, dont les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels spécifiques de ces comportements à risques. Pour Mazou [279], les difficultés relatives à l'acceptabilité et à l'utilisation du préservatif par les jeunes, sont liées à l'environnement social dans lequel ils évoluent, et au caractère inopiné des rapports sexuels dans la plupart des cas. Au Burkina Faso, Guiella [22] avait documenté quelques déterminants de la non utilisation du préservatif chez les adolescents. Pour lui, les jeunes ne se protègent pas parce qu'ils n'ont souvent pas de préservatif en leur possession au moment du rapport sexuel. L'auteur explique cela par la honte et la réprobation qu'ont les adultes vis-à-vis des adolescents, quand il s'agit de leur procurer des condoms. En conséquence, il suggère le développement de stratégies d'accès au préservatif par les adolescents et dans la discrétion. L'installation de distributeurs automatiques dans certains endroits (Centres jeunes, toilettes des dancings et autres lieux festifs des jeunes) est une expérience à poursuivre. La perception du risque est également considérée par d'autres auteurs [311, 312] comme facteur déterminant l'utilisation du préservatif. Pour Ngamini [311], en dehors des facteurs prédisposants et des facteurs facilitants, le potentiel utilisateur du condom doit percevoir le VIH/Sida comme un véritable danger pour sa santé, et percevoir aussi les ravages de cette maladie dans son environnement proche. L'étude de Sarah [312] sur les stratégies de prévention du VIH/Sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, semble valider cette suggestion, puisque l'auteur avait affirmé que les campagnes axées sur la prévention des risques sexuels, ont conduit à une augmentation de l'utilisation du préservatif au cours des dernières

décennies. Ceci bien que l'utilisation du préservatif à large échelle rencontre des réticences culturelles et religieuses dans ces pays. En somme, les auteurs soulignent que l'amélioration de l'utilisation du condom par les populations, pourrait être obtenue en mettant l'accent sur la disponibilité et sur les interventions visant à modifier les perceptions des populations [312].

IV.3.4.2. Le manque de compétences des jeunes garçons en matière de pose du préservatif masculin

De nombreux enquêtés avaient des difficultés à utiliser les condoms de façon correcte. Deux jeunes garçons sur trois se déclaraient capables d'utiliser correctement un préservatif masculin. Mais soumis à la description des étapes, seuls 35% avaient montré les capacités de mettre le préservatif masculin de façon appropriée. Ces résultats montrent combien il existe des différences entre les connaissances et les habiletés concrètes quant à l'utilisation du préservatif. Il semble évident que la bonne volonté et la connaissance des jeunes ne garantissent pas l'utilisation correcte du préservatif. Il leur faut nécessairement disposer de moyens qui leur en faciliteront l'usage approprié. Il est donc possible qu'une grande partie des enquêtés déclarant utiliser des condoms systématiquement, ne s'en soient pas servi de façon appropriée. De telles questions avaient déjà été posées par Sawadogo [287], lors d'une étude réalisée dans les universités de Ouagadougou, de Bobo-dioulasso et de Koudougou sur les perceptions, attitudes et pratiques des étudiants burkinabè face au VIH/Sida. En effet, après avoir observé une attitude positive des étudiants par rapport à l'utilisation du préservatif, l'auteur s'est à juste titre interrogé sur leurs compétences à pouvoir bien l'utiliser, sans pour autant apporter une réponse. Mais fort heureusement, une enquête nationale réalisée par PSI [313] au Burkina Faso, va fournir une réponse similaire à la nôtre. Les résultats de cette enquête avaient montré que sur 74% de jeunes qui pensaient être capables d'utiliser correctement le condom, seuls 21,7% avaient pu réussir à franchir avec succès les quatre phases d'usage du condom : l'ouverture, la pression du bout, le déroulement et le retrait du condom. Cela signifie que l'utilisation correcte du condom demeure un contenu essentiel des campagnes d'information, car il s'agit d'un déterminant important pouvant influencer positivement la décision personnelle des jeunes, à utiliser systématiquement le condom lors des rapports sexuels. Il ne suffit donc pas de rendre disponibles les condoms, mais il est essentiel de rendre l'utilisation du condom efficiente, en formant les utilisateurs potentiels à cet exercice.

Le manque de compétence des jeunes en matière d'utilisation de préservatif ne peut-il pas influencer leurs intentions ou leur utilisation ? L'intention à elle seule ne suffit pas toujours à susciter chez les personnes, l'adoption des comportements sexuels préventifs. Il faut avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver. Par conséquent, les jeunes ne pourront pas utiliser systématiquement le préservatif s'ils ne savent pas le mettre, et ce, même s'ils possèdent des attitudes favorables vis-à-vis de l'usage du préservatif. Au Burkina Faso, Guiella [22] avait déjà noté que dans les relations caractérisées par un seul rapport sexuel passager (sans lendemain), très peu d'adolescents utilisaient le condom. Selon l'auteur, c'est le manque de

compétences à l'utiliser qui en était parfois la raison. La capacité des jeunes à citer de façon correcte les différentes étapes d'utilisation du préservatif était plus significativement élevée chez les aînés que chez les cadets, et chez les plus scolarisés que chez les moins scolarisés. Ce constat résulte du fait que la fréquentation du système éducatif permet aux individus d'être informés, voire instruits sur leur santé sexuelle et reproductive. Ainsi, les aînés et les jeunes scolarisés ont plus de chances de développer des habiletés en matière d'utilisation correcte du préservatif, que les cadets et les non scolarisés. Pour Ngamini [311], la fréquentation scolaire est un facteur déterminant pour l'utilisation du condom. Ainsi, les jeunes qui ont fait des études secondaires ont 5,83 fois plus de chances de bien utiliser le condom que ceux qui n'ont jamais été à l'école. Notre étude avait établi un lien positif entre la participation à des campagnes de prévention et la bonne description des étapes d'utilisation du préservatif. Les jeunes ayant participé à une ou plusieurs séance(s) de prévention, étaient en mesure de restituer une leçon apprise sur l'utilisation du préservatif.

IV.3.4.3. De nombreuses erreurs de manipulation commises par la majorité des jeunes
Alors que l'efficacité du condom dépend fortement de la manière dont il est utilisé, cette étude avait démontré que les erreurs de manipulation des condoms sont courantes. Il s'agit principalement des cas d'utilisation du préservatif sans vérifier la date d'expiration ; de déroulement total du préservatif avant de le mettre en place ; d'utilisation de préservatif après le début de la pénétration ou du retrait avant que l'érection ne retombe. D'autres enquêtes avaient obtenu des résultats analogues concernant l'ampleur des erreurs commises par les adolescents lors de l'application d'un préservatif masculin sur un modèle [314-317]. Pourtant, ces erreurs pouvaient engendrer d'autres difficultés telles que les ruptures, les glissements, les fuites et des pertes d'érection. Par ailleurs, les usages incorrects sont susceptibles d'accroître le risque de transmission du VIH et de grossesses non désirées. Par exemple, lorsqu'un individu se trompe de sens de déroulement du préservatif avant de retourner le même préservatif et de l'utiliser dans le bon sens, il court le risque de contaminer le préservatif (par des liquides séminaux à travers les contacts avec les différentes zones du partenaire : bouche, sexe, anus) avant sa mise en place. Un récent examen de littérature ayant recensé une cinquantaine d'études, avait révélé que les erreurs d'usage du condom sont des événements courants à l'échelle mondiale. Pour ces auteurs, l'éducation peut aider à prévenir les usages inappropriés, et à accroître l'efficacité du condom pour la prévention du VIH et des IST [314]. Deniaud [315] avait documenté 149 problèmes d'utilisation du préservatif, lors d'une recherche d'ethno-prévention du Sida à Abidjan en Côte d'Ivoire. Pour lui, l'inexpérience, l'ignorance du mode d'emploi, la brutalité peuvent conduire à des problèmes tels que les ruptures et les glissements. Une équipe de chercheurs qui avaient collecté l'expérience de près de 500 hommes hétérosexuels entre 18 et 24 ans quant à leurs pertes d'érection pendant l'usage d'un préservatif, avait conclu que les problèmes d'érection pendant l'utilisation du condom, sont liés à une utilisation irrégulière et incomplète. Pour ces chercheurs, la probabilité de souffrir de ce type de difficultés augmente si l'homme n'a pas confiance

dans la façon dont il met le préservatif, s'il ne se sent pas à l'aise lorsqu'il l'utilise, ou s'il a des partenaires multiples [316]. Il ressort de cette discussion, que la sexualité des adolescents est souvent spontanée, nouvelle, fortement émotionnelle, peut-être aussi teintée d'une certaine honte et empreinte de secret. Dans ce contexte social et comportemental, le risque que le préservatif ne soit pas utilisé correctement ou soit même ignoré existe. Les deux partenaires n'osent peut-être pas parler du préservatif, et il convient d'encourager tout particulièrement les jeunes filles à exiger de leur partenaire, l'utilisation correcte d'un préservatif [318]. Il y a donc lieu de renforcer l'éducation à la vie affective et sexuelle du public, notamment par l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (internet, réseaux sociaux) pour optimiser l'utilisation correcte du préservatif. Cela implique de parler ouvertement des choses comme les érections, le sperme, les lubrifiants et d'autres aspects de la relation sexuelle, qui peuvent choquer dans certaines cultures [319]. Les données de l'enquête avaient montré que près de la moitié des enquêtés, n'avaient jamais assisté à une démonstration d'utilisation de préservatif, et la plupart d'entre eux souhaitaient y assister. Ce qui pourrait s'expliquer par les difficultés des campagnes de sensibilisation multiformes, à atteindre tous les jeunes du pays. Pour Guiella [22], l'incapacité des jeunes burkinabè à bien poser le préservatif, se justifie par le fait qu'ils n'ont pas l'opportunité de participer à des démonstrations. Dans la même optique, Stanton et ses collègues cités par DiClemente [317], avaient observé des jeunes qui faisaient la démonstration du port de préservatif masculin sur un modèle. Parmi les adolescents n'ayant pas bénéficié des campagnes de sensibilisations, le nombre moyen de phases exécutées correctement était de trois sur cinq. Par contre, les adolescents ayant déjà suivi une formation, enregistraient de bien meilleurs scores. Au Cameroun, lorsque Barèrre [274] avait demandé à des jeunes enquêtés s'ils pensaient qu'on devrait enseigner l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans, 59% avaient répondu par l'affirmative.

Ces suggestions des enquêtés pour améliorer leurs compétences, sont d'autant plus importantes que les messages sur l'usage du préservatif sont rarement renouvelés, et adaptés aux outils tels que l'internet et les réseaux sociaux. Pour cela, il faudrait d'abord savoir dans quelle mesure ces messages transmettent des savoirs et des compétences nécessaires à l'utilisation régulière et correcte du préservatif. Malheureusement, les campagnes de sensibilisation et d'information se transforment en séances de distribution de préservatifs, et surtout de dépliants, sans pouvoir procéder à des démonstrations et sans échanges avec les jeunes. Le rapport final d'une étude menée au Burkina Faso par l'Université de Columbia, avait montré que les jeunes attendaient que les campagnes de sensibilisation se poursuivent, mais que l'accent soit mis sur les signes de gravité de la maladie, et les démonstrations d'utilisation du condom. Les jeunes souhaitaient que des projections de films soient privilégiées, et estimaient que le langage utilisé au cours des campagnes de sensibilisation n'était pas accessible. Ils préconisaient d'utiliser les leaders de jeunes, les associations de jeunesse, les groupes de sport et les fêtes traditionnelles, pour la transmission des messages de prévention [320-321]. Pour les investigateurs de cette étude, le contenu des messages est primordial,

car, ce que le destinataire comprendra et assimilera, dépend non seulement de la valeur scientifique du message, mais aussi du cadre de référence à l'intérieur duquel il l'interprète. De nombreux facteurs sociaux tels que l'âge, le sexe, l'accès à l'instruction, la situation économique et les convictions religieuses, influent sur la compréhension et la perception de la santé sexuelle.

IV.3.5. Comportements sexuels à risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels

IV.3.5.1. La précocité des premiers rapports sexuels chez les jeunes de Bobo-Dioulasso

A l'image d'autres recherches menées au Burkina Faso et ailleurs, cette étude a mis en évidence l'entrée en activité sexuelle précoce des jeunes. Plus de la moitié des enquêtés avaient déjà eu leur premier rapport sexuel, dont 14% avant l'âge de 15 ans. En 2004, une étude menée au Burkina Faso par Guiella [22] avait noté que l'âge médian lors du premier rapport sexuel, était de 17,2 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes. Un peu plus tard en 2010, EDSBF-MICS IV [14] avait relevé un rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel, uniquement chez les jeunes filles. Il était passé de 17,7 ans en 2004 à 17,2 ans en 2010. Ces constats sont assez préoccupants, vu l'âge médian auquel ces jeunes avaient eu leur premier rapport sexuel pénétratif. A cet âge, ils ne sont pas encore matures. Une explication de la précocité sexuelle peut en être que, les jeunes grandissent dans un environnement rapidement changeant, qui leur offre continuellement de nouvelles découvertes. La mondialisation, l'accès à de nouvelles techniques de communication, l'urbanisation rapide et l'évolution des normes sociales, sont tous des facteurs qui attisent la curiosité des jeunes. D'autres explications ont été suggérées par de nombreuses recherches, pour justifier le rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel. Pour Adjahoto [23], cette situation est la conséquence du déficit de communication entre les jeunes et leurs parents. Cette difficulté de communication amène les enfants à une recherche d'informations parfois non fiables, en dehors du cercle familial (dans la rue ou avec des amis). Il nous paraît important de reconnaître l'évolution des réalités de la vie des adolescents et des jeunes.

La grande majorité de nos enquêtés avaient leur premier rapport avec un partenaire plus âgé. Cette observation est en conformité avec la préférence clairement affichée par les jeunes de Bobo-Dioulasso, lors d'une étude précédente menée par Baya [268]. Les résultats de cette étude indiquaient un écart de 6,5 ans entre les premiers partenaires sexuels. Par ailleurs, le fait d'avoir un premier partenaire plus âgé, était associé à des premiers rapports sexuels précoces chez les jeunes. Cette association justifie le fait que les premières expériences sexuelles, soient généralement vécues avec des personnes expérimentées. Selon Bajos [303], 83% des partenaires des femmes ont plus d'expériences sexuelles qu'elles. De notre point de vue, ce déséquilibre d'expériences peut avoir des conséquences importantes sur la santé du partenaire le plus jeune (violences et abus sexuels, infections aux IST/VIH et grossesses non désirées). En 2003, une étude menée aux États-Unis [317] avait justifié

le taux élevé de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes, par la différence d'âge entre celles-ci et leurs partenaires sexuels. Du reste, l'écart d'âge est un indicateur dont il faudra tenir compte dans l'élaboration des programmes de prévention. Nos résultats ont aussi révélé une corrélation positive entre la fréquentation scolaire et la précocité sexuelle. On peut estimer que l'environnement éducatif, crée des espaces et des occasions d'échanges d'informations, permettant aux jeunes de prendre de bonnes décisions en ce qui concerne leur sexualité. Selon l'UNICEF [288], les jeunes instruits sont susceptibles d'adopter des attitudes, et d'avoir des connaissances qui leur permettent de résister aux pressions, et d'assumer la responsabilité de leur propre vie. Pour que cet avantage profite mieux aux jeunes, les informations sur la sexualité ainsi que sur les compétences essentielles, devraient être intégrées au niveau primaire et offertes pendant toute la scolarité. Les jeunes qui ne resteront pas très longtemps dans le système scolaire pourront ainsi en bénéficier.

IV.3.5.2. La récurrence du multipartenariat sexuel chez les jeunes de Bobo-Dioulasso

Le multipartenariat sexuel est une pratique déclarée par 24% des jeunes enquêtés, bien que cette pratique semble accroître le risque d'exposition au VIH/Sida et aux grossesses non désirées. La fréquence du multipartenariat parmi les jeunes, avait été déjà documentée par plusieurs études au Burkina Faso. L'EDSBF-MICS IV [14] avait révélé que 11,5% des jeunes garçons de 15 à 24 ans, avaient eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaires, contre 0,9% pour les jeunes filles. Par ailleurs, nous avons noté que le multipartenariat concomitant était plus fréquent (66,4%) chez les enquêtés que le multipartenariat sériel. Pourtant, plusieurs recherches avaient montré que le multipartenariat concomitant demeure l'un des risques majeurs, conduisant à la pandémie du VIH en Afrique [22, 322]. Pour Guiella [22], les rapports sexuels concurrentiels sont en effet très déterminants dans la propagation du VIH, notamment dans des situations où le condom n'est pas utilisé. Cependant, d'autres études avaient montré que le multipartenariat ne serait pas si déterminant dans la transmission des VIH/Sida et les grossesses non désirées. Selon Ferry [125], le nombre de partenaires sexuels n'influencerait pas de façon importante sur le taux de transmission du virus dans une population sexuellement active. Mais il serait un facteur accroissant le risque de transmission en présence d'autres facteurs (rapport anal, absence de circoncision, non-usage de préservatif). Pour Bajos [121], la prise de risques peut être moins importante chez un multipartenaire qui protège chaque rapport sexuel, que chez un monopartenaire qui a des rapports non protégés.

Notre étude avait établi une association positive entre le multipartenariat et l'utilisation du préservatif. Les jeunes qui changeaient ou multipliaient les partenaires, se protégeaient plus (88%) que ceux qui avaient eu peu de partenaires (12%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les premiers sont conscients des risques liés au multipartenariat (infections aux VIH/Sida et grossesses non désirées). Selon Dab [227], ce sont la perception du risque et la proximité subjective avec la maladie, qui justifient l'utilisation du préservatif chez les multipartenaires. Bien que le constat soit encourageant, nous ne pouvons malheureusement pas oublier que l'efficacité du préservatif est déterminée par son utilisation correcte.

Ainsi, pour Ferry [125], ce n'est pas le nombre ou le pourcentage d'utilisation qui est le plus important, mais les conditions d'utilisation du préservatif. Cela devrait inciter au renforcement des campagnes de sensibilisation plus diversifiées, pouvant améliorer les compétences des jeunes pour une prévention plus efficace. Comme chez Rwenge [123], nos résultats avaient montré que les jeunes dont les parents étaient sans emploi, qui vivaient dans des foyers pauvres, présentaient un plus grand risque de partenaires multiples. Ceci pourrait trouver son explication dans le modèle de comportement sexuel fondé sur la théorie dite « économique ». En effet, cette théorie considère un rapport sexuel comme étant un acte bien réfléchi, et motivé par un intérêt économique (matériel ou financier). Les jeunes filles ont des rapports sexuels avec les hommes aisés, plus âgés et déjà mariés, afin de profiter de certains privilèges, et cela parfois, avec la bénédiction tacite ou sous la pression soutenue des parents eux-mêmes, désireux de voir partir rapidement leur fille, et alléger quelque peu la charge financière de leur ménage [323, 324]. D'autres auteurs avaient nuancé les causes économiques du multipartenariat [141, 325]. Pour eux, il faut faire la différence entre la jeune fille qui choisit de commencer une activité sexuelle et de recevoir par la suite des cadeaux, et celle qui s'y engage pour des raisons économiques. Car, recevoir de l'argent ou des cadeaux d'un homme avec qui on a des rapports sexuels, peut être normal dans certaines cultures [325].

IV.3.5.3. Des effets significatifs de l'entrée précoce en vie sexuelle sur le nombre ultérieur de partenaires sexuels

Il ressort de nos données, que les jeunes ayant commencé leur vie sexuelle de façon précoce, étaient plus enclins au multipartenariat sexuel que ceux qui avaient une sexualité tardive. On peut en déduire que les individus plus précoces sexuellement, connaissent une vie sexuelle plus longue, une plus grande diversité d'expériences et de pratiques sexuelles. C'est aussi possible qu'une entrée précoce dans la sexualité retarde la maturation sociale, ce qui influencerait le comportement sexuel futur des jeunes. De tels résultats avaient été déjà obtenus par plusieurs études en Afrique et ailleurs. Au Kenya, Akwara [326] avait constaté que la précocité sexuelle contribue à la vulnérabilité au VIH, à travers l'exposition des adolescents à un plus grand nombre de partenaires sexuels, et à une plus longue période d'activité sexuelle avant l'établissement de relations monogames à long terme. Selon Bozon [124], le premier rapport donne un point de vue sur l'ensemble de l'activité sexuelle des individus comme un miroir grossissant. Selon lui, les individus les plus précoces sexuellement ont une vie plus complexe et moins « rangée ». Ils ont beaucoup plus de partenaires sexuels que les autres, d'abord pendant leur adolescence, mais aussi pendant toutes les périodes de leur vie, y compris conjugale. Ce sont eux qui ont le plus de partenaires extraconjugaux, qui se marient le moins et qui connaissent le plus de séparations. Ils ont par ailleurs le répertoire le plus diversifié, en termes d'expérience et de pratiques sexuelles. Enfin, plus que les autres, ils pensent que l'on peut séparer sexualité et sentiment. Inversement, les individus dont l'initiation a été tardive présentent un profil beaucoup plus traditionnel. Ils ont eu beaucoup moins de partenaires avant de vivre en couple, et moins de partenaires extraconjugaux. Ils sont bien plus souvent restés toujours avec le même conjoint,

voire avec le même partenaire sexuel. Leur répertoire sexuel est moins étendu. Ils se refusent à séparer couple, sexualité et sentiment. Les premiers se caractérisent par une capacité à envisager leurs relations sexuelles en dehors de tout engagement amoureux; l'activité sexuelle peut ainsi leur apparaître comme une expérience à part. Les seconds, en revanche, ne considèrent pas la sexualité en dehors des relations amoureuses ou conjugales où elle est inscrite ; elle n'apparaît donc pas comme une activité autonome.

IV.3.6. Les sources d'information des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive

IV.3.6.1. Une acquisition des connaissances, attitudes et compétences en SSR hors du cadre familial, mais à travers des sources de moins en moins fiables

La majorité des jeunes enquêtés ayant participé au volet quantitatif de notre étude, avaient exprimé l'envie de bénéficier d'une éducation sexuelle et d'avoir des réponses appropriées à leurs problèmes sexuels. Par ailleurs, lorsque nous leur avons demandé de lister leurs principales sources d'information en santé sexuelle et reproductive, ils ont cité les médias sociaux (télévision, wikipédia, twitter, youTube, facebook, linkedIn, whatsapp et viber...), les pairs (amis et camarades) et les centres de planification et d'éducation familiale. Ces observations ont été confirmées par les données des entretiens que nous avons menés avec les participants (parents, jeunes, leaders religieux, autorités communales et politiques, prestataires de services, enseignants, acteurs d'ONG travaillant dans le domaine de la SSR) au cours du volet qualitatif de la même étude. Il est apparu donc des données des deux volets de notre étude, que les parents et les enseignants étaient des sources d'information secondaires pour les jeunes. Dans la littérature internationale, de nombreux travaux avaient déjà montré que les jeunes se ressourçaient principalement auprès des médias, des réseaux sociaux et du personnel de santé pour les questions relatives à la SRR [23,108, 114, 115, 327-330]. Une étude réalisée par Hien [108] à Bobo-Dioulasso auprès de 40 couples parents-adolescentes scolarisées et non scolarisées, avait révélé que les adolescents accèdent à l'information sur le VIH et la sexualité à travers les médias, les services de santé, les pairs éducateurs et les familles. Adjahoto et al. [23] vont dans le même sens, en relevant dans une étude menée au Togo, que les parents étaient aux derniers rangs sur la liste des sources principales d'information des jeunes sur la santé sexuelle et reproductive. Il convient alors de s'intéresser aux raisons pour lesquelles, ces deux institutions (école et famille) qui ont des responsabilités éducatives formelles devant la loi et la société, avaient été rarement citées par les jeunes comme étant leur principale source d'information. Une explication peut en être que, l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive commence très tard dans les écoles, ou que les approches pédagogiques utilisées ne sont pas bien adaptées aux réalités des élèves. C'est peut-être aussi que le nombre d'heures consacrées à cette thématique est insuffisant. Ce qui pourrait traduire une faiblesse des politiques éducatives de santé de nos pays. Dans la littérature scientifique, de nombreux travaux ont insisté sur le rôle extrêmement important que doit jouer l'école dans l'éducation et la promotion de la santé et le

développement des enfants [327-330]. Pour Obrist [114], tant que les responsables pédagogiques et administratifs ne cesseront pas de croire aux tabous sexuels, et tant qu'ils ne reconnaîtront pas qu'il faut un dialogue permanent autour des questions sexuelles à partir de l'école, on serait en train de former de futurs adultes, des pères et des mères de famille qui garderont les mêmes attitudes d'aujourd'hui vis-à-vis de leurs enfants, face à la problématique de la sexualité. Adjamagbo [115] avait relevé pour sa part, l'insuffisance des matières de la SSR enseignées dans nos établissements scolaires. Pour l'auteur, le sujet est quelquefois traité dans les cours de biologie, mais les adolescents n'y trouvent pas les informations pouvant véritablement leur permettre de comprendre leurs émotions, les mécanismes de la sexualité, prévenir les grossesses, éviter les IST et le Sida. Pour la majorité, les pairs, les films et les magazines pornographiques sont dans cet ordre, les principales sources d'information. Au Burkina Faso, la circulaire n° 98-234 du 19, 81, 108 du Ministère de l'Education nationale a intégré dans les contenus des cours de Sciences de la vie et de la terre (SVT), des séances d'éducation à la sexualité, sur la base d'un horaire moyen indicatif de 60 à 100 heures réparties sur les deux dernières années de collège. Il y a eu une prise de conscience des décideurs pédagogues du ministère, mais qu'en est-il dans la réalité de la classe ? Ces consignes sont-elles respectées partout en ville et dans les campagnes ?

Nous ne disposons pas d'éléments permettant d'en rendre compte. Cependant, nous partageons l'avis de l'UNESCO [29] qui pense que les programmes d'éducation au VIH et d'enseignement des compétences à la vie courante, se heurtent à de nombreux problèmes de mise en œuvre et de couverture, ce qui signifie que beaucoup d'élèves quittent l'école sans être préparés à mener une vie sexuelle saine. Plusieurs pistes de réflexion ont été soulevées par différents auteurs, pour ramener les jeunes au cœur de l'éducation et la promotion de la santé à l'école. Ainsi pour Obrist [114], la participation active des jeunes par l'intermédiaire des activités théâtrales, de danses, de débats ou d'autres canaux d'information et de prévention, est un moyen nécessaire et efficace pour adapter les messages, et garantir la pertinence des activités de prévention. Cela deviendra à long terme, une activité éducative permanente en milieu scolaire, et se prolongera sans heurt en milieu familial où toute la problématique des questions liées à la santé sexuelle relève, encore du domaine des tabous. S'agissant de la famille, plusieurs raisons sont évoquées pour justifier le fait qu'elle fasse partie des sources les moins citées par les jeunes en matière de la santé sexuelle et reproductive. Selon nos résultats, c'est peut-être parce que les parents parlent très peu de la sexualité à leurs enfants dans le cadre familial, ou bien que les jeunes éprouvent de difficultés à aborder le sujet de la sexualité avec leurs parents. D'autres travaux avaient établi le constat que les difficultés de communication entre parents et enfants, amènerait les enfants à une recherche d'informations en dehors du cercle familial [19, 81, 108]. Pourtant, le fait que les parents ne communiquent pas suffisamment avec les enfants sur les questions de la sexualité, maintient ceux-ci dans l'ignorance et le tâtonnement, ce qui va augmenter continuellement leur vulnérabilité [19]. Au Burkina Faso, une étude menée par Hien [108] sur les caractéristiques de la communication

parents-adolescentes en matière de la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, avait montré une insuffisance de la communication entre les parents et les adolescentes, sur la transmission du VIH. Ce point de vue rejoint les conclusions de Somé [81], suite à une étude menée en 2012 auprès de vingt (20) adolescentes de 13 à 17 ans scolarisées, et leurs parents habitant dans la même ville (Bobo-Dioulasso). Selon l'auteur, les adolescentes et leurs parents communiquent très peu ou pas sur les questions des IST/VIH/Sida, l'auto-information par les pairs ou les médias, est la première source d'information. Ensemble, ces deux auteurs ont dénoncé l'insuffisance de communication entre parents et adolescentes dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, sans pour autant explorer les facteurs qui peuvent faciliter une meilleure communication chez les adolescentes. C'est justement ce que notre étude tente d'apporter de nouveau, notamment dans les sections qui suivent. Par ailleurs, certains enquêtés avaient émis des doutes sur la qualité de la plupart des sources d'information précédemment citées, notamment le recours aux technologies de l'information et de la communication.

Plusieurs limites ont été identifiées par nos enquêtés, en lien avec l'utilisation des médias sociaux tels que les télévisions, le wikipédia, le twitter, le youTube, le facebook, le linkedIn, le what's up et le viber. Ces limites sont relatives aux incertitudes quant à la fiabilité, la pertinence et la validé du contenu de l'information disponible sur les médias sociaux. A cet égard, nous avons noté dans la littérature, une divergence des points de vue et des positionnements.

Les premiers [332, 333] confirment nos résultats en dénonçant la crédibilité parfois déficiente, et le caractère trop souvent restrictif de l'information véhiculée par les médias sociaux. Ainsi, tel qu'évoqué par nos enquêtés, ces auteurs insistent sur les risques auxquels les jeunes sont exposés lorsqu'ils recourent aux médias sociaux pour les questions liées à leur sexualité. Pour Caron-Bouchard [332], malgré les forces ou atouts d'internet comme source d'information de santé, plusieurs limites subsistent : le manque de crédibilité, de sérieux et la piètre qualité de certains sites, la crainte que le site consulté ait pour objectif inavoué de « vendre » un produit ou un service, la circulation d'informations parfois contradictoires, l'absence de contact humain et de chaleur (pour aborder une thématique à composante potentiellement émotive) et l'absence de suivi informatif dans le cas d'une problématique qui perdure. L'auteur ajoute le risque de poser un mauvais diagnostic, suite à une navigation sur des sites divulguant des informations différentes (difficulté à distinguer le vrai du faux), et le risque de mal interpréter l'information (en raison d'un biais de la langue, des connaissances et des préjugés personnels, etc.). Gaudet [333] va dans le même sens en indiquant que l'utilisation des médias sociaux comporte certains risques, compte tenu de la capacité plus limitée de certains jeunes à s'autoréguler, et de leur tendance à être influencés par les pairs.

A l'inverse, pour les deuxièmes [334, 335], il est évident aujourd'hui que les médias sociaux ont pris une place importante dans le quotidien de tous. O'Keeffe et Clarke-Pearson cités par Boisvert-Beauregard [334], affirment que l'utilisation des médias sociaux aurait un effet bénéfique sur les enfants et les adolescents, en améliorant la communication, les liens sociaux, de même que les compétences techniques.

Les médias sociaux permettent ainsi aux adolescents de réaliser plusieurs activités de socialisation, valorisées tant en ligne que hors ligne, comme rester en contact avec ses amis et sa famille, se faire de nouveaux amis, partager des photos et discuter. Gaudet [333] soutient pour sa part que l'internet est souvent utilisé par les jeunes lorsqu'ils veulent s'informer à propos de leur santé, surtout concernant des sujets tels que la sexualité ou la santé mentale. Ainsi, à l'instar de ces auteurs, nous estimons que les médias sociaux seront de toute façon utilisés, malgré les craintes et les objections des parents. Smith et al. [336] résument en déclarant: « *La question n'est donc pas de savoir si internet peut être utilisé comme une ressource pour l'éducation sexuelle, mais comment rendre son usage le plus adéquat possible* » p.688. Sans nier l'importance et la capacité de nuisance des médias sociaux, nous partageons le point de vue de Michaud [337] qui considère que les médias sociaux ont leurs forces et faiblesses. Parmi les aspects positifs, l'auteur évoque l'accès rapide à des informations à caractère éducatif, la possibilité d'échanges à caractère social ou intellectuel, et l'ouverture à des renseignements dans le domaine de la santé, des drogues ou de la sexualité. Les menaces sont liées à l'inexpérience et à la difficulté à juger de la validité des informations, ou du risque que les jeunes prennent en diffusant des informations sur le web. La dépendance à internet et le risque de violence sont probablement surestimés. On voit bien ici l'importance de la famille dans une société où les médias sont omniprésents, et où des adultes tirent la sonnette d'alarme face à une sexualisation de l'espace public qualifiée d'« hyper » [336, 338-339]. A cet effet, on peut se demander ce qui se passe au sein des familles pour que les jeunes puissent avoir des informations fiables, des connaissances et des compétences adaptées à leur âge. La section suivante discute le rôle que joue la famille dans la transmission intergénérationnelle familiale d'informations, de connaissances et de compétences des jeunes en santé sexuelle et reproductive.

IV.3.7. Processus de transmission intergénérationnelle familiale des connaissances, des attitudes et des comportements en SSR

IV.3.7.1. Une transmission intergénérationnelle implicite, opportuniste, se résumant souvent à la communication de conseils moraux et religieux orientés pour dissuader le passage à l'acte sexuel

Tel qu'observé dans de nombreuses études [340-342], les familles burkinabè font recours à deux mécanismes pour transmettre les informations, les connaissances et les compétences à leurs enfants : d'une part, l'éducation volontaire, relationnelle et intentionnelle, et d'autre part, l'éducation involontaire, non intentionnelle. Dans le processus de transmission volontaire (inculcation), les parents essaient volontairement et consciemment d'inculquer à leurs enfants, certaines connaissances et des normes de comportements. C'est une démarche active qui s'opère dans un cadre d'enseignement ou d'initiation verbale et/ou non verbale. Inversement, le processus involontaire de transmission (imprégnation) consiste à transmettre sans volonté délibérée, des informations, des connaissances et des compétences aux enfants à travers les comportements quotidiens des parents. Il s'agit ici de toutes les circonstances possibles où l'enfant a été exposé aux exemples

parentaux (mécanisme essentiellement non verbal) [340]. Bien qu'il soit apparu, par exemple, que certains de nos enquêtés aient déclaré servir eux-mêmes de modèle pour leurs progénitures, nous ne sommes pas sûrs que tous les parents perçoivent la gravité des conséquences inhérentes à leurs comportements, et à tout ce qu'ils font dans le cadre familial. Bien que les deux mécanismes (imprégnation et inculcation) coexistent dans toutes les familles burkinabè, c'est le processus d'inculcation qui s'était avéré le moins dominant dans le cadre de notre étude. Cette affirmation s'explique par le triple constat que les jeunes avaient rarement cité les parents parmi leurs principales sources d'information en SSR lors du volet quantitatif, et que la grande majorité des parents avaient déclaré lors du volet qualitatif, n'avoir jamais parlé de la sexualité avec leurs enfants. Ce constat peut être aussi lié au niveau socioéconomique des ménages. Il y a moins de personnes aisées et bien éduquées parmi les parents. Cette observation rejoint les conclusions de plusieurs auteurs selon lesquelles : « *l'inculcation serait observée davantage dans les familles des milieux aisés et des couches moyennes* » [341, 342]. Pour Van Zanten [342], le travail éducatif parental revêt des formes différentes dans les classes moyennes et supérieures d'un côté, et dans les classes populaires de l'autre, en raison de l'inégale répartition des ressources, mais aussi des conceptions différentes de ce qui constitue un bon encadrement éducatif. Les membres du premier groupe (classes moyennes et supérieures) mettent en œuvre un ensemble de pratiques cohérentes, qui leur permettent de contrôler la socialisation et la scolarisation de leurs enfants à travers deux modalités : un encerclement protecteur autour de l'enfant visant à recréer un entre-soi de classe, ou un modelage en douceur visant à reproduire des habitus intellectuels et sociaux (inculcation). Alors que ceux du deuxième groupe (classes populaires) adhèrent majoritairement à l'« *idéaltipe* » de développement naturel, qui favorise une faible intervention parentale (imprégnation). Pour notre part, plusieurs raisons expliquent le fait que les parents ne communiquent pas avec les enfants dans le domaine de la sexualité. Parmi celles-ci, on peut noter : i)- le caractère tabou de la sexualité qui marque tous les aspects de la vie quotidienne, ainsi que la communication au sein de la famille; ii)- la peur de certains parents d'attiser la curiosité sexuelle des jeunes en leur parlant de la sexualité; iii)- l'insuffisance de connaissances et de compétences spécifiques pouvant faciliter l'exercice du rôle d'éducateur à la sexualité des parents; vi)- le manque de temps et de disponibilité de certains parents marqué notamment par l'intégration massive des femmes sur le marché du travail. La quasi-totalité des études au Burkina Faso et ailleurs en Afrique sur la communication entre les parents et leurs enfants, ont déjà mis en évidence toutes ces causes [22, 81, 108, 277, 343-354] :

- *Pour le caractère tabou de la sexualité.* Hien et al. [92] avaient expliqué les faiblesses de la communication des parents par la gêne et le caractère toujours tabou de la sexualité dans la société burkinabè. Yode et son équipe [277] vont dans le même sens en soutenant que le faible niveau des échanges verbaux entre les adolescents et les membres du ménage, caractérise le tabou culturel entourant les sujets sexuels. Ouédraogo [343] avait aussi abouti à une analyse similaire suite à une étude menée auprès

des parents, enseignants du primaire et du secondaire, prestataires de santé, et responsables d'ONG qui œuvrent en faveur des jeunes en milieux rural et urbain du Burkina Faso. Selon l'auteur, *« les parents et les enseignants invoquent la gêne et la honte à parler de santé sexuelle et reproductive avec les adolescents. Ils reconnaissent que parler de la sexualité a longtemps été tabou et c'est bien difficile à traiter. Quant aux enseignants, ils ont souvent à faire face à des questions qui les remplissent de surprise et les laissent dans l'embarras. Les plus jeunes adolescents n'hésitent pas à vérifier les informations qu'ils détiennent de leurs amis en demandant à leurs professeurs de confirmer ou d'infirmer ce que leurs pairs leur ont dit. Les enseignants sont parfois gênés d'aborder des thèmes avec des adolescents qu'ils considèrent comme trop jeunes pour entendre certaines informations »*. Tel qu'observé chez les parents, le caractère tabou de la sexualité induit également au niveau des jeunes, des gênes à parler de leur sexualité à leurs parents. De notre point de vue, les parents et les jeunes devront essayer d'aborder le sujet de la sexualité au sens large, à défaut de parler de la sexualité spécifique des jeunes.

Pour la peur de certains parents d'attiser la curiosité sexuelle des jeunes. Guiella [22] avait expliqué la peur de certains parents, par le fait que ces derniers appartiennent à une génération ayant reçu une éducation familiale sociale très pudique. Une éducation qui occultait sciemment toutes les questions d'ordre sexuel. Pourtant, il a été largement établi dans la littérature scientifique, que l'acquisition des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive n'incite pas les jeunes à des relations sexuelles plus précoces [101, 344-347]. Par ailleurs, plusieurs recherches indiquent que l'éducation sexuelle avant le début de l'activité sexuelle, diminue le risque de contracter le VIH [344]. Afin d'évaluer les effets de l'éducation en rapport avec le VIH/Sida et la santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes, l'ONUSIDA [345] a fait réaliser une étude très complète sur les travaux publiés dans ce domaine. Sur les 53 rapports qui ont été passés en revue, 27 indiquaient que l'éducation sur le VIH/Sida et la santé sexuelle n'entraînaient ni une augmentation, ni une diminution de l'activité sexuelle ou des taux moyens de fécondité ou d'incidence des MST concomitants. Par contre, 22 rapports avaient montré que l'éducation sur le VIH/Sida et/ou pour la santé sexuelle avait pour effet de retarder le début de la vie sexuelle, de réduire le nombre des partenaires ou de faire baisser celui des grossesses non désirées et des MST. Trois rapports seulement ont fait apparaître une association entre l'augmentation de l'activité sexuelle et l'éducation sexuelle pour la santé. Peu de preuves ont donc été apportées à l'appui de la thèse suivant laquelle l'éducation en rapport avec la santé sexuelle et le VIH/Sida favoriserait le vagabondage sexuel [344]. Kirby [101] va plus loin en dénonçant le comportement de ceux qui pensent que converser sur la sexualité, rendra les jeunes sexuellement actifs. Il en vient à la conclusion que : *« l'accusation suivant laquelle l'éducation pour la santé sexuelle inciterait à l'activité sexuelle est, certes, dénuée de fondement; mais c'est faire preuve de manque de réalisme et d'un optimisme excessif que de l'ériger en panacée contre des taux inacceptables de MST et de grossesses non souhaitées chez*

les adolescents. Elle constitue une source précieuse d'informations sexuelles pour les jeunes, mais pas nécessairement la plus déterminante ». Nous partageons l'avis des auteurs qui pensent que la question n'est pas de savoir si les jeunes recevront une éducation pour la santé sexuelle, mais d'en déterminer les modalités et la nature [101, 346, 347]. Car pour ces auteurs, « il est impossible d'éviter à ces jeunes une exposition aux influences sexuelles, puisqu'ils sont bombardés par celles des adultes pris pour modèles, de la télévision, de la publicité et des parents...le silence et les faux-fuyants sont des maîtres tout aussi puissants que les discussions sur les réalités de la sexualité ».

- *L'insuffisance de connaissances et de compétences spécifiques pouvant faciliter l'exercice du rôle d'éducateur à la sexualité des parents.* Les résultats d'une enquête réalisée en 2004 au Burkina Faso par Guiella [22], avaient montré que l'ignorance des parents (qui découvrent certains aspects de la sexualité en même temps que leurs enfants si ce n'est après) serait un handicap et amènerait les parents à fuir le dialogue avec les enfants. Cette ignorance des parents s'explique, selon Yode [277], par le fait que beaucoup de parents n'avaient pas eux-mêmes discuté de la sexualité avec leurs propres parents dans leur jeunesse. Ils manquent d'exemples et doutent de leurs capacités à en parler efficacement. Pour certains de ces parents, l'école est un lieu où l'on délègue tout ce qu'on ne sait pas faire. Ils n'envisagent pas du tout leur place ou une quelconque responsabilité à l'école, parce qu'ils pensent ne pas savoir faire. Pour d'autres : « les enseignants sont payés pour ce qu'ils font. C'est à eux de le faire bien, je ne vais pas les aider, je n'ai pas ma place à l'école » [348]. Bajos [16] va dans le même sens en indiquant que le domaine de la contraception étant en constante évolution, il est difficile pour les parents de délivrer une information aussi complète que pourrait le faire un professionnel. On peut en outre se demander si les parents peuvent vraiment transmettre des connaissances qu'ils n'ont pas eux-mêmes. Ne dit-on pas : « Je transmettrai à mes enfants ce que j'ai reçu » ? Bien que certains ajouteront : « mais en l'adaptant au monde moderne dans un dialogue ouvert avec les valeurs des nouvelles générations » [349]. On comprend par-là, la nécessité de renforcer les capacités des parents à exercer leur rôle d'éducateur à la sexualité. On peut ainsi lire dans un article publié en 2012 par Somé [81] sur la place de la communication parents-adolescentes pour la réduction des risques chez les adolescentes de Bobo-Dioulasso : « Il apparaît nécessaire de doter les parents des compétences nécessaires pour qu'ils puissent aborder les questions de santé reproductive et sexuelle des adolescentes. Ceci est d'autant plus important que le comportement des parents est à l'image de ce qu'ils ont aussi reçu de leurs parents. Les moyens de communications (radio, télévision, internet) véhiculent de nombreuses informations et peuvent être des terreaux d'apprentissage pour les adolescentes, avec tous les risques de mauvaises compréhensions, de mauvaises interprétations ».

- *Le manque de temps et de disponibilité de certains parents liés aux occupations*

professionnelles. Tel qu'observé durant notre étude, le manque de temps été évoqué par de nombreuses recherches pour justifier l'absence de communication entre les parents et leurs enfants. Au Burkina Faso, Badini-Kinda [350] et Sanou [351] avaient observé les difficultés des parents à concilier vie professionnelle et vie familiale. Selon eux, les parents (pères et mères) n'arrivent plus à dégager assez de temps pour s'occuper des enfants. Badini-Kinda [350] va parler de la « double journée », pour mettre en exergue les exigences de la vie de foyer qui entraînent des contraintes particulières au niveau professionnel et vice versa. Pour Savi [352], cette crise familiale est liée à l'évolution de la société. Les femmes qui, au départ étaient à la maison et avaient pour fonction l'éducation des enfants, sont aujourd'hui absentes. Ces absences des parents de la maison et surtout celle de la mère, constituent un vide que l'enfant ressent, mais qu'il transforme en une opportunité à saisir pour exceller parfois dans l'interdit. On se rend compte de comment les exigences de la vie professionnelle peuvent influencer la qualité de la communication entre les parents et les enfants. Brown [353] va plus loin, en déclarant que la problématique de la disponibilité des parents devrait être étudiée de façon plus approfondie. Selon l'auteur, outre la durée proprement dite, l'horaire n'est pas indifférent et peut constituer une contrainte forte pour les parents actifs. Ainsi, établir des règles de vie quotidienne ne demande pas une dépense de temps considérable, mais les faire respecter suppose une présence auprès des enfants à des heures liées au rythme scolaire qui n'est pas identique, loin s'en faut, à celui d'un exercice professionnel impliquant des responsabilités ou des horaires décalés. On peut se demander si les parents arriveront un jour à mieux concilier la sphère professionnelle et celle familiale, dans un contexte d'arrivée massive des femmes sur le marché du travail. Meda et al.[354] partage cette interrogation lorsqu'il écrit que « Si nous voulons poursuivre à la fois les deux objectifs d'égalisation des taux d'emploi féminin et masculin et de réalisation par les individus, de leur souhait d'avoir des enfants ainsi que de disposer du temps nécessaire à leur éducation, c'est sans aucun doute une nouvelle politique familiale qui est requise ».

Pour le petit groupe d'enquêtés ayant déclaré communiquer avec leurs enfants sur la sexualité, le contenu de la communication était sélectif. En effet, les résultats de nos entretiens avaient montré que la nature des valeurs transmises aux jeunes par les parents se limitait essentiellement aux vertus de l'abstinence, de la fidélité, de la virginité et de l'hygiène corporelle. Le contenu des messages des parents est orienté vers la virginité pour les filles et la chasteté pour les garçons et ce jusqu'au mariage. Les aspects de l'éveil sexuel à l'adolescence ne sont pas abordés, notamment l'information sur la sexualité, les relations sexuelles à risques. L'usage du condom et de la contraception n'est pas autorisé avant le mariage. Dans le prolongement des travaux de Doudou [355], on pourrait s'interroger sur le risque qu'il pourrait y avoir à ne pas parler de préservatif, ou à accorder une moindre attention à ce moyen de prévention, y compris la contraception. Ce constat est corroboré par les résultats

d'une étude menée au Burkina Faso par Ouédraogo [343], qui montrait que les parents prodiguent des conseils à leurs enfants pour qu'ils ne soient pas pressés d'avoir des relations sexuelles. On s'aperçoit ici que l'éducation sexuelle chez ces familles n'est pas axée sur les quatre dimensions préconisées par l'OMS : physique, psychologique, affectif et social [40]. Elle ne vise donc pas à accompagner les jeunes vers l'épanouissement sexuel, tant physique, affectif que psychologique, mais à dissuader le passage à l'acte sexuel. Par ailleurs, il était ressorti de nos données que la grande majorité des parents qui avaient déclaré communiquer avec leurs enfants sur la sexualité, profitaient de certaines opportunités pour le faire. On avait noté par exemple, que certains parents profitaient de certains événements (l'arrivée des règles de la fille, suite à des émissions radio-télévisées ou à des questions posées par les enfants qui nécessitent des réponses de leur part) pour évoquer la question. D'autres parents abordent le sujet de la sexualité lorsque les enfants commettent des erreurs (grossesses, retards à la maison ou à l'école...). Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus au Burkina Faso par Hien [108] et à Abidjan par Doudou [355]. Comme nous l'avons développé plus largement dans les paragraphes précédents, cela serait dû au caractère tabou de la sexualité, qui induit certaines gênes chez les parents. Pour Doudou [355], certaines astuces des parents qui en parlent semblent être la preuve que la sexualité est encore un sujet gênant. De fait, le sujet n'est pas préparé d'avance. La communication se déroule de façon spontanée, mais dans des circonstances bien précises. Les parents profitaient de la situation de fautes répréhensibles, pour faire des reproches à l'adolescente, et lui donner en même temps des conseils en rapport avec la sexualité. La télévision était présentée comme un outil qui permettait à certains parents, de discuter de sujets délicats avec les adolescents. Les « *mauvais sujets* » tels que le sexe, les rapports sexuels n'étaient pas systématiquement abordés par les parents [108].

Nous avons constaté aussi la disparition des rites de passage. En effet, la totalité de nos enquêtés avaient unanimement reconnu que les rites, qui organisaient autrefois le processus de passage à l'âge adulte, ont progressivement disparu. Ainsi, les jeunes acquièrent les connaissances, les attitudes et les compétences en santé sexuelle et reproductive par découverte ou non, à travers des parcours initiatiques ou des rites de passages. Pourtant, un certain consensus existe sur l'importance de ces rites de passage dans nos sociétés. Pour Van Gennep [342], « *C'est le fait même de vivre qui nécessite les passages successifs d'une société spéciale à une autre et d'une situation sociale à une autre : en sorte que la vie individuelle consiste en une succession d'étapes dont les fins et commencements forment des ensembles de même ordre : naissance, puberté sociale, mariage, paternité, progression de classe, spécialisation d'occupation, mort. Et à chacun de ces ensembles se rapportent des cérémonies dont l'objet est identique : faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée* ». Les rites de passage permettent donc de lier l'individu à un groupe, mais aussi de structurer sa vie en étapes précises qui lui permettent d'avoir une perception apaisante de la condition mortelle de l'homme [35]. Cros et al. [358] vont distinguer le « *rite de passage* » du « *rite initiatique* », en cela qu'il marque une étape dans la vie d'un individu, tandis que le rite d'initiation

marque l'incorporation d'un individu dans un groupe social ou religieux : le premier touche indistinctement tous les individus d'un même sexe, tandis que le second les sélectionne. Le déclin des rites de passage pourrait être perçu comme une conséquence de l'urbanisation et de la modernisation, qui a entraîné l'effritement des pratiques traditionnelles. Au Burkina Faso, Traoré [359] avait montré que la modernisation tend à fragiliser la transmission du savoir initiatique. Elle en était venue à la conclusion que : « *On a observé de plus grande perte de savoir-faire traditionnels et des langues d'initiation que ne pratiquent plus guère que les anciens* ». Pour le reste, la disparition des rituels d'initiation est souvent mise en rapport avec les conduites déviantes chez les adolescents, en particulier ce qui concerne les attaques plus ou moins conscientes du corps (tentative de suicide, consommations de produits toxiques, comportements sexuels à risques...) [360]. D'autres auteurs se sont intéressés aux pratiques rituelles contemporaines [361-363]. Pour ces derniers, les rites de passage, même transformés, existent encore d'une certaine manière, au niveau de la vie quotidienne, familiale ou scolaire. Dans cette perspective, Le Breton cité par Roberge [361] avait affirmé que « *le rite s'émancipe de ses formes strictes. Il s'individualise et se privatise, il se loge dans des actes personnalisés qui trouvent sens dans la prestation rituelle ou la performance et qui, toujours, mettent en œuvre des symboles et des valeurs signifiants au niveau collectif* ». Pour Roberge [361], en se modernisant, les pratiques rituelles se transforment, mais leurs fonctions demeurerait relativement constantes. Dans une société qui manque de repères et semble en panne de modèle éducatif [364], les rites de passages permettent d'assurer la transition entre l'enfance et la jeunesse, en apportant des expériences vécues, chargées de sens, capables de donner aux jeunes un vrai bagage physique et éthique. Ensemble, ces auteurs reconnaissent l'importance des rites dans le passage des jeunes à l'âge adulte. Pour Fond-Harmant [365], « *la vie est une succession de phases différentes et les rites permettent de passer de l'un à l'autre de l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte* ». Ainsi, les jeunes seraient dans un « *entre-deux (enfance et adulte)* » et c'est pertinent d'organiser l'éducation à la santé sexuelle dans cette période de « *marge et d'entre-deux* » comme dans les rites de passage.

IV.3.7.2. Un processus de transmission intergénérationnelle différentiel des sexes. Une transmission intergénérationnelle différentielle des sexes

Nos résultats ont permis de dégager deux niveaux de différences basées sur le genre : une distinction des rôles entre les parents (femmes/mère et hommes/père), ainsi qu'une différence dans le contrôle parental exercé sur les enfants (filles et garçons). Dans le premier cas, nous avons noté une division sexuelle du travail parental en ce qui concerne l'éducation sexuelle des jeunes. Elle se traduit par la répartition des tâches inhérentes à l'éducation sexuelle des jeunes selon le sexe des parents. Ainsi, les pères mettent en place les règles, les renforcent et punissent l'enfant quand il les enfreint (assurer la moralité et la discipline), tandis que la mère reste en première ligne dans l'accompagnement quotidien des enfants durant tout le processus de socialisation. Une telle observation avait déjà été faite par plusieurs auteurs. C'est le cas de Somé [81] qui avait montré que dans les familles de Bobo-Dioulasso, les pères

ne discutent pas beaucoup avec leurs filles sur leur santé sexuelle et reproductive. Ce sont les mères qui s'en chargent. A l'instar de Mourette [366], nous jugeons cet état de fait normal, naturel et beaucoup plus sain Car, avec le caractère tabou de la sexualité dans notre société, lorsqu'un jeune prend « *son courage à deux mains* » et décide de questionner un de ses parents sur la sexualité, il choisit généralement celui du même sexe que lui. Le garçon va s'adresser à son père alors que la fille va choisir sa mère. Loin de mettre en cause les conséquences de la division sexuelle du travail dans le cadre familial, il nous semble important de nous référer aux objectifs de celle-ci afin d'exploiter son côté positif. Pour Tabet [367], la division sexuelle du travail dans les sociétés de chasse et de cueillette est souvent définie comme une relation de complémentarité, de réciprocité, de coopération. Ceci étant dit, la division sexuelle du travail dans le cadre de la transmission intergénérationnelle familiale, ne sera pas une mauvaise chose, si elle implique les deux parents avec une complémentarité des rôles parentaux, et dans le respect de l'intimité des jeunes. L'essentiel nous semble-t-il, est que les jeunes puissent tous (filles et garçons) recevoir l'éducation sexuelle adaptée à leur âge et à leur besoin.

Dans le deuxième cas (différence de traitement entre le sexe des jeunes), nous avons noté que les filles font l'objet de plus de contrôle (tolérance et plus de restrictions) de la part des parents que les garçons. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer cette permissivité parentale vis-à-vis des garçons, étaient que les filles sont les plus vulnérables et les plus exposées. Globalement, la plupart des études antérieures avaient suggéré des comportements différenciés que les parents adoptent en fonction du sexe des jeunes. Au Burkina Faso, les études de Ouédraogo [368], de Dembélé et al. [369], et de Kobiané [370], avaient mis en évidence l'existence d'un engagement différentiel des parents selon le sexe des enfants. Les auteurs justifient cela par le système patriarcal caractérisé par une sorte de supériorité au plan social, culturel, économique, etc., des hommes sur les femmes. Mourette [366] avait aussi fait le même constat que les garçons et les filles ne sont pas socialisés de la même manière, tant dans la sphère familiale que dans le contexte scolaire. Dans une revue de littérature systématique réalisée en 2009, Claes [371] avait fait aussi le constat que le contrôle parental s'exerce sur les filles de façon plus serrée que sur le garçon. Pourtant, ces traitements différentiels façonnent garçons et filles dans leur devenir et dans leurs relations [372]. Ce constat a été confirmé par les résultats du volet quantitatif de notre étude, qui suggèrent d'une part, une association significative entre le genre et l'utilisation du préservatif masculin et, d'autre part, une différence importante des pratiques multipartenariales entre les filles et les garçons :

- Pour l'association significative entre le genre et l'utilisation du préservatif masculin, les données de notre enquête avaient montré que seulement 38% des jeunes filles se sentaient capables d'utiliser correctement un préservatif masculin et, parmi elles, seules 15% avaient pu bien citer les sept étapes de pose. Cela est sans doute lié à l'éducation différentielle permissive aux garçons. Ainsi, ce sont les garçons qui ont plus de possibilités de participer aux campagnes de prévention, et d'assister à des démonstrations

d'utilisation du préservatif. De fait, les filles ont moins de chances de développer des habiletés quant à l'utilisation correcte du préservatif, que les garçons. En 2004, Guiella [22] avait déjà montré qu'en ce qui concerne les conditions d'utilisation du condom, les jeunes garçons burkinabè étaient mieux informés que les filles. Des résultats similaires ont été obtenus ailleurs en Afrique [123, 284, 315, 371-373]. Une étude menée par Deniaud [315] en Côte d'Ivoire, avait mis en évidence l'incapacité ou les difficultés techniques des femmes en matière d'utilisation du préservatif. Selon lui, beaucoup d'entre elles ne savaient pas, ou n'osaient pas savoir comment et où s'en procurer au moment opportun. D'autres ne connaissaient pas ses fonctions ou son mode d'emploi. Pour Rwenge [276], cet état de fait est de l'ordre des préjugés sociaux sur la place et le rôle de l'homme et de la femme dans la société. Selon ce modèle sociétal dominant encore fortement ancré en Afrique, les premiers doivent être sexuellement expérimentés avant de se marier, alors que les jeunes filles doivent rester vierges. Ces distinctions de genres engendrent, d'une certaine manière, la faible utilisation de condoms chez les filles à qui, en fait, on inculque dès l'enfance, l'idée selon laquelle une femme doit être passive dans cette activité. Il est apparu dans toutes ces études, que l'expérience de la sexualité des femmes et des hommes, reste encore très différente et très marquée par les stéréotypes de genre. On oppose donc une sexualité féminine « rangée », empreinte d'affectivité et associée à la fidélité, à une sexualité masculine plus variée, expérimentale, axée sur les besoins naturels et le plaisir [373]. L'homme étant censé être celui qui a le plus d'expériences sur le plan sexuel, il est généralement reconnu par les deux sexes comme étant responsable du condom et de son installation. C'est ce que Lacombe [374] dénonçait lorsqu'elle affirmait qu'utiliser un condom n'est pas une activité solitaire, mais plutôt un travail d'équipe. Cela nécessite la collaboration des deux partenaires. Il a donc été recommandé que les programmes de prévention continuent à discréditer les normes de genre qui découragent l'usage du préservatif parmi les jeunes, et à favoriser les environnements propices à cet usage [285].

- Quant aux comportements sexuels à risques, nous avons noté que le multipartenariat sexuel est, quel que soit l'âge, plus intense parmi les garçons que les filles. Comme cela a déjà été dit précédemment, cette différence témoigne des rapports inégaux entre les hommes et les femmes, caractérisés par des stéréotypes sexuels (masculins et féminins) produits par la société. Pour Bergeron [322], la tradition et les représentations sociales ont favorisé une conception bipolaire des rôles sexués. L'homme doit être autonome, actif et compétitif. En revanche, l'identité féminine se définit en fonction d'autrui, et dans des qualificatifs comme l'affectivité, la passivité et la vulnérabilité. On peut estimer que, ce sont ces attentes sociales sur la façon dont les hommes doivent se comporter, qui parfois amènent les jeunes à adopter des comportements à risques tel que le multipartenariat sexuel. Dans une étude réalisée dans les pays francophones de l'Afrique

subsaharienne y compris le Burkina Faso, Rwenge [276] avait montré que les sociétés africaines étaient plus bienveillantes à la sexualité des hommes, par rapport à celle des femmes. Elles n'attendent pas la même chose des garçons et filles dans la vie sexuelle. Les garçons doivent être sexuellement expérimentés avant de se marier, alors que les filles doivent rester vierges. Et comme de Beauvoir [375] l'a si bien relevé, être une femme (mais aussi être un homme) n'a rien d'évident, et suppose un apprentissage direct ou indirect, qui dure tout au long de la vie : « *On ne naît pas femme, on le devient* ». On peut constater donc, que malgré une législation qui œuvre pour une société burkinabè débarrassée de toutes les formes d'inégalités et d'iniquités de genre (décret n°2009-672/PRES/PM/MEF/MPF du 7 octobre 2009 portant adoption du document de Politique nationale genre), les constats actuels montrent un système toujours inégalitaire en défaveur des femmes. Bien qu'on observe maintenant plus de variabilité entre les parents, certains d'entre eux manifestent des attentes plus égalitaires en lien avec le genre de leurs enfants [376].

IV.3.8. Les facteurs déterminants du processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en santé sexuelle et reproductive

IV.3.8.1. Une influence de l'environnement familial et social sur la transmission intergénérationnelle des connaissances en santé sexuelle et reproductive

Les données de notre enquête ont suggéré une influence conjuguée de l'environnement familial (la structure de la famille et son fonctionnement) et social (école, amis, médias sociaux, culture, religion) dans le processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, des attitudes et des compétences en santé sexuelle et reproductive. Ainsi, le modèle éducatif, la taille de la fratrie et les aspects de socialisation de l'enfant, sont les facteurs les plus cités par nos enquêtés, susceptibles d'influencer la transmission intergénérationnelle des savoirs en SSR. Afin de mieux analyser ces différents facteurs, nous les avons classés en deux catégories. La première catégorie regroupe les facteurs internes au cadre familial : le modèle éducatif et la taille de la fratrie. La deuxième catégorie englobe les facteurs externes au cadre familial, tels que les effets de l'école, du groupe de pairs, de l'urbanisation, de la modernité, le poids de la culture et de la religion.

a- Les facteurs internes au cadre familial

Les données des entretiens que nous avons menés avec les enquêtés (parents, jeunes, leaders religieux, autorités communales et politiques, prestataires de services, enseignants, acteurs d'ONG travaillant dans le domaine de la SSR) avaient montré que le type d'interaction parent-enfant et taille de la fratrie, influenceraient l'activité de transmission intergénérationnelle familiale. Plusieurs études avaient suggéré l'importance du style parental, dans la réduction des comportements sexuels à risques chez les jeunes. Les styles éducatifs parentaux renvoient à un ensemble d'attitudes qui sont communiquées à l'enfant, à travers l'expression des comportements des parents (implicite ou non), ou des pratiques parentales permettant ainsi

de définir les règles de conduite et de vie des membres de la famille [377]. L'étude de Miller citée par Aujoulat et al. [378], résume deux décennies de recherches (1980-2000) sur les influences parentales dans le risque de grossesse à l'adolescence. Cette étude relève principalement trois facteurs liés aux parents, qui diminuent le risque de grossesse à l'adolescence, soit en réduisant ou en retardant les relations sexuelles, soit en augmentant l'utilisation de moyens contraceptifs : i)- le type de lien parents/enfants (soutien, proximité, et chaleur); ii)- la supervision ou la régulation parentale des activités des enfants ainsi que iii)- les attitudes et les valeurs parentales contre les relations sexuelles des adolescents (ou contre les relations sexuelles non protégées), et les grossesses à l'adolescence. Tel qu'observé par Miller [379], notre étude nous a permis de confirmer les quatre distinctions majeures faites dans la littérature internationale, en termes de styles parentaux [367, 380-386].

D'abord, les parents « *autoritaires* » qui exercent un contrôle très ferme, avec peu de place à l'affection. Ils définissent les règles (permis et interdits) et imposent la façon de procéder ou la procédure à suivre (contrôle, injonction). Les principaux indices de cette dimension sont la contrainte, les ordres, les restrictions qui sont imposés par les parents aux enfants ; les responsabilités qui leur sont transmises ; la rigueur avec laquelle sont imposées les normes ; les manières dont la vie enfantine est liée à l'autorité parentale [371, 382].

Ensuite, les parents « *permissifs* », très affectueux, mais qui exercent peu la fonction de contrôle. Ce modèle flexible caractérise les engagements des parents à l'avenir de leurs enfants, la responsabilité de leur mode de vie, le temps qu'on leur consacre, les activités conjointes, les émotions et l'enthousiasme avec lesquels ils prennent part à la vie de l'enfant [371, 381]. Puis, les parents « *négligents* » qui n'assument ni le contrôle, ni l'attachement. Ce modèle parental que Claes [371] appelle « *style indifférent* », se caractérise par l'absence de chacune des deux dimensions : les demandes et les réponses (laisser faire). Il s'agit selon l'auteur, de parents qui, pour des raisons diverses, ont abdiqué leurs fonctions parentales. Ils sont peu concernés par ce qui se passe dans la vie de leurs enfants, et ne posent guère d'exigences.

Enfin, les parents « *autoritatifs ou démocratiques* » exercent les deux fonctions, imposent des règles et des exigences fermes, tout en assurant l'affection et la présence chaleureuse. Dans ce modèle à l'intersection des styles permissif et autoritaire, le parent fait preuve de chaleur et d'ouverture, mais pose des limites claires et cohérentes. Ils établissent les normes de conduite et encouragent les enfants à s'y conformer. Les parents « *autoritatifs* » sont très attentifs envers les enfants, respectent leurs opinions et leur fournissent un accompagnement adapté à leur âge, à leurs besoins, tout en faisant preuve de fermeté lorsque cela est nécessaire [371, 385]. Cette typologie des quatre (4) styles parentaux, susceptibles d'influencer la transmission intergénérationnelle familiale, suscite la question suivante de notre part : Quel sera le style parental capable de favoriser le développement idéal des jeunes ? L'analyse minutieuse de ces quatre modèles parentaux, nous donne à penser que c'est le modèle « *autoritatif ou démocratique* », qui paraît le plus optimal. Ce choix est motivé par le fait qu'il a été documenté comme étant le style le plus efficace dans la transmission des valeurs de responsabilité personnelle et sociale,

mais aussi et surtout, parce qu'il favorise un cadre de discussion entre les parents et les enfants [382, 387-392]. Une recherche récente menée au Burkina Faso en 2015 par Ouédraogo [368], avait aussi confirmé notre observation. En effet, l'auteur avait constaté que les parents qui ont le style éducatif « *démocratique* » ont plus d'enfants en réussite, et les parents qui ont le style éducatif « *négligent et permissif* » ont plus d'enfants en échec. Pour l'auteur, si le style éducatif démocratique favorise la réussite des jeunes, c'est parce que les parents valorisent quotidiennement l'autonomie des enfants, encouragent les échanges et les discussions avec eux, s'impliquent dans le suivi scolaire, s'ouvrent à eux, cultivent le sens du raisonnement, accordent un grand intérêt aux besoins physiques et cognitifs des enfants, renforcent les comportements positifs à travers des encouragements et des félicitations. Cette thèse a été contestée par Kopko [393] et Garcia [394] estimant que le choix du style « *démocratique* » comme étant le meilleur modèle est une erreur d'appréciation. Pour ces auteurs, aucun style parental ne peut être optimal dans le temps et dans l'espace. Chaque style est idéal pour un type d'enfant, et devra s'adapter au tempérament de celui-ci. On comprend donc que les parents devront ajuster leur style à chaque enfant et ceci, en fonction des caractéristiques individuelles de celui-ci. Par conséquent, le rééquilibrage ou la modification du style parental devrait être envisagé lorsque cela est nécessaire. Il est important de préciser que notre enquête ne nous a pas permis de dégager le style le plus dominant au sein de la population étudiée. Ouédraogo [368], quant à lui, s'était contenté d'affirmer: « *qu'au regard du contexte du Burkina Faso, il est fort probable que l'analphabétisme des parents (74% des personnes ne savent ni lire ni écrire, selon INSD, 2006), leur appartenance culturelle (plus d'une soixantaine de cultures et de pratiques) et leur zone de résidence (urbaine ou rurale) augmentent les risques de voir des parents adopter des styles éducatifs non cohérents avec ceux de l'école (par ignorance) et dont les conséquences peuvent affecter le développement cognitif des enfants et avoir des influences sur leur réussite scolaire* ».

Pour ce qui est de la taille de la fratrie, les résultats de notre étude avaient montré qu'une taille de fratrie importante, a un effet négatif sur la transmission intergénérationnelle. Autrement dit, plus la fratrie est de grande taille, moins la communication intergénérationnelle est optimale. Ceci peut trouver son explication dans les restrictions matérielles d'existence et des tensions familiales, les jalousies acharnées que peut engendrer l'augmentation du nombre d'enfants dans la famille. C'est peut-être aussi parce que la taille de la fratrie diminue l'accompagnement parental et familial dans une société où les parents manquent de temps et de disponibilité à cause des occupations professionnelles. Des résultats similaires ont été obtenus dans les études de Moguéro [395] et Dominique [396], qu'il s'agisse de l'altération des conditions de vie matérielles des familles liées à l'augmentation du nombre d'enfants, ou de la diminution de contrôle des activités enfantines par les parents, ceux-ci devenant moins disponibles au fur et à mesure de l'agrandissement de la fratrie. Pour Dominique [396], les effets propres de la taille de la famille sur la destinée des enfants, peuvent également passer par les conditions matérielles dans lesquelles ils sont élevés : avec l'accroissement du nombre d'enfants, les ressources qui peuvent être consacrées à chacun diminuent.

De même, les enfants de familles nombreuses ont moins de chances de bénéficier d'accompagnement des parents, le temps consacré à cet accompagnement devant être partagé entre les différents enfants. Dans un contexte burkinabè caractérisé par une croissance soutenue de la population résultant certainement de l'indice synthétique de fécondité encore élevé (6 enfants par femme) [14], on comprend aisément les difficultés de communication entre parents et enfants, plusieurs fois évoquées par la quasi-totalité de nos enquêtés. Au-delà de l'impact de la grande taille de la fratrie sur la qualité de la communication intergénérationnelle, la taille très petite d'une famille peut affecter les conditions de l'éducation familiale. Il paraît par exemple que les enfants uniques, qui sont à ce titre privés de la diversité des modèles potentiels offerts par les membres d'une fratrie (frères et sœurs), semblent les plus enclins à refuser le modèle parental, plus encore qu'à le reproduire [340]. Dominique [396] abonde dans le même sens en indiquant que *« les enfants nombreux vivent davantage en interaction entre eux, dans une société d'enfants, lorsque les enfants uniques ou peu nombreux (et aussi d'âges espacés) sont plus continûment plongés dans une société d'adultes. Ils sont gardés à la maison, et sont moins souvent ou moins précocement confrontés à d'autres lieux de socialisation que leur foyer : les conditions du développement intellectuel et social peuvent en être affectées »*.

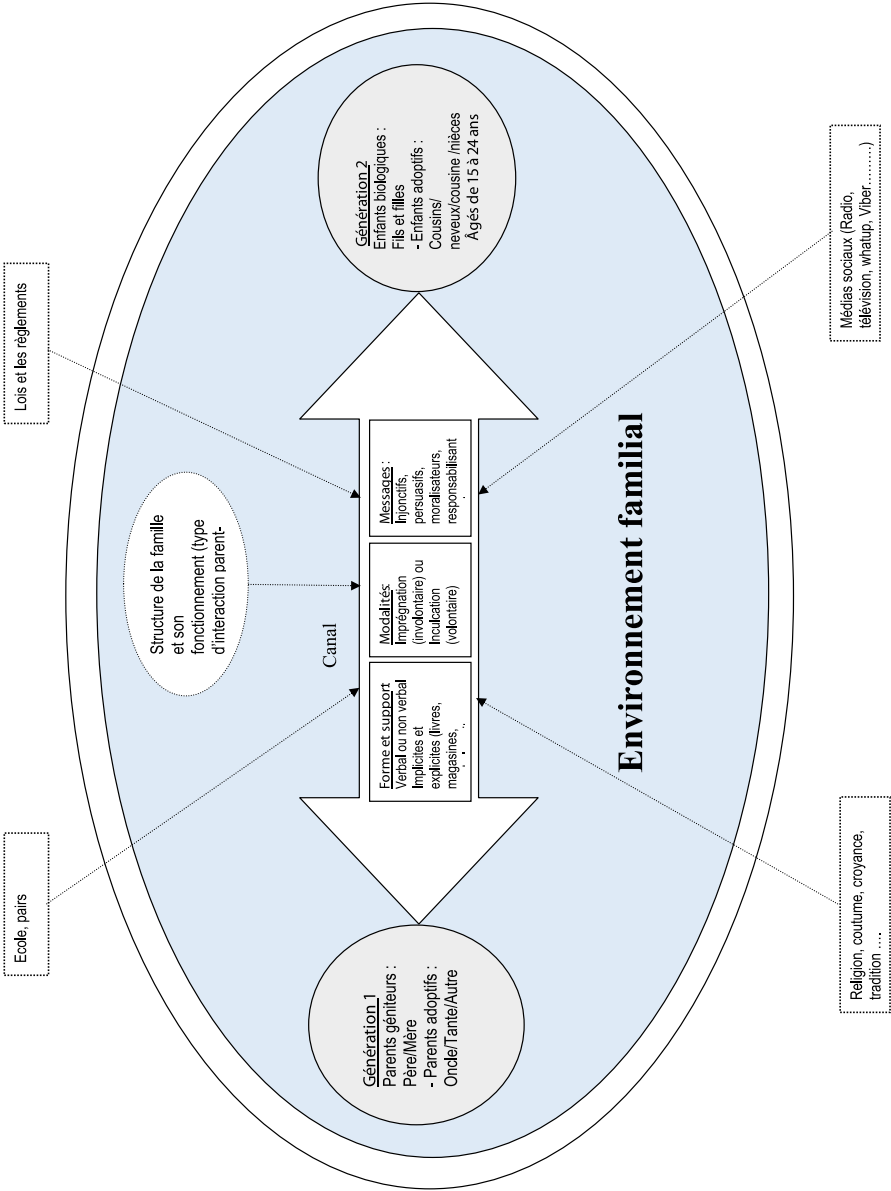
a- Les facteurs externes au cadre familial

L'étude de la transmission intergénérationnelle dans un cadre familial, ne peut ainsi s'affranchir d'une analyse du contexte environnemental dans lequel ce lien se vit. La transmission apparaît comme un processus complexe qui implique la participation de plusieurs acteurs, le sujet apprenant et le socialisateur, ainsi que l'interaction avec la société environnante [380]. C'est ainsi que les données recueillies à l'issue de notre étude, avaient suggéré une influence de l'environnement social et culturel sur la transmission d'informations, de connaissances et de compétences des parents aux jeunes. Ces effets de l'environnement sur l'éducation sexuelle des jeunes, peuvent résulter de différents éléments non exclusifs les uns des autres, tels que la modernisation (médias sociaux, urbanisation), les pairs et l'école. Le poids de la culture et de la religion a été aussi évoqué par nos enquêtés, comme étant des facteurs susceptibles d'influencer la transmission intergénérationnelle familiale. Des résultats analogues avaient été obtenus par plusieurs études. Au Burkina Faso, une étude menée par Yode [277] sur la relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents, avait noté une influence de l'environnement extrafamilial sur l'éducation sexuelle des adolescents. Pour Bozon [397], la socialisation des jeunes n'est plus uniquement transmise par les familles, mais est plutôt devenue une socialisation *« horizontale »* qui passe par les groupes de pairs, les moyens de communication et les références culturelles de génération, les expériences personnelles. Dumont [398] fait aussi le constat que le type de famille dans lequel l'enfant grandit, représente seulement un sous-ensemble des nombreuses influences formant la croissance psychologique. Il faut également prendre en compte les influences des frères et sœurs, des pairs, de l'école, du voisinage, de la culture et même de l'histoire, pour n'en citer que

quelques-unes. On l'aura compris, la transmission intergénérationnelle familiale n'est pas un processus mécanique dans le huis clos d'une relation de socialisation dont les parents seraient en outre les seuls instigateurs. Les valeurs transmises par ces derniers, sont constamment confrontées à bien d'autres modèles à travers les interactions sociales des enfants avec les enseignants, les pairs, les prestataires de services et bien d'autres univers sociaux [340, 398]. Cependant, on est en droit de se poser des questions sur la nature de ces influences de l'environnement social et culturel sur l'éducation familiale. Les données de notre étude avaient suggéré une influence négative et/ou positive en fonction des modes d'exposition. Il apparaît, par exemple, que les médias sociaux avaient plus d'influence négative que positive sur l'éducation sexuelle des jeunes, ce que nous avons plus largement développé dans la section « *sources d'information des jeunes* ». Ce dualisme coïncide avec les propos de Thollembeck [399] selon lesquels : « *La famille est l'instance de socialisation la plus déterminante, puisqu'elle est chronologiquement la première. Elle perd cependant le monopole de l'influence au-delà de la très petite enfance. L'école, les groupes de pairs (amis), les organisations professionnelles (entreprises, syndicats), les églises, les associations, les médias contribuent également à l'intériorisation des valeurs, des normes et des rôles sociaux, d'une manière qui, nous l'avons vu, peut soit prolonger, soit contredire la socialisation familiale* ». Lacroix [400] et Debray [381] quant à eux, fustigent les rudes contradictions que les familles sont obligées d'affronter, au moment où elles cherchent à élaborer des dispositifs efficaces pour assurer la transmission des valeurs. Lacroix [400] va, à ce titre, jusqu'à parler de « *défamiliarisation* » de la transmission, tant la concurrence sévit dans ce domaine des médias, des technologies de l'information et de la communication, et à l'école. Par contre, Yode [277] va insister sur l'importance de l'environnement extrafamilial dans le changement des comportements sexuels des adolescents. Les résultats de son étude menée au Burkina Faso, avaient suggéré que les écoles modernes, les confessions religieuses et les réseaux d'amis offrent aux adolescents des contenus éducatifs et un accompagnement qui viennent en complément au travail de socialisation réalisé dans la famille. L'auteur en vient à la conclusion : « *Qu'il importe d'associer davantage les enseignants, les responsables religieux et les réseaux d'amis aux actions de lutte contre les risques sanitaires dans l'adolescence* ». Au regard de toutes ces observations, il nous paraît important à l'instar de Maurer [401], qu'un équilibre et une collaboration soient établis entre ces différentes instances de socialisation, afin de compenser ce qui manque à la maison, ou de l'améliorer.

Nous proposons à la page suivante une modélisation du processus de transmission intergénérationnelle, tel que nous le comprenons au terme de cette discussion.

Figure 9 : Un modèle explicatif du processus de transmission intergénérationnelle de connaissances, attitudes et compétences en SSR des jeunes



IV.4. Valorisation de l'étude

Depuis l'élaboration du protocole, nous avons réalisé plusieurs activités pour valoriser cette recherche. Parmi celles-ci, nous pouvons retenir : i)- la participation active à des journées scientifiques et, ii)- la publication de plusieurs articles sur la thématique étudiée par la thèse.

Pour ce qui concerne la première activité, comme cela a déjà été dit dans la section «*Validité externe*», nous avons participé à plusieurs conférences locales comme les 17^{èmes} et 18^{èmes} Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB), organisées respectivement du 6 au 9 mai 2014 et du 3 au 6 mai 2016 à Bobo-Dioulasso, et aux éditions de mars 2014 et de mai 2016, des Journées Scientifiques de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso. Nous avons également participé à la 3^{ème} Conférence Internationale sur la Planification Familiale tenue du 12 au 15 novembre 2013 à Addis Abeba en Ethiopie. Au cours de toutes ces rencontres, les résultats obtenus ont été présentés et discutés.

A propos de la deuxième activité, quatre (4) articles ont été publiés dans des revues internationales avec un comité de lecture, dont deux (2) dans la « *Revue Santé Publique* », un (1) dans le « *Pan African Medical Journal* » et le dernier dans les « *Annales des Sciences de la Santé de la Tunisie* ». Annexés à cette thèse, ces articles abordent les sujets suivants :

- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée. *Santé Publique*. 2016; 28(4), 525-534.
- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Prises de risques chez les jeunes de Bobo-Dioulasso: une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25 (132).
- Adohinzin CCY, Berthé A, Meda N, Belem AMG, Ouédraogo GA, Nacro B, et al. Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Annales des Sciences de la Santé*. 2016; 1(9): 35-59.
- Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al. Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè. *Santé publique*. 2017; 29 (1); 95-103.

Toutes ces activités nous ont permis de nous intégrer dans la communauté scientifique, mais aussi, d'y intégrer notre recherche. Par ailleurs, c'était aussi une occasion de bénéficier de critiques d'experts, ce qui nous a permis de progresser. Après la défense de la thèse, une copie du document sera envoyée à tous les centres de documentation ou bibliothèques locaux, et aux acteurs stratégiques ciblant la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Nous avons aussi prévu d'organiser un atelier de restitution à Bobo-Dioulasso.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous consacrons ce dernier chapitre à la présentation des principaux résultats auxquels nous sommes parvenus, en regard des questions posées par notre problématique de recherche. Nous faisons également le point sur les implications que la connaissance produite peut avoir au niveau politique et programmatique, notamment sur les interventions et actions relatives à la SSR des jeunes au Burkina Faso. Nous terminons par l'ébauche de quelques pistes d'approfondissement possible dans le domaine de la recherche en santé publique. Il s'agit d'élaborer des connaissances permettant de participer avec les politiques et décideurs et avec la communauté scientifique à la réflexion stratégique et à l'action pragmatique.

V.I. Réponses aux questions de recherche

Cette thèse a porté sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Elle vise à expliciter les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes de 15-24 ans en SSR et à analyser les processus de construction de leurs sources. Cinq questions spécifiques se posent alors et constituent l'orientation de notre travail de recherche dont nous résumons les principaux résultats :

1. Quelles sont les connaissances et attitudes des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ?
2. Quel est le niveau d'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs déterminant son utilisation ?
3. Les jeunes ont-ils les compétences requises pour adopter les comportements préventifs attendus d'eux en matière d'utilisation du préservatif masculin ?
4. Quels sont les facteurs explicatifs de la précocité sexuelle et du multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo-Dioulasso ?
5. D'où viennent les informations dont disposent les jeunes en santé sexuelle et reproductive et quel rôle joue la famille dans la transmission intergénérationnelle pour une bonne santé sexuelle ?

De notre travail de recherche, il apparait les principaux résultats suivants :

- La première question examine les connaissances et attitudes des jeunes en matière de SSR. A ce sujet, il apparait d'abord que la majorité des jeunes n'ont toujours pas accès à des informations complètes, précises et adaptées à leur âge, pour vivre une sexualité sûre et satisfaisante. Ensuite, nous avons noté que certains d'entre eux ont toujours des perceptions erronées sur le mode de transmission du VIH/Sida, la contraception et le préservatif. Ceci confirme notre hypothèse selon laquelle, la majorité des jeunes ont des connaissances floues, superficielles et parfois inexactes sur la transmission, la prévention du VIH/Sida et les grossesses non désirées. Enfin, le niveau de connaissance complète des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), était associé au sexe et au niveau d'études des répondants. Les jeunes garçons semblaient mieux informés que les jeunes filles. De la même façon, le niveau de connaissance complète était plus élevé chez les plus scolarisés âgés que chez les moins scolarisés. Les écarts devenaient plus significatifs à partir du niveau scolaire secondaire. Ces constats confirment les résultats de plusieurs recherches menées au Burkina Faso et dans d'autres pays en matière de prévention du VIH et de grossesses non désirées en ce qui concerne la persistance des stéréotypes fondés sur le sexe et l'importance de l'école comme facteur de socialisation [274, 123, 277, 310].

La deuxième question cherche à élucider la pratique contraceptive chez les jeunes de Bobo-Dioulasso et les facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne. Comme observé dans plusieurs autres recherches, notre étude montre que peu de jeunes utilisent les moyens contraceptifs, bien que la majorité d'entre eux aient conscience des risques encourus. Cela montre combien il existe un fossé entre les perceptions de risques et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes. Cette faible utilisation des moyens contraceptifs s'explique par : le manque d'information adéquate des jeunes, une forme de « *non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile* », les problèmes d'accessibilité (géographique et financière), la qualité de service, la crainte des effets secondaires des produits, le poids de la culture et de la religion. Par ailleurs, il ressort de cette thèse que la contraception est devenue la « *norme* » avec l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Dès qu'une relation de couple plus stable s'installe, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé. Ce comportement très encourageant, se justifie par le manque de confiance qui caractérise le début d'une relation amoureuse. Ainsi, le préservatif est utilisé parce qu'il offre une double protection contre les infections sexuellement transmissibles, le Sida en premier lieu (outil préventif) et contre les grossesses non désirées et/ou précoces (outil contraceptif).

- La troisième question traite des compétences des jeunes à utiliser de façon correcte le préservatif masculin. Selon l'OMS, l'utilisation du préservatif est reconnue comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois du VIH/Sida et des grossesses non désirées. Cependant, pour que leur efficacité soit maximale, les préservatifs doivent être utilisés de manière cohérente (à chaque rapport sexuel) et correctement. Cette efficacité a été estimée à 79% pour une utilisation non cohérente, et à 90 à 95% pour une utilisation cohérente [378]. Malheureusement, il ressort de cette recherche, que peu de jeunes avaient les compétences requises pour adopter les comportements préventifs attendus d'eux en matière d'utilisation du préservatif masculin. Moins d'un jeune sur quatre était capable de décrire correctement la pose du préservatif masculin, malgré leur bonne connaissance de sa fiabilité, et bien que certains d'entre eux aient bénéficié de campagnes de sensibilisation. Nous avons donc constaté une variété d'erreurs et de problèmes d'usage (ruptures, glissements, fuites et pertes d'érection) susceptibles de diminuer l'efficacité du préservatif. Plusieurs explications ont été apportées par différentes études pour justifier ce manque de compétences des jeunes, notamment l'irrégularité des campagnes de sensibilisation, et surtout le contenu du message qu'elles véhiculent. Il est apparu de notre étude par exemple, que les messages sur l'usage du préservatif sont rarement renouvelés et adaptés aux besoins des jeunes. Les campagnes de sensibilisation et d'information se transforment en séances de distribution de préservatifs

et surtout de dépliants, sans pouvoir procéder à des démonstrations et à des échanges avec les jeunes. Par ailleurs, notre étude a établi un lien entre le non usage du préservatif et l'insuffisance de compétences. Les jeunes qui manquaient de compétences en matière de pose du préservatif masculin, n'en utilisaient pas systématiquement, bien qu'ils y étaient très favorables. Il ne suffit donc pas de rendre disponibles les condoms, mais il est essentiel de rendre l'utilisation du condom efficiente, en formant les utilisateurs potentiels à son usage.

- En ce qui concerne la quatrième question, nous nous intéressons aux facteurs explicatifs de la précocité sexuelle et du multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo-Dioulasso. Nous avons noté que la précocité sexuelle et le multipartenariat sont des pratiques sexuelles vécues par une frange non négligeable de notre population d'étude. Plus de la moitié des enquêtés étaient sexuellement actifs, dont 14% avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat sexuel avait été observé chez 24% des jeunes sexuellement actifs. Au sujet du multipartenariat, deux éléments ont retenu notre attention. Premièrement, le multipartenariat concurrentiel (les rapports sexuels concomitants) était plus dominant, bien qu'il ait été documenté dans la littérature scientifique, comme étant l'un des risques majeurs occasionnant l'épidémie du VIH en Afrique. Deuxièmement, notre étude suggère une forte corrélation entre le multipartenariat et l'usage du préservatif. Les multipartenaires étaient significativement les plus nombreux à avoir déclaré l'usage du préservatif. Ils sont vraisemblablement conscients des risques liés au multipartenariat (infections aux VIH/Sida et grossesses non désirées). Ce qui nous donne une lueur d'espoir dans un contexte où les jeunes âgés de 15 à 24 ans comptent pour 34% de toutes les nouvelles infections à VIH chez les adultes, et du fait qu'ils sont les plus touchés par les grossesses non désirées et les avortements clandestins [15, 402-403]. Parmi les facteurs déterminants de la précocité sexuelle et du multipartenariat, figuraient les facteurs individuels (l'âge, le sexe et le niveau scolaire des jeunes enquêtés) et les facteurs environnementaux (les normes sociales et culturelles, la modernisation et la situation économique des parents). Par ailleurs, notre étude met en lumière l'importance d'une pratique sexuelle plus tardive dans la réduction du multipartenariat sexuel. Les jeunes ayant commencé leur vie sexuelle de façon précoce, étaient plus enclins au multipartenariat sexuel que ceux qui avaient une sexualité tardive. Nous en avons déduit que les individus plus précoces sexuellement, connaissent une vie sexuelle plus longue, une plus grande diversité d'expériences et de pratiques sexuelles. C'est aussi possible qu'une entrée précoce dans la sexualité retarde la maturation sociale, ce qui influencerait le comportement sexuel futur des jeunes [326].
- Notre cinquième question aborde les sources d'informations des jeunes en SSR et le processus intergénérationnel familial de construction des connaissances, attitudes et compétences des jeunes en SSR. Pour la

première composante de la question (*d'où viennent les informations dont disposent les jeunes en santé sexuelle et reproductive*), nos données ont suggéré, à l'instar d'autres études menées au Burkina Faso et dans d'autres pays [23, 81, 326, 335-339], une acquisition des connaissances, attitudes et compétences en SSR hors du cadre familial, mais à travers des sources de moins en moins fiables. Les principales sources citées par les jeunes enquêtés étaient : les médias sociaux (télévision, wikipédia, twitter, youTube, facebook, linkedIn, what's up et viber...), les pairs (amis et camarades) et les centres de planification et d'éducation familiale. Cette observation est perçue comme une conséquence de l'insuffisance, et parfois de l'absence de communication entre les parents et les jeunes enfants. Ce déficit de communication amènerait les jeunes à une recherche d'informations parfois non fiables en dehors du cercle familial. Nous avons noté une divergence de points de vue en ce qui concerne l'utilisation par les jeunes, des sources autres que celles provenant des institutions ayant des responsabilités éducatives formelles devant la loi et la société telles que la famille, l'école et les acteurs professionnels qui travaillent dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé. Les uns dénoncent la crédibilité parfois déficiente et le caractère trop souvent restrictif de l'information véhiculée par les sources telles que les médias sociaux et les amis. Ils insistent sur les risques auxquels les jeunes sont exposés lorsqu'ils recourent à ces genres de sources. Les autres, au contraire, pensent que l'utilisation de sources telles que les médias sociaux, aurait un effet bénéfique sur les enfants et les adolescents, en améliorant la communication, les liens sociaux, de même que les compétences techniques. Dans un contexte où les médias sociaux ont pris une place importante dans le quotidien de tous, la question pour nous n'est pas de savoir si les jeunes doivent y recourir, mais de voir dans quelles mesures les accompagner à en distinguer les forces et les faiblesses, afin de prendre des décisions éclairées.

En ce qui concerne la seconde composante de la question (*quel est le processus de construction des connaissances, attitudes et compétences des jeunes dans le cadre familial ?*), nous avons pu constater de manière générale, que le processus de transmission familiale des connaissances, attitudes et compétences des jeunes se caractérise par la coexistence de deux mécanismes : d'une part l'éducation volontaire (inculcation, contrôle, incitation) et d'autres part l'imprégnation par exposition de l'enfant aux exemples parentaux. Dans le cadre de notre étude, la transmission intergénérationnelle familiale s'est avérée un processus opportuniste, implicite, se résumant souvent à la communication de conseils moraux, religieux orientés pour dissuader le passage à l'acte sexuel. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation dont : i)- le caractère tabou de la sexualité qui marque tous les aspects de la vie quotidienne, ainsi que la communication au sein de la famille; ii)- la peur de certains parents d'attiser la curiosité sexuelle des jeunes en leur parlant de la sexualité; iii)- l'insuffisance de connaissances

et de compétences spécifiques pouvant faciliter l'exercice du rôle d'éducateur à la sexualité des parents; vi)- le manque de temps et de disponibilité de certains parents marqué notamment par l'intégration massive des femmes sur le marché du travail. Cette recherche a mis en évidence l'influence conjuguée de l'environnement familial (modèle éducatif et taille de la fratrie) et social (effets de l'école, du groupe de pairs, de l'urbanisation, de la modernité, le poids de la culture, de la norme sociale et de la religion) dans le processus de transmission intergénérationnelle des connaissances, des attitudes et des compétences en santé sexuelle et reproductive.

Alors que toutes nos hypothèses de départ ont été globalement confirmées, cette thèse montre que les jeunes burkinabè, à l'instar de ceux de bien d'autres pays, souffrent d'un manque d'éducation sexuelle. L'insuffisance de dialogue autour des questions essentielles de la sexualité, amène les jeunes à accéder aux connaissances et savoirs en SSR, par découverte et non, à travers des parcours initiatiques ou des rites de passages. Ce qui les expose à des comportements sexuels à risques dont les pratiques non préventives, la précocité sexuelle et le multipartenariat sexuel. On remarquera par ailleurs, que les politiques publiques et les programmes de santé du Burkina Faso ont placé les adolescents et les jeunes au centre des priorités nationales. Ce qui témoigne du nombre important de textes législatifs et réglementaires que nous avons résumés dans la section « *Politiques et règlements relatifs à la santé de la reproduction* ». Mais tout laisse à penser que ces textes sont encore méconnus et/ou pas appliqués. D'un autre côté, la section de cette thèse sur l'« *Etat des connaissances* » indique qu'il n'existe pas assez de recherches sur la transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences des jeunes en santé sexuelle et reproductive dans les pays de l'Afrique subsaharienne, y compris au Burkina Faso. De toute évidence, de nombreux défis restent encore à relever, afin de faciliter l'accès des jeunes à des ressources complètes sur leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les compétences essentielles vitales pour leur épanouissement. Pour ce faire, il est nécessaire de proposer un certain nombre de pistes d'actions pouvant contribuer à l'amélioration de cette situation.

V.II. Pistes de recommandations

Notre rôle en tant que doctorant en Santé Publique n'est pas seulement de présenter des résultats de recherche, mais plutôt d'aider à comprendre le phénomène étudié et de proposer des pistes de recommandations.

- Premièrement, nous nous inspirons du modèle écosystémique de Bronfenbrenner [200] pour classer les recommandations selon les quatre systèmes interactifs proposés par celui-ci : i)- Le microsystème représentant le système dans lequel participe directement l'enfant, l'adolescent, comme la famille, la sphère privée, et le quartier ou l'école par exemple. Il peut s'agir des endroits qu'il fréquente, de personnes ou

encore des activités qui s'y déroulent; ii)- Le mésosystème désigne le lien entre deux microsystèmes. Il s'agit de l'interaction entre des acteurs, les parents, l'école, les amis, les personnels de santé. Les échanges entre les microsystèmes peuvent se faire de visu, mais également par le biais de communications écrites, téléphoniques ou informelles; iv)- L'exosystème caractérise le système auquel ne participe pas directement l'individu, mais dont il subit l'influence. Il s'agit par exemple, du lieu de travail des parents de l'enfant, des influences du milieu éducatif dans les pratiques et comportements des enseignants et enfin v)- Le macrosystème qui désigne les normes, les lois, les idéologies, les discours, les valeurs et les savoirs.

- Deuxièmement, nous avons résumé en trois catégories de registres toutes les recommandations (tableau XVI). Le premier registre concerne les décideurs politiques et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le deuxième englobe les parents et acteurs professionnels et enfin, la troisième est consacrée aux chercheurs, au monde de la recherche en tant que acteurs qui donnent du sens social et qui jouent un rôle de transformateur social.

V.II.1. Les pistes de recommandations selon le modèle de Bronfenbrenner

a- Au niveau du macrosystème

- Vulgariser les textes relatifs à la SR et ceux d'orientation de l'éducation nationale, mais aussi accompagner et garantir leur mise en application effective. Pour ce faire, il serait important de : i)- Faire un état des lieux de ces différents textes afin de constater avec précision leur niveau d'application, organiser des campagnes de sensibilisations, des formations, des appuis- conseils afin que toutes les parties prenantes (les parents, les jeunes, les acteurs et les praticiens de santé, les chercheurs) connaissent leurs droits et devoirs en la matière; ii)- Créer un mécanisme multisectoriel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des différents programmes qui soutiennent les lois et règlements nationaux en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents, et dans la mesure du possible; iii)- Etablir un programme national d'application dans le but de renforcer l'application de ces différentes lois ;
- Développer des programmes d'accompagnement de la gratuité de l'enseignement de base émanant de la loi 013-2007-AN du 30 Juillet 2007 portant « *Orientation de l'éducation* », puisque les difficultés financières des parents sont souvent évoquées pour justifier la non scolarisation ;
- Envisager l'intégration du module relatif à l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive plus tôt au niveau primaire, ce qui pourrait profiter aux jeunes qui ne peuvent pas rester très longtemps dans le système scolaire ;
- Augmenter si cela était possible, le nombre d'heures consacrées à l'éducation à

la santé sexuelle dans les écoles. Des séances d'information complémentaires peuvent être organisées sous la responsabilité des enseignants accompagnés de personnels d'éducation, d'assistantes sociales ou d'infirmières scolaires, à l'image de ce qui se fait en France [100].

b- Au niveau de l'exosystème

- Renforcer le plaidoyer auprès des chefs religieux, afin de maximiser leur soutien pour une éducation sexuelle complète des jeunes. La mise en œuvre de cette recommandation nécessite les actions suivantes : i)- Intensifier les sensibilisations des chefs religieux, dans le but de s'assurer que les messages ou les enseignements religieux en faveur de la promotion de la santé sexuelle et reproductive, soient enseignés; ii)- S'assurer dès le début de l'intervention, de la participation et du soutien des dirigeants religieux renommés et influents, dans les actions de promotion de la santé sexuelle et reproductive; iii)- Utiliser des approches sensibles à la culture locale [404], et la relecture des textes religieux guidée par la volonté d'aider les jeunes et de promouvoir leur santé sexuelle et reproductive au sein de la communauté;
- Documenter le processus de transmission intergénérationnelle familiale, afin de fournir davantage d'éléments sur comment s'opèrent les transmissions culturelles entre générations de façon générale, et celle des connaissances, attitudes et compétences des jeunes en santé sexuelle et reproductive de façon particulière;
- Explorer les possibilités de repositionner les rites de passage ou d'inventer de nouveaux rites de passage. Le rite de passage marque le changement de statut social ou sexuel d'un individu, le plus généralement la puberté sociale mais aussi pour d'autres événements comme la naissance ou la ménopause [342];
- L'éducation à la santé sexuelle et sa transmission ne sont pas seulement limitées à la famille nucléaire (père-mère et enfant), elles sont de la compétence de la « *famille élargie* », telle qu'elle s'organise dans la société africaine. Il est important de s'intéresser aux rôles des autres membres de la famille dans la transmission intergénérationnelle des connaissances, attitudes et compétences en santé sexuelle et reproductive aux plus jeunes. Il peut s'agir des rôles des grands- parents, des oncles, des tantes, des cousins, des cousines et des autres personnes vivant en cohabitation ;
- Explorer les mécanismes de transmission intergénérationnelle ascendante (des enfants vers les parents), notamment dans un contexte où les jeunes grandissent avec l'internet et les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

c- Au niveau du mésosystème

- Développer les capacités des prestataires de services pour l'amélioration de la qualité des relations avec la jeune génération. Globalement, il est utile de mettre en place un programme pouvant faciliter la mise en œuvre effective de la recommandation de l'OMS [403] relative au profil de service de santé;
- Créer un cadre de concertation entre l'école et les familles, dans l'objectif de renforcer la collaboration et la complémentarité des rôles de ces deux institutions. Cette plateforme d'échange doit permettre aux parents, de s'informer du contenu de ce qui est enseigné aux élèves en matière de sexualité, et de la pertinence de celui-ci.

d- Au niveau du microsystème

- Aider les jeunes à identifier les sources d'informations les plus pertinentes et les plus fiables parmi celles disponibles, y compris les médias sociaux tels que télévision, wikipédia, twitter, youTube, facebook, linkedIn, what's up et viber. Ces actions doivent être menées avant le début de l'activité sexuelle, dans le cadre familial, à l'école, sur les lieux d'apprentissage, dans les centres de santé, et les centres de loisirs des jeunes;
- Planifier des interventions visant d'une part, la transmission d'information, de connaissances et de compétences complètes et, d'autre part, le renforcement des capacités des jeunes à l'adoption de comportements préventifs pouvant leur permettre de retarder l'échéance du premier rapport sexuel et de prendre des décisions éclairées par rapport à leur santé sexuelle et reproductive présente et future. L'implication effective des jeunes (comme partenaires et bénéficiaires) dans la planification et à toutes les étapes de la mise en œuvre de ces interventions doit être privilégiée;
- Mobiliser et sensibiliser les communautés sur l'importance de la scolarisation, particulièrement celle des filles, mais aussi et surtout sur l'obligation des parents à inscrire leurs enfants et les maintenir jusqu'au niveau secondaire à l'école;
- Intensifier les campagnes d'alphabetisation en faveur des jeunes déscolarisés, afin qu'ils puissent eux aussi bénéficier de cette association positive entre la connaissance des moyens de transmission des IST/VIH et l'instruction;
- Cerner les compétences éducatives à développer chez les parents, afin de proposer des ressources complètes sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les compétences essentielles qui devront leur permettre de répondre aux besoins des jeunes. Il peut s'agir ici de manuels ou de guides d'éducation sexuelle à l'endroit des parents;

- Développer un programme de formation et de soutien aux parents, afin de renforcer leurs capacités et leurs compétences à accomplir la tâche d'éducateur à la sexualité de leur enfant;
- Multiplier les campagnes de sensibilisation et de prévention dans les centres de formation formelle et informelle, dans les lieux où on trouve des populations jeunes, tout en adaptant leur contenu à leurs besoins réels, de façon à leur transmettre les compétences requises pour une prévention efficace. Les nouveaux outils de la communication devront être mis à contribution, car les jeunes seront sensibles à ces outils universels qui sont utilisés par presque tout le monde;
- Poursuivre et amplifier l'installation de distributeurs automatiques de condoms dans certains endroits fréquentés par les jeunes;
- Créer des lignes d'écoute et d'assistance téléphonique pouvant informer, orienter et accompagner les jeunes et les parents dans leurs questionnements. Numéros gratuits et anonymes, ces lignes téléphoniques seront tenues par des spécialistes en santé sexuelle et reproductive des jeunes, prêts à aider et à donner des informations sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles/VIH et la contraception;
- Mettre en œuvre des programmes de communication pour un changement de comportement sur les pratiques socioculturelles nuisibles à l'éducation sexuelle des jeunes dans le cadre familial, afin de promouvoir la complémentarité des rôles parentaux dans le respect de l'intimité des jeunes, et un traitement équitable des garçons et des filles dans le domaine de l'éducation sexuelle. Pour ce faire, ces programmes devraient viser à dissiper les stéréotypes liés au genre, qui influencent l'éducation sexuelle équitable et appropriée des filles et garçons.

V.II.2. Synthèse des pistes de recommandations

Le tableau suivant résume les pistes de recommandations.

Tableau XVI: Synthèse des pistes de recommandations

Recommandations à l'endroit des décideurs politiques et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

- Vulgariser les textes relatifs à la SR et ceux d'orientation de l'éducation nationale, mais aussi accompagner et garantir leur mise en application effective.
- Renforcer les capacités et les compétences des parents, des prestataires de services et des acteurs éducatifs, afin qu'ils puissent mieux contribuer à l'éducation sexuelle des jeunes.

Recommandations à l'endroit des parents et des Acteurs professionnels

- Faciliter l'accès des jeunes à des informations et des connaissances complètes et renforcer leurs capacités à l'adoption de comportements préventifs pouvant leur permettre de retarder l'échéance du premier rapport sexuel, et de prendre des décisions éclairées par rapport à leur santé sexuelle et reproductive présente et future.
- Mettre en œuvre des programmes de communication pour un changement de comportement sur les pratiques socio-culturelles nuisibles à l'éducation sexuelle des jeunes dans le cadre familial, afin de promouvoir la complémentarité des rôles parentaux et dans le respect de l'intimité des jeunes, et un traitement équitable des garçons et des filles dans le domaine de l'éducation sexuelle.
- Créer un cadre de concertation entre l'école et les familles, dans l'objectif de renforcer la collaboration et la complémentarité des rôles de ces deux institutions. Cette plate-forme d'échange doit permettre aux parents de s'informer du contenu de ce qui est enseigné aux élèves en matière de sexualité et de sa pertinence.

Recommandations à l'endroit des Chercheurs

Il serait pertinent que des recherches explorent :

- i)- d'autres aspects du processus de transmission intergénérationnelle familiale, afin de fournir davantage d'éléments sur les processus de transmissions culturelles entre générations de façon générale, et celle des connaissances, attitudes et compétences des jeunes en santé sexuelle et reproductive, en particulier;
- ii)- les possibilités de repositionner les rites de passage ou d'inventer de nouveaux rites. Les rites marquent le changement de statut social ou sexuel d'un individu, le plus généralement la puberté sociale mais aussi pour d'autres événements comme la naissance ou la ménopause;
- iii)- les rôles des autres membres de la famille (grands- parents, oncles et tantes) dans la transmission intergénérationnelle aux plus jeunes;
- iv)- les mécanismes de transmission générationnelle dans le sens inverse au sens habituel, c'est-à-dire dans le sens ascendant, des enfants-parents, notamment dans un contexte où les jeunes grandissent sous l'ère de l'internet et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Références bibliographiques

1. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Etat de la population 2014. New York : FNUAP; 2014.
2. Organisation des Nations Unies (ONU). Résolutions adoptées par l'assemblée générale au cours de sa trente-sixième session: Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale, A/36/215. New York: ONU; 1981.
3. Population Reference Bureau (PBR). Le Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : possibilités et enjeux [En ligne]. 2012 [Consulté le 31/07/2016]. Disponible :
4. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Burkina Faso : MFE; 2009.
5. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Projections démographiques de 2007 à 2020. Burkina Faso : MFE; 2009.
6. Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO). Éducation et VIH – Évolution et perspectives. Paris : UNESCO; 2014.
7. Programme commun des nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Assurer l'avenir aujourd'hui : Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes [En ligne]. 2011[Consulté le 31/03/2016]. Disponible : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110727_JC2112_Synthesis_report_fr_0.pdf
8. Morell V. Attacking the causes of "silent" infertility. Science. 1995; 269 (5225):775–777.
9. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS). Rapport du suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida [En ligne]. Burkina Faso : ONUSIDA; 2008.
10. Conseil National de Lutte Contre le Sida et les IST (CNLC). Global Aids Response Progress Reporting (GARPR). Burkina Faso: ONUSIDA; 2015.
11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire N°364 [En ligne]. 2014 [Consulté le 28/08/2016]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
12. Baulieu É, Héritier F, Leridon H. Contraception : contrainte ou liberté ? France (Paris) : Edition Odile Jacob; 1999. 253p.
13. Equilibres & Populations. Santé de la reproduction : Protéger la nouvelle génération. Actes de la 6ème Conférence Africaine sur la Population; 5 au 9 décembre 2011; Ouagadougou. Burkina Faso : Equilibres & Populations; 2011.
14. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-2010) du Burkina Faso. Calverton: ICF International; 2010.
15. Akinrinola B, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guella G. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences. New York : Guttmacher Institute ; 2013. 40 p. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37141>
16. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et sociétés. 2012; (492):1-4.

17. Commission Fédérale pour l'Enfance et la Jeunesse (CFEJ). La sexualité des jeunes au fil du temps. Evolution, influences et perspectives. Berne : CFEJ; 2009.
18. Institut de Médecine Tropicale (IMT). Droits en matière de Santé de la Reproduction – Santé Génésique. Passage – Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique. Burkina Faso : IMT; 2010.
19. Laoubaou AN, Wyss K, Schwärzler P, Obrist B, Bergman MM. Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad. Vertigo – revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]. 2006 [Consulté le 13/10/16]; Hors-série3. Disponible : <http://vertigo.revues.org/1852>. doi : 10.4000/vertigo.1852
20. Agence Américaine pour le Développement International (USAID). La Prévention et la Réaction face à la Violence Basée sur le Genre en milieu Scolaire. Manuel de formation de l'élève. Washington DC : USAID; 2009.
21. Pasquier D. Culture: une crise des transmissions. Les Grands Dossiers Sciences Humaines. 2006; (4):42-43.
22. Guiella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. New York : Alan Guttmacher Institute; 2004.
23. Adjahoto, Hodonou K, De Souza A, Tété V, Baeta S. Information des jeunes en matière de sexualité. Cahiers d'études et de recherches francophones. 2000; 3(10):195-9.
24. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Risques pour la santé des jeunes. 64ème Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; 2011.
25. Centre d'Animation, de Ressources et d'Information sur la Formation - Observatoire Régional de l'Emploi et de la Formation (CARIF-OREF). Dossier documentaire: La formation professionnelle des Jeunes, enjeux et perspectives ? Guadeloupe: CARIF-OREF; 2009.
26. Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (MJE). Politique Nationale de Jeunesse (PNJ). Burkina Faso: MJE; 2008.
27. Luras-Locoh T, Lopez-Escartin N. Les jeunes en Afrique : enjeux démographiques, enjeux sociaux. Cahiers québécois de démographie. 1992; 21(1):29-44. doi: 10.7202/010103ar
28. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Stratégie pour la jeunesse 2014-2017: Autonomisation des jeunes pour un avenir durable. New York: PNUD; 2013.
29. Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO). Stratégie opérationnelle de l'UNESCO pour la jeunesse – 2014-2021: Apprendre à vivre ensemble [En ligne]. 2014 [consulté le 24/06/2016]. Disponible: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>
30. Ministère de la Santé (MS). Standards de services de santé adaptés aux adolescents/jeunes (SSAAJ). Burkina Faso: Ministère de la Santé; 2007.
31. Ministère de la Santé (MS). Plan stratégique des jeunes 2004. Burkina Faso: Ministère de la Santé; 2004.
32. Blöss T, Feroni I. Jeunesse: objet politique, objet biographique [En ligne]. 2013 [consulté le 30/08/2016]. Disponible: <http://enquete.revues.org/147>
33. Perrin-Escalon H, Hassoun J. Adolescence et santé : Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. À l'intention des professionnels de l'Éducation nationale. Paris: Editions INPES; 2014.

34. Gauthier M, Guillaume JF. Définir la jeunesse? D'un bout à l'autre du monde. Paris : L'harmattan; 1999.
35. Bourdieu P, Passeron JC. La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Minuit; 1970.
36. Bonelli L. Jeunesse dans les quartiers populaires: Guide à la réflexion méthodologique sur les politiques. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe; 2007.
37. Médecins du Monde (ME). La Santé Sexuelle et Reproductive : une priorité d'intervention de Médecins du Monde. Paris: ME; 2013.
38. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La définition de la santé de l'OMS. Geneve : OMS; 2016.
39. Education Sociale et Promotion de la Santé (ESPS). Education sexuelle et prévention Sida – IST. Canton du Valles: ESPS; 2013.
40. World Health Organization (WHO). Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2002.
41. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Santé sexuelle et reproductive : Rapport adopté par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016.
42. Organisation des Nations Unies (ONU). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement : Programme d'action, chap. VIII-C, 8.25. New York : ONU; 1995.
43. Mfítzsche RM. Jeu et enjeu de la santé sexuelle et reproductive en Afrique [En ligne]. [consulté le 25 novembre 2016]. Disponible : http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/195-jeu-et-enjeu-de-la-sante-sexuelle-et-reproductive-en-afrique#_ftn2
44. Ministère de la Santé. Politique et normes en matière de la santé de la reproduction. Burkina Faso : Ministère de la Santé; 2010.
45. Sabourin CB. La transmission entre et à travers les générations : Le travail du générationnel selon l'approche psychanalytique familiale. Intervention. 2015; (141) : 53-64.
46. Ladwein R, Carton A, Sevin E. Le capital transgénérationnel : la transmission des pratiques de consommation de la mère vers sa fille, Recherche et Applications en Marketing. 2009; 24 (2):1-27. doi: 10.1177/076737010902400201
47. Vinet S. Transmission. Fait ou manière de transmettre, ce qui transmet ou sert à transmettre. Sens-Dessous. 2007; 1 (2):78-84.
48. Benaissa F. La transmission intergénérationnelle du psycho traumatisme liée à la violence [Thèse pour l'obtention du diplôme du magister en psychologie clinique]. Algérie : Université Mentouri de Constantine, Faculté des sciences humaines et sociales; 2008.
49. Xavier Lacroix. Entre chair et parole, la famille. Rvue Études. 2013; (Tome 418) : 329 – 338.
50. Lutte J, Paul C, Barnabé S. et Buisseret A. Transmission intergénérationnelle – Transmission Transgénérationnelle [En ligne]. Espaces d'échanges du site de l'Institut de Documentation de Ressources et d'Etudes Systémiques (IDRES); 2012. Mis en ligne 11 avril 2012 [consulté le 04 octobre 2016]. Disponible : <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article806>
51. Bourdieu P. Le Sens pratique. Paris : Minuit; 1980.

52. Jourdain A, Naulin S. Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. Idées économiques et sociales. 2011; (166):6-14. doi 10.3917/idee.166.0006
53. Copitet H. Le sens de l'intergénération. OASIS- Le Portail du Travail Social [En ligne]. 2005 [consulté le 01/04/2016]. Disponible :<http://www.travail-social.com>
54. Le Petit Larousse illustré. Paris: Larousse; 2014.
55. Pech T. Les mots des générations. Alternatives Economiques [En ligne]. 2010. [consulté le 07 juillet 2015]. 085 Hors-série.Disponible: http://www.lecourrier.ch/tout_le_monde_devra_passer_a_la_caisse
56. Attias-Donfut C. Rapport de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale. Revue Française de Sociologie. 2000; 41(4):643-684.
57. Durkheim E. Les règles de la méthode sociologique. Revue Philosophique de la France et de l'Étranger. 1894; (37): 465-498.
58. Tisseron S. La psychanalyse à l'épreuve des générations. In : Tisseron S et al. (org). Le psychisme à l'épreuve des générations, la clinique du fantôme. Paris : Dunod;1995. p.1-22.
59. Gohin Mary. Le Transgénérationnel [En ligne]. 2011 [mis à jour 2012; consulté le 22 octobre 2016]. Disponible: <http://www.blog-psychologue.fr/page-le-transgenerationnel-6968219.html>
60. Lani-Bayle M. Vers une transmission intergénérationnelle des savoirs. Savoirs. 2004; (4):67-70. doi 10.3917/savo.004.0067
61. Aubertel F, Eguier A, Carel A, André-Fustier, F. Le Générationnel : approche en thérapie familiale psychanalytique. Paris : Dunod; 2000.
62. Konaté B. Dynamique de la cohabitation intergénérationnelle familiale et échange de soins à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): les personnes âgées au centre ou la marge des systèmes de soins? [Thèse de doctorat en Sciences politiques et sociales]. Bruxelles : Université Saint Louis; 2015.
63. Kogut B, Zander U. Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology. Organization Science. 1992; (3):383-397.
64. Lamari M. Le transfert intergénérationnel des connaissances tacites : les concepts utilisés et les évidences empiriques démontrées. Télescope. 2010; 16 (1):39-65.
65. Margolins C. Connaissance et savoir. Concepts didactiques et perspectives sociologiques? Cultural knowledge and situated knowledge: didactical concepts and sociological perspectives? Revue française de pédagogie. 2014; (188):1-128.
66. Sadik H. Le transfert intergénérationnel de connaissance : de quoi parlons-nous? Survol théorique et empirique. [Travail de thèse en ligne]. France : LEST, Aix-en-Provence; 2006.
67. Galunic C, Rodan S. Resources Recombinations in the firm: Knowledge Structures and the potential for Schumpeterian Innovation. Strategic Management Journal. 1998; 19(12): 1193-1201.
68. Christine Blondel. Un ABC de la transmission de l'entreprise familiale [En ligne]. 2015 [mis à jour 2014; consulté le 11/04/2016]. Disponible : <http://www.familygovernance.net/fr/un-abc-de-la-transmission-de-lentreprise-familiale-christine-blondel>
69. Brousseau G. La théorie des situations didactiques en mathématiques. Grenoble : La Pensée sauvage; 1998.

70. Szulanski G. The Process of Knowledge Transfer: A Diachronic Analysis of Stickiness. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2000; 82 (1): 9-27. doi:10.1006/obhd.2000.2884
71. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Statistiques mondiales 2015. Fiche d'information. New York: ONUSIDA; 2016.
72. Letamo G. Does correct knowledge about HIV and AIDS lead to safer sexual behaviour? The case of young people in Botswana. *African Population Studies*. 2011; 25(1): 44-62.
73. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Redefining AIDS in Asia. Crafting an Effective Response. New Delhi: Oxford University Press; 2008.
74. Beltzer N, Halfen S. Les connaissances du VIH/ sida : modes de transmission, moyens de protection et traitements antiretroviraux. In : Lydié N, Lamoureux P, directeurs. Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/Sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint Denis : INPES; 2007. p. 50 -183.
75. Crosby RA, Yarber WL. Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2001; 28(5): p. 415-420. doi [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00213-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00213-5)
76. DiClemente RJ, Crosby RA, Wingood GM. Comment prévenir l'apparition du VIH chez les adolescents: une ébauche de solutions pour combler les lacunes. *Perspectives*. Juin 2002; 32(2):628-630.
77. Amuyunzu-Nyamongo M et al. Putting on a brave face: the experiences of women living with HIV and AIDS in informal settlements of Nairobi, Kenya. *AIDS Care*. 2007; 19 (Sup 1): 25-34. doi : <http://dx.doi.org/10.1080/09540120601114618>
78. Hassoun J. Femmes d'Abidjan face au Sida. Médecines du monde. Paris: Karthala; 1997.
79. Biddlecom AE et al. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *African journal of reproductive health*. Dec 2007; 11(3): 99-110.
80. Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review*. 2011; 14(3):17-23.
81. Some DT, Some DA, Hien H, Diallo R, Zingue D, Diallo I, et al. Santé sexuelle et reproductive des adolescentes de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso: place de la communication parents-adolescentes pour la réduction des risques. *The Pan African medical journal*. 2012; 11 (65).
82. Desclaux A. Dix ans de recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Éléments pour la prévention. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*. 1997;7(2):127-34.
83. Cohen Jand, Tate T. The less they know, the better: abstinence-only HIV/AIDS programs in Uganda. *Reproductive health matters*. 2006; 14(28):174-178.
84. Meda N, Dabiré E, Dah E, Traoré I, Ouédraogo C. Évolution des connaissances, des comportements et des attitudes en rapport avec l'infection par le VIH dans la population des jeunes de 15 à 24 ans au Burkina Faso. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2014; 62(Suppl 5):S206.
85. Bah MC. Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/SIDA. Enquête Démographique et de Santé. Calverton : ICF International et le Ministère du Plan Conakry et ORC Macro International Inc; 2006.

86. Msellati P. Essais thérapeutiques pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH : questionnaire au quotidien et légitimité scientifique. In : Becker C et al, éditeurs. *Vivre et Penser le sida en Afrique*. Paris : Karthala;1999. p. 257-264.
87. De Cock CM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet*. 2002; 360(9326):67-72. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09337-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09337-6)
88. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). *Connaissances Attitudes et Pratiques des populations du Burkina en matière de Santé Sexuelle et Reproductive*. Burkina Faso: FNUAP; 2013.
89. Herbigniaux F, Thai Y. Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles : Centres de planning des Femmes Prévoyantes Socialistes; 2005. 39p.
90. Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes [Thèse en ligne]. Paris : Université René Descartes - Paris V. 2007 [Consulté le 23 mai 2016]. Disponible: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733/>
91. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Contraception : Que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : Etat des lieux. Dossier de presse. Paris: INPES; 2007.
92. Haute Autorité de Santé (HAS). État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
93. Delaunay V, Guillaume A. Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. In : Adjamagbo A, Msellati P, Vimard P, Editors. *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud*. Louvain La Neuve: Academia-Bruylant; 2007. p. 19-28.
94. Williamson M, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries : a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health*. 2009; 6(3) : 1-12. doi: 10.1186/1742-4755-6-3
95. Amazigo U, Silva N, Kaufman J, Obikeze DS. Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in-school adolescents in Nigeria. *International Family Planning Perspectives*. 1997;23(1):33-28. doi : 10.2307/2950783
96. Sondo B , Sya D, Paré R, Kouanda S, Savadogo L. L'utilisation des méthodes contraceptives par les Mossi d'un district sanitaire rural de Kaya, Burkina Faso. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*. 2001; 11(2): 111-6.
97. Babalola S, Vonnrasek C. Communication, ideation and contraceptive use in Burkina Faso: an application of the propensity score matching method. *The journal of family planning and reproductive health care*. 2005; 31(3): 207-12.
98. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Young People Today. Time to Act Now. Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa*. Paris : UNESCO; 2013.
99. Aubin C, Jourdain D, Chambaud L. *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication*. Paris : Inspection générale des affaires sociales; 2010.

100. Bennis-Bourai S et al. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donnée auprès de 232 lycéens. *Médecine*. 2006; (5):84-9
101. Kirby DB, Laris BA, Rollieri LA. Sex and HIV education programs: their Impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40(3) : 206-217. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.
102. Dadoorian D. Grossesses adolescentes. *Le Journal des psychologues*. 2007; 9 (252): 72-75. doi : 10.3917/jdp.252.0072
103. Fourny D. Education sexuelle et affective des jeunes. Question orale à la Ministre Présidente chargée de l'enseignement obligatoire et de Promotion sociale. Bruxelles : CRI Commission – 59 – Educ.10; 2005.
104. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. 2012.Contraception de l'adolescente. 2012; 8(3):112-117. doi :10.1684/med.2012.0811
105. Centre Français sur la Population de le Développement (CEPED). Sexuality of adolescents in the Sahel. *Chron CEPED*. 1997; (25):1-6.
106. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Connaissances, attitudes et pratiques sexuelles des adolescents face au VIH/SIDA. Brazzaville : UNICEF; 2007.
107. Kounta CH, Diarra S, Toumanion B. Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes lycéens en matière des IST du VIH et du SIDA dans la Commune urbaine de Sikasso, Mali. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*. 2014;(1):1-8
108. Hien H, Somé A, Meda N, Somé T, Diallo R, Zingué D et al. Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Santé publique*. 2012;24(4):343-351.
109. McBride DC, Freier MC, Hopkins GL, Babikian T, Richardson L, Helm H, Boward MD, Hopp Marshak H. Quality of parent-child relationship and adolescent HIV risk behaviour in St. Maarten. *AIDS Care*. 2005;17 Suppl 1:S45-54. Doi:10.1080/09540120500121110
110. Dimi TD. État de la communication parents-enfants au sujet des IST/Sida avant la crise militaro-politique de septembre 2002 en Côte d'Ivoire. *Socio-logos [En ligne]*. 2007 [consulté le 24/06/2015]; N°2. Disponible: <http://socio-logos.revues.org/239>
111. Dupras A, Dionne H. Éducation à la sexualité et déficience intellectuelle. Le rôle et la formation des parents. *Revue internationale de l'éducation familiale* 2010; 2(28):115-139. doi 10.3917/rief.028.0115
112. Bationo BF. Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora débats/jeunesses*. 2012; 2 (61): 21-33. doi : 10.3917/agora.061.0021
113. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le point sur l'épidémie de sida. Genève : OMS; 2007.
114. Obrist B. Risque et vulnérabilité dans la recherche en santé urbaine. *VertigoO - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]*. 2006 [consulté le 03/12/16]; Hors-série 3. Disponible: <http://vertigo.revues.org/1483>. doi : 10.4000/vertigo.1483
115. Adjamagbo A, Delaunay V. La crise en milieu rural ouest-africain : implications sociales et conséquences sur la fécondité : Niakhar (Sénégal), Sassandra (Côte d'Ivoire), deux exemples contrastés. In: Gendreau F, Carvalho LE, Editors. *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*. Paris : ESTEM; 1998. p. 339-355.

116. Guiella G. Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique subsaharienne : l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda [Thèse de doctorat]. Canada : Université de Montréal, Département de démographie - Faculté des Arts et des Sciences; 2012.
117. Geoffard PY, Méchoulan S. Comportements sexuels risqués et incitations. L'impact des nouveaux traitements sur la prévention du VIH. *Revue économique*. 2004; 5(55):883-900. doi : 10.3917/reco.555.0883
118. Bantuelle M, Demeulemeester R. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. Référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis : INPES, coll. Référentiels; 2008. 132p.
119. Cohen J, Kahn-Nathan J, Tordjman G. Encyclopédie de la vie sexuelle, de la physiologie à la psychologie :10/13 ans. Paris: Hachette; 1973. p.91.
120. Currie C Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2012.
121. Maia M, Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami & Alfred Spira A. La sexualité au temps du sida. In: Giami A, Spira A, Editors. *De la différence et de l'exclusion*. France : L'Homme; 1999. p. 266-268.
122. Delaunay V. Sexualité et Fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais. In : Gendreau F, Poupard M, eds. *Les transitions démographiques des pays du Sud. Actes des journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'AUF*; 9 au 12 décembre 1998; Rabat (Maroc). Paris : ESTEM; 2001. p.225-239.
123. Rwenge J. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. *African journal of reproductive health*. 2013; 17(1): 66-49.
124. Bozon M, Kontula O. Initiation sexuelle et genre: comparaison des évolutions de douze pays européens. *Population*. 1997; 52(6):1367-1400.
125. Ferry B. Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain. In: Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, Editors. *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Paris: Codesria-Karthala-Ird;1999. pp. 237-255.
126. Rwenge M. De la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun. *African Population Studies*. 2010; 24(3): 211-37.
127. Soubeiga A. Jeunesse et sexualité. Stratégies amoureuses, négociation et gestion des risques d'infection à VIH : une enquête auprès de jeunes lycéens de la ville de Ouagadougou. *Cahiers du CERLESHS*; 2006.
128. Hounton S, Barros A, Amouzou A, Shiferaw S, Maiga A, Akinyemi A, et al. Patterns and trends of contraceptive use among sexually active adolescents in Burkina Faso, Ethiopia and Nigeria: a cross-sectional study. *Glob Health Action*. 2015; 8:10 29737, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.29737>.
129. Pettifor A, O'Brien K, MacPhail C, Miller W, Rees H. Early Coital Debut and Associated HIV Risk Factors among Young Women and Men in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 35(2): 82-90.
130. Berthé A, Huygens P, Ouattara C, Sanon A, Ouédraogo A, Nagot N. Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 2008;18(3):163-173. doi:10.1684/san.2008.0120.

131. Bankole A, Sedgh G, Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Hussain R. Abortion-seeking behaviour among Nigerian women. *Journal of Biosocial Science*. 2008; 40(2):247-268.
132. Rossier C, Guiella G, Ouédraogo A, Thiéba B. Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso. *Social science & medicine*. 2006; 62(1): 254-66.
133. Calves AE. Abortion risk and decisionmaking among young people in urban Cameroon. *Studies in family planning*. 2002; 33(3):249-60. doi: 10.1111/j.1728-4465.2002.00249.x
134. Sanni Sanni AM, Klissou P, Marcoux R, Tabutin D. Villes du Sud : dynamiques, diversités et enjeux démographiques et sociaux. Actes de la 6ème journée scientifique du réseau démographique AUF; 23 au 25 novembre 2005; Cotonou. Paris : Archives Contemporaines-AUF; 2009.
135. Lardoux S, N'bouke A. Reaching adolescents and youth in Burkina Faso, Guinea-Bissau and Mauritania. *African journal of reproductive health*. 2013; 17(1): 73-83.
136. Dimbuene ZT. Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun [Thèse de doctorat en démographie]. Canada : Université de Montréal- Faculté des arts et des sciences; 2010.
137. Bajos N, Maia M, Bozon M, Ferrand A. La sexualité au temps du Sida. *L'Homme*. 1999; 150 (39):266-268.
138. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis (France) : INPES; 2013.
139. Mbom IE. Le visage et les déterminants de la sexualité des adolescents et jeunes handicapés en Afrique. In: CARE-IFA/IFORD, Editor. Actes de la 7ème conférence africaine sur la population; 30 novembre au 4 décembre 2015; Johannesburg (Afrique du sud). Yaoundé: IFORD; 2015.
140. Pitaud P. Sexualité, handicaps et vieillissement. Toulouse: Editions Erès; 2011.
141. Tantchou Y. Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*. 2009; (17):18- 28.
142. Lombard J. La mondialisation au Sud : espaces et populations. *La lettre du LPED*. Juin 2007; (13): 1- 4.
143. Tolno FD. Tradition et modernisation : fécondité et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes guinéens en temps de VIH/SIDA [Thèse de doctorat en démographie]. France : Paris 5; 2007.
144. Rwege M. Sexual Risk Behaviors Among Young People in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*. 2000; 26(3) :118-123.
145. Kalambayi BB. Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (RD Congo) [Thèse de doctorat]. Belgique : Université Catholique de Louvain, Institut de démographie; 2007.
146. Castro J. Sida. Afrique et mythologie des comportements sexuels. *La Vie des idées* [En ligne]. 2015 [consulté le 24 septembre 2016]. Disponible:<http://www.laviedesidees.fr/Sida-Afrique-et-mythologie-des-comportements-sexuels.html>.
147. Morris M, Kretzschmar M. Concurrent partnerships and the spread of HIV. *Aids*. 1997; (11): 641-648.
148. Guiella G, Madise NJ. HIV/AIDS and sexual-risk behaviors among adolescents: factors influencing the use of condoms in Burkina Faso. *African journal of Reproductive health*. 2007; 11(3): 182-196.

149. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Stratégies de prévention efficace dans les milieux à faible séroprévalence. Genève: ONUSIDA; 2001.
150. Sawers L, Stillwaggon E. Concurrent sexual partnerships do not explain the HIV epidemics in Africa: a systematic review of the evidence. *Journal of the International AIDS Society* 2010, 13 (1):1-34. doi: 10.1186/1758-2652-13-34.
151. Lévy J, Pierret J, Trottier G. Les traitements antirétroviraux. Expériences et défis. St Foy : PUQ-Santé et Société; 2004.
152. Bergman M, Mottier V. Interactions sexuelles face au VIH/Sida et dynamique de l'intimité, Rapport d'études sociales sur le SIDA. Genève : Institut d'études sociales; 1998.
153. Kangah O. La problématique de la persistance des comportements sexuels à risque face au VIH/Sida chez les étudiants de l'Université Félix Houphouët-Boigny. *European Scientific Journal*. 2016; 12(11):438-50.
154. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Planification familiale/Contraception Aide-mémoire N°351 [En ligne]. 2015 [mis à jour 2016; consulté le 24/09/2016]. Disponible: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
155. Blanc AK, Tsui AO, Croft TN, Trevitt JL. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009;35(2):63-71.
156. Biddlecom A, Awusabo-Asare K, Bankole A. Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four African countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*. Jun 2009; 35(2):72-81.
157. Matungulu CM, Kandolo SI, Mukengeshayi AN, Nkola AM, Ilunga Mpoyi DI, Mumba SK, et al. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal* 2015; 22:329. doi:10.11604/pamj.2015.22.329.6262
158. Schiltz AM. Séropositivité, sexualité et risques. In : ANRS, Editor. Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Paris : ANRS; 1999. p. 13-29.
159. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*. 1998; 24(3):117-127.
160. Filou A. La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité [Travail de Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. France : Université Paris Descartes; 2011.
161. Nyarko P, Adohinzin CCY, Ramarao S, Tapsoba P, Ajayi A. Profile of abortion seekers in Ghana and their decision-making processes. New York: Population Council; 2008.
162. Center for Reproductive Rights. Abortion worldwide: 20 years of reform. Briefing paper. New York : Center for Reproductive Rights; 2014.
163. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012; 379 (9816): 625-632. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
164. Amétépé F, Béguy D. Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances ? Actes du colloque sur la Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action; 17-20 novembre 2004. Belgique : Presse Universitaire de Louvain; 2004.

165. Vroh JB, Tiembre I, Attoh-Toure H, Kouadio D E, Kouakou L, Coulibaly L, et al. Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé Publique HS*. 2012; (24):67-76.
166. Guillaume A, Lerner S. L'avortement en Amérique latine et dans la Caraïbe. *Chronique du CEPED*. 2007; (55):1-4.
167. Ouattara A, Ouédraogo A, Ouédraogo CM, Lankoande J. L'avortement clandestin dans les pays à restriction légale sur les avortements Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques au CHU
168. Agadjanian V. Quasi-Legal Abortion Services in a Sub-Saharan Setting: Users Profile and Motivations. *International Family Planning Perspectives*. 1998; 24(3): 111-116. doi:10.2307/3038207
169. Wilkinson D. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: World Health Organization; 2002.
170. Crosby RA, Shrier LA, Charnigo RJ, Weathers C, Sanders SA, Graham CA, Milhausen RR, Yarber WL. A Prospective Event-Level Analysis of Condom Use Experiences Following STI Testing Among Patients in Three US Cities. *Sexually transmitted diseases*. 2012; 39(10):756-760. doi:10.1097/OLQ.0b013e318265a951.
171. Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health* 2012; 9(1) 81–95. doi: 10.1071/SH11095.
172. United Nations (UN). World Population Prospects: The 2015 Revision. POP/DB/WPP/Rev.2015/POP/F07-1 [On line]. 2015. [Updated in 2016; visited 10/13/2016]. Available : <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
173. DiClemente RJ, Crosby RA, Holtgrave DR, Wingood GM. Design, measurement, and analytic considerations for testing hypotheses relative to condom effectiveness against non-viral STIs. *Sex Transm Infect*. 2002; (78):228–231.
174. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur la contraception à l'usage des adolescents et des jeunes à l'époque du VIH/Sida. *Bulletin médical de l'IPPF*. 2006; 40 (2):6-1.
175. Boutin-chatouillot S. Education à la sexualité, de l'intime au social. *Santé de l'homme*. 2001; (356):21-22.
176. Martin C. Changements et permanences dans la famille. In : Huerre P, Renard, directeurs. *Parents et adolescents : des interactions au fil du temps*. Paris : Erès; 2001. p.17-37
177. Boudon R. Déclin de la morale? Paris: PUF; 2002.
178. Fargues Philippe. Urbanisation et transition démographique : Quelles interrelations en Afrique ? In: Escallier R, Editeur. *L'urbanisation en Afrique. Espace, populations, sociétés*. 1988. pp. 183-198. doi : 10.3406/espos.1988.1264
179. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 2015; 3 (27): 303-304.
180. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1969.
181. Le Breton D. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF; 2004.
182. Demers AC. Les transmissions intergénérationnelles au sein des familles réfugiées [Mémoire de maîtrise]. Canada : Université du Québec à Montréal; 2011.

183. Mead GH. L'esprit, le Soi et la Société. Paris: PUF; 1963.
184. Chammartin J, Groux S. Adolescents and contraception: let's talk!. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2015;108(6):64-5.
185. Max Weber. *The Religion of China*. New York: The Free Press; 1920/1964.
186. Boudon R. Individualisme et holisme dans les sciences sociales. In : Birnbaum P, Leca J, directeurs. *Sur l'individualisme*. Paris : Presses de Sciences Po (PFNSP); 1986. p. 45-59.
187. Klaue K. Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. *Jeunes : revue de littérature*. Lausanne : Raisons de santé; 2004.
188. Fornerod P. L'approche interactionniste de la relation et de la communication. Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé; 2008.
189. Winkin Y. Interactionnisme symbolique. *Encyclopædia Universalis* [en ligne]. 2016 [mis à jour 2016; consulté le 9 décembre 2016]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/wiki/Approche_syst%C3%A9mique
190. Whitchurch G, Constantine L. Systems Theory. In: Boss P, Doherty W, LaRossa R, Schunon W, Steinmetz S, eds. *Sourcebook of Family Theories and Methods: A Contextual Approach*. New York: Plenum Press; 1993. p. 325-352.
191. Le Moigne JL. *La théorie du système général: théorie de la modélisation*. Paris: Presses universitaires de France; 1977. 258p.
192. Bertalanffy LV. *Théorie générale des systèmes*. 2e édition, Paris : Dunod; 1968. p308.
193. Morin E. *Sur la définition de la complexité. Science et pratiques de la complexité*. Paris: La Documentation Française; 1986. p. 79-86.
194. Ackoff RL, Emery FE. *On Purposeful Systems*, Londres: Tavistock Publications; 1972.
195. Mambote Moyo S. *Les funérailles d'un chef coutumier Yaka* [Travail de thèse]. République Démocratique du Congo : Institut Facultaire des Sciences de L'information et de la Communication; 2010.
196. McHale JP. When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal.* 2007; 28 (4): 370-392.
197. Rouff K. Systémie, une approche efficace. *Lien Social* [En ligne]. 2011, 31 mai [consulté le 10/12/16]. Disponible: <http://www.lien-social.com/La-systemie-une-approche-efficace>
198. Duhamel F. *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville: Gaëtan Morin; 1995.
199. Rouyer V. Approches systémiques de la famille : actualités de la recherche et pratiques cliniques. *Devenir.* 2012; (24): 269-274. doi 10.3917/dev.124.0269
200. Boulanger D, Larose F, Serge JL, Couturier Y, Mérini C, Blain F et al. Critique des fondements et usages de l'écosystémie dans le domaine du partenariat écolefamille-communauté : application d'une perspective contextuelle et socioculturelle dans le cadre du programme Famille, école, communauté, réussir ensemble. *Service social.* 2011; 57(2):129-157.doi: 10.7202/1006300ar
201. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Massachusetts: Harvard University Press; 1979.

202. Larose F, Terrisse B, Lenoir Y, Bédard J. Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socioéconomiques faibles. Les conditions de la résilience scolaire. Brock Education. 2004; (13):1-80.
203. Absil G, Govers P, Santerre H, Fond-Harmant L. Comment utiliser les mythes pour construire un discours sur la santé mentale. Pédagogie Médicale. 2015; 16(1): 9–22
204. Bronfenbrenner U. Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: Moen P, Elder GH, Luscher JK, eds. Examining lives in context. Washington, DC: American; 1995. p. 619–647.
205. Ganne C. Le devenir des enfants accueillis en centre maternel. Approche écologique du parcours et de la qualité de vie des enfants sept ans après la sortie d'un hébergement mère-enfant. Paris: Université Paris Ouest Nanterre la Défense; 2013.
206. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. American Psychologist. 1980; (35):320-335.
207. Lacharité C, Éthier L, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de psychologie. 2006; (484): 381-394. doi 10.3917/bupsy.484.0381
208. United States Agency for International Development (USAID). Analyse situationnelle de la sécurité contraceptive au Burkina Faso. Washington DC : JSI/DELIVER; 2012.
209. Organisation des Nations Unies (ONU). Résolution 50/81. Assemblée Générale de l'ONU New-York : ONU; 1995.
210. Berthé A. Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso [Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique]. Belgique : Université Catholique de Louvain (UCL); 2013.
211. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. Journal of Mixed Methods Research 2007;1(2):112-33.
212. Association Internationale de Management Stratégique (AIMS). Methodes Quantitatives. [En ligne]. 2017 [consulté le 24 juin 2017]. Disponible: <http://www.management-aims.com/pg-32-methodes-de-recherche-quantitatives-.html>
213. Machin D, Campbell MJ, Fayers PM, Pinol A. Sample Size Tables for Clinical Studies. Chichester (United Kingdom): Second Edition John Wiley & Sons; 1997. 315 p.
214. Bureau Central du Recensement. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009.
215. Bozon, M. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites du calendrier aux attitudes. Population.1993; (5): 1317-1352.
216. Robert TR, Yvan P. Savoir plus: outils et méthodes de travail intellectuel. Montréal : Les Editions de la Chenelière; 2006.
217. Martinet A. Pensée stratégique et rationalités : un examen épistémologique. Management international.1997; 2(1) :67-75.
218. Anadon M. La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents recherches qualitatives. 2006; 26(1): 5-31.
219. Pourtois JP, Desmet H. Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. Editions Mardaga: Buxelles; 2007.

220. Catherine Meyor. Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. recherches qualitatives: Canada– Hors-Série – numéro 15 – pp. 132-146.
221. Reysoo F. Féminités et masculinités en mouvement : échanges économique-sexuels à Bamako In : Grange Omokaro F, Reysoo F, directeurs. Chic, chèque, choc : Transactions autour des corps et stratégies amoureuses contemporaines. Actes du colloque international genre; 11 et 12 octobre 2007; Berne. Berne: IUED; 2007.
222. Kieffer J. Les jeunes des « grins » de thé et la campagne électorale à Ouagadougou. Politique africaine. 2006; 1(101):63-82.doi 10.3917/polaf.101.0063
223. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Bruxelles : Edition de Boeck; 2003.
224. Lydié N. Enquête auprès des personnes Africaines et Caribéennes en Île-de-France. Afro Baromètre 2011. France: Inpes; 2013.
225. Observatoire Régional de la Santé (ORS). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012. Méthodologie. France: ORS; 2014.
226. Bruneel E. Evaluation des connaissances des jeunes de 18 à 25 ans concernant l'infection par le VIH-Sida et impact sur leur dépistage : étude observationnelle auprès de 683 étudiants des Hauts-de-Seine [Thèse de doctorat]. Paris : Faculté de Médecine Paris Descartes; 2015.
227. Dab W, Moatti JP, Beltzer N. Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: une conception trop étroite de la rationalité. Population. 1993;(5):1505-1534.
228. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Revue française de sociologie. 1975; (16):229-247.
229. Poupart P, Deslauriers JP, Groulx LH, A. Laperrière Mayer R, Pirès AP. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin; 1997. p. 113-169.
230. Dawson S, Manderson L. Le manuel des groupes focaux, Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales. Genève: OMS/ PNUD / Banque Mondiale; 1993.
231. Association pour le Développement de l'Éducation en Afrique. (ADEA). Extraits de Guides pour la recherche qualitative. Bamako: ADEA; 2006.
232. Kakai, H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire. Cotonou : Université de Franche-Comté; 2008.
233. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of gender-related barriers to discussing sexual health in consultation. A qualitative study. Eur J Gen Pract 2004; 10:56-60.
234. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann- Coblentz L et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Hémostase : une étude qualitative. Exercer. 2008;80:4-7.
235. Morrisette J. Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles. Recherches qualitatives. 2001; 30(1) :38-59.
236. Noel-Hureaux E. La compétence interactionnelle. Recherche en soins infirmiers. 2006; 4 (87):66-74. doi 10.3917/rsi.087.0066
237. Mayer R, Deslauriers JP. Quelques éléments d'analyse qualitative: L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. In : Mayer R, et al, directeurs. Méthodes de recherche en intervention sociale. Boucherville : Gaëtan Morin; 2002.p.159-189.

238. Grawitz M Méthodes des sciences sociales. Paris: Dalloz; 1993.
239. Van der Maren JM. La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. In : Guillemette F, Luckerhoff J, Baribeau C, directeurs. Recherches qualitatives. Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages. Recherches qualitatives. 2010; 29:(1).
240. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. Bulletin des bibliothèques de France (BBF). 2006; (6):8-12.
241. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;105:4-11.
242. Becker H. Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales. Paris : La Découverte (Repères); 2002.
243. Willis J, Jost M. Software for analyzing qualitative data. Computers in the Schools.1999; 15 (3-4): 117-50.
244. Thiétart RA. Méthodes de recherche en management. Paris: Dunod; 2007.
245. L'Ecuyer P. Random numbers for simulation. Communications of the ACM.1990; 33(10):85-97. doi>10.1145/84537.84555
246. Godard L. Le développement du discours narratif oral d'élèves du primaire. Revue québécoise de linguistique. 1994; 23(2):73-100. doi: 10.7202/603093ar
247. Malo A. La construction de sens et la part de la voix du chercheur : une illustration basée sur une recherche menée dans le champ de recherche sur la formation à l'enseignement à partir d'une perspective non déficitaire. Recherche qualitative. 2006; 26(2): 66-84.
248. Denzin N. The research act in sociology: a theoretical introduction to sociological methods. McGraw-Hill. New York; 1978.
249. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2009.
250. Avar D, Samuël J, Knoppers BM. Paediatric Research in Canada. Montréal: Editions Thémis; 2009. p. 191.
251. Réglementation des services et des transactions électroniques; Loi portant réglementation des services et des transactions électroniques au Burkina Faso, n° 045-2009/AN du 10 (11- 2009).
252. Bonvalet C, Lelièvre E. Du concept de ménage à celui de l'entourage : une redéfinition de l'espace familial. Sociologie et Société. 1995; 27(2) :177-190.
253. Denis Monneuse. La transmission intergénérationnelle. Etat des lieux des savoirs. France : MACIF; 2010.
254. Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative. Les processus de socialisation et la construction des identités sociales. France : Eduscol; 2011.
255. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques psychologiques. 2004;10(1):79-86.
256. Wacheux. Conséquences stratégiques et organisationnelles. Revue française de gestion. 1996; (108):12-24.

257. Hallée Y. La participation des acteurs dans l'analyse et la validation des données : une approche pragmatiste. *Recherches qualitatives*. 2012; Hors-Série- (13):55-72.
258. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert A, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008; 19(84):142-5.
259. Bignami-Van Assche S, Reniers G, Weinreb A. An assessment of the KDICP and MDICP data quality: Interviewer effects, question reliability and sample attrition. *Demographic Research*. 2003; (1): 31-76.
260. Grémy, JP. La formulation des questions d'enquête : son effet sur les réponses. In : Lebart L, éditeur. *La qualité de l'information dans les enquêtes*. Paris : Dunod; 1992.
261. Graue ME, Walsh DJ. *Studying children in context: Theories, methods, and ethics*. CA: Sage Publications; 1998.
262. Denzin NK, Linclon YS. Entering the Field of Qualitative Research. In: Denzin NK, Linclon YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. CA: Sage Publications; 1994. p. 1-17.
263. Pourtois JP. *Comment les mères enseignent à leur enfant (5-6 ans)*. Paris: PUF; 1979.
264. Pluchart JJ. Négociation: leçons chinoises. *Revue française de gestion*. 1996; (108):5-11.
265. Jick TD. Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative science quarterly*. 1979; 24(4):602-611.
266. David H, Cloutier H, Teiger C, Prévost J. Réflexions sur une expérience interdisciplinaire dans le cadre d'une recherche exploratoire. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne]. 2008 [consulté le 07 janvier 2017]. Disponible : <http://pistes.revues.org/3830> ; doi : 10.4000/pistes.3830
267. Depover C, Strebelle A. Un modèle et une stratégie d'intervention en matière d'intégration des TIC dans le processus éducatif. In : Pochon LO, Blanchet A, éditeurs. *L'ordinateur à l'école : de l'introduction à l'intégration*. Neuchâtel (Suisse): IRDP; 1997. p. 73-98.
268. Baya B. Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH : Espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. *Étude de la population africaine*. 2004; 3(B Supplément 19): 73-93.
269. Ministère de la santé (MS). *Programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015*. Burkina Faso: Ministère de la santé/CNLS-IST; 2011.
270. Meda N, Msellati P, Wellfens-Ekra C, Cartoux M, Leroy V, Van de Perre P, Salamon R. Réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement : stratégies d'intervention disponibles, obstacles à leur mise en œuvre et perspectives. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 1997;7(2):115-125.
271. Taverne B. Représentations de la transmission mère-enfant du Sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso. *Cahiers Santé*. 1999;9(3):195-9.
272. Organisation mondiale de la Santé (OMS). « É » comme « Éventail des autres actions à mener », en particulier l'élargissement du dépistage du VIH en Europe. *Bulletin OMS*. 2012;9(90):633-712.
273. Binet C. et Gastineau B. En chemin vers le mariage : parcours sexuel et fécond des jeunes de la province de Fianarantsoa (Madagascar). In : Philippe A, Marcoux R, Éditeurs. *Le mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec (Sociétés Africaines en Mutation); 2006. p.19-33.

274. Barrere M. Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/Sida. In Institut National de la Statistique (INS). Enquête démographique et de santé du Cameroun. Calverton : ICF International ; 2004. pp. 261-292. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR163/15chapitre15.pdf>
275. Durkheim E. Éducation et sociologie. Réédition Collection Quadrige (France) : PUF; 2007.
276. Moatti JP, Beltzer N, Dab W. Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: Une conception trop étroite de la rationalité. *Population*. 1993;5:1505-1534.
277. Yode M, Legrand T. Environnement familial au Burkina Faso : typologie et cohabitation parents-enfants. *Cahiers québécois de démographie*. 2013;1(42):133-165. doi: 10.7202/1017100ar.
278. Hindelang B, Regina L, William O, Frank C. Adolescent risk-taking behavior: A review of the role of parental involvement. *Pediatric and Adolescent Health Care*. 2001; 31(3):67-83. doi :10.1016/ S1538-5442(01)70035-1
279. Mazou G. Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif chez les élèves du Lycée moderne II de Bouaké. *European Scientific Journal*. 2014;10(2):1-128
280. MacPhail C, Campbell C. I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(11):1613-1627.doi:10.1016/S0277-9536(00)00272-0.
281. Guira O, Tiéno H, Sawadogo S, Drabo JY. Sexualité et risque de transmission sexuelle du virus de l'immunodéficience humaine chez les couples sérodiscordants à Ouagadougou (Burkina Faso). *Sexologies*. 2013; 22(3):138-141.
282. Bahi AA. Notes sur l'acceptabilité du préservatif féminin : étude auprès d'étudiantes et étudiants abidjanais. *Revista de Pensamiento e Investigacion Social*. 2008; (13):105-119.
283. Prudhomme M, Boucher J, Delberghe P, Christman H, Leroux MC. Préservatif féminin ou masculin: proposez les deux! *Gynécologie obstétrique & fertilité*. 2005; 33(11), 891-897.
284. Deniaud F. Actualité du préservatif féminin en Afrique. *Cahiers d'études et de recherches francophones*. 1998; 7(6):405-415.
285. Pettifor AE, Beksinska, ME, Rees HV, Mqoqi N, Dickson-Tettell KE. The acceptability of reuse of the female condom among urban South African women. *Journal of Urban Health*. 2001; 78(4), 647-657.
286. Guilbert E. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. *Journal SOGC*. 2001; 23 (4):329-333
287. Sawadogo A, Some FB, Lokpo K. Perceptions, attitudes et pratiques des universités burkinabè face aux personnes vivant avec le VIH/Sida. *African Education Development Issues-ROCARE*. 2010. p. 203-224.
288. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). La situation des enfants dans le monde. New York: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF); 2011.
289. Mufune P. Mythes relatifs aux préservatifs et au VIH/Sida dans les zones rurales du nord de la Namibie. *Revue internationale des sciences sociales*. 2005; 4(186):745-757. doi 10.3917/riss.186.0745
290. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje O. Contraceptive use: Knowledge, perceptions and attitudes of refugee youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*. 2010; 14(4):17-26.

291. Mawathe A. Kenya concern over pill popping [En ligne]. 2009 [mis à jour 2009; consulté le 16 juillet 2009]. Disponible: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8145418.stm>
292. Dagnan S, Dzuaffo P, Tiembre I, Benie BV, Koffi KA, Boni ES. Utilisation de la planification familiale chez l'adolescente scolarisée à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique noire*. 2003; 50 (7):305-308.
293. Araoye MO, Fakeye OO. Sexuality and contraception among Nigerian adolescents and youth. *African Journal of Reproductive Health*. 1998; 2(2):142-50.
294. Aubin CD, Menninger J. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. RM2009-104A, IGAS, Rapport N°RM2009-104A France : Inspection générale des affaires sociales; 2009.
295. Adohinzin CCY, Meda N, Ouedraogo GA, Belem AMG, Sombie I, Berthe A, Fond-Harmant L, et al. Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée. *Santé Publique*. 2016; 28(4):525-534.
296. Gastineau B, Hanitriniaina O. Connaissance de la contraception et sexualité à risque chez les jeunes à Antananarivo (Madagascar). *Médecine d'Afrique Noire*. 2008; (5504):207-12.
297. Aubin C, Jourdain D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Paris : Inspection générale des affaires sociales; 2010.
298. Gorgen R, Maier B, Diesfeld HJ. Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning*. 1993, 283-294.
299. Blais J. La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste. *Sexprime*. 1(2):8-1.
300. Klomegah, R. Spousal communication, power, and contraceptive use in Burkina Faso, West Africa. *Marriage & Family Review*. 2006 ; 40(2-3) : 89-105.
301. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters*. 2001; 9(17):44-52.
302. Amsellem-Mainguy Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Informations sociales*. 2011; (3):156-163.
303. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte; 2008.
304. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des moins des 30 ans. *Agora débats/jeunesses*. 2013; 1(63):1-176. doi :10.3917/agora.063.0088.
305. Ba M, Sangaré M, Moreira P, Bah D, Diadhiou F. Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. *Médecine d'Afrique noire*. 1999; 46 (6):300-302.
306. Cotton N, Stanback J, Maidouka A, Taylor-Thomas JT, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. *International Family Planning Perspectives*. 1992; 18 (4): 145-149.
307. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005. La contraception hormonale et l'état osseux : note d'information à l'intention des dispensateurs. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2005; 35 (80):297-304.
308. Srikanthan A, Reid RL. Religious and cultural influences on contraception. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2008; 30(2):129-137.

309. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS). Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi. Burundi: MSPLS; 2014.
310. Tsafack Temah C, Pinkerton A. Les déterminants de l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne. *Revue d'économie du développement*. 2009; 17(1):73-106. doi: 10.3917/edd.231.0073.
311. Ngamini Ngui A, Déterminants de l'utilisation du condom chez les jeunes en Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*. 2010; 57(4):S41-S135.
312. Desgrées du Loû A, Memmi S, Orne-Gliemann J. Strategies of HIV Prevention in Low and Middle-Income Countries. *The Open Infectious Diseases Journal*. 2010; (4): 92-100. Electronic publication date 15/9/2010. doi: 10.2174/1874279301004010092.
313. Population service international (PSI). Enquête de base pour suivre et analyser les déterminants de l'utilisation consistante du condom en vue de prévenir le VIH/Sida au sein de la population générale. Burkina Faso: PSI; 2009.
314. James W. Les condoms : infaillibles ? De Point de mire sur la prévention. Canada: CATIE; 2013.
315. Deniaud F. Jeunes et préservatifs à Abidjan, une recherche d'ethnoprévention du Sida et des MST. In : Dozon JP, Vidal L, Éditeurs. *Les sciences sociales face au Sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris: ORSTORM; 1995. pp. 89-108.
316. Sanders SA, Hill BJ, Janssen E, Graham CA, Crosby RA, Milhausen RR et al. General Erectile Functioning among Young, Heterosexual Men Who Do and Do Not Report Condom-Associated Erection Problems (CAEP). *The journal of sexual medicine*, 12(9), 1897-1904.
317. Sanders SA, Reece M, Herbenick D, Schick V, Dodge B, and Fortenberry JD. Condom use during most recent vaginal intercourse event among a probability sample of adults in the United States. *J Sex Med* 2010;7(suppl 5):362-373.
318. Johannes B, Sybille T, Brigitte F. La contraception chez les adolescentes. *Forum Med Suisse*. 2006;6:1004-10.
319. Cynthia A, Graham A, Richard C, William L, Yarber B, Stephanie A et al. Erection loss in association with condom use among young men attending a public STI clinic: potential correlates and implications for risk behavior. *Sexual Health*. 2006; (3):255-60. doi: 10.1071/SH06026-1448-5028/06/040255.
320. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS). La prévention du VIH et des IST chez les jeunes. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Provence-Alpes-Côte d'Azur: CRIPS PACA; 2016.
321. Ouango G, Kabore I, Tapsoba P, Ouédraogo Y. Étude pour contribuer à la promotion de l'utilisation des condoms par les jeunes des zones urbaines et rurales. New York : Columbia University; 1994.
322. Bergeron A, Gaudreau L. Identité sexuelle et intervention en sexualité humaine. *Cahiers Sexol*. 1985; 11(67) : 475-485.
323. Görgen R, Katzan J. La sexualité des jeunes, résultats d'une étude qualitative sur les attitudes, les croyances et comportements des jeunes de Bangui. Allemagne : Instituts de la médecine tropicale et de la Santé Publique; 1995.
324. Calvès AE. Youth and Fertility in Cameroon: changing patterns of family formation [Thesis of Rural Sociology and Demography]. USA: The Pennsylvania State University; 1993.

325. Nyanzi S, Pool R, Kinsman J. The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS Care*. 2001; 13(1):83-98.
326. Akwara PA, Madise NJ, Hinde A. Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. *Journal of Biosocial Science*. 2003; 35(3):385-411.
327. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Schools for Health, Education and Development – A Call for Action. WHO & Joint Consortium for School Health Technical Meeting: Building School Partnership for Health, Education Achievements and Development. Vancouver: OMS; 2007.
328. William KA, Cheryl SA. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *Journal of Adolescent Health*. 1999 ; 1(24) : 63-72 Education et VIH
329. Absil G, Vandoorne C, De Marteau M. Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. Belgique: Observatoire de la Santé du Hainaut Publique; 2012.
330. Yalgado-Ouédraogo de Ouagadougou. *Médecine et Santé Tropicales*. 2015;25(2):210-214. doi:10.1684/mst.2015.0464
331. Fond-Harmant L, Gavrilă-Ardelean M. The contribution of the human development theory for the education and mental health of the child. *Journal Plus Education*. 2016; 14(2):174-181.
332. Caron-Bouchard M. La recherche d'information santé chez les 18-34 ans : une étude exploratoire [En ligne]. 2013 [Consulté le 15 janvier 2017]. Disponible: <http://communiquer.revues.org/520>; DOI: 10.4000/communiquer.520.
333. Gaudet J. Quand Internet permet aux jeunes de bien s'informer à propos de leur santé [En ligne]. 2012 [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible : <http://blogsgrms.com/cestmalade/quand-internet-permet-aux-jeunes-de-bien-sinformer-a-propos-de-leur-sante/>
334. Boisvert-Beauregard S. L'usage des médias sociaux chez les jeunes : les deux côtés de la médaille. 2012 [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible: <http://blogsgrms.com/cestmalade/quand-internet-permet-aux-jeunes-de-bien-sinformer-a-propos-de-leur-sante/>.
335. O'Keeffe GS, Clarke-Pearson K. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*. 2011; 127(4):800-804.
336. Smith M, Gertz E, Alvarez S, Lurie P. The Content and Accessibility of Sex Education Information on the Internet. *Health Education and Behavior*. 2000; 27(1):684-694
337. Michaud PA, Bélanger R. Les adolescents, Internet et les nouvelles technologies: un nouveau pays des merveilles. *Rev Med Suisse*. 2010; 6(253), 1230-1.
338. Druant C. Internet comme outil d'éducation sexuelle : usages chez les adolescentes. Belgique: Centre d'Education à la Famille et à l'Amour; 2012.
339. Lalman L. Quelques mots sur l'hypersexualisation. Belgique: CEFA; 2012.
340. Octobre S, Jauneau Y. Tels parents, tels enfants? Une approche de la transmission culturelle. *Revue française de sociologie*. 2008; 49(4):695-722.
341. Legault C. Les pratiques culturelles selon la génération des baby-boomers et des jeunes de 25 à 34 ans de 1979 à 2009. *Surviv*. 2012; (23):1-21.
342. Van Zanten A. Le travail éducatif parental dans les classes moyennes et supérieures : deux modes contrastés d'encadrement des pratiques et des choix des enfants. *Informations sociales*. 2009; 4(154):80-87.

343. Ouedraogo C, Woog V, Ouedraogo O. Les Adultes Face aux Comportements des Adolescents Difficultés et Enjeux. New York : Guttmacher Institute; 2007.
344. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Vue d'ensemble des actions VIH à mener en faveur des jeunes. New York : Groupe inter-agences (IATT) sur le VIH et les jeunes; 2008.
345. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). L'influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé. Genève: ONUSIDA; 1997.
346. Goldman RJ, Goldman DG. Sources of sex information for Australian, English, North American, and Swedish children. *Journal of Psychology*. 1981; 109:97-108.
347. McNab WL. Advocating elementary sex education. *Health Education*. 1981; 12 (5):22-5.
348. Morzelle V. La transmission des valeurs. *Revue Quart Monde* [En ligne].2013 [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible: <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=5607>
349. Londono Orozco E. le processus de transmission des valeurs chez les jeunes : Etude comparative de trois configurations colombiennes [Travail de thèse de Doctorat]. France : Université Rennes 2; 2006.
350. Badini-Kinda F. Femmes, foyer, activités professionnelles : les termes du débat au Burkina Faso. In Jacquemin M, Rollinde M. Genre et changement social en Afrique, éditeurs. *Population*. 2012; 67 (1):197-199.
351. Sanou BD. L'émancipation des femmes madarè : l'impact du projet administratif et missionnaire sur une société africaine, 1900-1960. *Revue française d'histoire d'outre-mer*. 1996; 83(311): 130-13.
352. Savi GD. Femmes fonctionnaires et éducation des enfants à Cotonou [Maitrise sociologie anthropologie]. Bénin: Université d'Abomey- Calavi; 2009.
353. Brown E. Les contributions des pères et des mères à l'éducation des enfants. *Revue française des affaires sociales*. 2007; (1):127-151.
354. Meda D, Cette G, Dromel N. Les pères entre travail et famille. *CNAF Recherche et Prévisions*. 2004; 76 (1):7-17.
355. Doudou DT. Etat de la communication parents-enfants au sujet des IST/Sida avant la crise militaro-politique de septembre 2002 en Côte d'Ivoire [En ligne]. *Socio-logos*. 2007 [consulté le 24 janvier 2017]. Disponible: <http://socio-logos.revues.org/239>
356. Van Gennep A. Les rites de passage: étude systématique des rites. Paris: Picard; 1981.
357. Sell M. La dation du nom et autres rites de passage chez les Seereer Siin du Sénégal. *Le Journal des Psychologues*. 2014; (320):74-77.
358. Cros M, Dory D. Terrains de passage : Rites de jeunesse. France : L'Harmattan; 1996.
359. Traore E, Fabre G. L'initiation des filles en pays Tagba: les rites à l'épreuve du changement. In : Fabre G, Fournier A, Sanogo L, éditeurs. *Regards scientifiques croisés sur le changement global et le développement - Langue, environnement, culture. Actes du Colloque international ; 8-10 mars 2012 ; Ouagadougou*. France: Sciencesconf.org; 2009.
360. Mundigo A I, Cynthia I. *Abortion in the Developing World*. New Delhi: World Health Organization; 1999.
361. Roberge M. En guise de conclusion. *Ethnologies*. 2006; 28(2):213–222.

362. Ahovi J, Moro MR. Rites de passage et adolescence. *Adolescence*. 2010; (74): 861-871. doi 10.3917/ado.074.0861
363. Bozon M. Des rites de passage aux premières fois. *Socio-ethnologie des rites de la jeunesse en France*. In: Desdouits AM, Turgeon L, directeurs. *Ethnologies francophones de l'Amérique et d'ailleurs*. Canada: Presses de l'Université Laval; 1997. p. 187-196.
364. Hervieu-Wane F. Une boussole pour la vie. *Les nouveaux rites de passage*. Paris: Albin Michel; 2005.
365. Fond-Harmant L. Des adultes à l'université. *Cadres institutionnel et dimensions biographiques*. Paris: L'Harmattan; 1996. 296 p.
366. Mourette T. La sexualité [En ligne]. 2016 [Consulté le 24 janvier 2017]. Disponible: http://thierry.mourette.free.fr/archives/01-02/travaux/optinfo/corafifo/sexualite/savoir_x.html
383. Debray R. Transmettre. Paris : Odile Jacob; 1997.p.147.
367. Tabet P. Les Mains, les outils, les armes. *Anthropologie sociale*. 2009; 19(3):5-61. doi : 10.3406/hom.1979.367998
368. Ouedraogo F. Étude des liens corrélationnels entre la collaboration école-famille, l'implication parentale, les styles éducatifs des parents et la réussite scolaire des élèves du primaire au Burkina Faso [Travail de thèse de doctorat]. Canada: Université de Montréal; 2015.
369. Dembélé M, Somé TH, Ouédraogo F. Burkina Faso: An overview. Dans E. Takyi-Amoako. *Education in West Africa*. London: Bloomsbury; 2015.
370. Kobiané JF. De la campagne à la ville, constances et différences dans les déterminants de la scolarisation des enfants au Burkina Faso. In : Compaoré F, Compaoré M, Lange MF, Pilon M, éditeurs. *La question éducative au Burkina Faso: regards pluriels*. Burkina Faso: Imprimerie de l'Avenir du Burkina; 2007. p. 121-144.
371. Claes M. Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne]. 2004, [Mise en ligne le 15 décembre 2009, consulté le 24 janvier 2017]. Disponible: <http://osp.revues.org/2137>
372. Ucciani S. La transmission des stéréotypes de sexe. *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles*. Marseille: Institut régional de travail social Paca Corse; 2012.
373. Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Revikkard A. L'empreinte du genre dans la sexualité. In : *Introduction aux Gender Studies*. Bruxelles : Éditions De Boeck; 2008. pp. 37-73.
374. Lacombe E, Le condom : questions et réponses. *Le Médecin du Québec*. 2006;41(2):37-69.
375. De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*, tome II. Paris: Gallimard ; 1949.
376. Leaper C. L'effet de la socialisation par les parents sur le genre des enfants. In : Martin CL, éditeur. *Genre : socialisation précoce*. USA : Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants; 2014.
377. Deslandes R, Royer E. Style parental, participation parentale dans le suivi scolaire et réussite scolaire. *Service social*. 1994; 43(2): 63-80. doi: 10.7202/706657ar
378. Aujoulat I, Libion F, Rose B. Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Bruxelles : Unité d'Education pour la santé; 2007.

379. Miller BC, Benson B, Galbraith KA. Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*.2001; 21(1):1-38.
380. Sabatier C. Socialisation pour l'acculturation : la dynamique de la transmission familiale de l'adaptation en pays d'accueil. *Alterstice*, 2013; 3(1):47-60.
381. Baggio D. Attachement familial et agressivité. France : Editions Edilivre; 2014.
382. Joussemet M, Mageau GA, Pelletier JE. Mieux comprendre le style parental optimal : la contribution de la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*. 2013; 30(06) :35-39.
383. Meintel D, Le Gall J. Transmission intergénérationnelle de la religion dans une société sécularisée. L'intergénérationnel. Regards pluridisciplinaires. Presses de l'EHESP, 2009. 217-233.
384. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*. 1971; 4(1):1-103.
385. Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*. 1992; 28(6):1006-1017.
386. Larroque L. Influence des pratiques éducatives parentales et des pratiques pédagogiques enseignantes sur l'acquisition de la norme d'internalité: approches connexionniste et expérimentale [Travail de Doctoral]. France : Université Rennes 2; 2010.
387. Sorkhabi N. Applicability of Baumrind's parent typology to collective cultures: Analysis of cultural explanations of parent socialization effects. *International Journal of Behavioral Development*. 2005; 29(6):552-563.
388. Dewar G. The Authoritative Parenting Style: Warmth, Rationality, and High Standards [En ligne]. 2013 [Consulté le 28 janvier 2017]. Disponible : <http://www.parentingscience.com/>
389. Pong SL, Johnston J, Chen V. Authoritarian parenting and Asian adolescent school performance: Insights from the US and Taiwan. *International Journal of Behavioral Development*. 2010; 34(1):62-72.
390. Dwairy M, Achoui M, Filus A, Rezvannia P, Casullo MM, Vohra N. Parenting, mental health and culture: A fifth cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies*. 2010; 19(1):36-41.
391. Pinquart M, Silbereisen RK. Transmission of values from adolescents to their parents: the role of value content and authoritative parenting. *Adolescence*. 2004; 39 (153):83-100.
392. Glasgow KL, Dornsbuch SM, Troyer L, Steinberg L, Ritter PL. Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Development*. 1997; 68 (3):507-529.
393. Kopko K. Parenting Styles and Adolescents. Department of Policy Analysis and Management at Cornell University. NY: Cornell University; 2007.
394. Garcia F, Gracia E. Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*.2009; 44(173):101-131.
395. Muguérou L, Santelli E. Parcours scolaires réussis d'enfants d'immigrés issus de familles très nombreuses. *Informations sociales*. 2012; 5 (173):84-92.
396. Dominique M, Monso O. La destinée sociale varie avec le nombre de frères et sœurs. France: INSEE; 2007.

397. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes : le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesse*. 2012; (60):121-134.
398. Doumont D, Geerts C, Libion F. Les familles dans la société contemporaine: de nouvelles fragilités? Belgique: Unité d'Education pour la Santé; 2007.
399. Thollembeck J. La famille, une instance de socialisation fondamentale pour l'enfant. *Analyse UFAPEC*. 2010; 26(10):1-8.
400. Lacroix X. Des racines et des ailes : les spécificités de la transmission familiale. In: Yannicopoulos A, éditeur. Transmettre, partager des valeurs, susciter des libertés. Actes de conférence des semaines sociales de France; 25 au 27 novembre 2005; Paris. France: SSF; 2005.
401. Maurer S. Ecole, famille et politique: socialisations politiques et apprentissage de la citoyenneté. Bilan des recherches en science politique. Dossier d'étude. France: CNA; 2000.
- 402- Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016–2021. Accélérer la riposte pour atteindre l'objectif zéro. 2016. disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_FR_rev1.pdf
403. Sedgh G et al. Grossesses désirées et non désirées dans le monde en 2012 et tendances récentes. *Études sur le planning familial*, 2014, Vol 45. 3, 301–314, 2014 (en anglais).
404. Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement. Religion et santé sexuelle et reproductive des jeunes Analyse d'une relation aux enjeux multiples. Barcelona: Inter Arts; 2010.

COMPILATION DES ARTICLES PUBLIÉS
DANS LE CADRE DE CETTE THÈSE

Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée

Knowledge and attitude of young people regarding HIV prevention and unwanted pregnancy in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Clétus Come Yélian Adohinzi¹, Nicolas Meda², Georges Anicet Ouédraogo³, Adrien Marie Gaston Belem³, Issiaka Sombié¹, Abdramane Berthé², Ngianga Bakwin Kandala⁴, Georgette Damienne Avimadjenon⁵, Laurence Fond-Harmant⁴

➡ Résumé

Introduction : Malgré les efforts d'éducation à la santé, les jeunes se trouvent toujours confrontés à d'importants problèmes de santé. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau des connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso sur la santé sexuelle et reproductive.

Méthodes : Sur la base d'un échantillonnage à deux degrés représentant les 94 947 ménages de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés. Cette collecte des données a été réalisée entre septembre 2014 et janvier 2015 dans les trois arrondissements de la commune. Un questionnaire a été utilisé pour évaluer les connaissances et les attitudes des jeunes.

Résultats : Les connaissances exactes des enquêtés sur la transmission, la prévention du VIH et la contraception étaient approximatives. Très peu de jeunes (9 %) avaient une connaissance complète des modes de transmission, et 5 % n'avaient aucune connaissance. La persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif (25 %) et la contraception (32 %) n'empêchaient pas certains jeunes à les utiliser. Les connaissances et les attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH et de la contraception variaient selon l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le type de supervision parentale.

Conclusion : Une proportion non négligeable de jeunes continue toujours d'avoir des connaissances insuffisantes sur le VIH/Sida et les contraceptifs. Les actions visant à renforcer les connaissances des jeunes sont de toute importance. Les capacités des parents et des prestataires devraient aussi être renforcées pour l'amélioration de la qualité de leurs relations avec les jeunes.

Mots-clés : VIH/Sida ; Connaissances ; Attitudes ; Santé sexuelle et reproductive ; Jeunes ; Burkina Faso.

➡ Summary

Introduction : Despite health education efforts, young people are still faced with major health problems. The objective of this study was to assess the knowledge and attitude regarding HIV prevention and unwanted pregnancy among young people in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Methods : Based on two-level sampling, representing 94,947 households in the Bobo-Dioulasso municipality, 573 young people between the ages of 15 and 24 years were interviewed. This data collection was conducted from September 2014 to January 2015 in the three districts of the municipality. A questionnaire was used to assess the knowledge and attitudes of young people.

Results : The interviewees had a poor knowledge about HIV transmission and prevention and contraception. Very few young people (9%) had complete knowledge about the modes of transmission and 5% had no knowledge. Persistent misperceptions about the effectiveness of condoms (25%) and contraception (32%) did not prevent some young people from using them (79% used condoms and 46% used contraceptives). Knowledge and attitudes of young people regarding HIV and contraception varied according to age, sex, education level and type of parental supervision.

Conclusion : A significant proportion of young people still has incomplete knowledge about HIV/AIDS and contraception. Actions designed to reinforce the knowledge of young people are of paramount importance. The capacities of parents and healthcare providers also need to be reinforced to improve the quality of relationship with young people.

Keywords : HIV/AIDS; Knowledge; Attitude; Sexual practices and reproductive health; Young; Burkina Faso.

¹ Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) – 175, Avenue Ouezin Coulibaly – 01 BP 153 – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

² Centre Muraz – Avenue Mamadou Konaté – Porte 2006-Lot 218 – 01 BP 390 Burkina Faso – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

³ Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso – 01 BP 1091 Bobo-Dioulasso 01 – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

⁴ Luxembourg Institute of Health – 1A-B, rue Thomas Edison – L-1445 Strassen – Luxembourg.

⁵ Centre Africa Obota Jericho C/723 – Gbégamey – 03 BP 1514 – Cotonou – Bénin.

Correspondance : C. Adohinzi
acletus2000@yahoo.fr

Réception : 15/01/2016 – Acceptation : 06/06/2016

Introduction

Avec plus de 34 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. Les adolescents et les jeunes sont les plus touchés par cette pandémie. En fin 2014, ONUSIDA avait enregistré 220 000 nouvelles infections au VIH chez les adolescents, dont plus de 60 % chez les jeunes filles ou jeunes femmes [1]. Le Burkina Faso était placé parmi les pays à épidémie généralisée, avec une forte concentration dans certains groupes-cibles (travailleuses du sexe : 16 %, et homosexuels : 3,6 %) [2].

C'est aussi les adolescents et les jeunes qui sont les plus touchés par les grossesses non désirées et les avortements clandestins. Selon l'OMS, chaque année on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui ont pour conséquences, 70 000 décès dont 97 % sont enregistrés dans les pays en développement. Au Burkina Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et avortements montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement [3].

Plusieurs raisons ont été avancées par des auteurs pour expliquer cet état des lieux [4, 5]. Selon l'OMS, les violences sexuelles qui touchent 10 % des jeunes filles dont les premiers rapports sexuels ont eu lieu avant l'âge de 15 ans, contribuent aux grossesses non désirées chez les adolescentes. Pour Gueilla [4], les plus jeunes sont immatures et n'ont pas assez de connaissances en matière de santé sexuelle. De nombreux jeunes ne possèdent pas d'informations complètes ou correctes en matière de santé sexuelle et reproductive, pour vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante.

C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux connaissances et attitudes des jeunes en matière de prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées. Elle s'avère d'autant plus pertinente que la majorité des études effectuées sur la santé sexuelle des jeunes à Bobo-Dioulasso ne sont pas récentes.

En somme, cet article vise à évaluer le niveau des connaissances et attitudes des jeunes de Bobo Dioulasso sur la santé sexuelle et reproductive.

Méthodes

Population cible et l'échantillonnage

Cet article présente les résultats et la discussion d'une étude descriptive et analytique, menée auprès de 573 jeunes âgés de 15 à 24 ans, résidant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Était exclu tout jeune ne souhaitant pas participer à l'enquête ou ne répondant pas aux critères d'âge (15 à 24 ans) ni de résidence.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (2006) [6], la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants répartis dans 94 947 ménages dont 24,95 % de jeunes de 15-24 ans. Sur cette base, nous avons utilisé la formule de Machin *et al.* [7] pour obtenir un échantillon de 573 individus. Le niveau de confiance était fixé à 95 %, le taux de non-réponse à 10 %, la précision ou marge d'erreur a été fixée à 5 % ($d=0,05$). Ces 573 personnes ont été réparties entre les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Dafra, Do et Konsa), proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements (ancienne loi de découpage territorial). Les ménages ont donc été choisis dans les 25 secteurs de la ville en fonction de leur taille.

Outil de collecte de données

Deux types de questionnaires (ménage et individuel) ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), et des Enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS) [8]. Les questions contenues dans nos deux questionnaires avaient déjà été utilisées lors de l'EDS 2010 du Burkina Faso. Ce sont majoritairement des questions fermées (choix de réponse fixe) ou des questions préformées (réponses possibles rédigées par avance, ou formes des réponses définies par la question). Les questionnaires ont été validés par le comité éthique du Centre Muraz.

Le questionnaire « ménage » nous a permis de saisir les caractéristiques sociodémographiques des familles, notamment la situation de résidence des membres du ménage, leur âge et sexe. Il a servi à identifier les contextes de vie des jeunes enquêtés.

Le questionnaire « individuel » était composé d'une vingtaine de questions. Il a permis de recueillir des données sur :

- les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en santé sexuelle et reproductive,

- les besoins en informations, en communication et en services de santé sexuelle et,
- les processus de transmission intergénérationnelle des connaissances et des services de santé sexuelle et reproductive.

Collecte de données

La collecte de données a été précédée par une formation des 10 enquêteurs et des trois superviseurs sur l'éthique et la recherche quantitative et qualitative. À l'issue de cinq jours de formation, un pré-test a été organisé sur le site de Kodéni. Ce site ne fait pas partie de la zone d'enquête. Chaque enquêteur a testé deux questionnaires. Un atelier de validation des deux outils de collecte de données a enfin été organisé.

Les jeunes ont été interrogés du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015 à domicile. Les entretiens ont été construits dans les trois arrondissements (Dafra, Do et Konsa) de Bobo-Dioulasso, par les treize enquêteurs (enquêteurs et superviseurs). La durée moyenne d'entretien était de 45 minutes.

Afin de garantir la fiabilité des données collectées, l'investigateur principal a supervisé les activités sur le terrain. À la fin de chaque journée d'enquête, une réunion était organisée pour évaluer la cohérence des informations recueillies et la complétude des questionnaires.

Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata SE, après une double saisie et le nettoyage de la base de données. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. Les variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2, et le test exact de Fisher dépendant de l'effectif (Chi-2 pour les effectifs théoriques > 5 et test exact de Fisher lorsque ces effectifs étaient ≤ 5). Une régression logistique a été menée, afin d'identifier les facteurs associés aux connaissances et attitudes des enquêtés.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés

Le tableau I résume la structure de la population des jeunes selon les principales caractéristiques sociodémographiques. Au total, 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été

Tableau I : Répartition (%) des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, en fonction des caractéristiques sociodémographiques

| Caractéristiques | Masculin N / % | Féminin N / % |
|----------------------------------|-------------------|------------------|
| Total | 266 (46) | 307 (54) |
| Âge | | |
| 15-19 | 145 (54) | 188 (61) |
| 20-24 | 121 (46) | 119 (39) |
| Situation matrimoniale | | |
| Célibataire | 263 (99) | 259 (84) |
| Marié(e) | 3 (1) | 46 (15) |
| Autres | 0 (0) | 2 (1) |
| Niveau scolaire actuel | | |
| Sans éducation formelle | 11 (4) | 37 (12) |
| Primaire | 22 (8) | 33 (11) |
| Secondaire | 191 (72) | 197 (64) |
| Supérieur | 42 (16) | 40 (13) |
| Situation de cohabitation | | |
| Seul | 8 (3) | 1 (0) |
| Avec les parents biologiques | 162 (61) | 170 (55) |
| Avec tuteurs | 83 (31) | 79 (27) |
| Avec partenaire | 0 (0) | 41 (13) |
| Autres | 13 (5) | 16 (5) |

interrogés, dont 266 garçons (46 %) et 307 filles (54 %). Leur âge moyen était de 19 ans. En considérant l'ensemble de l'échantillon, 8 % des enquêtés n'étaient pas scolarisés, 91 % des répondants étaient célibataires. La répartition selon l'activité, montrait que 70 % étaient des apprenants : élèves ou étudiants. Enfin, 86 % des enquêtés cohabitaient avec au moins un parent biologique ou un tuteur.

Connaissances des jeunes de Bobo-Dioulasso sur les IST/VIH/Sida

L'évaluation de la connaissance des enquêtés avait porté sur les modes de transmission et de prévention des IST/VIH, et sur la prise en charge du Sida.

Connaissances des jeunes sur les modes de transmission des IST/VIH

Selon nos résultats, 98 % des jeunes interrogés ont déjà entendu parler des IST indépendamment du VIH, dont 49 % de garçons et 51 % de filles. Lorsque nous leur avons demandé de citer les symptômes de ces maladies, 29 % en avaient cité au moins un et 11 % n'en avaient cité aucun.

Tableau II : Répartition des enquêtés ayant répondu par « Oui » aux modes de transmission du VIH proposés en fonction des caractéristiques sociodémographiques des jeunes de Bobo-Dioulasso

| Caractéristiques | Voie sexuelle N/% | Sang contaminé N/% | Mère VIH+ à enfant N/% | Connaissance complète et correcte ^a |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|---|
| Ensemble | 548 (96) | 452 (79) | 198 (17) | 51(9) |
| Sexe | | | | |
| Masculin | 262 (98) | 222 (83) | 42 (16) | 22 (9) |
| Féminin | 286 (93) | 230 (75) | 59 (19) | 29 (8) |
| P value | 0,002 | 0,012 | 0,479 | 0,004 |
| Âge | | | | |
| 15-19 | 312 (94) | 255 (77) | 59 (18) | 27 (8) |
| 20-24 | 236 (98) | 197 (82) | 42 (17) | 24 (10) |
| P value | 0,007 | 0,111 | 0,523 | 0,018 |
| Niveau scolaire | | | | |
| Sans éducation formelle | 177 (93) | 137 (72) | 20 (11) | 14 (7) |
| Primaire | 4 (57) | 4 (57) | 1 (14) | 0 (0) |
| Secondaire | 332 (97) | 277 (81) | 69 (20) | 28 (8) |
| Supérieur | 35 (100) | 34 (97) | 11 (31) | 9 (26) |
| P value | | 0,002 | 0,000 | 0,000 |
| Situation de cohabitation | | | | |
| Cohabitation avec les parents | 76 (98) | 69 (93) | 12 (17) | 7 (4) |
| Décohabitation avec les parents | 472 (96) | 383 (78) | 89 (18) | 44 (9) |
| P value | 0,091 | 0,263 | 0,439 | 0,0296 |

a : Sont considérés comme ayant une connaissance « complète et correcte », les jeunes qui ont cité à la fois les trois modes de transmission du VIH : par voie sexuelle lors de rapports sexuels non protégés ; par le sang à travers un contact avec du sang contaminé et qui rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du VIH (une personne ayant l'air en bonne santé ne peut pas être infectée par le VIH ; une personnes qui partage le même le verre ou qui serre la main d'une personne séropositive peut s'infecter ; une piqûre de moustique peut être à l'origine de la transmission).

Le tableau II montre que les jeunes avaient une bonne connaissance générale des modes de transmission du VIH. Toutefois, nous constatons une grande disparité entre les différents modes de transmission. Ainsi, 96 % d'entre eux avaient déclaré savoir que le virus peut être transmis par voie sexuelle, 79 % par voie sanguine et 17 % de la mère à l'enfant (TME). Seuls 9 % des jeunes interrogés avaient une connaissance complète et correcte de la transmission du VIH, et 5 % ne pouvaient citer aucune voie de transmission. La totalité des jeunes n'ayant aucune connaissance du VIH était en cohabitation avec leurs parents ou avec des tuteurs.

La majorité des enquêtés avait rejeté les principales idées erronées sur la transmission du VIH. Seuls 6 % des jeunes affirmaient que le VIH pouvait être transmis par contact avec une personne infectée (partager les aliments, la tasse ou le verre, en se serrant la main, toussant ou éternuant). Environ 2 % pensaient qu'une piqûre de moustique pouvait être à l'origine de la transmission, alors que 1 % des enquêtés avait déclaré que le VIH se transmettait par des

moyens surnaturels. Il ressort des données observées, que le niveau de connaissance complète et correcte de la transmission du VIH, variait considérablement en fonction de l'âge, du sexe et de la fréquentation scolaire. Il était plus élevé chez les garçons que chez les filles ($p < 0,05$), et chez les plus âgés que chez les moins âgés ($p < 0,05$). Selon la fréquentation scolaire, c'est chez les jeunes non scolarisés ou les plus faiblement scolarisés que l'on avait observé le niveau de connaissance le plus bas ($p < 0,01$).

Connaissances des jeunes sur les modes de prévention du VIH

La majorité des jeunes enquêtés avait une connaissance générale des trois modes de prévention du VIH (Abstinence-Utilisation du préservatif-Fidélité). Le moyen le plus fréquemment cité était l'utilisation du préservatif (89 %), l'abstinence (40 %) et la fidélité (31 %). Seuls 2 % des enquêtés n'avaient pas reconnu que le VIH était évitable.

La connaissance des modes de prévention était associée au sexe, à l'âge et au niveau d'études des répondants. Seuls 36 % des jeunes de niveau supérieur avaient pu citer à la fois les trois modes de prévention contre 26 % pour le niveau secondaire et 11 % pour les non scolarisés ($p < 0,01$).

Connaissances du traitement et des lieux de prestation de services

Il ressort des données observées que 97 % des jeunes ayant le niveau scolaire supérieur connaissaient l'intérêt du traitement antirétroviral, contre 92 % des jeunes qui n'avaient jamais été scolarisés ($p < 0,01$). La quasi-totalité des enquêtés (95 %) avaient déjà entendu parler des antirétroviraux. Mais seulement 29 % d'entre eux savaient que ce traitement vise à maîtriser la charge virale. Les lieux de prestation de services en santé sexuelle étaient bien connus par nos enquêtés. Seul 1 % des jeunes ne connaissait pas les lieux d'obtention des services de conseil ou de traitement situés dans la ville.

Connaissances du préservatif et de la contraception

Connaissances du préservatif

Selon nos résultats, plus de la moitié des enquêtés (54 %) avait déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel (42 % de garçons et 58 % de filles). La majorité d'entre eux (94 %) avait déjà entendu parler d'un préservatif. Parmi ces derniers enquêtés, un peu plus du tiers, 33 %, en distinguaient les deux types (féminin et masculin).

Le niveau de connaissance du préservatif était significativement associé au niveau d'éducation avec un seuil de 1 %. La proportion des jeunes qui connaissait le préservatif était plus élevée chez les scolarisés (89 %) que chez les non scolarisés (62 %). On avait aussi noté une forte relation entre le niveau de connaissance du préservatif et l'âge. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient entendu parler et savaient distinguer les deux types de préservatifs ($p < 0,05$). Enfin, le genre déterminait aussi la connaissance du préservatif. Les jeunes garçons avaient plus de connaissance du préservatif que les jeunes filles ($p < 0,01$).

Connaissances des méthodes contraceptives

Nos résultats avaient montré que 97 % des enquêtés avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives. Mais soumis à un test d'identification des méthodes

Tableau III : Connaissances des méthodes contraceptives parmi les adolescents selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire

| Caractéristiques | Connaissance de période de fécondité N/% | Connaissance de toutes les méthodes modernes ^a N/% |
|-------------------------|---|--|
| Ensemble | 203 (35) | 129 (23) |
| Sexe | | |
| Masculin | 78 (29) | 60 (23) |
| Féminin | 125 (41) | 69 (22) |
| P value | 0,000 | 0,174 |
| Âge | | |
| 15-19 | 90 (27) | 67 (20) |
| 20-24 | 113 (47) | 62 (26) |
| P value | 0,000 | 0,072 |
| Niveau scolaire | | |
| Sans éducation formelle | 42 (22) | 47 (27) |
| Primaire | 0 (0) | 0 (0) |
| Secondaire | 132 (39) | 74 (20) |
| Supérieur | 29 (83) | 8 (23) |
| P value | 0,000 | 0,163 |

a : Désigne l'évaluation de la connaissance des méthodes modernes.

contraceptives, seuls 23 % avaient reconnu toutes les dix méthodes modernes proposées dans notre questionnaire. La quasi-totalité (99 %) avait reconnu au moins une méthode. Le condom masculin était la méthode la plus fréquemment connue (97 %), alors que le contraceptif d'urgence était la méthode la moins connue (6 %). Interrogés sur leur principale source d'information, 32 % de nos enquêtés avaient cité les amis, 13 % le personnel de santé, 11 % les pairs éducateurs, 9 % les parents et 7 % le partenaire. Nos données avaient mis en évidence que seulement 35 % des enquêtés savaient que la période de fécondité se situe entre le 9^e et le 16^e jour du cycle menstruel.

Comme l'indique le tableau III, la connaissance de la période de fécondité était fortement corrélée au sexe, à l'âge et à la fréquentation scolaire des jeunes ($p < 0,01$).

Attitudes vis-à-vis du préservatif et des contraceptifs

Attitudes vis-à-vis du préservatif

Nos résultats indiquaient que 27 % des enquêtés avaient toujours de perceptions erronées sur l'efficacité des préservatifs (46 % de garçons et 54 % de filles). Ces enquêtés pensaient que les préservatifs n'étaient pas très fiables

pour la réduction du risque de transmission et la prévention des grossesses non souhaitées.

La persistance des perceptions erronées se traduit par la faible utilisation du préservatif. On notait que seulement 49 % des jeunes sexuellement actifs avaient déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel (67 % de garçons et 33 % de filles). Les principales raisons évoquées pour justifier le non usage du préservatif, sont la diminution de sensibilité (39 %), l'oubli (14 %), le refus du partenaire (23 %), la confiance mutuelle avec le partenaire sexuel (18 %), et la difficulté d'utilisation (14 %).

Attitudes vis-à-vis des contraceptifs

Les méthodes contraceptives concernées par notre étude étaient les injectables, les pilules contraceptives, le stérilet, les implants, les condoms masculins et féminins, le diaphragme, les spermicides et la stérilisation féminine et masculine. Le questionnaire sondait également la capacité des jeunes à repérer les idées erronées sur les méthodes contraceptives. Il est apparu que 32 % des enquêtés avaient porté des jugements erronés sur l'efficacité des contraceptifs. Environ 29 % avaient déclaré que les contraceptifs n'étaient pas adaptés aux jeunes, 28 % pensaient qu'ils n'étaient pas fiables et 35 % estimaient qu'ils pouvaient rendre les femmes stériles.

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes contraceptives, on avait noté que seuls 46 % des enquêtés sexuellement actifs avaient déjà utilisé la contraception à un moment quelconque. Le contraceptif le plus utilisé était le préservatif masculin (58 %). Le préservatif féminin était le moins utilisé (1 %).

Discussion

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des résultats. La première est liée à la petite taille de notre échantillon ($n = 573$). Même s'il est représentatif de la totalité des jeunes de 15 à 25 ans de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, sa petite taille peut induire de biais sur certains facteurs liés à la connaissance. La deuxième limite est relative à la nature des études fondées sur les déclarations des répondants, et sur leur capacité de parler franchement de la sexualité. Ainsi, malgré le caractère confidentiel des entretiens, il existe toujours un doute sur la sincérité des réponses spontanées fournies aux enquêteurs.

Connaissances des modes de transmission, de prévention du VIH et des facteurs associés

Des connaissances approximatives sur les modes de transmission du VIH

Les connaissances générales des enquêtés en santé sexuelle et reproductive étaient bonnes, notamment en ce qui concerne les modes de transmission et de prévention du VIH. Mais moins d'un enquêté sur dix avait une connaissance précise des modes de transmission. Portant, une protection optimale contre le VIH nécessite une connaissance complète et correcte des moyens de transmission et de prévention. De même, une proportion non négligeable de jeunes (5 %) n'avait aucune connaissance. Ces résultats pourraient s'expliquer par les difficultés des promoteurs de campagnes de sensibilisation à atteindre tous les jeunes du pays. Il est aussi possible que les approches utilisées lors des différentes campagnes, ne soient pas adaptées aux contextes de vie des jeunes. De tels résultats avaient été déjà observés par plusieurs études réalisées au Burkina Faso notamment les recherches menées par Desclaux [5], EDS-IV [8], Meda *et al* [9] et Banza [10]. Ces auteurs avaient unanimement noté une évolution progressive du niveau de connaissance générale depuis 1998, mais aussi par la méconnaissance persistante de certaines notions préventives par les jeunes et adolescents. L'EDS-IV avait conclu à une connaissance approfondie limitée des modes de transmission du VIH car seuls 9,3 % des femmes et 23 % des hommes avaient déclaré ne pas avoir de connaissances approfondies sur le VIH/Sida.

Nous avons aussi constaté que la transmission de la mère à l'enfant (TME) était très peu connue, bien que l'État burkinabé se soit engagé à la réduire à moins de 5 % en fin 2015 [2]. Tout porte à croire que les campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH/Sida se sont plus focalisées sur les deux premiers modes de transmission : la transmission par voie sexuelle et par voie sanguine. Taverne [11] expliquait la méconnaissance persistante de la population burkinabé à l'égard de la transmission du VIH, et particulièrement de la transmission de la mère à l'enfant, par le contenu des messages. Pour lui, la communication de santé publique sur l'infection à VIH doit dépasser la simple répétition de messages énumérant les modes de transmission.

En ce qui concerne les modes de prévention, nos résultats suggéraient que la majorité des jeunes enquêtés avait une bonne connaissance de la stratégie ABC (Abstinence, Fidélité - Be faithful, utilisation du Condom). Toutefois, il est important de reconnaître que cette stratégie suscite une grande controverse due à ses limites. L'ONU [12] reconnaît

aussi l'inefficacité de cette approche et préconise des mesures plus larges qui ont également pour but, entre autres, de créer des environnements sûrs pour les jeunes. D'autres études récentes ont montré que cette approche conduit la plupart du temps à renforcer des inégalités entre les hommes et les femmes dans l'accès à la contraception et l'épanouissement sexuel. C'est ainsi que pour Binet [13], les messages de type « ABC » stigmatisent les jeunes filles sexuellement actives et leur rendent l'accès plus difficile encore aux moyens de prévention, que ce soit les moyens de prévention contre le Sida ou contre les grossesses non désirées.

Connaissances sur les modes de transmission du VIH associés à plusieurs facteurs

Nous avons noté qu'un niveau de connaissance complet et correct était significativement associé au sexe, à l'âge, au niveau scolaire et à la situation de cohabitation des jeunes.

Les jeunes garçons semblaient mieux informés que les jeunes filles quant aux modes de transmission du VIH. De la même façon, le niveau de connaissance exacte était plus élevé chez les plus âgés que chez les plus jeunes. En 2010, les résultats de l'EDS IV avaient déjà montré que la connaissance des jeunes et adolescents en matière de prévention du VIH, était associée à l'âge et au sexe. Ceci pourrait être perçu comme une conséquence des inégalités de genre et intergénérationnelles, qui font que les femmes et les plus jeunes sont privés des informations jugées sensibles. Ces observations coïncident avec les résultats d'une étude menée au Cameroun, par Barrière [14].

La fréquentation scolaire influence positivement la connaissance des moyens de transmission des IST/VIH. En effet, le niveau de connaissance était plus élevé chez les jeunes scolarisés. Les écarts devenaient plus significatifs à partir du niveau scolaire secondaire. Ce constat renforce l'importance de l'école comme facteur de socialisation [15] : la socialisation de l'enfant désigne le processus par lequel il s'approprie, à travers les interactions qu'il noue avec ses proches, les normes, valeurs et rôles qui régissent le fonctionnement de la vie en société. L'école participe à ce processus par lequel le jeune construit sa personnalité par « l'intériorisation/incorporation » de manières de penser et d'agir socialement. C'est aussi le rôle de l'école de former et d'informer notamment sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Mais les modules d'éducation à la santé ne sont introduits dans les programmes d'enseignement qu'en fin de premier cycle. Ce sont donc les jeunes les plus scolarisés qui bénéficient des informations sur la santé sexuelle, d'où les écarts très significatifs de connaissance à partir du

niveau secondaire. Cette observation confirme celle de Rwenge [16] sur un échantillon similaire au Cameroun.

Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les enquêtés en situation de cohabitation avec leurs parents étaient proportionnellement moins nombreux à posséder une connaissance exacte de la transmission du VIH/Sida. C'était aussi parmi eux qu'on avait noté plus d'idées erronées sur le VIH. Ces observations laissent entendre que le fait de cohabiter avec les parents ou les tuteurs n'est pas synonyme de transfert systématique de connaissances fiables. Par ailleurs, la situation de décohabitation peut faciliter l'accès des jeunes aux informations et à l'acquisition des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, organisée par les services publics et ONG. Au Burkina Faso, Yode [17] avait documenté le lien entre la cohabitation des jeunes avec leurs parents et leurs attitudes futures. D'après ses résultats, la cohabitation parentale autorise des interactions plus élevées avec les parents, sans nécessairement être synonyme d'un accès à des ressources utiles dans des domaines comme celui de la santé. À l'instar de Hindelang [18], l'auteur estimait que le contrôle parental qui s'opère dans le cadre d'une interaction avec l'enfant et d'une prise en compte de ses aspirations, l'expose moins aux influences non familiales. Par contre, un contrôle coercitif, excessif ou laxiste peut affecter négativement son comportement.

Connaissance des jeunes sur la contraception

Une connaissance incertaine de la physiologie de la reproduction et de la contraception

Nous avons noté chez les jeunes une méconnaissance du fonctionnement du corps, du cycle féminin et de la contraception. La majorité (77 %) d'entre eux ne connaissait pas les différents types de contraceptifs modernes. Cette situation pourrait trouver son explication par le fait que la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les sociétés africaines. Les adultes craignent aussi, qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents ou en leur apprenant à se protéger, on les rendrait sexuellement actifs. Tous ces facteurs font qu'aujourd'hui, très peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine sexuel et reproductif. Pourtant les jeunes ont de réels besoins d'information et d'échanges. De tels résultats avaient été obtenus par plusieurs études en Afrique. Au Burkina Faso, les données de l'EDS [8] indiquaient que 21 % ne savaient pas comment situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel, et 41 % n'en avaient qu'une connaissance approximative. Sur un

échantillon de 2 460 jeunes lycéens interviewés dans deux États du sud du Nigéria, Uche [19] avait noté que seuls 36 % des jeunes lycéens interrogés avaient pu identifier correctement le moment le plus probable de l'ovulation. En outre, on peut se demander jusqu'à quel niveau ces jeunes sont exposés, lorsqu'on sait que 54 % d'entre eux étaient sexuellement actifs.

Bien que près de 70 % des jeunes de notre échantillon soient scolarisés, et que 86 % soient en situation de cohabitation avec les parents ou tuteurs, l'école et les parents étaient les sources d'information les moins citées par nos enquêtés. Par ailleurs, la presque totalité des enquêtés (70 %) avait déclaré n'avoir jamais eu d'échanges en matière de sexualité avec leurs parents. Les principales sources d'information étaient les amis et le personnel de santé. Une explication peut en être que, les parents n'arrivent pas à trouver le bon équilibre entre la nécessité d'informer, et le respect de l'intimité et de la vie amoureuse de leurs enfants. Pourtant, les parents ont un rôle important dans la transmission des valeurs familiales et la prévention des risques liés à la sexualité. La communication avec les parents divise par deux l'absence de contraception lors du premier rapport [20]. Au Burkina Faso, une étude menée par Hein [21] sur les caractéristiques de la communication parents-adolescentes en matière de la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, avait montré une insuffisance de la communication entre les parents et les adolescentes sur la transmission du VIH. Selon ces résultats, 41 % des adolescentes interrogées n'avaient eu aucun échange avec leurs parents sur le VIH au cours des 12 derniers mois.

S'agissant de l'école, elle fait partie des sources les moins citées par les enquêtés comme transmetteur d'information. C'est peut-être parce que l'éducation sur la santé sexuelle commence très tard dans les écoles, ou que les approches pédagogiques utilisées ne sont pas bien adaptées aux réalités des élèves. C'est peut-être aussi que le nombre d'heures consacrées à cette thématique est insuffisant. Au Burkina Faso, la circulaire n° 98-234 du 19/11/1998 du Ministère de l'Éducation nationale a intégré dans les contenus des cours de Sciences de la vie et de la terre, des séances d'éducation à la sexualité, sur la base d'un horaire moyen indicatif de 60 à 100 heures réparties sur les deux dernières années de collège. Il y a eu une prise de conscience des décideurs pédagogiques du ministère, mais qu'en est-il dans la réalité de la classe ? Ces consignes sont-elles respectées partout en ville et dans les campagnes ? Nous ne disposons pas d'éléments permettant d'en rendre compte. Il importe donc que les parents et le monde de l'éducation, facilitent l'accès des jeunes à une information complète, susceptible de leur permettre de prendre des décisions

éclairées par rapport à leur santé sexuelle et reproductive présente et future.

Attitudes des jeunes vis-à-vis du préservatif et de la contraception

La persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif

Nos résultats indiquent la persistance des perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif. Ceci peut être dû à des rumeurs sur la fiabilité du condom, ou à une perception erronée des risques de contamination et de la gravité du VIH. Selon l'UNICEF [22], la promotion du préservatif qui est un des dispositifs essentiels de la prévention de l'infection à VIH, fait malheureusement l'objet de plusieurs rumeurs parmi les utilisateurs ou non de ce mode de contraception.

Les perceptions erronées sur l'efficacité du préservatif n'empêchaient pas les jeunes de l'utiliser. En effet, 49 % de nos enquêtés avaient déclaré utiliser un préservatif avec tous les partenaires occasionnels pour se protéger à la fois contre les IST/VIH et les grossesses non désirées. Les résultats d'une autre étude réalisée au Burkina Faso par Banza [10], montraient que parmi les adolescents qui ont déjà vécu une expérience sexuelle, presque 57 % n'ont pas fait usage de préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Selon le même auteur, les partenaires masculins des adolescentes ont déjà une longue expérience sexuelle, un temps d'exposition plus long au risque d'infection au VIH.

Attitudes des jeunes peu favorables à la contraception

L'analyse des données de notre enquête avait permis de constater, que 32 % des enquêtés avaient une perception erronée de l'efficacité des contraceptifs. Ceci peut s'expliquer par la conjugaison de plusieurs facteurs tels que : la méconnaissance des méthodes contraceptives par les jeunes, les problèmes d'échecs contraceptifs ou d'effets secondaires. Cette observation coïncide avec les résultats d'études menées dans d'autres pays d'Afrique. C'est le cas d'une recherche menée au Nigeria en 2010 par Okanlawon [23], qui avait montré que la plupart des enquêtés n'avaient que très peu d'informations correctes sur les contraceptifs, 43 % avaient des idées erronées concernant sa sécurité, notamment en ce qui concerne les hormones qui, selon eux, pouvaient endommager leur système de reproduction.

La contraception d'urgence ou pilule du lendemain peut être utilisée après un rapport non protégé, un échec de la

contraception, un usage défectueux d'une méthode contraceptive, ou en cas d'agression sexuelle [24]. Notre étude avait révélé que la majorité des jeunes n'y avait pas eu recours. Ce type de contraceptif est mal connu par les jeunes, peu vulgarisé et peu accessible. Le non accès à la contraception d'urgence est probablement facteur de grossesses non désirées. Selon C. Aubin [25], l'utilisation des contraceptifs d'urgence était dans les faits conditionnée à une appréciation par la femme du risque de grossesse, appréciation qui se fonde trop souvent sur un pari approximatif sur la période supposée « à risque ». De notre point de vue, le problème des grossesses non désirées semblent se poser non seulement en termes de disponibilité, d'accessibilité financière, mais aussi de crainte des effets secondaires. En effet, lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation. Ceci est tellement vrai qu'au Burkina Faso, le contraceptif d'urgence (pilule du lendemain) est distribué uniquement par les officines pharmaceutiques au prix d'environ 4 000 FCFA (6 euros), coût relativement élevé pour ces jeunes (environ 12 % du salaire minimum interprofessionnel garanti -SMIG).

Conclusion

Cette étude confirme les résultats de plusieurs recherches menées au Burkina Faso, et dans d'autres pays en matière de prévention du VIH et de grossesses non désirées. En effet, la majorité des jeunes n'a toujours pas accès à des informations précises pouvant leur permettre de vivre leur sexualité de manière sûre et satisfaisante.

De toute évidence, les connaissances des jeunes doivent être régulièrement organisées par les agents de socialisation [15] : les familles, les organismes de planification familiale, l'école. Les capacités des parents et des prestataires de services doivent être aussi développées pour l'amélioration de la qualité des relations avec la jeune génération. Les ressources complètes sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les compétences essentielles, devraient être intégrées très tôt à l'école, avant le niveau secondaire. Ce qui pourrait profiter aux jeunes qui abandonneront l'école trop tôt.

Au regard de ce qui précède, on peut retenir que de nombreux défis restent encore à relever en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les efforts d'éducation et de promotion de la santé n'ont pas conféré aux jeunes, des outils complets susceptibles de les aider à

développer les aptitudes, qui leur permettraient de mieux répondre à la pandémie du Sida et aux grossesses non désirées. L'accès des jeunes à la contraception devra être aussi amélioré. Et comme les barrières peuvent être plus importantes pour les filles que pour les garçons, pour les moins âgés que les plus âgés, pour les moins scolarisés que les plus scolarisés, les actions concertées de renforcement des capacités à chaque nouvelle génération de jeunes sont à renforcer.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toute l'équipe Société et Santé du département de santé publique du Centre Muraz pour sa contribution multiforme (amendement du protocole, formation des enquêteurs, collecte et encodage des données, vérification des questionnaires, etc.) et l'équipe du Centre de Calcul du Centre Muraz pour son appui méthodologique, le traitement et l'analyse des données.

Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Assurer l'avenir aujourd'hui : Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes. Genève : ONUSIDA ; 2011. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110727_JC2112_Synthesis_report_fr_0.pdf
2. Ministère de la santé (MS). Programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015. Burkina Faso : Ministère de la santé/CNLS-IST ; 2011.
3. Akinrinola B, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences. New York : Guttmacher Institute ; 2013. 40 p. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37141>
4. Guiella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. New York : Alan Guttmacher Institute ; 2004. 37 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2005/03/01/or16.pdf>
5. Desclaux A. Dix ans de recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Éléments pour la prévention. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé. 1997;7(2):127-34.
6. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Burkina Faso : MFE ; 2009. 348 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres%20enq/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf

7. Machin D, Campbell MJ, Fayers PM, Pinol A. *Sample Size Tables for Clinical Studies*. Second Edition John Wiley & Sons. Chichester (United Kingdom); 1997. 315 p.
8. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-BF-MICS IV) du Burkina Faso. Calverton : ICF International; 2010. 349 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : http://www.who.int/profiles_information/images/3/33/Burkina-Faso-EDS-2003-fr.pdf
9. Meda N, Dabiré E, Dah E, Traoré I, Ouédraogo C. Évolution des connaissances, des comportements et des attitudes en rapport avec l'infection par le VIH dans la population des jeunes de 15 à 24 ans au Burkina Faso. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2014; 62(Suppl 5):S206.
10. Baya B. Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH : Espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. *Étude de la population africaine*. 2004;3(B Supplément 19): 73-93.
11. Taverne B. Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso. *Cahiers Santé*. 1999;9(3):195-9.
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). « É » comme « Éventail des autres actions à mener », en particulier l'élargissement du dépistage du VIH en Europe. *Bulletin OMS*. 2012;9(90):633-712. [Visité en 17/05/2016]. En ligne : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/9/12-106740/fr/>
13. Binet C. et Gastineau B. En chemin vers le mariage : parcours sexuel et fécond des jeunes de la province de Fianarantsoa (Madagascar). In : Philippe A, Marcoux R, Éditeurs. *Le mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec (Sociétés Africaines en Mutation); 2006. pp. 19-33.
14. Barrere M. Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/Sida. In Institut National de la Statistique (INS). *Enquête démographique et de santé du Cameroun*. Calverton : ICF International; 2004. pp. 261-292. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR163/15chapitre15.pdf>
15. Durkheim E. *Éducation et sociologie*. Réédition Collection Quadrige (France) : PUF; 2007. 149p.
16. Rwenge JM. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. *African journal of reproductive health*. 2013;17(1):66-49.
17. Yode M, Legrand T. Environnement familial au Burkina Faso : typologie et cohabitation parents-enfants. *Cahiers québécois de démographie*. 2013;1(42):133-165. Doi : 10.7202/1017100ar
18. Hindelang B, Regina L, William O, Frank C. Adolescent risk-taking behavior: A review of the role of parental involvement. *Pediatric and Adolescent Health Care*. 2001;31(3):67-83. Doi : 10.1016/S1538-5442(01)70035-1
19. Amazigo U, Silva N, Kaufman J, Obikeze DS. Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in-school adolescents in Nigeria. *International Family Planning Perspectives*. 1997;23(1):33-28. Doi : 10.2307/2950783
20. Moreau C, Trussell J, Bajos N. The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Baromètre santé*. 2006;74(6):476-482. Doi : 10.1016/j.contraception.2006.07.008
21. Hien H, Somé A, Meda N, Somé T, Diallo R, Zingué D *et al*. Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Santé publique*. 2012;24(4):343-351.
22. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). *La situation des enfants dans le monde*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF); 2011.148 p. [Visité en 31/05/2016]. En ligne : http://www.unicef.org/french/publications/index_57468.html
23. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje O. Contraceptive use: Knowledge, perceptions and attitudes of refugee youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*. 2010;14(4):17-26.
24. Gastineau B, Hanitriniaina O. Connaissance de la contraception et sexualité à risque chez les jeunes à Antananarivo (Madagascar). *Médecine d'Afrique Noire*. 2008;No5504:207-12.
25. Aubin C, Jourdain D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Paris : Inspection générale des affaires sociales; 2010. 109 p. [Visité en 31/05/2016]. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>

Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè

Knowledge, attitudes and condom use skills among youth in Burkina Faso

Clétus Come Yélian Adohinzi¹, Nicolas Meda², Adrien Marie Gaston Belem³, Georges Anicet Ouédraogo³, Abdramane Berthé², Issiaka Sombié¹, Georgette Damienne Avimadjenon⁴, Ibrahima Diallo, Laurence Fond-Harmant⁵

➔ Résumé

Introduction : L'utilisation des préservatifs est reconnue par l'OMS comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois contre le VIH/Sida et les grossesses non désirées. Mais pour être efficace, le préservatif doit être utilisé de manière régulière et correcte. L'objectif de cette étude était d'évaluer les compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin, et d'identifier les difficultés d'utilisation rencontrées par ceux-ci.

Méthodes : Sur la base d'un échantillonnage à deux degrés représentant les 94 947 ménages de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso, 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés. Cette collecte des données a été réalisée entre décembre 2014 et janvier 2015, dans les trois arrondissements de la commune. Un questionnaire a été utilisé pour évaluer les connaissances et les attitudes des jeunes.

Résultats : Seulement 24 % des jeunes enquêtés étaient capables de décrire correctement la pose du préservatif masculin, malgré leur bonne connaissance de sa fiabilité et bien que certains d'entre eux aient bénéficié de campagnes de sensibilisation. Plusieurs erreurs et des problèmes d'usage (ruptures, glissements, fuites et pertes d'érection) avaient été recensés. Les jeunes les plus âgés et avec un niveau d'études le plus élevé étaient les plus nombreux à bien réussir la description correcte de la pose du préservatif. Par ailleurs, les jeunes filles étaient moins compétentes que les garçons en matière d'utilisation du préservatif.

Conclusion : Il est urgent d'accentuer les campagnes de sensibilisation, tout en adaptant leur contenu aux besoins réels des jeunes, de façon à développer des compétences requises pour une prévention efficace, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif.

Mots-clés : VIH ; Mauvais usage ; Préservatif masculin ; Santé reproductive ; Burkina Faso.

➔ Summary

Introduction : Condom use is recognized by the WHO as the only contraceptive that protects against both HIV / AIDS and unwanted pregnancies. But to be effective, condoms must be used consistently and correctly. The objective of this study was to assess young people's skills in male condom used, to identify the challenges faced by them when using condoms to better guide future interventions.

Methods : Based on a two-level sampling representing 94,947 households within Bobo-Dioulasso municipality, 573 youth aged between 15 and 24 were interviewed. This data collection was conducted from December 2014 to January 2015 in the three districts of the municipality. A questionnaire was used to assess the knowledge and attitudes of the youth.

Results : Only 24% of surveyed know how to accurately use condoms despite their knowledge of condom effectiveness and although some of them are exposed to awareness-raising and information campaigns. Indeed, various handling errors and usage problems (breakage, slippage, leakage and loss of erection) had been identified during the oral demonstration performed by the surveyed. The older youth and with the highest level of education were the most likely to demonstrate increased skills in condom use. Moreover, girls were less competent than boys in terms of condom use.

Conclusion : It is important to increase awareness-raising and information campaigns, adapting the content to the real needs of young people so as to transmit the skills required for effective prevention particularly in regard to condom use.

Keywords : AIDS ; Correctly condom use ; Youth ; Sexual health ; Burkina Faso.

¹ Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) – 175, avenue Ouezzin Coulibaly – 01 BP 153 – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

² Centre Muraz – Avenue Mamadou Konaté – Porte 2006-Lot 218 – 01 BP 390 Burkina Faso – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

³ Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso – 01 BP 1091 Bobo-Dioulasso 01 – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

⁴ Centre Africa Obota Jericho C/723 – Gbégamey – 03 BP 1514 – Cotonou – Bénin.

⁵ Luxembourg Institute of Health – 1A-B, rue Thomas Edison – L-1445 Strassen – Luxembourg.

Correspondance : C.C.Y. Adohinzi
acletus2000@yahoo.fr

Réception : 08/02/2016 – Acceptation : 31/05/2016

Introduction

Le monde compte aujourd'hui 1,8 milliard de jeunes de 10 à 24 ans, et ce groupe de population connaît sa croissance la plus rapide dans les pays les plus pauvres [1]. La participation de ces jeunes au développement de leur continent dépendra de la capacité qu'auront leurs familles, les écoles et les communautés, de les aider à acquérir les compétences dont ils auront besoin pour résoudre les problèmes de santé sexuelle auxquels ils se trouveront confrontés : la prolifération des IST/VIH/Sida, le taux élevé de grossesses non désirées et les complications dues aux avortements provoqués.

La plupart des enquêtes Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) sur la santé sexuelle et reproductive ont permis de mesurer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes vis-à-vis des IST/VIH/Sida, d'évaluer les comportements à risques y compris le multi-partenariat chez les jeunes, de documenter les types de relations sexuelles au cours desquelles les jeunes déclarent utiliser ou non le préservatif. Ainsi, de nombreuses études quantitatives et/ou qualitatives [2-4] ont montré que malgré le bon niveau de connaissances des jeunes sur le préservatif, malgré sa fiabilité et ses avantages, nombre d'entre eux continuent toujours de vivre une sexualité sans précaution.

Cependant, peu d'études ont évalué les compétences des jeunes à bien utiliser le préservatif. Or selon l'OMS, l'efficacité du recours au préservatif dans la prévention de la grossesse et de la transmission du VIH, est déterminée par son utilisation constante et correcte. Il est donc important de savoir si les jeunes qui déclarent utiliser le préservatif le font de manière correcte.

Cette recherche avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences des jeunes burkinabè, en matière d'utilisation du préservatif masculin et d'identifier la nature des difficultés rencontrées par ceux-ci lors de son utilisation. L'étude cherchait à produire des pistes d'amélioration des futures interventions en matière de santé sexuelle, de prévention et lutte contre les IST/VIH en ciblant spécifiquement les jeunes.

Méthode

Il s'est agi d'une étude descriptive et analytique visant à évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences

des jeunes filles et garçons âgés de 15-24 ans, qui résidaient dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso à la date de l'enquête. Dans le cadre de cette étude, la compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin, est définie comme étant la capacité des jeunes à citer, aux enquêteurs, de façon correcte les différentes étapes de l'usage du préservatif. Ainsi, ont été considérés comme ayant une bonne compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin, les jeunes pouvant citer de façon chronologique et correcte, la totalité des sept étapes suivantes :

- vérifier la date d'expiration ;
- ouvrir soigneusement l'emballage pour ne pas déchirer le caoutchouc ;
- s'assurer que le préservatif est dans le bon sens ;
- presser le bout du préservatif ;
- dérouler le condom en tenant l'extrémité jusqu'à ce que le pénis en érection soit entièrement recouvert ;
- après le rapport et l'éjaculation, saisir le bord du préservatif et dégager le pénis avant qu'il s'amollisse ;
- faire un nœud, le jeter dans une poubelle.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) [5], la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants, dont 24,95 % de jeunes de 15-24 ans, répartis dans 94 947 ménages. Sur cette base, l'utilisation de la formule de Machin *et al.* [6] a permis d'obtenir un échantillon de 573 individus. Le niveau de confiance était fixé à 95 %, le taux de non-réponse à 10 %, la précision ou marge d'erreur a été fixée à 5 % ($d = 0,05$). Ces individus ont été répartis entre les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Dafra, Do et Konsa), proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements (ancienne loi de découpage territorial). Les ménages ont donc été choisis proportionnellement à leur taille.

Après l'obtention d'un agrément du Comité d'éthique du centre de recherche MURAZ, la collecte des données s'est déroulée sur le terrain du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015. Basées sur le questionnaire utilisé dans des Enquêtes Démographiques et de Santé du Burkina Faso [7], les questions des questionnaires ménage et individuel ont été formulées avec soin, dans un langage simple et ont été accompagnées d'un formulaire de consentement éclairé, qui a été signé et daté par chaque enquêteur.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata SE, après une double saisie et le nettoyage de la base de données. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. Les variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2 et le test exact de Fisher dépendant de l'effectif (Chi-2 pour les effectifs théoriques > 5 et test exact de Fisher lorsque ces effectifs

étaient ≤ 5). Une régression logistique a été menée afin d'identifier les facteurs associés aux connaissances, attitudes et compétences des enquêtés.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés

Le tableau I résume la structure de la population des jeunes selon les principales caractéristiques sociodémographiques. Au cours de l'enquête, 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés dont 46 % de garçons et 54 % de filles. Leur âge moyen était de 19 ans. En considérant l'ensemble de l'échantillon, 8 % des enquêtés n'avaient pas été scolarisés, 91 % des répondants étaient célibataires.

Connaissances, perceptions et pratiques des jeunes vis-à-vis du préservatif

En matière de connaissance, 95 % des jeunes avaient déjà vu ou utilisé un préservatif masculin (99 % parmi les garçons et 91 % parmi les filles, $p = 0,000$). Aussi, plus les enquêtés étaient jeunes, moins ils déclaraient « connaître »

Tableau I : Répartition (%) des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des caractéristiques sociodémographiques

| Caractéristiques | Masculin N/% | Féminin N/% |
|-------------------------------|-----------------|----------------|
| Total | 266 (46) | 307 (54) |
| Âge | | |
| 15-19 | 145 (44) | 188 (56) |
| 20-24 | 121 (50) | 119 (50) |
| Situation matrimoniale | | |
| Célibataire | 263 (99) | 259 (83) |
| Marié(e) | 3 (1) | 46 (15) |
| Autres | 0 (0) | 2 (2) |
| Niveau scolaire actuel | | |
| Sans éducation formelle | 11 (4) | 37 (12) |
| Primaire | 22 (8) | 33 (11) |
| Secondaire | 191 (72) | 197 (64) |
| Supérieur | 42 (16) | 40 (13) |

un préservatif masculin ($p = 0,001$). Le niveau d'études déterminait aussi la connaissance du préservatif (100 % des jeunes scolarisés avaient déclaré avoir vu le préservatif masculin contre 91 % des jeunes non scolarisés, $p = 0,001$).

Comme l'indique le tableau II, la grande majorité (73 %) des enquêtés avaient déclaré que les préservatifs étaient très fiables pour la réduction du risque de contamination,

Tableau II : Répartition (%) des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des connaissances, perceptions et pratiques du préservatif

| Caractéristiques | Déclare avoir déjà vu un préservatif masculin N/% | Déclare fiable le préservatif masculin N/% | Sexuellement actif N/% | Déclare avoir utilisé un préservatif avec tous les partenaires occasionnels N/% |
|-------------------------|---|--|------------------------------|--|
| Ensemble | 543 (95) | 417 (73) | 311 (54) | 152 (49) |
| Sexe | | | | |
| Masculin | 264 (99) | 200 (75) | 132 (50) | 88 (67) |
| Féminin | 279 (91) | 217 (71) | 179 (58) | 64 (36) |
| P value | 0,000 | 0,000 | 0,008 | 0,000 |
| Âge | | | | |
| 15-19 | 306 (92) | 257 (77) | 119 (36) | 48 (40) |
| 20-24 | 237 (99) | 160 (67) | 192 (80) | 104 (54) |
| P value | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,001 |
| Niveau scolaire | | | | |
| Sans éducation formelle | 173 (91) | 37 (67) | 143 (75) | 70 (49) |
| Primaire | 6 (86) | 4 (7) | 0 (0) | 2 (29) |
| Secondaire | 329 (96) | 254 (66) | 143 (42) | 65 (46) |
| Supérieur | 35 (100) | 22 (76) | 25 (71) | 15 (64) |
| P value | 0,001 | 0,375 | 0,000 | 0,069 |

et la prévention des grossesses non souhaitées. Les garçons les plus âgés et avec un niveau d'études le plus élevé étaient les plus nombreux à faire des déclarations correctes relatives à la fiabilité du préservatif. Des questions relatives à l'accessibilité physique et financière avaient aussi été posées aux enquêtés. C'est ainsi que 91 % se sentaient tout à fait capables d'acheter un préservatif (100 % des garçons et 63 % des filles, $p = 0,000$). Les résultats montraient aussi que le prix du préservatif paraissait raisonnable à 88 % des enquêtés. De même, la quasi-totalité des jeunes enquêtés (99 %) déclarait savoir où se procurer le préservatif.

Un peu plus de la moitié des jeunes (54 %) était sexuellement active : 50 % des garçons interrogés et 58 % des filles ($p = 0,000$). Seuls 49 % des jeunes sexuellement actifs, avaient déclaré protéger tous leurs rapports sexuels avec les partenaires occasionnels, afin d'éviter les IST/VIH et les grossesses non désirées. Pour les jeunes qui n'avaient pas utilisé de préservatifs, les principales raisons évoquées étaient respectivement la diminution de la sensibilité pendant les rapports sexuels (39 %), le manque de confiance (21 %), le refus du partenaire (23 %), la confiance au partenaire (18 %), la difficulté d'utilisation (14 %), l'oubli (14 %), l'absence de préservatif (11 %), le dégoût pour le préservatif (7 %) et le manque de moyens financiers (1 %).

Compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin

Environ la moitié des enquêtés (52 %) se sentait tout à fait capable d'utiliser un préservatif masculin, (68 % des garçons vs 38 % des filles, $p = 0,000$). Par ailleurs, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer savoir utiliser le préservatif masculin (66 % des 20-24 ans vs 41 % des 15-19 ans, $p = 0,000$). En ce qui concerne le niveau d'études, les résultats montraient que les jeunes ayant été scolarisés se sentaient plus capables d'utiliser un préservatif masculin que les enquêtés sans éducation formelle. Mais les écarts étaient significatifs lorsque les jeunes avaient atteint au moins le niveau secondaire. Ainsi, 83 % des jeunes de niveau scolaire supérieur se sentaient capables de l'utiliser, contre 48 % des enquêtés du niveau secondaire et 43 % pour les jeunes jamais scolarisés (tableau III).

Mais soumis à la description des étapes de la pose du préservatif, seuls 24 % (35 % chez les garçons et 15 % chez les filles) avaient montré les capacités de poser le préservatif masculin de façon appropriée. Le niveau de compétence en matière d'utilisation du préservatif masculin était

Tableau III : Répartition (%) des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des capacités à utiliser correctement le préservatif masculin

| Caractéristiques | Se sentir tout à fait capable d'utiliser un préservatif (N/%) | A décrit correctement l'utilisation du préservatif (N/%) |
|-------------------------|---|--|
| Ensemble | 296 (52) | 139 (24) |
| Sexe | | |
| Masculin | 180 (68) | 93 (35) |
| Féminin | 116 (38) | 46 (15) |
| P value | 0,000 | 0,000 |
| Âge | | |
| 15-19 | 138 (41) | 57 (17) |
| 20-24 | 158 (66) | 82 (34) |
| P value | 0,000 | 0,000 |
| Niveau scolaire | | |
| Sans éducation formelle | 101 (43) | 37 (19) |
| Primaire | 2 (29) | 1 (14) |
| Secondaire | 164 (48) | 83 (24) |
| Supérieur | 29 (83) | 18 (51) |
| P value | 0,006 | 0,001 |

significativement plus élevé chez les aînés que chez les cadets, et chez les plus scolarisés que chez les moins scolarisés. Par ailleurs, il est apparu que 53 % des jeunes (77 % des garçons interrogés contre 33 % des filles interrogées) avaient déjà assisté à au moins une démonstration formelle d'utilisation du préservatif. On avait noté que les jeunes qui avaient assisté à au moins une démonstration formelle, avaient plus de capacités à poser le préservatif que ceux qui n'y avaient jamais assisté ($p = 0,04$). Par ailleurs, 91 % des enquêtés souhaitaient assister à davantage de séances de démonstration formelle d'utilisation de préservatif.

Durant la description des étapes de l'usage du préservatif, les différentes erreurs de manipulation commises par chaque enquêté ont été recensées, depuis le stockage jusqu'au retrait du préservatif. Les erreurs fréquemment relevées sont résumées dans le tableau IV.

Par ailleurs, les différents problèmes auxquels les enquêtés étaient confrontés lorsqu'ils utilisaient le préservatif masculin ont été également recensés. Environ trois enquêtés sur quatre (74 %) avaient déclaré au moins une rupture de préservatif au cours de sa vie sexuelle, 96 % un glissement de préservatif durant l'acte sexuel, 17 % une perte d'érection lors de la mise en place du préservatif, et 2 % un problème d'adaptation du préservatif (taille).

Tableau IV : Fréquences des erreurs recensées lors de la description d'utilisation du préservatif par les jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

| Erreurs recensées lors de la description d'utilisation du préservatif par les enquêtés | Fréquence % |
|---|-------------|
| Date d'expiration du préservatif non vérifié | 91 |
| Préservatif mis sans vérifier s'il n'est pas endommagé | 81 |
| Bout du préservatif non pincé afin de chasser l'air | 77 |
| Espace non prévu à l'extrémité du préservatif afin de recueillir le sperme et l'empêcher de s'écouler | 68 |
| Préservatif conservé dans un portefeuille ou dans la poche arrière d'un pantalon pendant une longue période | 62 |
| Préservatif mis dans le mauvais sens avant de le retourner et de l'utiliser dans le bon sens | 37 |
| Préservatif parfois placé après le début du rapport sexuel | 21 |
| Préservatif posé sur le pénis non entièrement en érection | 8 |
| Préservatif complètement déroulé avant la pose | 6 |
| Préservatif utilisé pour deux rapports consécutifs | 3 |

Discussion

L'utilisation du préservatif est reconnue comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois du VIH/Sida et des IST. Cependant, pour que leur efficacité soit maximale, les préservatifs doivent être utilisés de manière cohérente (à chaque rapport sexuel) et correctement. Cette efficacité a été estimée à 79 % pour une utilisation non cohérente, et à 90 à 95 % pour une utilisation cohérente [8].

Connaissances, perceptions des jeunes vis-à-vis du préservatif

Les jeunes interrogés avaient une bonne connaissance du préservatif, et une perception globalement favorable vis-à-vis de sa fiabilité. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces jeunes ont vu ou entendu parler du préservatif lors de campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de la communication tels que internet, les réseaux sociaux ou des amis. Après une étude à Bouaké en Côte d'Ivoire, Mazou [9] confirmait que la majorité des élèves interrogés avait un bon niveau

de connaissance du préservatif : ils savaient décrire les étapes d'utilisation, l'avaient déjà vu et/ou touché lors de campagnes de sensibilisation organisées dans leur établissement scolaire ou dans leur quartier.

Le niveau de connaissances du préservatif était plus élevé chez les garçons que chez les filles, chez les plus âgés que chez les moins âgés. De même, les jeunes ayant été scolarisés avaient plus de connaissances que les non scolarisés. L'association avec le niveau scolaire, peut se justifier par le fait que l'école permet aux individus d'être informés sur la santé sexuelle et reproductive par leurs pairs et/ou dans le cadre de cours de biologie. Quant à l'association « genre et âge », elle peut être la conséquence des inégalités sociales marquées par les préférences traditionnelles et culturelles accordées aux garçons et aux aînés. Ainsi, les cadets et surtout les filles sont généralement privés d'informations « jugées sensibles ». C'est ce que MacPhail [2] avait montré dans un township en Afrique du Sud, lorsqu'il affirmait que les normes sociales dominantes construisent la masculinité, et affectent profondément l'expérience hétérosexuelle des femmes.

Si plus de la moitié des jeunes étaient sexuellement actifs au moment de notre enquête, moins de la moitié d'entre eux avaient déclaré protéger tous leurs rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. La faible utilisation du préservatif pourrait être la conjugaison de plusieurs facteurs, dont les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels spécifiques de ces comportements à risques. Pour Mazou [9], les difficultés relatives à l'acceptabilité et à l'utilisation du préservatif par les jeunes, sont liées à l'environnement social dans lequel ils évoluent et au caractère inopiné des rapports sexuels dans la plupart des cas. Au Burkina Faso, Gueilla [10] avait documenté quelques déterminants de la non utilisation du préservatif chez les adolescents. Pour lui, les jeunes ne se protègent pas parce qu'ils n'ont souvent pas de préservatif en leur possession au moment du rapport sexuel. L'auteur explique cela par la honte et la réprobation qu'ont les adultes vis-à-vis des adolescents, quand il s'agit de leur procurer des condoms. En conséquence, il suggère le développement de stratégies d'accès au préservatif par les adolescents et dans la discrétion. L'installation de distributeurs automatiques dans certains endroits (Centres jeunes, toilettes des dancings et autres lieux festifs des jeunes) est une expérience à poursuivre.

La perception du risque est également considérée comme un obstacle à l'utilisation du préservatif par d'autres auteurs [4, 11]. Pour Ngamini [11], en dehors des facteurs prédisposants et des facteurs facilitants, le potentiel utilisateur du condom doit percevoir le VIH/Sida comme un

véritable danger pour sa santé, et percevoir aussi les ravages de cette maladie dans son environnement proche. L'étude de Sarah [4] sur les stratégies de prévention du VIH/Sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, semble valider cette suggestion puisque l'auteur avait affirmé que les campagnes axées sur la prévention des risques sexuels, ont conduit à une augmentation de l'utilisation du préservatif au cours des dernières décennies. Ceci bien que l'utilisation du préservatif à large échelle rencontre des réticences culturelles et religieuses dans ces pays. En conclusion, les auteurs soulignent que l'amélioration de l'utilisation du condom par les populations pourrait être obtenue, en mettant l'accent sur la disponibilité et sur les interventions visant à modifier les perceptions des populations relatives aux normes sociales, aux connaissances sur le VIH/Sida, à l'efficacité personnelle et à l'efficacité du condom à protéger effectivement contre le VIH/Sida [4].

Compétences des jeunes en matière d'utilisation du préservatif masculin

Le manque de compétences des jeunes garçons en matière d'utilisation du préservatif masculin

De nombreux enquêtés avaient des difficultés à utiliser les condoms de façon correcte. Deux jeunes garçons sur trois se déclaraient capables d'utiliser correctement un préservatif masculin. Mais soumis à la description des étapes, seuls 35 % avaient montré les capacités de mettre le préservatif masculin de façon appropriée. Ces résultats montrent combien il existe des différences entre les connaissances et les habiletés concrètes quant à l'utilisation du préservatif. Il semble évident que la bonne volonté et la connaissance des jeunes ne garantissent pas l'utilisation correcte du préservatif. Il leur faut nécessairement disposer de moyens qui leur en faciliteront l'usage approprié. Il est donc possible qu'une grande partie des enquêtés déclarant utiliser des condoms systématiquement, ne s'en soit pas servi de façon appropriée. Ce constat corrobore les résultats de l'enquête de PSI [3] qui avait montré que sur 74,0 % de jeunes qui pensaient être capables d'utiliser correctement le condom, seuls 21,7 % avaient pu réussir à franchir avec succès les cinq phases d'usage du condom : l'ouverture, la pression du bout, le déroulement et le retrait du condom. Cela signifie que l'utilisation correcte du condom demeure un contenu essentiel des campagnes d'information, car il s'agit d'un déterminant important pouvant influencer positivement la décision personnelle des jeunes à utiliser systématiquement le condom lors des rapports sexuels. Il ne suffit

donc pas de rendre disponibles les condoms, mais il est essentiel de rendre l'utilisation du condom efficace, en formant les utilisateurs potentiels à cet exercice.

Le manque de compétence des jeunes en matière d'utilisation de préservatif ne peut-elle pas influencer leurs intentions ou leur utilisation ? L'intention à elle seule ne suffit pas toujours à susciter chez les personnes, l'adoption des comportements sexuels préventifs. Il faut avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver. Par conséquent, les jeunes ne pourront pas utiliser systématiquement le préservatif s'ils ne savent pas le mettre, et ce, même s'ils possèdent des attitudes favorables vis-à-vis de l'usage du préservatif. Au Burkina Faso, Gueilla [10] avait déjà noté que dans les relations caractérisées par un seul rapport sexuel passager (sans lendemain), très peu d'adolescents utilisaient le condom. Selon l'auteur, c'est le manque de compétences à l'utiliser qui en était parfois la raison.

La capacité des jeunes à citer de façon correcte les différentes étapes d'utilisation du préservatif était plus significativement élevée chez les aînés que chez les cadets, et chez les plus scolarisés que chez les moins scolarisés. Ce constat résulte du fait que la fréquentation du système éducatif permet aux individus d'être informés, voire instruits sur leur santé sexuelle et reproductive. Ainsi, les aînés et les jeunes scolarisés ont plus de chances de développer des habiletés en matière d'utilisation correcte du préservatif, que les cadets et les non scolarisés. Pour Ngamini [11], la fréquentation scolaire est un facteur déterminant pour l'utilisation du condom. Ainsi, les jeunes qui ont fait des études secondaires ont 5,83 fois plus de chances de bien utiliser le condom que ceux qui n'ont jamais été à l'école. Notre étude avait établi un lien positif entre la participation à des campagnes de prévention et la bonne description des étapes d'utilisation du préservatif. Les jeunes ayant participé à une ou plusieurs séance(s) de prévention, étaient en mesure de restituer une leçon apprise sur l'utilisation du préservatif.

La faible implication des jeunes filles dans l'utilisation du préservatif masculin

Seulement 38 % des jeunes filles se sentaient capables d'utiliser correctement un préservatif masculin et, parmi elles, seules 15 % avaient pu bien citer les sept étapes. Cela est sans doute lié aux pratiques sexuelles dans lesquelles ce sont plutôt les garçons qui décident des conditions des relations sexuelles et de l'utilisation du préservatif (de l'achat et la pose). Ngamini [11] parlait d'un partage des tâches qui peut poser problème. En Afrique, dans la représentation sociale de la contraception et de la prévention du VIH-Sida,

la fille est généralement associée à la pilule et le garçon au préservatif. Et puis, ce sont plutôt les garçons qui ont plus de possibilités de participer aux campagnes de prévention, et d'assister à des démonstrations d'utilisation du préservatif. Ces observations résultent des inégalités et stéréotypes liés au genre. De fait, les filles ont moins de chances de développer des habiletés quant à l'utilisation correcte du préservatif que les garçons. En 2004, Gueilla [10] avait déjà montré qu'en ce qui concerne les conditions d'utilisation du condom, les jeunes garçons burkinabè étaient mieux informés que les filles. Des résultats similaires ont été obtenus ailleurs en Afrique [12-14]. Une étude menée par Deniaud [12] en Côte d'Ivoire, avait mis en évidence l'incapacité ou les difficultés techniques des femmes en matière d'utilisation du préservatif. Selon lui, beaucoup d'entre elles ne savaient pas, ou n'osaient pas savoir comment et où s'en procurer au moment opportun. D'autres ne connaissaient pas ses fonctions ou son mode d'emploi. Pour Rwenge [13], les différences observées, selon le genre, au niveau des comportements sexuels, sont de l'ordre des préjugés sociaux sur la place et le rôle de l'homme et de la femme dans la société. Selon ce modèle sociétal dominant encore fortement ancré en Afrique, les premiers doivent être sexuellement expérimentés avant de se marier, alors que les jeunes filles doivent rester vierges. Ces distinctions de genres engendrent, d'une certaine manière, la faible utilisation de condoms chez les filles, à qui, en fait, on inculque dès l'enfance, l'idée selon laquelle une femme doit être passive dans cette activité. Il est apparu dans toutes ces études, que l'expérience de la sexualité des femmes et des hommes, reste encore très différente et très marquée par les stéréotypes de genre. On oppose donc une sexualité féminine « rangée, » empreinte d'affectivité et associée à la fidélité, à une sexualité masculine plus variée, expérimentale, axée sur les besoins naturels et le plaisir [14]. L'homme étant censé être celui qui a le plus d'expériences sur le plan sexuel, il est généralement reconnu par les deux sexes comme étant responsable du condom et de son installation. C'est ce que Lacombe [15] dénonçait lorsqu'elle affirmait qu'utiliser un condom n'est pas une activité solitaire, mais plutôt un travail d'équipe. Cela nécessite la collaboration des deux partenaires. Il a donc été recommandé que les programmes de prévention continuent à discréditer les normes de genre qui découragent l'usage du préservatif parmi les jeunes, et à favoriser les environnements propices à cet usage [16].

Les erreurs de manipulation et leurs conséquences

Alors que l'efficacité du condom dépend fortement de la manière dont il est utilisé, cette étude avait démontré que

les erreurs de manipulation des condoms sont courantes. Il s'agit principalement des cas d'utilisation du préservatif sans vérifier la date d'expiration ; de déroulement total du préservatif avant de le mettre en place ; d'utilisation de préservatif après le début de la pénétration ou du retrait avant que l'érection ne retombe. Ces erreurs pouvaient engendrer d'autres difficultés telles que les ruptures, les glissements, les fuites et des pertes d'érection. Par ailleurs, les usages incorrects sont susceptibles d'accroître le risque de transmission du VIH et de grossesses non désirées. Par exemple, lorsqu'un individu se trompe de sens de déroulement du préservatif avant de retourner le même préservatif et de l'utiliser dans le bon sens, il court le risque de contaminer le préservatif (par des liquides séminaux à travers les contacts avec les différentes zones du partenaire : bouche, sexe, anus) avant sa mise en place. Un récent examen de littérature ayant recensé 50 études, avait révélé que les erreurs d'usage du condom sont des événements courants à l'échelle mondiale. Pour ces auteurs, l'éducation peut aider à prévenir les usages inappropriés, et accroître l'efficacité du condom pour la prévention du VIH et des IST [17]. Deniaud [12] avait documenté 149 problèmes d'utilisation du préservatif lors d'une recherche d'ethno-prévention du sida à Abidjan en Côte d'Ivoire. Pour lui, l'inexpérience, l'ignorance du mode d'emploi, la brutalité peuvent conduire à des problèmes tels que les ruptures et les glissements. Une équipe de chercheurs qui avaient collecté l'expérience de près de 500 hommes homosexuels entre 18 et 24 ans quant à leurs pertes d'érection pendant l'usage d'un préservatif, avait conclu que les problèmes d'érection pendant l'utilisation du condom, sont liés à une utilisation irrégulière et incomplète. Pour ces chercheurs, la probabilité de souffrir de ce type de difficultés augmente si l'homme n'a pas confiance dans la façon dont il met le préservatif, s'il ne se sent pas à l'aise lorsqu'il l'utilise, ou s'il a des partenaires multiples.

Il ressort de cette discussion que la sexualité des adolescents est souvent spontanée, nouvelle, fortement émotionnelle, peut-être aussi teintée d'une certaine honte et empreinte de secret. Dans ce contexte social et comportemental, le risque existe que le préservatif ne soit pas utilisé correctement ou soit même ignoré. Les deux partenaires n'osent peut-être pas parler du préservatif, et il convient d'encourager tout particulièrement les jeunes filles à exiger de leur partenaire l'utilisation correcte d'un préservatif [18]. Ceci nécessite de renforcer l'éducation à la vie affective et sexuelle du public notamment par l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (internet, réseaux sociaux) pour optimiser l'utilisation correcte du préservatif. Cela implique de parler

ouvertement des choses comme les érections, le sperme, les lubrifiants et d'autres aspects de la relation sexuelle, ce qui peut choquer dans certaines cultures. Mais cette lacune en matière d'éducation sexuelle se fait au prix de la santé des individus et, parfois, de leur vie [19].

La nécessité d'orienter les campagnes de sensibilisation vers les compétences d'utilisation de condom

Près de la moitié des enquêtés n'avaient jamais assisté à une démonstration d'utilisation de préservatif et la plupart d'entre eux souhaitaient y assister. Ce qui pourrait s'expliquer par les difficultés des campagnes de sensibilisation multiformes à atteindre tous les jeunes du pays. Pour Gueilla [10], l'incapacité des jeunes burkinabè à bien poser le préservatif, se justifie par le fait qu'ils n'ont pas l'opportunité de participer à des démonstrations. Au Cameroun, lorsque Barèrre [20] avait demandé à des jeunes enquêtés s'ils pensaient qu'on devrait enseigner l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans, 59 % avaient répondu par l'affirmative. Ces suggestions des enquêtés pour améliorer leurs compétences, sont d'autant plus importantes que les messages sur l'usage de préservatif sont rarement renouvelés, et adaptés aux outils tels qu'internet et les réseaux sociaux. Pour cela, il faudrait d'abord savoir dans quelle mesure ces messages transmettent-ils des savoirs et des compétences nécessaires à l'utilisation régulière et correcte du préservatif. Malheureusement, les campagnes de sensibilisation et d'information se transforment en séances de distribution de préservatifs, et surtout de dépliants sans pouvoir procéder à des démonstrations et sans échanges avec les jeunes. Le rapport final d'une étude menée au Burkina Faso par l'Université de Columbia, avait montré que les jeunes attendaient que les campagnes de sensibilisation se poursuivent, mais que l'accent soit mis sur les signes de gravité de la maladie, et les démonstrations d'utilisation du condom. Les jeunes souhaitaient que des projections de films soient privilégiées, et estimaient que le langage utilisé au cours des campagnes de sensibilisation n'était pas accessible. Ils préconisaient d'utiliser les leaders de jeunes, les associations de jeunesse, les groupes de sport et les fêtes traditionnelles, pour la transmission des messages de prévention [21]. Pour les investigateurs de cette étude, le contenu des messages est primordial. Car, ce que le destinataire comprendra et assimilera, dépend non seulement de la valeur scientifique du message, mais aussi du cadre de référence à l'intérieur duquel il l'interprète. De nombreux facteurs sociaux tels l'âge, le sexe, l'accès à l'instruction, la situation économique et les convictions religieuses, influent sur la compréhension et la perception de la santé sexuelle.

Le message devrait être conçu en tenant compte des destinataires. De même, il est souhaitable que les promoteurs parlent au public avec les mots que celui-ci comprend, et refléter le contexte matériel et l'environnement social dans lequel il évolue [22]. Il importe donc d'accroître la sensibilisation des jeunes dans les centres de formation formelle et informelle, tout en adaptant le contenu des messages de façon à transmettre les compétences requises. L'internet et les réseaux sociaux devront être mis à contribution, car les jeunes seront sensibles à ces supports universels qui touchent les habitants du monde entier.

Les limites de l'étude

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des résultats. D'une part, il se pourrait que des enquêtés qui avaient déclaré utiliser le préservatif aient éprouvé des difficultés à se rappeler des problèmes d'usage rencontrés, ou qu'ils aient été mal à l'aise de dire toute la vérité sur un sujet aussi intime. D'autre part, comme l'a dit Lacombe [15], utiliser un condom n'est pas une activité solitaire, mais plutôt un travail d'équipe qui nécessite la collaboration des deux partenaires. Mais c'est malheureusement une seule personne de cette « équipe » qui avait participé à notre enquête, à cause de son caractère confidentiel. Néanmoins, ces limites ne sont pas de nature à jeter le doute sur la pertinence de cette recherche.

Conclusion

Le présent article montre que peu de jeunes utilisaient régulièrement et correctement le préservatif, malgré leur connaissance et leur prise de conscience des risques d'infection au VIH et des grossesses non désirées. Plusieurs explications ont été apportées par différentes études, dont le manque de compétences des jeunes en matière d'utilisation de préservatif marqué d'inégalités et stéréotypes liés au genre et à l'âge. Ainsi, cette étude a permis de constater une variété d'erreurs et problèmes d'usage (ruptures, glissements, fuites et pertes d'érection) susceptibles de diminuer l'efficacité du préservatif. Les efforts de prévention du VIH-Sida doivent aider les populations à adopter des stratégies de prévention adaptées à leur situation, et les plus efficaces pour eux [18]. Il est urgent de multiplier les campagnes de sensibilisation et d'information, tout en adaptant leur contenu aux besoins réels des jeunes, de façon à leur transmettre les compétences requises pour une

prévention efficace, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif. Les nouveaux outils de la communication (téléphones, internet et réseaux sociaux) devront être mis à contribution. Cette étude peut permettre de mieux orienter les futures interventions de lutte contre les IST/VIH et les grossesses non désirées ciblant les jeunes.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toute l'Équipe Société et Santé du département de Santé Publique du Centre Muraz pour sa contribution multiforme (amendement du protocole, formation des enquêteurs, collecte et encodage des données, vérification des questionnaires, etc.) et les équipes du Centre de Calcul du Centre Muraz et du Luxembourg Institute of Health pour leur appui méthodologique, le traitement et l'analyse des données.

Références

1. Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et de jeunes et la transformation de l'avenir. L'état de la population mondiale. New York : FNUAP ; 2014. 136 p. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WEB.pdf.
2. MacPhail C et Campbell C. I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(11):1613-1627. Doi: 10.1016/S0277-9536(00)00272-0.
3. Population service international (PSI). Enquête de base pour suivre et analyser les déterminants de l'utilisation consistante du condom en vue de prévenir le VIH/Sida au sein de la population générale. Burkina Faso: PSI; 2009. 20 p. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : https://www.psi.org/wp-content/uploads/drupal/sites/default/files/publication_files/838-burkinafaso_trac_rmw_cdm_hiv_smrs.pdf.
4. Desgrées du Loü A, Memmi S, Orne-Gliemann J. Strategies of HIV Prevention in Low and Middle-Income Countries. *The Open Infectious Diseases Journal*. 2010; 4: 92-100. Electronic publication date 15/9/2010. Doi: 10.2174/1874279301004010092.
5. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Burkina Faso : MFE ; 2009. 348 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : http://www.indsd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres%20enq/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf.
6. Machin D, Campbell MJ, Fayers PM, Pinol A. Sample Size Tables for Clinical Studies. Second Edition John Wiley & Sons. Chichester (United Kingdom): 1997. 315 p.
7. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) du Burkina Faso. Calverton : ICF International ; 2010. 349 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/3/33/Burkina-Faso-EDS-2003-fr.pdf.
8. Tsafack Temah C, Pinkerton A. Les déterminants de l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne. *Revue d'économie du développement*. 2009;17(1):73-106. Doi: 10.3917/edd.231.0073.
9. Mazou G. Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif 27 chez les élèves du Lycée moderne II de Bouaké. *European Scientific Journal*. 2014;10(2):128 p.
10. Gueilla G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. New York : Alan Guttmacher Institute ; 2004. 37 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2005/03/01/or16.pdf>.
11. Ngamini Ngui A. Déterminants de l'utilisation du condom chez les jeunes en Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*. 2010;57(4): S41-S135.
12. Deniaud F. Jeunes et préservatifs à Abidjan, une recherche d'ethno-prévention du Sida et des MST. In : Dozon JP, Vidal L, Éditeurs. Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de l'exemple ivoirien. Paris : ORSTOM ; 1995. pp. 89-108.
13. Rwenge J. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. *African journal of reproductive health*. 2013;17(1):66-49.
14. Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Revikard A. L'empreinte du genre dans la sexualité. In : Introduction aux Gender Studies. Éditions De Boeck. Bruxelles, 2008. pp. 37-73.
15. Lacombe E. Le condom : questions et réponses. *Le Médecin du Québec*. 2006;41(2):37-69.
16. Audrey P, Katie O, MacPhail C, William C. Précocité des premiers rapports sexuels et facteurs de risque de contraction du VIH associés chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique du Sud. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*. 2010 ; Numéro spécial: 29-37.
17. James W. Les condoms : infaillibles ? De Point de mire sur la prévention. Canada : CATIE ; 2013. [Visité en 31/03/2016]. En ligne : <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2013/les-condoms-infaillibles>.
18. Johannes B, Sybille T, Brigitte F. La contraception chez les adolescentes. *Forum Med Suisse*. 2006;6:1004-10.
19. Cynthia A, Graham A, Richard C, William L, Yarber B, Stephanie A *et al*. Erection loss in association with condom use among young men attending a public STI clinic: potential correlates and implications for risk behavior. *Sexual Health*. 2006;3:255-60. Doi: 10.1071/SH06026-1448-5028/06/040255.
20. Barrere M. Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/Sida. In Institut National de la Statistique (INS). Enquête démographique et de santé du Cameroun. Calverton : ICF International ; 2004. pp. 261-292. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR163/15chapitre15.pdf>.
21. Ouango G, Kabore I, Tapsoba P, Ouédraogo Y. Étude pour contribuer à la promotion de l'utilisation des condoms par les jeunes des zones urbaines et rurales. New York : Columbia University ; 1994. 34 p. [Visité en 30/05/2016]. En ligne : <http://www.popline.org/node/285716>.
22. Gudmund H. Le combat de l'UNESCO contre le VIH/Sida : Historique et dix leçons. *Perspectives*. 2002;22(1). p. 22.

Research

Prises de risques chez les jeunes de Bobo Dioulasso: une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuels



Risk assessment in young people living in Bobo Dioulasso: analysis of factors associated with sexual precocity and multiple partners

Clétus Come Adohinzin^{1,*}, Nicolas Meda², Adrien Marie Gaston Belem³, Georges Anicet Ouédraogo³, Issiaka Sombie⁴, Abdramane Berthe⁵, Laurence Fond-Harmant⁵

¹Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), ²Université de Ouagadougou 03BP 7021 Ouagadougou 03 (Burkina Faso), ³L'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), ⁴Centre Muraz, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), ⁵Epidemiology and Public Health Research Unit, Luxembourg Institute of Health (Luxembourg)

*Corresponding author: Clétus Come Adohinzin, Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Mots clés: Sexualité précoce, comportements préventifs, multipartenariat, VIH/Sida, Burkina Faso

Received: 02/05/2016 - Accepted: 16/10/2016 - Published: 02/11/2016

Abstract

Introduction: Malgré les efforts d'éducation à la santé, les jeunes continuent d'adopter des comportements sexuels à risques, susceptibles d'avoir des répercussions importantes sur leur santé. Cette étude visait à analyser les facteurs associés à la précocité sexuelle et au multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo-Dioulasso. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude quantitative et transversale. Les données d'enquête ont été recueillies en décembre 2014 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), auprès de 573 jeunes de 15 à 24 ans. Ces enquêtés ont été sélectionnés par un sondage en grappes à deux degrés. Des facteurs à risques relatifs à la précocité sexuelle et au multipartenariat ont été analysés à l'aide du logiciel Stata IC 13. Le seuil de signification de $P < 0,05$ a été utilisée. **Résultats:** Plus de la moitié des enquêtés (54%) étaient sexuellement actifs dont 14% avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat sexuel avait été observé chez 24% des jeunes sexuellement actifs. Parmi les facteurs déterminants de la précocité sexuelle et du multipartenariat figuraient l'âge, le sexe, le niveau d'étude, et la situation économique des parents. Nos données avaient aussi montré que les rapports sexuels trop précoces étaient associés au multipartenariat sexuel ($p < 0,005$). **Conclusion:** Les actions visant à renforcer les capacités des jeunes à retarder les premiers rapports sexuels et à mieux évaluer les risques seront de toute importance. Les capacités des parents, des enseignants et des prestataires devraient être aussi renforcées pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux et les jeunes.

Pan African Medical Journal. 2016; 25:132 doi:10.11604/pamj.2016.25.132.9767

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/132/full/>

© Clétus Come Adohinzin et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pan African Medical Journal – ISSN: 1937- 8688 (www.panafrican-med-journal.com)
Published in partnership with the African Field Epidemiology Network (AFENET). (www.afenet.net)



Abstract

Introduction: despite health education efforts, young people continue to adopt risky sexual behaviors which may have a significant impact on their health. This study aims to analyze the factors associated with sexual precocity and multiple partners among young people aged 19-24 years living in Bobo-Dioulasso. **Methods:** we conducted a quantitative, cross-sectional study. Survey data were collected from 573 young people aged 15-24 years in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) in December 2014. The respondents were selected using two stages cluster sampling. Risk factors for sexual precocity and multiple partners were analyzed using Stata 13 IC software. We used $P < 0.05$ as the significance level. **Results:** more than half of respondents (54%) were sexually active, of whom 14% before the age of 16. Having multiple sex partners was reported by 24% of sexually active youth. Determinants of sexual precocity and multiple partners were age, sex, level of education and economic status of parents. Our data have also shown that early sexual debut was associated with multiple sexual partners ($p < 0.005$). **Conclusion:** actions aimed to convince young people to delay sexual debut and to better assess risks are of utmost importance. Enhancing parents, teachers and carers capabilities is essential to improve the quality of their relationships with young people.

Key words: Sexual precocity, preventive behaviors, multiple partners, HIV/AIDS, Burkina Faso

Introduction

Selon l'OMS, l'adolescence est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement. C'est souvent à ce moment que les individus deviennent sexuellement actifs, et acquièrent des compétences essentielles sur leur santé sexuelle et reproductive. Tout dépend donc de comment cette période transitoire est négociée. Si elle est mal négociée, ces étapes peuvent comporter des risques pour la santé à court ou à long terme [1]. Au Burkina Faso, de nombreuses filles se marient et donnent naissance à un enfant durant l'adolescence. Bon nombre de garçons débute aussi leur vie sexuelle à cette période et se marient plus tard. D'autres doivent faire face à des relations sexuelles forcées, au mariage précoce, aux infections sexuellement transmissibles dont le Sida, ou encore aux grossesses non désirées et aux avortements clandestins [2]. Il est donc primordial que les jeunes puissent être accompagnés efficacement par les familles et les communautés, car ils sont plus susceptibles d'adopter des comportements protecteurs pour eux-mêmes et pour autrui, lorsqu'ils disposent d'une information appropriée sur leur santé sexuelle et reproductive. Plusieurs recherches se sont intéressées à la sexualité des jeunes. Les résultats de ces travaux ont montré qu'au Burkina Faso comme dans d'autres pays africains, une persistance des comportements sexuels à risques tels que la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, les échanges économico-sexuels, la faible utilisation du préservatif et des contraceptifs [2-4]. C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux facteurs associés à la précocité des premiers rapports sexuels, et à la multiplicité des partenaires sexuels. Elle s'avère d'autant plus pertinente que, d'une part, les quelques

études effectuées sur la précocité sexuelle et le multipartenariat à Bobo Dioulasso ne sont pas des plus récentes et, d'autre part, à cause du lien de « cause à effet » qui existe entre ces deux comportements, et qui sont documentés par certains auteurs. Il apparaît par exemple, que les rapports sexuels précoces augmentent le risque de transmission des IST et du VIH, et exposent au multipartenariat sexuel qui augmente également le risque de transmission du VIH [3]. Dans les sociétés burkinabè qui connaissent des mutations dues à plusieurs réalités, notamment l'urbanisation, l'analphabétisme, les inégalités liées au genre, et plus récemment les crises socio-économiques, les facteurs associés aux comportements sexuels à risques, requièrent donc une analyse rigoureuse. Cette étude visait à identifier les facteurs qui expliquent mieux la précocité sexuelle et le multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo Dioulasso, afin de mieux contribuer à la prévention des IST/VIH/Sida, et à la réduction des grossesses non désirées.

Méthodes**Type d'étude, population cible et échantillonnage**

Cet article traite des résultats d'une étude quantitative et transversale menée auprès de 573 jeunes âgés de 15 à 24 ans, résidant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Tous les jeunes qui ne souhaitaient pas participer à l'enquête, ou qui ne répondaient pas aux critères d'âge et de résidence avaient été exclus. Deux comportements sexuels à risques, ont été analysés à travers cet article : la précocité sexuelle et le multipartenariat. La précocité sexuelle est définie comme étant le fait d'avoir sa

première relation sexuelle avant l'âge de 16 ans. Le multipartenariat renvoie à l'existence, pour un individu donné à un moment donné, de plusieurs partenaires sexuels (simultanément ou successivement). Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation [5], la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants répartis dans 94 947 ménages, dont 24,95% de jeunes de 15-24 ans. Sur cette base, nous avons utilisé la formule de Machin [6] pour obtenir un échantillon de 573 individus. Le niveau de confiance était fixé à 95%, le taux de non-réponse à 10%, la précision ou marge d'erreur a été fixée à 5% ($d=0,05$).

Collecte de données

Les jeunes ont été interrogés du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015. Les entretiens ont été conduits à domicile par 13 enquêteurs (enquêteurs et superviseurs). A la fin de chaque journée d'enquête, une réunion était organisée pour évaluer la cohérence des informations recueillies, et la complétude des questionnaires. Deux types de questionnaires (ménage et individuel) ont été utilisés, après leur validation par le comité éthique du Centre Muraz. Ils ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographiques et de Santé du Burkina Faso [2]. Ils ont été accompagnés d'un formulaire de consentement éclairé, qui a été signé et daté par chaque enquêté. La collecte de données a été précédée par une formation des enquêteurs et des superviseurs sur l'éthique et la recherche quantitative et qualitative. Ces enquêteurs ont été sélectionnés sur la base de leurs expériences du travail d'enquêtes de terrain, et leur maîtrise de la langue locale. A l'issue de cinq jours de formation, un pré test a été organisé sur un site neutre qui ne fait pas partie de la zone d'enquête. Un atelier de validation des deux outils de collecte de données a été enfin organisé.

Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata IC 13, après une double saisie et le nettoyage de la base de données. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. Les statistiques descriptives des premières expériences sexuelles des jeunes, et la dynamique des relations sexuelles (multipartenariat) ont été présentées, stratifiées par tranche d'âge, par sexe, par niveau d'étude, par situation économique des parents et par utilisation du préservatif. Ces variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2 et le test exact de Fisher dépendant de l'effectif (Chi-2 pour les effectifs > 5 et test

exact de Fisher ≤ 5). Une régression logistique a été menée, afin d'identifier les facteurs associés aux comportements sexuels à risques chez les enquêtés. Les valeurs $p < 0,05$ étaient considérées comme statistiquement significatives.

Résultats

Caractéristique de l'échantillon par sexe

Le Tableau 1 montre que les jeunes interrogés étaient majoritairement des filles (53,6%). En considérant l'ensemble de l'échantillon, 91,6% d'entre eux étaient scolarisés tandis que 8% n'avaient jamais fréquenté l'école. Il s'agit d'une population essentiellement célibataire, dont 86,1% cohabitaient avec au moins un parent biologique ou un tuteur. La répartition des jeunes selon le lien avec le Chef de Ménage (CM), montrait que 65,6% d'entre eux étaient apparentés au CM (enfants/neveux/nieces/petits-fils) contre 34,4% sans lien de parenté avec le CM (enfant placé et ou adopté). Sur le plan socioéconomique, 72,6% des CM travaillaient alors que 27,4% n'avaient pas d'activité.

La précocité sexuelle chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso

Les résultats de notre étude montraient que 54,0% de jeunes avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif. L'âge médian au moment des premiers rapports sexuels était de 17,75 ans pour les deux sexes (17,6 ans pour les filles et de 18 ans pour les garçons). On avait noté que 13,8% des jeunes avaient eu leur premier rapport avant 16 ans. Certaines caractéristiques de la précocité sexuelle chez les jeunes interrogés, sont résumées dans le Tableau 2. On peut constater à la lumière des résultats obtenus, une forte relation entre l'activité sexuelle avant l'âge de 16 ans, et certaines variables telles que la fréquentation scolaire, le sexe et l'âge. La fréquence des rapports sexuels précoces était plus élevée chez les jeunes non scolarisés que chez les jeunes scolarisés. Plus de la moitié des jeunes non scolarisés (62,8%) avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, contre 34,9% de ceux qui avaient un niveau correspondant au secondaire. C'est seulement 2,3% des jeunes du niveau supérieur qui avaient connu une entrée sexuelle précoce ($p < 0,001$). Nous avons aussi noté que 41,9% des enquêtés avaient le premier rapport avec un partenaire de plus de 10 ans de différence, 23,2% avec un partenaire de 5 à 9 ans de

différence d'âge, et 18,6% avec un partenaire de 1 à 4 ans de différence d'âge. C'est seulement 2,3% des jeunes filles qui avaient déclaré avoir eu le premier rapport avec un partenaire moins âgé qu'elles, et 13,9 % avec des partenaires du même âge. Ces différentes associations observées lors de l'analyse univariée entre la précocité sexuelle et les variables telles que le niveau scolaire, le sexe et l'âge, demeurent significatives dans les modèles multivariés.

Le multipartenariat sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans de Bobo-Dioulasso

Il ressort des données observées, que 24,4% des jeunes sexuellement actifs, avaient au moins deux partenaires sexuels différents au cours des 12 mois qui avaient précédé notre enquête. Parmi ceux-ci, 61,8% étaient des garçons et 38,2% des filles. La classification du type de multipartenariat avait montré que 66,4% des jeunes concernés par le multipartenariat, avaient des rapports sexuels concurrentiels (concomitants), contre 33,6% des jeunes qui entretenaient des rapports sexuels successifs avec plus d'un partenaire pendant cette période (sériels). Plusieurs raisons ont été évoquées par les enquêtés pour justifier le multipartenariat : 65,9% pour la recherche d'un ou d'une partenaire sûr (e), 18,2% en échange d'argent ou de cadeaux, et 15,9% pour des raisons émotionnelles. Nos résultats suggéraient une forte relation entre le multipartenariat et le sexe, l'usage du préservatif et la situation économique du ménage. Tous autres facteurs demeurant égaux, le multipartenariat (simultanément ou successivement) était plus fréquemment rapporté par les garçons que par les filles (61,8% contre 38,2% : $p < 0,001$). De la même façon, on avait constaté que les multipartenaires étaient les plus nombreux à avoir déclaré l'usage du préservatif au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$). Les jeunes enquêtés qui changeaient souvent de partenaires, se protégeaient plus (88,2%) que ceux qui avaient eu peu de partenaires (11,8%). La situation économique du Chef de Ménage était fortement associée au multipartenariat ($p = 0,002$). Selon le Tableau 3, le multipartenariat était plus fréquemment rapporté par les jeunes vivants dans les ménages où les chefs n'occupaient pas d'emploi (69,7%), que dans ceux où ils avaient un travail (30,3%). Par ailleurs, les analyses multivariées effectuées, avaient révélé une corrélation entre le multipartenariat et la précocité sexuelle. Ainsi, 70,4% des jeunes qui avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, avaient déclaré plusieurs partenaires, contre seulement 21,1% de ceux qui avaient déclaré une sexualité tardive ($p = 0,0341$).

Discussion

Cette étude avait comme principal objectif d'analyser les facteurs associés à la précocité sexuelle et au multipartenariat chez les jeunes de 19-24 ans de Bobo-Dioulasso. Les données de cette enquête montrent une persistance des comportements sexuels à risques tels que la précocité des premiers rapports sexuels et le multipartenariat. Cette partie nous permettra d'interpréter ces différents résultats de notre recherche.

Les déterminants d'une entrée précoce dans la vie sexuelle

A l'image d'autres recherches menées au Burkina Faso et ailleurs, cette étude a mis en évidence l'entrée en activité sexuelle précoce des jeunes. Plus de la moitié des enquêtés avaient déjà eu leur premier rapport sexuel, dont 13,7% avant l'âge de 15 ans. En 2004, une étude menée au Burkina Faso par Guella [7] avait noté que l'âge médian lors du premier rapport sexuel, était de 17,2 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes. Un peu plus tard en 2010, EDS-IV [2] avait relevé un rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel uniquement chez les jeunes filles. Il était passé de 17, 2 ans en 2004 à 17,7 ans en 2010. Ces constats sont assez préoccupants, vu l'âge médian auquel ces jeunes avaient eu leur premier rapport sexuel pénétratif. A cet âge, ils ne sont pas encore matures. Une explication de la précocité sexuelle peut en être que, les jeunes grandissent dans un environnement rapidement changeant, qui leur offre continuellement de nouvelles découvertes. La mondialisation, l'accès à de nouvelles techniques de communication, l'urbanisation rapide et l'évolution des normes sociales, sont tous des facteurs qui attisent la curiosité des jeunes. D'autres explications ont été suggérées par de nombreuses recherches, pour justifier le rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel. Pour Adjahoto [8], cette situation est la conséquence du déficit de communication entre les jeunes et leurs parents. Cette difficulté de communication amène les enfants à une recherche d'informations parfois non fiables en dehors du cercle familial (dans la rue ou avec des amis). Il nous paraît important de reconnaître l'évolution des réalités de la vie des adolescents et des jeunes. Une éducation sexuelle complète de bonne qualité, offre un espace pour ce dialogue dans les milieux éducatifs, les centres de santé, entre pairs, au sein de la famille et dans la communauté [9].

La grande majorité de nos enquêtés avaient leur premier rapport avec un partenaire plus âgé. Cette observation est en conformité

avec la préférence clairement affichée par les jeunes de Bobo-Dioulasso, lors d'une étude précédente menée par Baya [10]. Les résultats de cette étude indiquaient un écart de 6,5 ans entre les premiers partenaires sexuels. Par ailleurs, le fait d'avoir un premier partenaire plus âgé, était associé à des premiers rapports sexuels précoces chez les jeunes. Cette association justifie le fait que les premières expériences sexuelles, soient généralement vécues avec des personnes expérimentées. Selon Bozon [3], 83% des partenaires des femmes ont plus d'expériences sexuelles qu'elles. De notre point de vue, ce déséquilibre d'expériences peut avoir des conséquences importantes sur la santé du partenaire le plus jeune (violences et abus sexuels, infections aux IST/VIH et grossesses non désirées). En 2003, une étude menée aux Etats-Unis [11] avait justifié le taux élevé de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes, par la différence d'âge entre celles-ci et leurs partenaires sexuels. Du reste, l'écart d'âge est un indicateur dont il faudra tenir compte dans l'élaboration des programmes de prévention. Nos résultats ont aussi révélé une corrélation positive entre la fréquentation scolaire et la précocité sexuelle. On peut estimer que l'environnement éducatif, crée des espaces et des occasions d'échanges d'informations, permettant aux jeunes de prendre de bonnes décisions en ce qui concerne leur sexualité. Selon l'UNICEF [12], les jeunes instruits sont susceptibles d'adopter des attitudes et d'avoir des connaissances qui leur permettent de résister aux pressions, et d'assumer la responsabilité de leur propre vie. Pour que cet avantage profite mieux aux jeunes, les informations sur la sexualité ainsi que sur les compétences essentielles, devraient être intégrées au niveau primaire et offertes pendant toute la scolarité. Les jeunes qui ne resteront pas très longtemps dans le système scolaire pourront ainsi en bénéficier.

Le multipartenariat et les facteurs associés

Le multipartenariat sexuel est une pratique déclarée par 24% des jeunes enquêtés, bien que cette pratique semble accroître le risque d'exposition au VIH/Sida et aux grossesses non désirées. La fréquence du multipartenariat parmi les jeunes, avait été déjà documentée par plusieurs études au Burkina Faso. L'EDS IV [2] avait révélé que 11,5% des jeunes garçons de 15 à 24 ans, avaient eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaires, contre 0,9% pour les jeunes filles. Par ailleurs, nous avons noté que le multipartenariat concomitant était plus fréquent (66,4%) chez les enquêtés que le multipartenariat sériel. Pourtant, plusieurs recherches avaient montré que le multipartenariat concomitant demeure l'un des risques majeurs, conduisant l'épidémie du VIH en

Afrique [7, 13]. Pour Gueilla [7], les rapports sexuels concurrentiels sont en effet très déterminants dans la propagation du VIH, notamment dans des situations où le condom n'est pas utilisé. Cependant, d'autres études avaient montré que le multipartenariat ne serait pas si déterminant dans la transmission des VIH/Sida et les grossesses non désirées. Selon Ferry [14], le nombre de partenaires sexuels n'influencerait pas de façon importante sur le taux de transmission du virus dans une population sexuellement active. Mais il serait un facteur accroissant le risque de transmission en présence d'autres facteurs (rapport anal, absence de circoncision, non usage de préservatif). Pour Bajos [15], la prise de risques peut être moins importante chez un multipartenaire qui protège chaque rapport sexuel, que chez un monopartenaire qui a des rapports non protégés.

Les résultats de notre étude ont montré que le multipartenariat sexuel est, quel que soit l'âge, plus intense parmi les garçons que les filles. Cette différence témoigne des rapports inégaux entre les hommes et les femmes. Elle se caractérise par des stéréotypes sexuels (masculins et féminins) produits par la société. Pour Bergeron [13], la tradition et les représentations sociales ont favorisé une conception bipolaire des rôles sexués. L'homme doit être autonome, actif et compétitif. En revanche, l'identité féminine se définit en fonction d'autrui et dans des qualificatifs tels que l'affectivité, la passivité et la vulnérabilité. On peut estimer que, ce sont ces attentes sociales sur la façon dont les hommes doivent se comporter, qui parfois amènent les jeunes à adopter des comportements à risques tel que le multipartenariat sexuel. Dans une étude réalisée dans les pays francophones de l'Afrique subsaharienne y compris le Burkina Faso, Rwenge [16] avait montré que les sociétés africaines étaient plus bienveillantes à la sexualité des hommes, par rapport à celle des femmes. Elles n'attendent pas la même chose des garçons et filles dans l'activité sexuelle. Les garçons doivent être sexuellement expérimentés avant de se marier, alors que les filles doivent rester vierges. Notre étude avait établi une association positive entre le multipartenariat et l'utilisation du préservatif. Les jeunes qui changeaient ou multipliaient les partenaires, se protégeaient plus (88,2%) que ceux qui avaient eu peu de partenaires (11,8%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les premiers sont conscients des risques liés au multipartenariat (infections aux VIH/Sida et les grossesses non désirées). Selon Dab [17], ce sont la perception du risque et la proximité subjective avec la maladie, qui justifient l'utilisation du préservatif chez les multipartenaires. Bien que le constat soit encourageant, nous ne pouvons malheureusement pas oublier que l'efficacité du préservatif

est déterminée par son utilisation correcte. Ainsi, pour Ferry [14], ce n'est pas le nombre ou le pourcentage d'utilisation qui est le plus important, mais les conditions d'utilisation du préservatif. Cela devrait inciter au renforcement des campagnes de sensibilisation plus diversifiées, pouvant améliorer les compétences des jeunes pour une prévention plus efficace. Comme chez Rwenge [16], nos résultats avaient montré que les jeunes dont les parents étaient sans emploi, qui vivaient dans des foyers pauvres, présentaient un plus grand risque de partenaires multiples. Ceci pourrait trouver son explication dans le modèle de comportement sexuel fondé sur la théorie dite «économique». Cette théorie considère un rapport sexuel, comme étant un acte bien réfléchi et motivé par un intérêt économique (matériel ou financier). Les jeunes filles ont des rapports sexuels avec les hommes aisés, plus âgés et déjà mariés, afin de profiter de certains privilèges, et cela parfois, avec la bénédiction tacite ou sous la pression soutenue des parents eux-mêmes, désireux de voir partir rapidement leur fille, et alléger quelque peu la charge financière de leur ménage [18, 19]. D'autres auteurs avaient nuancé les causes économiques du multipartenariat [20, 21]. Pour eux, il faut faire la différence entre la jeune fille qui choisit de commencer une activité sexuelle et de recevoir par la suite des cadeaux, et celle qui s'y engage pour des raisons économiques. Car, recevoir de l'argent ou des cadeaux d'un homme avec qui on a des rapports sexuels, peut être normal dans certaines cultures [21].

La précocité sexuelle et le nombre ultérieur de partenaires

Il ressort de nos données, que les jeunes ayant commencé leur vie sexuelle de façon précoce, étaient plus enclins au multipartenariat sexuel que ceux qui avaient une sexualité tardive. On peut en déduire que les individus plus précoces sexuellement, connaissent une vie sexuelle plus longue, une plus grande diversité d'expériences et de pratiques sexuelles. C'est aussi possible qu'une entrée précoce dans la sexualité retarde la maturation sociale, ce qui influencerait le comportement sexuel futur des jeunes. De tels résultats avaient été déjà obtenus par plusieurs études en Afrique et ailleurs. Au Kenya, Akwara [22] avait constaté que la précocité sexuelle contribue à la vulnérabilité au VIH, à travers l'exposition des adolescents à un plus grand nombre de partenaires sexuels, et à une plus longue période d'activité sexuelle avant l'établissement de relations monogames à long terme. Selon Bozon [3], le fait que certains individus connaissent un âge précoce ou tardif au premier rapport, préfigure une attitude durable à l'égard de la sexualité, et plus largement à l'égard du couple, voire de la vie familiale. Il est

nécessaire que les familles aident les jeunes à retarder le plus possible, le premier rapport sexuel. Une éducation sexuelle de qualité favorisera des comportements à moindre risque. Idéalement, les parents devraient assumer ce rôle, puis l'école, et la communauté. Cependant, de récentes statistiques attestent que les jeunes s'instruisent plutôt auprès de sources ambivalentes telles que les amis et la télévision [23].

Notre étude présente plusieurs limites. La première est relative à l'aspect rétrospectif de nos deux principales variables : l'âge aux premiers rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Des erreurs de mémoire sont possibles, surtout pour les jeunes dont les premiers rapports ont eu lieu longtemps avant notre enquête. En deuxième lieu, le caractère tabou de la sexualité est un aspect pouvant influencer la qualité des réponses. Certains jeunes peuvent volontairement fournir des fausses réponses pour protéger leur vie privée, par crainte d'une censure ou pour se vanter. Néanmoins, les informations obtenues se révèlent convergentes aux conclusions de certaines études antérieures, preuve que ces limites ne sont pas de nature à jeter de doute sur la pertinence de cette recherche.

Conclusion

Malgré leurs bonnes connaissances dans le domaine de la prévention du VIH/Sida, les jeunes continuent d'adopter des comportements qui les exposent au VIH/Sida et aux grossesses non désirées. Ces comportements à risques sont déterminés par les facteurs individuels (l'âge et le sexe), socio-culturels (le niveau scolaire et les normes sociales et culturelles) et environnementaux (la modernisation des valeurs et la situation économique). Il est urgent de réduire la vulnérabilité sexuelle des jeunes. Les actions concertées de renforcement des capacités des jeunes à adopter des comportements à moindre risque, sont de la toute première importance. Ces actions doivent être menées avant le début de l'activité sexuelle, au sein de la famille, à l'école, sur les lieux d'apprentissage, dans les centres de santé, et aux centres de loisirs des jeunes [4, 9]. Les capacités des parents, des prestataires de services et des éducateurs, doivent être aussi renforcées pour l'amélioration de la qualité de la communication entre eux et les jeunes.

Etat des connaissances actuelles sur le sujet

- C'est souvent lors de l'adolescence que les individus deviennent sexuellement actifs, et acquièrent des compétences essentielles sur leur santé sexuelle et reproductive. La sexualité future des adolescents et jeunes dépend de comment cette période transitoire est négociée;
- Les comportements sexuels à risques sont multiples et varient d'un jeune à un autre, et d'un milieu culturel à un autre. Ils renvoient aux environnements sociaux, psychosociaux, financiers ou matériels.

Contribution de notre étude à la connaissance

- La précocité sexuelle et le multipartenariat sont des pratiques sexuelles vécues par une frange non négligeable de notre population d'étude;
- Notre étude met en lumière l'importance d'une pratique sexuelle plus tardive dans la réduction du multipartenariat sexuel;
- Elle suggère des interventions préventives précoces dans une approche globale, qui vise non seulement la transmission de connaissances, mais surtout d'encourager d'adoption de comportements pouvant permettre aux jeunes de retarder l'échéance du premier rapport sexuel, et de mieux évaluer les risques sexuels.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la phase d'enquête, de recueil des données et de leurs interprétations. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toute l'Equipe Société et Santé du département de Santé Publique du Centre Muraz pour sa contribution multiforme (amendement du protocole, formation des enquêteurs, collecte et encodage des données, vérification des questionnaires, etc.) et les équipes du Centre de Calcul du Centre Muraz et du Luxembourg Institute of Health pour leur appui méthodologique, le traitement et l'analyse des données.

Tableaux

Tableau 1. Répartition (%) des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en fonction des caractéristiques socio-démographiques (n=573)

Tableau 2. Proportions (%) de jeunes âgés de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 16 ans, en fonction des caractéristiques socio-démographiques (n=43)

Tableau 3. Proportions (%) de jeunes âgés de 15-24 ans de Bobo-Dioulasso ayant au moins deux partenaires sexuels (relation avec ou sans pénétration) au cours des 12 mois, en fonction des caractéristiques socio-démographiques (n=76)

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Risques pour la santé des jeunes. 64ème Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS; Mai 2011. En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH64/A64_25-fr.pdf. Visité en Décembre 2015. **Google Scholar**
2. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF -MICS IV) du Burkina Faso. Calverton:ICF International; 2010. **Google Scholar**
3. Bozon M, Kontula O. Initiation sexuelle et genre: comparaison des évolutions de douze pays européens. Population. 1997; 52(6):1367-1400. **PubMed | Google Scholar**

4. Berthé A, Huygens P, Ouattara C, Sanon A, Ouédraogo A, Nagot N. Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH. *Santé*. 2008;18(3):163-73. **PubMed | Google Scholar**
5. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Ouagadougou (Burkina Faso):Ministère de l'économie et des finances (MEF); 2009. 348 p. **Google Scholar**
6. Machin D, Campbell J, Tan S, Tan S. Sample Size Tables for Clinical Studies. 3rd Edition John Wiley & Sons. Chichester (United Kingdom); 2009. **Google Scholar**
7. Guella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso:Un Etat des Lieux. New York : The Alan Guttmacher Institute; 2004. 37 p. **Google Scholar**
8. Adjahoto, Hodonou K, De Souza A, Tété V, Baeta S. Information des jeunes en matière de sexualité. *Cahiers d'études et de recherches francophones*. 2000; 3(10):195-9. **PubMed | Google Scholar**
9. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).Young People Today. Time to Act Now. Paris : UNESCO; 2013. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223447E.pdf>. Accessed January 2016. **Google Scholar**
10. Baya B. Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH: espoir ou inquiétude? Le cas de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. *Etude de la population africaine*. 2004; 3 (B Supplément 19):73-93. **PubMed | Google Scholar**
11. DiClemente RJ, Crosby RA, Wingood GM. Comment prévenir l'apparition du VIH chez les adolescents: une ébauche de solutions pour combler les lacunes. *Perspectives*. Juin 2002 ; 32(2) :628-630. **PubMed | Google Scholar**
12. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). La situation des enfants dans le monde. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ; 2011.148 p. **Google Scholar**
13. Bergeron A, Gaudreau L. Identité sexuelle et intervention en sexualité humaine. *Cahiers Sexol*. 1985; 11(67) : 475-485. **PubMed | Google Scholar**
14. Ferry, B. Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain. In Charles Becker, Dozon JP, Obbo C, Touré M. *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Codesria-Karthala-Ird. Paris, 1999 pp.237-255. **Google Scholar**
15. Bajos N, Maia M, Bozon M, Ferrand A. La sexualité au temps du sida. *L'Homme*. 1999; 150 (39):266-268. **PubMed | Google Scholar**
16. Rwenge J. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. *African journal of reproductive health*. 2013; 17(1): 66-49. **PubMed | Google Scholar**
17. Dab W, Moatti JP, Beltzer N. Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: une conception trop étroite de la rationalité. *Population*. 1993;5:1505-1534. **PubMed | Google Scholar**
18. Gorgen R, Katzan J. La sexualité des jeunes, résultats d'une étude qualitative sur les attitudes, les croyances et comportements des jeunes de Bangui. Allemagne : Instituts de la médecine tropicale et de la Santé Publique ; Septembre1995. **Google Scholar**
19. Calvès AE. Youth and Fertility in Cameroon: changing patterns of family formation. (Thesis of Rural Sociology and Demography). USA: The Pennsylvania State University; 1993. 254 p. **Google Scholar**
20. Tantchou JC. Santé reproductive des jeunes: une revue critique de la littérature. *Natures Sciences Sociétés*.2009; 17:18-28. **PubMed | Google Scholar**
21. Nyanzi S, Pool R, Kinsman J. The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS Care*. 2001;13(1):83-98. **PubMed | Google Scholar**

22. Akwara PA, Madise NJ, Hinde A. Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. Journal of Biosocial Science. 2003; 35(3):385-411. PubMed | Google Scholar

23. Yode ML, LeGrand T. Association between age at first sexual relation and some indicators of sexual behaviour among adolescents. Afr J Reprod Health. 2012 Jun;16(2):173-88. PubMed | Google Scholar

| Tableau 1: Répartition des enquêtés, en fonction des caractéristiques socio-démographiques | | | |
|--|------------------|----------------|--------------|
| Caractéristiques | Masculin N /% | Féminin N/% | Total N/% |
| Total | 266 (46,4) | 307 (53,6) | 573 (100) |
| Age | | | |
| 15-19 | 145 (54,5) | 188 (61,2) | 333 (58,1) |
| 20-24 | 121 (45,5) | 119 (38,8) | 240 (41,9) |
| Religion | | | |
| Musulman | 208 (78,2) | 221(70,0) | 429 (74,9) |
| Chrétien | 55 (20,7) | 86 (28,0) | 141 (24,6) |
| Autres religions | 3 (1,1) | 0(0,0) | 3 (0,5) |
| Niveau scolaire actuel | | | |
| Sans éducation formelle | 11 (4,1) | 37 (12,1) | 48 (8,4) |
| Primaire | 22 (8,3) | 33 (10,7) | 55 (9,6) |
| Secondaire | 191 (71,8) | 197 (64,2) | 388 (67,7) |
| Supérieur | 42 (15,8) | 40 (13,0) | 82 (14,3) |
| Situation de cohabitation | | | |
| Seul | 8 (3,0) | 1 (0,3) | 9 (1,6) |
| Avec les parents biologiques | 162 (60,9) | 170 (55,4) | 332 (57,9) |
| Avec tuteurs | 83 (31,2) | 79 (25,7) | 162 (28,2) |
| Avec partenaire | 0 (0,0) | 41 (13,3) | 41 (7,3) |
| Autres | 13 (4,9) | 16 (5,3) | 29 (5,0) |
| Lien de parenté avec le CM | | | |
| Apparenté au CM (Enfants/ Neveux/nieces /petits- fils) | 161 (6,5) | 215 (70,0) | 376 (65,6) |
| Non apparenté au CM (Enfant placé ou adopté) | 105 (39,5) | 92 (30,0) | 197 (34,4) |
| Statut professionnel du Chef de ménage | | | |
| Avec travail | 179 (67,3) | 237 (77,2) | 416 (72,6) |
| Sans travail | 87 (32,7) | 70 (22,8) | 157 (27,4) |

Tableau 2: Répartition des enquêtés ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 16 ans, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | Premier rapport sexuel avant 16 ans (N/%) |
|--|--|
| Total | 43 (13,7) |
| Sexe | |
| Masculin | 16 (37,2) |
| Féminin | 27 (62,8) |
| P value | 0,454 |
| Niveau scolaire actuel | |
| Sans éducation | 27 (62,8) |
| Primaire | 0 (0,0) |
| Secondaire | 15 (34,9) |
| Supérieur | 1 (2,3) |
| P value | 0,000 |
| Ecart d'âge entre la fille et le premier partenaire | |
| Moins âgé | 1 (2,3) |
| Environ même âge | 6 (13,9) |
| 1-4 ans de différence | 8 (18,6) |
| 5-9 ans de différence | 10 (23,2) |
| plus 10 ans de différence | 18 (41,9) |
| P value | 0,005 |
| Utilisation de préservatif au premier rapport sexuel | |
| Oui | 20 (46,5) |
| Non | 23 (53,5) |
| P value | 0,440 |
| Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel | |
| Oui | 21 (48,9) |
| Non | 22 (51,1) |
| P value | 0,290 |
| Situation économique du CM | |
| Avec travail | 32 (74,4) |
| Sans travail | 11 (25,6) |
| P value | 0,287 |

| Tableau 3 : Répartition des enquêtes ayant au moins deux partenaires sexuels (relation avec ou sans pénétration) au cours des 12 mois, en fonction des caractéristiques socio-démographiques | |
|---|--|
| Caractéristiques | Partenaires multiples lors des 12 derniers mois (N/%) |
| Total | 76 (24,4) |
| Sexe | |
| Masculin | 64 (84,2) |
| Féminin | 12 (15,8) |
| P value | 0,000 |
| Age | |
| 15-19 | 24 (31,6) |
| 20-24 | 52 (68,4) |
| P value | 0,168 |
| Niveau scolaire actuel | |
| Sans éducation | 35 (46,0) |
| Primaire | 0 (00) |
| Secondaire | 32 (42,1) |
| Supérieur | 9 (11,8) |
| P value | 0,343 |
| Utilisation de préservatif avec tous les partenaires | |
| Oui | 67 (88,2) |
| Non | 9 (11,8) |
| P value | 0,000 |
| Situation économique du CM | |
| Chômeur | 53 (69,7) |
| Travailleur | 23 (30,3) |
| P value | 0,047 |



Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans *Contraceptive knowledge and practice among young people aged 15 – 24, in Burkina Faso*

ADOHINZIN Clétus Come Yélian*, Abdramane BERTHE³, Nicolas MEDA^{3,4}, Adrien Marie Gaston BELEM², Georges Anicet OUEDRAOGO², Boubacar NACRO⁴, Laurence FOND-HARMANT⁵ et Issiaka SOMBIE¹

*ADOHINZIN Clétus Come Yélian ; Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), 01BP153, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Tél : 00226 72 86 86 88 Email : acletus2000@yahoo.fr ou bien cadohinzin@wahooas.org

¹Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

²L'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

³Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

⁴Université de Ouagadougou 03 B.P. 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso

⁵Epidemiology and Public Health Research Unit, Luxembourg Institute of Health (Luxembourg)

Résumé

Selon l'OMS, l'utilisation de la contraception a nettement plus d'avantages pour la santé que de risques. Néanmoins, l'accès à la contraception des jeunes reste un problème de santé publique. Cette étude visait à évaluer les connaissances et les pratiques contraceptives des jeunes de Bobo-Dioulasso, et à identifier les obstacles d'utilisation.

Il s'agit d'une étude quantitative et transversale. Les données d'enquête ont été recueillies en décembre 2014 à Bobo-Dioulasso, auprès de 573 jeunes de 15 à 24 ans. Ces enquêtés ont été sélectionnés par un sondage en grappes à deux degrés. Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$.

La quasi-totalité (99,3%) des jeunes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Bien que près de 84,0% d'entre eux soient en situation de cohabitation, les parents étaient les sources d'information les moins citées. Seulement 28,6% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé la contraception lors du premier rapport sexuel. Nous avons aussi constaté que la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis par la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient utilisé un moyen contraceptif ($p < 0,05$).

Il est urgent de porter les efforts d'éducation non seulement sur les connaissances, mais aussi sur les pratiques quotidiennes dans la vie sexuelle et les éléments qui les entravent. Il va falloir aussi assurer aux jeunes, la confidentialité et la gratuité de la contraception.

Mots-clés : Jeunes, contraception, pratique, grossesse non désirée, Burkina Faso

Abstract

According to WHO, the use of contraception has significantly more health benefits than risks. However, young people's access to contraception remains a public health issue. This study aimed to assess contraceptive knowledge and practices among young people in Bobo-Dioulasso and identify the impediments to contraceptive use.

This is a quantitative research that investigated the pattern of risky sexual behaviour and associated factors among 573 young people aged between 15 and 24, from the three districts of Bobo-Dioulasso. The participants were selected by cluster sampling in two stages. The significance threshold was set at 0.05.

Almost the totality (99.3%) of our sample knew at least one modern contraceptive method. Although nearly 84.0% of them were living with their parents or with older adults, only 28.6 % of sexually active respondents (or their partners) had used contraception at the first sexual intercourse. We found out that young people use condoms at the beginning of the relationship, then shift to pills as the relation becomes stable. The older the surveyed the more likely they were to have used contraception in the last twelve months.

It is urgent to focus education efforts not only on knowledge but also on daily sexual practices and other hindrances. Young people also need confidentiality and free contraceptive services.

Keywords: Practices, young people, Unwanted pregnancy, Burkina Faso



Introduction

La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. Dans certaines régions, c'est non seulement le nombre de jeunes qui augmente, mais aussi leur part de l'ensemble de la population. Et il y a des pays où plus d'un habitant sur trois est un jeune (FNUAP, 2014). Bien que les situations personnelles et les comportements des jeunes soient très divers, ils se trouvent dans la période de la vie où l'on fait en général pour la première fois, l'expérience des relations sexuelles et où des modes de comportement durables s'établissent (IPPF, 2006). Cette période de transition peut donc entraîner tout un ensemble de problèmes, notamment des infections à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), des grossesses non désirées et des avortements clandestins (Tantchou, 2009). Par ailleurs, les jeunes qui décident de garder leur grossesse, réduisent les possibilités offertes en matière d'éducation et d'emploi, ce qui nuit au développement social et culturel. Selon l'OMS (2011), chaque année on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui ont pour conséquences, 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Au Burkina

Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et les avortements, montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement (Akinrinola, 2013). Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDSBF, 2010), 37% des décès maternels étaient dus aux avortements clandestins (plus de 50% de ces décès maternels concernent les jeunes).

Plusieurs auteurs ont expliqué cet état de fait par l'évolution des comportements sexuels des jeunes caractérisée par la baisse de l'âge au premier rapport sexuel, la multiplicité des partenaires sexuels, et la diversité des pratiques non protégées (Bajos *et al.*, 2012 ; CFEJ, 2009). En effet, les mutations socioculturelles introduites par l'urbanisation, la modernisation et plus récemment les crises socio-économiques, ont gravement perturbé l'environnement traditionnel des jeunes et leur lien avec le reste de la société. Ce qui influence leur comportement sexuel et leurs attitudes face à la sexualité. Les grossesses chez les adolescentes sont donc devenues un phénomène fréquent, tant dans le secteur informel que dans le secteur formel, car cette évolution des comportements n'est pas totalement prise en compte dans la gestion des enjeux contraceptifs (IMT, 2008 ; Aubin *et al.*, 2009). Les difficultés auxquelles font



face les jeunes africains d'aujourd'hui, sont conceptualisées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de triple défi, ou Triple U : unprotected sex (rapport non protégé), unwanted pregnancy (grossesse non désirée) and unsafe abortion (avortement clandestin), concept qui n'est pas spécifique à l'Afrique, puisque la question se pose dans des termes très proches en Amérique latine et aux États-Unis (Delaunay *et al.*, 2007). Pour l'Agence des Nations Unies pour la population (UNFP, 2013), les adolescentes doivent pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les avortements clandestins et les risques de stérilité pouvant en résulter.

Au Burkina Faso, l'importance d'une contraception et des moyens de protection des maladies sexuellement transmissibles n'est plus à démontrer. Les jeunes sont d'autant plus concernés par le sujet qu'ils sont en "pleine découverte et apprentissage" de leur sexualité. La contraception se justifie encore plus quand on sait que plusieurs études ont suggéré la persistance de la précocité sexuelle et du multipartenariat sexuel (Guiella, 2004 ; Adohinzin *et al.*, 2016a). Dans cette société en pleine et rapide évolution, il importe comme le propose l'OMS, de continuer à réfléchir à la manière de créer pour les jeunes un

environnement sain, dans lequel ils puissent développer des aptitudes et des compétences en matière de vie affective et sexuelle. L'utilisation des moyens de contraception efficaces leur permet d'éviter une grossesse souvent non désirée à cet âge, et de bénéficier d'une vie sexuelle épanouie (CFEJ, 2009). C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux connaissances et pratiques contraceptives des jeunes. Elle s'avère d'autant plus pertinente, que la majorité des études effectuées sur la contraception à Bobo-Dioulasso, ne sont pas très récentes.

En somme, cette étude visait à évaluer les connaissances et les pratiques contraceptives des jeunes de Bobo-Dioulasso, et à identifier les obstacles d'utilisation afin de mieux contribuer à la réduction des grossesses non désirées.

I- Méthode

1. Type d'étude et population de l'étude

Cet article traite des résultats d'une étude quantitative et transversale menée auprès de 573 jeunes, résidant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. La population cible était composée des filles et garçons âgés de 15 -24 ans, qui résident dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso à la date de l'enquête. Était exclu, tout jeune ne souhaitant pas participer à l'enquête ou ne répondant pas aux critères d'âge (15 à 24 ans) ni de résidence.



2. Constitution de l'échantillonnage

Les individus interrogés au cours de l'enquête, étaient issus d'un processus d'échantillonnage stratifié par grappes, représentées par les ménages. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH, 2009), la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants, dont 24,95 % de jeunes de 15-24 ans, répartis dans 94 947 ménages. Sur cette base, l'utilisation de la formule de Machin *et al.* (1997) a permis d'obtenir un échantillon de 573 individus. Le niveau de confiance était fixé à 95%, le taux de non-réponse à 10%, et la précision ou marge d'erreur à 5% ($d=0,05$). Ces individus ont été répartis entre les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Daфра, Do et Konsa), proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements (ancienne loi de découpage territorial). Les ménages ont donc été choisis proportionnellement à leur taille.

3. Outils de collecte des données

Deux types de questionnaires (ménage et individuel) ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographique et de Santé (EDSBF, 2010). Ce sont majoritairement des questions fermées (choix de réponse fixe) ou des questions préformées (réponses possibles rédigées par avance, ou formes des réponses définies par

la question). Les questionnaires ont été accompagnées d'un formulaire de consentement éclairé, qui a été signé et daté par chaque enquêté. Le protocole de l'étude a été validé par le comité éthique institutionnel du Centre MURAZ.

Le questionnaire « ménage » nous a permis de saisir les caractéristiques sociodémographiques des familles, notamment la situation de résidence des membres du ménage, leur âge et sexe. Il a servi à identifier les contextes de vie des jeunes enquêtés.

Le questionnaire « individuel » était composé d'une trentaine de questions. Il a permis de recueillir des données sur :

- les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de la contraception,
- les besoins en informations, en communication et en services de planification familiale et
- les freins et les incitants à l'utilisation d'une contraception.

4. Collecte de données

La collecte de données a été précédée par une formation des 10 enquêteurs et des 3 superviseurs sur l'éthique et la recherche quantitative et qualitative. A l'issue de cinq jours de formation, un pré test a été organisé sur un site neutre qui ne faisait pas partie de la zone d'enquête. Un atelier de validation



des deux outils de collecte de données a été enfin organisé.

Les jeunes ont été interrogés du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015 à domicile. Les entretiens ont été réalisés dans les trois arrondissements (Dafra, Do et Konsa) de Bobo-Dioulasso, par les 13 enquêteurs (enquêteurs et superviseurs). La durée moyenne d'entretien était de 45 minutes. Afin de garantir la fiabilité des données collectées, l'investigateur principal a supervisé les activités sur le terrain. A la fin de chaque journée d'enquête, une réunion était organisée pour évaluer la cohérence des informations recueillies et la complétude des questionnaires.

Les informations relatives à l'évaluation de la connaissance des méthodes contraceptives avaient été recueillies de deux façons. Dans un premier temps, il avait été demandé aux jeunes enquêtés (filles et garçons) de citer de façon spontanée, les différentes méthodes contraceptives qu'ils connaissaient. Ensuite, les méthodes non citées par ceux-ci avaient été décrites par les enquêteurs, afin de confirmer si elles étaient connues par les enquêtés ou non.

Les différentes méthodes proposées dans notre questionnaire étaient celles retenues par l'EDSBF (2010). Il s'agit notamment des pilules contraceptives, des pilules de lendemain, des préservatifs masculin et féminin, du stérilet, des anneaux vaginaux,

du patch, des implants, des spermicides, des injectables, du diaphragme, de la vasectomie et de la stérilisation féminine.

5. Gestion et l'analyse des données

Nous avons utilisé quatre variables pour évaluer les connaissances générales des enquêtés à savoir : la perception sur la fiabilité de la contraception, la reconnaissance de l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées, la connaissance d'au moins une méthode moderne, et la connaissance de toutes les méthodes proposées dans notre questionnaire. Quant aux pratiques contraceptives, elles avaient été évaluées sur la base des critères suivants : l'utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel, et l'utilisation d'une méthode contraceptive durant les 12 derniers mois précédant notre enquête.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata SE, après une double saisie et le nettoyage de la base de données. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. Les variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2 et le test exact de Fisher dépendant de l'effectif (Chi-2 pour les effectifs théoriques > 5 et test exact de Fisher lorsque ces effectifs étaient ≤ 5). Une régression logistique a été menée afin d'identifier les facteurs associés aux



connaissances, attitudes et compétences des enquêtés. Le seuil de signification statistique a été établi au niveau de 0,05.

II- Résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes enquêtés

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon sont résumées dans le **tableau I**. On peut constater à la lumière de

Tableau I : Répartition des jeunes enquêtés de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, en fonction des caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques | Masculin N /% | Féminin N /% | Total N /% |
|--|-------------------|-------------------|------------------|
| Total | 266 (46,4) | 307 (53,6) | 573 (100) |
| Age | | | |
| 15-19 | 145 (54,5) | 188 (61,2) | 333 (58,1) |
| 20-24 | 121 (45,5) | 119 (38,8) | 240 (41,9) |
| Religion | | | |
| Musulman | 208 (78,2) | 221 (70,0) | 429 (74,9) |
| Chrétien | 55 (20,7) | 86 (30,0) | 141 (24,6) |
| Autres religions | 3 (1,1) | 0 (0,0) | 3 (0,5) |
| Niveau scolaire actuel | | | |
| Sans éducation formelle | 11 (4,1) | 37 (12,1) | 48 (8,4) |
| Primaire | 22 (8,3) | 33 (10,7) | 55 (9,6) |
| Secondaire | 191 (71,8) | 197 (64,2) | 388 (67,7) |
| Supérieur | 42 (15,8) | 40 (13,0) | 82 (14,3) |
| Situation de cohabitation | | | |
| Seul | 8 (3,0) | 1 (0,3) | 9 (1,6) |
| Avec les parents biologiques | 162 (60,9) | 170 (55,4) | 332 (57,9) |
| Avec tuteurs | 83 (31,2) | 79 (25,7) | 162 (28,2) |
| Avec partenaire | 0 (0,0) | 41 (13,3) | 41 (7,3) |
| Autres | 13 (4,9) | 16 (5,3) | 29 (5,0) |
| Lien de parenté avec le CM | | | |
| Apparenté au CM (Enfants/ Neveux/nières /petits- fils) | 161 (60,5) | 215 (70,0) | 376 (65,6) |
| Non apparenté au CM (Enfant placé ou adopté) | 105 (39,5) | 92 (30,0) | 197 (34,4) |
| Statut professionnel du Chef de ménage | | | |
| Avec travail | 179 (67,3) | 237 (77,2) | 416 (72,6) |
| Sans travail | 87 (32,7) | 70 (22,8) | 157 (27,4) |

Il s'agit d'une population essentiellement célibataire (91,0%), dont 65,6% cohabitaient avec au moins un parent biologique, et 34,4% avec un tuteur. Les raisons pour lesquelles ces jeunes ne vivaient pas avec leurs parents biologiques étaient principalement liées au décès ou au

ce tableau, qu'au total 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés, dont 266 garçons (46%) et 307 filles (54%). En moyenne, ils étaient âgés de 19 ans pour les deux sexes. La répartition de cette population par tranche d'âge révèle que 58,1% des répondants étaient âgés de 15 à 19 ans, et 41,9% étaient âgés de 20 à 24 ans.

divorce des parents, à la mobilité scolaire ou à des raisons personnelles.

En considérant l'ensemble de l'échantillon, la quasi-totalité (91,6%) de nos enquêtés étaient scolarisés dont 9,6% étaient élèves au niveau primaire, 67,7% au niveau secondaire et 14,3% au niveau supérieur. Par ailleurs, les musulmans et les chrétiens



forment respectivement 74,9% et 24,6% de la population étudiée.

2. Niveau de connaissance générale des jeunes en matière de la contraception

2.1 Déjà entendu parler des contraceptifs ou ayant déjà vu un contraceptif

Notre étude a montré que 96,9% des enquêtés avaient déjà vu ou entendu parler des contraceptifs modernes (97,0% de filles

contre 96,8% des garçons avaient déjà vu ou entendu parler des contraceptifs). Interrogés sur leur principale source d'information, 32,1% de nos enquêtés avaient cité les amis, 13,5% le personnel de santé, 10,9% les pairs éducateurs, 9,4% les parents, 7,2% les partenaires, 6,9% les réseaux sociaux, 6,4% par les médias (télévisions et radios), 3,0% dans les centres de jeunes.

Tableau II : Connaissances des méthodes contraceptives parmi les jeunes selon le sexe, l'âge, la religion et le niveau scolaire selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire

| Caractéristiques | Connaissance d'au moins une méthode moderne (N%) | | | Connaissance d'au moins un centre de prestation de service (N%) | | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------------|---|-------------------|-------------------|
| | Filles | Garçons | Total | Filles | Garçons | Total |
| Total | 276 (89,9) | 228 (85,7) | 504 (87,9) | 272 (88,6) | 189 (71,1) | 461 (80,5) |
| Age | | | | | | |
| 15-19 | 172 (91,5) | 126 (86,9) | 298 (89,5) | 167 (88,8) | 102 (70,3) | 269 (80,8) |
| 20-24 | 104 (87,4) | 102 (86,0) | 206 (85,8) | 105 (88,2) | 87 (71,9) | 192 (80,0) |
| P value | | | 0,492 | | | |
| Religion | | | | | | |
| Musulman | 198 (89,6) | 179 (86,1) | 377 (87,9) | 212 (95,9) | 147 (70,7) | 359 (83,7) |
| Chrétien | 73 (85,1) | 47 (85,5) | 120 (85,1) | 55 (64,0) | 38 (69,1) | 93 (66,0) |
| Autres religions | 5 (87,5) | 2 (66,7) | 7 (70,0) | 5 (0,0) | 4 (133) | 9 (300,0) |
| P value | | | 0,224 | | | |
| Niveau scolaire actuel | | | | | | |
| Sans éducation formelle | 31 (83,8) | 9 (81,8) | 40 (83,3) | 31 (83,8) | 8 (72,7) | 39 (81,3) |
| Primaire | 28 (84,8) | 18 (81,8) | 46 (83,6) | 30 (90,9) | 16 (72,7) | 46 (79,3) |
| Secondaire | 184 (93,4) | 168 (88,0) | 352 (90,7) | 175 (88,8) | 135 (70,7) | 310 (79,9) |
| Supérieur | 33 (82,5) | 33 (82,5) | 66 (80,5) | 36 (90,0) | 30 (71,4) | 66 (80,5) |
| P value | | | 0,358 | | | |

2.2 Connaissances des méthodes contraceptives modernes

Il ressort des données observées, que seulement 35% des enquêtés savaient que la période de fécondité se situe entre le 9^{ème} et le 16^{ème} jour du cycle menstruel. Nos données avaient mis en évidence que la quasi-totalité des jeunes (87,9%) avaient cité spontanément au moins une méthode contraceptive moderne (**tableau II**).

Mais seuls 21,5% des garçons et 24,1% des filles avaient reconnu toutes les treize méthodes modernes proposées dans notre questionnaire. Les méthodes contraceptives les plus connues par nos enquêtés étaient : le préservatif masculin (87,9%), suivi des pilules contraceptives (81,5%), des injectables (44,9%), le condom féminin (34,0%), les implants (28,6%) et le stérilet (27,7%). C'est la vasectomie qui était la méthode la moins fréquemment connue



(0,2%) par les enquêtés, suivie de la stérilisation féminine (0,7%).

Les lieux de prestation de services en santé sexuelle et reproductive (SSR) étaient bien connus par nos enquêtés. En effet, nos résultats avaient montré que 86,7% des jeunes enquêtés connaissaient au moins un centre de prestation. Le niveau de connaissances des centres de prestation en SSR était positivement associé au sexe ($P<0,05$). Comme l'indiqué dans le **tableau II**, 88,6% des jeunes connaissaient au moins un centre de prestation contre environ 6 jeunes garçons sur 9 (71,1%).

3. Attitudes vis-à-vis des contraceptifs modernes

Notre questionnaire sondait également la capacité des jeunes à repérer les idées erronées sur les méthodes contraceptives modernes, ainsi que leur perception de l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées. Le **tableau III** montre que la majorité des enquêtés (68,1%), pensaient que les méthodes contraceptives modernes, étaient très fiables en ce qui concerne la prévention des grossesses non souhaitées (72,4% parmi les filles et 62,1% parmi les garçons). Néanmoins, environ le tiers des jeunes

(31,9%) avait toujours de fausses perceptions sur l'efficacité de la contraception. Parmi ceux-ci, 29% avaient déclaré que les contraceptifs n'étaient pas adaptés aux jeunes, 28% pensaient qu'ils n'étaient pas fiables et 35% estimaient qu'ils pouvaient rendre les femmes stériles. Il est important de noter que 87% des jeunes non favorables à la contraception, déclaraient rester ouverts à une utilisation future.

En ce qui concerne l'importance accordée par les jeunes à la contraception, on avait noté que 90,2% des jeunes avaient considéré la contraception comme « *très importante* », 8,1% l'avaient considérée comme « *importante* ». Moins de 2% d'entre eux l'envisageaient comme « *peu importante* ». La quasi-totalité (98,6%) des enquêtés qui avaient reconnu l'importance de la contraception, avaient répondu par l'affirmative à la question « *avez-vous peur de tomber enceinte ?* ». En considérant l'ensemble de l'échantillon, on avait remarqué que les filles étaient significativement les plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante (95,1% parmi les filles contre et 83,5% parmi les garçons, $P<0,001$).

**Tableau III** : Répartition des enquêtés ayant une bonne perception sur l'efficacité et l'importance de la contraception selon le sexe, l'âge, la religion et le niveau scolaire

| | Jeunes ayant une bonne perception sur l'efficacité de la contraception [†] | | | Jeunes ayant une bonne perception sur l'importance de la contraception ^{††} | | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------------|--|--------------------|--------------------|
| | N(%) | | | N(%) | | |
| | Filles | Garçons | Total | Filles | Garçons | Total |
| Total | 241 (72,4) | 149 (62,1) | 390 (68,1) | (222) 95,1% | (192) 83,5% | (514) 89,7% |
| Age | | | | | | |
| 15-19 | 143 (76,1) | 84 (57,9) | 227 (68,2) | 178 (94,7) | 122 (84,1) | 300 (90,1) |
| 20-24 | 97 (81,5) | 66 (54,5) | 163 (67,9) | 114 (95,8) | 100 (82,6) | 214 (89,2) |
| P value | 0,095 | 0,198 | 0,598 | 0,570 | 0,384 | 0,416 |
| Religion | | | | | | |
| Musulman | 171 (77,4) | 106 (51,0) | 277 (64,6) | 209 (94,6) | 176 (84,6) | 385 (89,7) |
| Chrétien | 69 (80,2) | 32 (58,2) | 101 (71,6) | 83 (96,5) | 44 (80,0) | 127 (90,1) |
| Autres religions | 0 (0) | 2 (66,7) | 2 (66,7) | 0 (0) | 2 (66,7) | 2 (66,7) |
| P value | 0,724 | 0,068 | 0,591 | 0,790 | 0,213 | 0,099 |
| Niveau scolaire actuel | | | | | | |
| Sans éducation formelle | 28 (75,7) | 5 (45,5) | 33 (68,8) | 36 (97,3) | 9 (81,8) | 45 (93,8) |
| Primaire | 26 (78,8) | 10 (45,5) | 36 (65,5) | 32 (97,0) | 19 (86,4) | 51 (92,7) |
| Secondaire | 155 (78,7) | 113 (59,2) | 268 (69,1) | 187 (94,9) | 157 (82,2) | 344 (88,7) |
| Supérieur | 31 (77,5) | 22 (52,4) | 53 (64,6) | 37 (92,5) | 37 (88,1) | 74 (90,2) |
| P value | 0,101 | 0,281 | 0,664 | 0,444 | 0,693 | 0,735 |

† Désigne les enquêtés ayant déclarés « fiable », la contraception

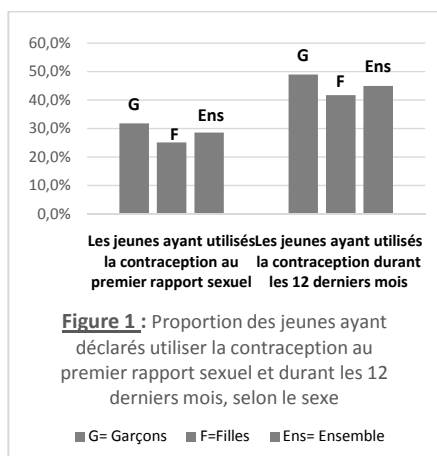
†† Désigne les enquêtés ayant déclarés « très importante », la contraception

4. Utilisation de la contraception chez les jeunes

4.1 Utilisation de la contraception moderne durant le premier rapport sexuel

Les résultats de notre étude montraient que 54,3% de jeunes avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif. En effet, 49,4% des garçons interrogés étaient sexuellement contre 56,6% des filles. Par ailleurs, nous avons noté aussi qu'on avait noté que 13,8% des jeunes (fille et garçons) avaient eu leur premier rapport avant 16 ans. En ce qui concerne la pratique contraceptive, les résultats avaient suggéré que seuls 28,6% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel (**Fig. 1**). Le quart des filles (25,1%) avaient déclaré utilisé un contraceptif lors du premier rapport sexuel contre le tiers des garçons (31,8%). Les méthodes les plus

utilisées étaient le préservatif masculin (87,2%), les pilules contraceptives (11,0%) et les contraceptifs d'urgence (2%). Interrogés sur les raisons qui avaient motivé le non usage de la contraception au premier rapport sexuel, 48,3% des jeunes (filles et garçons) avaient déclaré que le rapport n'était pas prévu, 26,5% ne connaissaient pas la contraception à ce moment-là, 8,9% avaient oublié d'utiliser une contraception, 6,0% n'avaient pas conscience des risques, 4,8% n'avaient pas les moyens financiers pour s'en procurer et 2,0% avaient peur des effets secondaires. Environ 4,0% de nos enquêtés n'avaient pas spécifié les raisons.



4.2 Utilisation de la contraception moderne au cours des 12 derniers mois

Il ressort des données observées (**Fig. 1**), que 45,0% des enquêtés sexuellement actifs avaient utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois précédant notre enquête (49,0% parmi les garçons contre 41,7% parmi les filles). Parmi eux, 49,3% avaient utilisé le condom masculin, 21,4% avaient utilisé la pilule contraceptive, 16,4% avaient utilisé des injectables, 9,3% avaient utilisé les pilules de lendemain, 2,9% avaient utilisé des implants et 0,7% le stérilet. Nous avons remarqué que selon le moment de la vie sexuelle, le type de contraceptif utilisé était différent, quel que soit le genre. En effet, la quasi-totalité des enquêtés sexuellement actifs (99,7%) avaient déclaré utiliser exclusivement le préservatif au tout début de la relation amoureuse. Mais lorsque la relation était

avancée, ce sont les autres méthodes (les pilules, les injectables, implants et les stérilets) qui étaient utilisés par la majorité de nos enquêtés. Les pilules de lendemain étaient utilisées à n'importe quel moment de la vie sexuelle, en cas d'oubli ou d'accidents de contraception. La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. Il s'agit de la double protection pour les utilisateurs du préservatif.

Il est apparu que 16,7% des filles sexuellement actives avaient déjà eu une grossesse non désirée et 19,4% des garçons sexuellement actifs ont déclaré avoir déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième (9,6%) de ces grossesses non intentionnelles s'étaient terminées par un avortement.

Les résultats de notre étude avaient suggéré aussi une relation significative entre l'utilisation de la contraception au cours des 12 derniers mois et l'âge. En effet, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer avoir utilisé un moyen contraceptif moderne au cours des 12 derniers mois et l'âge (60% des jeunes de 20-24 ans vs 40% de ceux de 15-19 ans, $p < 0,05$).

4.3 Les freins à la contraception moderne

Nous avons demandé aux jeunes de citer les différents facteurs susceptibles influencer leur accès de la contraception moderne. Les



différents freins évoqués par ceux-ci sont résumés dans le **tableau IV**.

Tableau IV. Fréquences des freins à la pratique contraceptive cités par les enquêtés, selon le sexe

| Freins à la pratique contraceptive | Total | Garçons | Filles |
|--|------------|------------|------------|
| | N/% | (N/%) | (N/%) |
| | 311 | 132 | 179 |
| Le manque d'information adéquate et complète | 278 (89,4) | 118 (89,4) | 160 (89,4) |
| L'immaturité des jeunes | 261 (83,9) | 97 (73,5) | 164 (91,6) |
| Les perceptions négatives (Rumeurs, croyances, désinformation) | 207 (66,6) | 122 (92,4) | 85 (47,5) |
| La peur vis-à-vis des parents et de la famille | 197 (63,3) | 63 (47,7) | 134 (74,9) |
| Difficultés d'accès économique et géographique | 196 (63,0) | 79 (59,8) | 117 (65,4) |
| Les convictions religieuses | 142 (45,7) | 74 (56,1) | 68 (38,0) |
| La crainte des effets secondaires | 108 (34,7) | 29 (22,0) | 79 (44,1) |
| Les contraintes d'observance | 66 (21,2) | 26 (19,7) | 40 (22,3) |
| Les échecs contraceptifs | 47 (15,1) | 19 (14,4) | 28 (15,6) |
| Manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive | 12 (3,9) | 8 (6,1) | 4 (2,2) |

Selon les résultats obtenus, les barrières les plus fréquemment citées étaient : les difficultés d'accès aux informations adéquates (89,4%), l'immaturité (83,9%), les perceptions erronées vis-à-vis de la contraception (66,6%), la peur vis-à-vis des parents et de la famille (63,3%), les difficultés d'accès économique et géographique (60,0%) et les barrières religieuse (45,5%).

III- Discussion

Les données de cette enquête montrent que peu de jeunes utilisaient la contraception, malgré leur bon niveau de connaissance générale sur la contraception. Cette partie nous permettra d'interpréter ces différents résultats de notre recherche.

1. Une connaissance générale des jeunes sur la contraception

Nous avons noté chez les jeunes une méconnaissance du fonctionnement du corps, du cycle féminin et de la

contraception. La majorité (77%) d'entre eux ne connaissait pas les différents types de contraceptifs modernes. Cette situation pourrait trouver son explication par le fait que la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les sociétés africaines. Les adultes craignent aussi, qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents ou en leur apprenant à se protéger, on les rendrait sexuellement actifs. Tous ces facteurs font qu'aujourd'hui, très peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine sexuel et reproductif. Pourtant les jeunes ont de réels besoins d'information et d'échanges. De tels résultats avaient été obtenus par l'EDSBF (2010) indiquaient que 21% de jeunes du Burkina Faso ne savaient pas comment situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel, et 41% n'en avaient qu'une connaissance approximative. Les résultats de notre étude avaient montré que la quasi-totalité des jeunes, avaient cité spontanément au moins une méthode



contraceptive moderne. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ont vu ou entendu parler des contraceptions lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de communication tels que internet, les téléphones ou des amis. Ces résultats concordent avec ceux obtenus au Burkina Faso par Babalola *et al.* (2005), suggérant un bon niveau de connaissance des jeunes en ce qui concerne la contraception. De la même façon, une étude réalisée par Williamson *et al.* (2009) au Mali, au Nigeria, en Tanzanie, en Afrique du Sud et au Vietnam, indiquant que la grande majorité des jeunes connaissent les principales méthodes de contraception. Mais les auteurs avaient insisté sur les méconnaissances des jeunes en ce qui concerne les modes d'emploi des méthodes contraceptives. Il est important de préciser que dans le cadre de notre étude, nous ne nous sommes intéressés qu'à la connaissance basique des moyens contraceptifs, et non aux connaissances des mécanismes d'action et des modes d'emploi. Pour Herbigniaux *et al.* (2005), nous devons être attentifs à distinguer la connaissance des méthodes et la connaissance de leur bonne utilisation. Car, même si les femmes se sentent bien informées, elles n'ont pas les comportements adéquats dans des situations inhabituelles par rapport à leurs méthodes.

Cela implique d'approfondir les connaissances des jeunes, notamment en ce qui concerne le mode de fonctionnement des différentes technologies contraceptives disponibles.

Les méthodes contraceptives les plus connues par nos enquêtés étaient les préservatifs et les pilules. Une explication peut en être que les préservatifs et les pilules soient les produits les plus répandus, et les plus accessibles financièrement. Des résultats similaires avaient été obtenus par plusieurs études (EDSBF, 2010 ; Guilbert, 2011). L'EDSBF (2010) avait déjà montré que le condom masculin était la méthode la plus connue par 93 % dans les populations jeunes. Cette proportion était élevée quel que soit l'état matrimonial des femmes (93 % pour les femmes en union et 99 % pour celles qui ne sont pas en union). En ce qui concerne les raisons pour lesquelles ces produits étaient les plus connus, Guilbert (2011) avait suggéré que le condom est le plus populaire parce qu'il connaît plus de promotion, il est moins cher et beaucoup d'adolescents savent comment en obtenir gratuitement. De même, il n'est pas nécessaire de voir un médecin pour en obtenir. Quant aux pilules, l'auteur avait estimé qu'elles sont faciles d'accès et peu coûteuses.

Notre étude a révélé que les parents ne constituaient pas les principales sources



d'information des jeunes enquêtés. La quasi-totalité des jeunes avaient cité les amis, le personnel de santé, et les pairs éducateurs comme étant leurs principales sources d'information en ce qui concerne les moyens contraceptifs. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Oindo *et al.* (2002) à Kisumu, indiquant que les principales sources d'information des jeunes du Kenya étaient les médias et les amis. Ces observations pourront être perçues comme une conséquence des différents problèmes de communication entre les parents et les jeunes enfants. Le fait que les parents ne communiquent pas suffisamment avec les enfants sur les questions de la sexualité maintient ceux-ci dans l'ignorance et le tâtonnement, ce qui va augmenter continuellement leur vulnérabilité. L'insuffisance de communication entre parents et adolescentes sur la sexualité avait été aussi documentée par Hien *et al.* (2012) au Burkina Faso. Cependant, ces auteurs estiment qu'il n'est pas aisé pour les parents d'aborder le sujet de façon simple et neutre avec leurs enfants. Bajos (2012), va dans le même sens en indiquant que le domaine de la contraception étant en constante évolution, il est difficile pour les parents de délivrer une information aussi complète que pourrait le faire un professionnel. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités et les compétences des parents à assumer leur rôle.

Les lieux de prestation de services en santé sexuelle étaient bien connus par nos enquêtés. Par ailleurs, le niveau de connaissance des lieux de prestation était plus élevé chez les filles que chez les garçons. Nous pouvons en déduire que les filles se sentaient plus concernées par leur sexualité que les garçons. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2013) avait déjà expliqué cette relation par le fait que la contraception est considérée comme « une affaire de femmes » qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses échecs. En effet, dans la société burkinabè moderne comme traditionnelle, chez les jeunes, dans un contexte hors mariage, il est quelques fois plus toléré d'enceinter une fille que de tomber enceinte d'un homme. Chez une jeune fille non mariée, une grossesse désirée ou non avant le mariage entraîne la stigmatisation, des formes graves de violences et même l'exclusion ou le bannissement familiale. Tout ceci peut expliquerait les efforts fournis par les filles pour accéder aux contraceptifs.

2. La persistance des perceptions erronées sur la contraception

Nos résultats avaient indiqué la persistance des perceptions erronées sur la contraception chez le tiers des jeunes interrogés. Cette situation être due à la désinformation ou à des rumeurs sur la fiabilité de la contraception. C'est peut-être aussi parce



que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la prévention du VIH que sur la contraception. Cette observation coïncide avec les résultats d'études menées dans d'autres pays d'Afrique. Au Nigeria, une étude menée auprès de 208 jeunes par Okanlawon et al. (2010), avait montré que la plupart des répondants n'avaient que très peu d'informations correctes à l'égard des contraceptifs.

Les perceptions erronées sur l'efficacité de la contraception n'empêchaient pas les jeunes à accorder une grande importance à la contraception. En effet, la quasi-totalité (90,2%) des jeunes avaient considéré la contraception comme «très importante». Par ailleurs, les filles étaient significativement plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante. Cela pourrait s'expliquer par la peur des risques d'une grossesse non désirée. Les études de Herbigniaux et al. (2005) avaient fait des observations similaires. Selon les résultats de ces études, les filles accordaient un degré d'importance un peu plus élevé que les garçons, bien que les garçons soient aussi très nombreux à considérer la contraception comme très importante. Cette importance accordée à la contraception va selon les auteurs, agir partiellement sur l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Il importe donc que les programmes de

prévention continuent à insister sur l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées, et à dissiper les idées fausses et les croyances erronées.

3. Une utilisation très insuffisante de la contraception

1. Le faible usage de la contraception durant le premier rapport sexuel

Les résultats de notre étude montraient que plus de la moitié des jeunes de notre échantillon total avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif dont 13,8% avant 16 ans. Ces résultats sont très proches de ceux obtenus lors de l'EDSBF (2010). Pour ces jeunes, le premier rapport sexuel était souvent imprévu et les exposait aux risques de contracter des grossesses non désirées. L'analyse des données avait permis de constater une utilisation très insuffisante des méthodes contraceptives lors des premiers rapports sexuels. Une explication peut en être que les premiers rapports sexuels sont généralement imprévus et improvisés. Il se passe clandestinement et se fait rapidement pour éviter la surprise. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus par Guiella (2004), lors d'une étude menée sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso. Selon l'auteur, bien que la majeure partie des adolescents approuvaient la planification familiale, la plupart d'entre



eux n'avaient pas recours aux contraceptifs. Ces observations montrent combien il existe un fossé entre les connaissances théoriques, les perceptions, et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes. A l'instar de Herbigniaux et al. (2005), nous pensons que ce n'est pas exclusivement sur le niveau des connaissances qu'il faut agir, mais également sur les pratiques concrètes et quotidiennes, et les éléments qui les entravent (tant du côté des filles que de celui des garçons). Le dialogue avec la mère et le niveau d'éducation sont deux facteurs favorables à la mise en œuvre précoce de la contraception.

La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. De tels résultats avaient été déjà observés par plusieurs études réalisées en Afrique et ailleurs (Herbigniaux et al., 2005 ; Dagnan, 2003). En Côte d'Ivoire, Dagnan et al. (2003) avaient déjà noté qu'à Abidjan, les adolescentes scolarisées utilisaient le préservatif masculin à cause de son double avantage, à savoir la protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH.

4.2. L'utilisation moyenne de la contraception au cours des 12 derniers mois

Comme pour le premier rapport sexuel, notre étude avait révélé une faible pratique

contraceptive chez les jeunes au cours des 12 derniers mois précédant notre étude. Autrement dit, plus de la moitié des jeunes sexuellement actifs étaient exposés aux grossesses non désirées, puisqu'ils n'avaient pas utilisé une méthode contraceptive moderne durant les 12 dernier mois. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Araoye et al. (1998) dans l'Etat de Kwara State au Nigeria. En effet, sur un échantillon de 971 étudiants de 18-24 ans de l'Université Ilorin, seuls 28% des jeunes garçons et 19% des jeunes filles sexuellement actifs, avaient utilisé une contraception moderne durant les 12 derniers mois précédant cette enquête.

Nous avons remarqué que les moyens de contraception les plus utilisés par les jeunes, étaient le préservatif et la pilule. Notre étude avait aussi suggéré que les pratiques contraceptives des jeunes, changent avec le type de relation dans laquelle ils étaient. Le préservatif était exclusivement utilisé au tout début de la relation amoureuse, alors que la pilule était introduite lorsque la relation était avancée. De notre point de vue, le condom est la méthode de contraception la plus utilisée dans les nouvelles relations, à cause de l'avantage de double protection qu'il offre. Il est aussi possible que les campagnes de prévention du Sida, aient contribué à une large promotion des préservatifs pour la prévention des grossesses, mais aussi pour



celle des infections sexuellement transmissibles. Quant aux pilules, c'est probablement parce qu'elles sont faciles d'accès, qu'elles sont utilisées par les jeunes lorsque la relation est définie comme stable. Ainsi, la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports, puis par la contraception orale lorsque se consolide (Gallois (2012). L'étude de Guilbert (2012) sur l'utilisation de la contraception à l'adolescence, avait validé cette suggestion, puisque l'auteur avait affirmé que l'usage du condom semble se confiner aux nouvelles relations et aux relations avec multiples partenaires, alors que l'usage de la pilule est introduit lorsque la relation est définie comme stable. Aubin (2009) fait aussi le constat que le préservatif se prête assez bien aux conditions d'exercice de la sexualité en début de vie affective : d'accès facile, il ne nécessite pas de consultation médicale préalable et d'usage ponctuel, il ne suppose aucun pari sur l'avenir de la relation. Enfin sa double finalité potentielle se révèle un atout pour son utilisation : il peut-être plus facile de proposer un préservatif en invoquant l'argument contraceptif, que dans une perspective uniquement préventive. En conclusion, les auteurs soulignent l'importance du préservatif dans la double protection (prévention VIH et grossesses non désirées), ce qui incite à renforcer

l'intervention de promotion, surtout au début de la vie sexuelle. Son efficacité contraceptive est, « dans la vie réelle », assez peu différente de celle de la pilule. Il paraît opportun de conseiller l'association des deux dans les débuts d'une sexualité active, pour éviter la persistance des grossesses non désirées (Gallois *et al.*, 2012 ; Adohinzin *et al.*, 2016b).

Dans ce contexte de faible pratique contraceptive, des grossesses imprévues surviennent, et ces jeunes femmes recourent parfois à l'avortement, si elles ne peuvent garder cette grossesse. Les données de notre enquête avaient suggéré qu'environ 17% de jeunes sexuellement actifs avaient déjà eu une grossesse non désirée, ou avaient déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième de ces grossesses s'étaient terminées par un avortement. Ces résultats semblent valider les recherches antérieures sur les conséquences du non usage des moyens contraceptifs. Au Burkina Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et avortements, montraient que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement (Akinrinola *et al.*, 2013). Blais (2005) avait justifié ces grossesses non désirées par la résistance à la contraception. Cette résistance se reflète selon l'auteur, sur le comportement de deux façons : soit qu'aucune méthode



contraceptive n'est utilisée, soit que celle-ci est inadéquate. L'utilisation inadéquate renvoie selon l'auteur, à trois problèmes : le délai entre le début des relations sexuelles, et l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive et enfin, l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive. Néanmoins, on peut-on en outre parler de la résistance contraceptive lorsque qu'on sait que les jeunes n'ont pas les informations et les compétences complètes relatives à l'utilisation de la contraceptive. Cependant, nous estimons que l'accent devrait être mis aussi sur la résistance à la contraception. Au Burkina Faso, Sondo *et al.* (2001) avaient proposé le renforcement des campagnes de sensibilisation axées sur l'approche genre.

L'analyse des données de notre enquête, avait permis de constater que la pratique contraceptive au cours des 12 derniers mois, était significativement associée à l'âge quel que soit le sexe. L'usage de la contraception était plus élevé chez les aînés que chez les cadets. Ceci pourrait trouver une explication dans l'immaturité et l'inexpérience des plus jeunes enquêtés par rapport à leurs aînés. Au Burkina Faso, l'EDSBF (2010) et une étude menée par Guiella (2004) sur la santé reproductive des jeunes, avaient montré que l'utilisation de la contraception moderne était fortement corrélée à l'âge. Il importe donc que l'éducation sexuelle commence

avant la puberté et à l'école primaire, afin que les filles soient plus à même de faire des choix informés sur leurs activités sexuelles, au moment où elles commencent à avoir des rapports sexuels (Manzini, 2001).

4.3. La persistance des freins à l'usage de la contraception

Comme d'autres recherches sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, les données de l'enquête avaient montré que l'accès et le bon usage de la contraception se heurtent à une série d'obstacles à savoir : Le manque d'information adéquate et complète des jeunes ; La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile ; Les difficultés d'accès aux méthodes contraceptives et à des services de la qualité ; La crainte des effets secondaires des produits ; et Le poids de la culture et de la religion.

Très clairement, c'est le manque d'information adéquate et complète qui était le frein le plus cité. En effet, la plupart des informations détenues par les jeunes étaient basées sur des idées reçues, des préjugés et des rumeurs. Ceci pourrait expliquer la persistance des perceptions négatives vis-à-vis de la contraception. La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile caractérisée par la peur vis-à-vis des parents, semble également jouer en défaveur de la contraception. Enfin, le coût trop élevé de certaines méthodes,



l'inaccessibilité géographique, les effets secondaires et les barrières religieuses, sont également des facteurs déterminants de l'utilisation de la contraception. Ces différents facteurs avaient été déjà documentés par plusieurs études comme étant déterminants à l'accès, au choix et à l'utilisation de la contraception.

Guilbert *et al.* (2001) et Gallois *et al.* (2012) avaient montré un lien entre l'accès à l'information et la pratique contraceptive. Pour ces auteurs, le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives, constitue un frein essentiel au choix d'une contraception. Il a pour corollaire le développement des fausses rumeurs concernant les méthodes modernes. Ces fausses rumeurs sont, selon eux, d'autant plus difficiles à combattre, qu'elles se propagent très rapidement dans le contexte des échanges internet via les forums de discussion et autres réseaux « sociaux ». Il nous paraît donc important que les jeunes reçoivent une information claire et précise sur toutes les méthodes contraceptives, leurs avantages et inconvénients, les indications et contre-indications, les moyens de se les procurer et leur coût.

L'accès des jeunes à la contraception, bien en deçà et au-delà de l'information, est déterminé par la reconnaissance sociale de leur sexualité. Ainsi, la non reconnaissance

sociale et parentale de la sexualité juvénile a été évoquée dans plusieurs études, comme une barrière importante à l'utilisation de la contraception. Ceci pourrait trouver son explication dans le fait que les jeunes ont peur que leurs parents sachent qu'ils sont sexuellement actifs. L'étude de Miller citée par Aujoulat *et al.* (2007) résume deux décennies de recherches (1980-2000) sur les influences familiales, et surtout parentales sur le risque de grossesse à l'adolescence. Elle relève principalement trois facteurs liés aux parents, qui diminuent le risque de grossesse à l'adolescence, soit en réduisant ou en retardant les relations sexuelles, soit en augmentant l'utilisation de moyens contraceptifs : le type de lien parents/enfant (soutien, proximité, et chaleur) ; la supervision ou la régulation parentale des activités des enfants ; et les attitudes et les valeurs parentales contre les relations sexuelles des adolescents (ou contre les relations sexuelles non protégées), et les grossesses à l'adolescence. Des études plus récentes viennent confirmer l'influence des facteurs familiaux. L'étude de Herbigniaux *et al.* (2005), suggère que la peur vis-à-vis des parents avait été citée par 75% des jeunes filles, comme étant l'un des principaux freins liés à la prise de la pilule. Les auteurs observent une relation entre la communication des jeunes avec les parents, et l'usage de la contraception. Selon eux,



plus il y a un haut niveau d'acceptation des relations sexuelles, c'est-à-dire moins les jeunes ressentent de culpabilité associée à leur activité sexuelle, mieux ils font usage des moyens contraceptifs. Il semble évident que la sexualité clandestine ne favorise pas la pratique contraceptive ni les comportements de prévention. Et comme Biddlecom *et al.* (2010) l'a si bien dit, il serait dès lors utile d'explorer d'autres stratégies, telles que l'appel traditionnel aux adultes de confiance, de la communauté, pour l'apport d'information et de services aux jeunes. Dès le moment où ils sont sexuellement actifs, les adolescents pourraient être mieux aptes à se protéger, s'ils disposent de canaux de communication ouverts et bienveillants avec leurs parents, et figures parentales.

Un certain nombre d'auteurs soulignent le rôle de l'accessibilité (géographique et financière) et de la qualité des services dans l'utilisation ou non d'une contraception par les jeunes. Selon Gallois *et al.* (2012), outre le besoin d'une information non moralisatrice de qualité, deux paramètres sont à prendre en considération chez les 15-25 ans : les besoins, d'une part, de confidentialité absolue, et d'autre part, de gratuité. Ce qui pose des problèmes pratiques non résolus dans le cadre habituel du remboursement des consultations et médicaments. Aubin (2009), va dans le

même sens en indiquant que lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits contraceptifs est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation, qui pourrait donc contribuer à alimenter la demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les obstacles financiers susceptibles de limiter l'accès à la contraception, méritent en effet, un examen approfondi et objectif. En ce qui concerne la confidentialité, Ba *et al.* (1999) avaient constaté après une étude menée au Sénégal, que les adolescentes qui voulaient utiliser la contraception dans la confidentialité, se voyaient s'offrir les services au même titre que les adultes, dans une structure où aucune singularité liée à l'accueil ou à l'attente ne leur était pas destinée. Ce qui est une source de non motivation, voire d'arrêt à l'utilisation de la contraception. Les auteurs insistent également sur les attitudes répressives de certains prestataires de santé envers les adolescents, à travers le mauvais accueil et/ou par jugement de valeur porté sur ceux-ci, et qui constituent un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives. Pour améliorer les conditions d'accès des jeunes à la contraception, Gautier *et al.* (2013) avaient proposé de rendre plus visible l'action des institutions (planification familiale et dépistage du VIH), mais surtout d'assurer aux jeunes la confidentialité et la gratuité de la contraception.



L'EDSBF (2010) avait identifié les effets secondaires, comme une des raisons avancées par les non utilisateurs des méthodes de planification familiale. Selon les résultats de cette étude, les jeunes ont besoin d'informations sur les effets secondaires les plus communs, et la manière de les gérer ou de les surmonter. Une étude réalisée en Afrique du Sud par Cotten *et al.* (1992), avait révélé que les femmes qui reçoivent des services de counseling inadéquats sur les effets secondaires, sont plus susceptibles de cesser leur utilisation des services de planification familiale lorsqu'elles ressentent des effets secondaires que les femmes ayant été dûment informées des effets secondaires éventuels. Pour Gilbert (2001), les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'évaluation de la santé sexuelle des adolescents durant les consultations cliniques, aussi bien que dans la promotion du concept d'être sexué dans les programmes d'éducation sexuelle. En plus, lorsque les professionnels fournissent des conseils sur la contraception, ils ont l'occasion non seulement de décrire les différentes méthodes de contraception, mais aussi de contrer les attitudes négatives envers les méthodes de contraception. Ceci peut être fait en insistant sur les bénéfices non-contraceptifs. Selon l'OMS (2005), les contraceptifs hormonaux parmi lesquels

figurent les pilules, les contraceptifs injectables ou implantables, les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux, font tous appel à des hormones qui empêchent la femme d'être enceinte. Ces hormones peuvent avoir d'autres effets sur la santé des femmes, dont de nombreux effets bénéfiques, en dehors de la simple contraception. Parmi ceux-ci nous pouvons citer : la diminution de la douleur pendant les règles, la disparition des irrégularités menstruelles, la diminution de l'abondance des règles et de leur durée, la diminution de l'acné, la diminution de la fréquence du cancer de l'ovaire à environ 40 %, et celle du risque du cancer du col utérin de 50%.

Les facteurs culturels et religieux ont été aussi évoqués dans plusieurs études, comme étant des freins importants à l'usage de la contraception. En 2013, une étude CAP sur la santé sexuelle et reproductive réalisée par l'UNFPA (2013) au Burkina Faso, avait établi un lien entre la religion et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Selon le rapport de cette étude, les femmes chrétiennes avaient un taux d'utilisation environ 1,4 fois plus élevé que les femmes musulmanes, et environ 2,4 fois plus que les femmes animistes. La croyance et la pratique de la religion ont donc une influence sur le moment de la prise de contraception : moins la religion est importante pour la femme, plus elle aura



tendance à utiliser une contraception. Il y a donc lieu d'instaurer un dialogue permanent avec les confessions religieuses, en commençant par celles qui sont plus favorables que d'autres, pour conjointement élaborer une stratégie de communication efficace en faveur de l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives (MSPLS, 2014).

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des résultats. La première est relative à l'aspect rétrospectif de certaines de nos variables, en l'occurrence celle portant sur l'âge et l'utilisation de la contraception aux premiers rapports sexuels. Cette variable pourrait subir l'effet de mémoire, surtout à cause de la faiblesse du niveau d'instruction des enquêtés, et de leur très jeune âge. En deuxième lieu, le caractère tabou de la sexualité est un aspect pouvant influencer la qualité des réponses. Certains jeunes peuvent volontairement fournir de fausses réponses pour protéger leur vie privée, par crainte d'une censure ou pour se vanter. Durant la formation des enquêteurs, des conseils leur ont été donnés pour bien expliquer la portée du travail et aussi rassurer les enquêtés sur le caractère confidentiel des informations. Cette pratique d'explication des enquêteurs a contribué à réduire l'effet de ces biais.

Conclusion

Le présent article montre que peu de jeunes utilisaient les moyens contraceptifs, malgré leur bonne connaissance et la grande importance qu'ils déclarent accorder à la contraception. Ces résultats montrent combien il existe un fossé entre les connaissances théoriques, les perceptions, et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes.

Cette faible utilisation des moyens contraceptifs s'explique par : le manque d'information adéquate et complète des jeunes, la non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile, les problèmes d'accessibilité (géographique et financière), la qualité de service, la crainte des effets secondaires des produits, le poids de la culture et de la religion.

Cette étude confirme les résultats de plusieurs recherches menées au Burkina Faso, et dans d'autres pays en matière de communication entre parents et enfants, dans le domaine de la contraception. Car, bien que près de 84% des jeunes de notre échantillon soient en situation de cohabitation parentale, les parents étaient les sources d'information les moins citées par nos enquêtés. Les résultats de notre enquête ont aussi suggéré que la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis par la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Dès qu'une relation de



couple plus stable s'installe, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé. Nous avons noté aussi que la pratique contraceptive chez les jeunes est fortement liée à l'âge. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel.

Au regard de ce qui précède, on peut retenir que de nombreux défis restent encore à relever en matière de contraception. Il est urgent de porter les efforts d'éducation, non seulement sur les connaissances, mais aussi sur les pratiques concrètes et quotidiennes dans la vie sexuelle et les éléments qui les entravent. Il convient de renforcer les capacités des parents, des enseignants et du monde médical, afin que chacun joue le rôle qui est le sien dans ce processus de transmission d'information et de compétences aux jeunes. Il va falloir assurer aux jeunes la confidentialité et la gratuité de la contraception. Et comme Mwembo-Tambwe (2012) l'a su bien dit : il n'y a pas de contraception idéale, à chaque couple sa contraception. Le personnel médical devrait aider les candidats à faire un bon choix quant aux méthodes contraceptives. Les quatre critères d'une bonne méthode contraceptive doivent absolument être considérés. Un bon choix dépend de nombreux facteurs : le mobile (désir du couple), les convictions religieuses, les possibilités offertes par le pays, le rapport

entre les conjoints, l'harmonie physique et psychologique, la pudeur, les indications et contre indications des méthodes utilisées.

Une future recherche est nécessaire, pour explorer les stratégies de promotion de l'utilisation de la contraception qui apportent le plus grand bénéfice, en particulier chez les jeunes et dans les milieux moins favorisés. Un examen plus approfondi des questions liées à l'offre et à la demande, serait aussi utile, afin de faciliter l'accès des programmes à une plus grande proportion de jeunes, pour les aider à répondre à leurs besoins de contraception. Ces perspectives pourraient améliorer l'information et la pratique de la contraception chez ce groupe vulnérable.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toute l'Equipe Société et Santé du département de Santé Publique du Centre Muraz pour sa contribution multiforme (amendement du protocole, formation des enquêteurs, collecte et encodage des données, vérification des questionnaires, etc.) et les équipes du Centre de Calcul du Centre Muraz et du Luxembourg Institute of Health, pour leur appui méthodologique, le traitement et l'analyse des données.

Références

1. Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al, 2016.



- Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée. *Santé publique. Santé publique.* n°4, juillet-août (In press).
2. Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al, 2016. Port du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabés. *Santé publique.* n°5, juillet-août (In press).
 3. Akinrinola B, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G. 2013. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences. [Page Internet]. New York: Guttmacher Institute, 40p. [Visité le 31/03/2016]. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37141>
 4. Araoye MO, Fakeye OO. 1998. Sexuality and contraception among Nigerian adolescents and youth. *African Journal of Reproductive Health.* 2(2),142-50
 5. Aubin CD, Menninger J, 2009. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. France : Inspection générale des affaires sociales, RM2009-104A, IGAS, Rapport N°RM2009-104A, 94 p.
 6. Aujoulat I, Libion F, Rose B. 2007. Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Bruxelles : Unité d'Education pour la santé, Tome 2, 32 p.
 7. Ba M, Sangaré M, Moreira P, Bah D, Diadihou F, 1999. Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. *Médecine d'Afrique noire.* 46 (6), 300-302
 8. Babalola S, Vonnasek C, 2005. Communication, ideation and contraceptive use in Burkina Faso: an application of the propensity score matching method. *J Fam Plann Reprod Health Care,* Volume 31, Issue 3 :207-212. Doi:10.1783/1471189054484022
 9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. 2012. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et sociétés.* n°492. [Visité le 12/06/2016]. En ligne : http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/
 10. Biddlecom A, Awusabo-Asare K, Bankole A, 2010. Rôle des parents dans l'activité sexuelle et la pratique contraceptive des adolescents, dans quatre pays d'Afrique. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique.* Numéro spécial , 2-11.
 11. Blais J. 2005. La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste. *Sexprime.* vol.1, no 2, 8 p.
 12. Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ), 2009. La sexualité des jeunes au fil du temps. Evolution, influences et perspectives. Berne : CFEJ, 105 p. [Visité en 22/04/2016]. En ligne : www.cfej.ch.
 13. Cotton N, Stanback J, Maidouka H, Taylor-Thomas JT, Turk T, 1992. Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia. *International Family Planning Perspectives.* 18 (4),145-149
 14. Dagnan S, Dzuaffo P, Tiembre I, Benie BV, Koffi KA, Boni ES. 2003. Utilisation de la planification familiale chez l'adolescente scolarisée à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique noire.* vol. 50 (7), 305-308
 15. Delaunay V, Guillaume A, 2007. Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique sub-Saharienne. In : *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud.* Nouveaux contextes et nouveaux comportements. Edition. Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve : 215-267



16. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 2013. Connaissances Attitudes et Pratiques des populations du Burkina en matière de Santé Sexuelle et Reproductive. Burkina Faso : FNUAP, 93 p. [Visité le 28/12/2015]. En ligne : http://countryoffice.unfpa.org/burkinafaso/drive/RAPPORTCAP_avalider.pdf
17. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 2014. Etat de la population 2014. New York : FNUAP, 119 p. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WE_B.pdf
18. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. 2012. Contraception de l'adolescente. Volume 8, numéro 3, 112-117 .DOI : 10.1684/med.2012.0811
19. Gautier A, Delphine Kersaudy-Rahib, Lydié N, 2013. Pratiques contraceptives des moins des 30 ans, Baromètre de sante 2010, Mai 2013. Agora débats/jeunesses. 1 (63), 176 p. Doi : 10.3917/agora.063.0088.
20. Guella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. 2004. New York : Alan Guttmacher Institute, 37 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2005/03/01/or16.pdf>
21. Guilbert E. 2001. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. Journal SOGC. Volume 23 (4), 329-333
22. Haute Autorité de Santé (HAS). 2013. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. France (Paris): HAS, 49 p. [Visité le 27/12/2015]. En ligne : www.has-sante.fr
23. Herbigniaux F, Thai Y. 2005. Les méthodes contraceptives chez les jeunes Enquête menée auprès des 13 - 21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles : Fédération des Centres de planning des Femmes Prévoyantes Socialistes, 39 p.
24. Hien H, Somé A, Meda N, Somé T, Diallo R, Zingué D, Diallo I, Dao B, Diagbouga S, Ouedraogo BJ. 2012. Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique. 24(4): 343-351
25. Institut de médecine tropicale (IMT), 2008. Droits en matière de Santé de la Reproduction – Santé Génésique. PASSAGE – Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique. Burkina Faso : IMT, 103 p. [Visité le 02/02/2016]. En ligne : <http://www.uonn.org/passage/Rapport%20an%202/Rapport%20Interim%C3%A9diaire%20an%202%20Version%20finale.pdf>
26. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). 2009. Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Burkina Faso : MFE, 348 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres%20enq/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf
27. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-2010) du Burkina Faso. 2010. Calverton: ICF International, 349 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady347.pdf
28. International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2006. Déclaration de l'IMAP sur la contraception à l'usage des adolescents et des jeunes à l'époque du VIH/Sida. Bulletin médical de l'IPPF. 40 (2), 6 p.



29. Machin D, Campbell Mj, Fayers PM, Pinol A. Sample Size Tables for Clinical Studies. 1997. Second Edition John Wiley & Sons. Chichester (United Kingdom): 315 p.
30. Manzini N, 2001. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters*. 9(17), 44-52
31. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS), 2014. Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi. Burundi : MSPLS, 102pp.
32. Mwembo-Tambwe A , Kayamba P, Donnen, P, Mukalenge F, Humblet P, Dramaix, M, Buekens P, 2012. Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: proportion et déterminants. *The Pan African Medical Journal*, vol 12; 25p.
33. Oindo ML. 2002. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *Afr Health Sci*. 2(1) : 33-39
34. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje F. 2010. Contraceptive Use: Knowledge, Perceptions and Attitudes of Refugee Youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *Afr J Reprod Health*.14 (4), 17-26
35. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005. La contraception hormonale et l'état osseux : note d'information à l'intention des dispensateurs. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 35 (80), 297–304pp. [Visité le 24/03/2016]. En ligne : www.who.int/reproductive-health
36. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2011. Risques pour la santé des jeunes. 64ème Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf.
37. Sondo B , Sya D, Paré R, Kouanda S, Savadogo L, 2001. The use of contraceptive methods by the Mossi in a rural health district of Kaya, Burkina Faso. *Sante*. Apr-Jun;11(2) :111-6.
38. Tanchou Y, 2009. Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*. Vol. 17,18-28. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm.
39. Williamson M, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. 2009. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries : a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 2009. 6:3, 1-12. Doi:10.1186/1742-4755-6-3