

Protéger la prochaine génération au Burkina Faso

**NOUVELLE ÉVIDENCE SUR LES
BESOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS**



Protéger la prochaine génération au Burkina Faso

Nouvelle évidence sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents

Aurélie Gal-Régniez
Georges Guiella
Christine Ouédraogo
Vanessa Woog
Dieudonné Bassonon
Leila Darabi
Susheela Singh



Remerciements

Protéger la prochaine génération au Burkina Faso était écrit par Aurélie Gal-Régniez d'Equilibres et Populations, Georges Guiella et Christine Ouédraogo de l'Institut Supérieur des Sciences et de la Population (ISSP, l'ex UERD), Dieudonné Bassonon de l'Initiative Privée et Communautaire de lutte Contre le VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC), et Vanessa Woog, Leila Darabi et Susheela Singh, toutes du Guttmacher Institute. Alice Debauche et Fran Althaus ont édité la monographie ; Kathleen Randall s'en est chargée de la production, et Judith Rothman a fait la mise en page.

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont participé à la rédaction de cette monographie : Akinrinola Bankole, Melanie Croce-Galis, Kate Patterson et Gabrielle Oestreicher du Guttmacher Institute, Brice Millogo et Rigobert Sanon de l'Initiative Privée et Communautaire de Lutte Contre le VIH/sida au Burkina Faso (IPC) et Deirdre Wulf, consultante indépendante.

Les auteurs sont également reconnaissants aux personnes suivantes dont les commentaires leur ont permis de l'enrichir : Baya Banza, chercheur à l'ISSP, Nathalie Mondain, chercheuse à l'Université d'Ottawa, Kaboré Saïdou du bureau de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) au Burkina Faso et Lydia Saloucou, à l'époque directrice du Population Council au Burkina Faso.

Ce rapport fait parti d'un projet plus large conduit au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, intitulé Protéger la Prochaine Génération : Comprendre les risques liés au VIH parmi les jeunes. Le projet contribue à la lutte mondiale contre l'épidémie montante de VIH/sida parmi les adolescents en soulevant la conscience des besoins des jeunes en termes de santé sexuelle et reproductive en ce qui concerne le VIH/sida, les IST et la grossesse non désirée.

Nous reconnaissons l'équipe de recherche : Georges Guiella et Christine Ouédraogo de L'Institut Supérieur des Sciences et de la Population (Burkina Faso) ; Kofi Awusabo-Asare et Akwasi Kumi-Kyereme de l'University of Cape Coast (Ghana) ; Alister Munthali et Sidon Konyani du Centre for Social Research (Malawi) ; Stella Neema et Richard Kibombo du Makerere Institute of Social Research ; Eliya Zulu, Nyovani Madise et Alex Ezeh du African Population and Health Research Center (Kenya) ; et Akinrinola Bankole, Ann Biddlecom, Ann Moore et Susheela Singh, personnel de recherche du Guttmacher

Institute. Nous reconnaissons les conseils fournis par Patricia Donovan, Melanie Croce-Galis et Leila Darabi, personnel de communication du Guttmacher Institute. Nous voudrions aussi remercier Mary Amuyunzu-Nyamongo, autrefois du African Population and Health Research Center et Jennifer Nadeau, autrefois du Guttmacher Institute. Pour l'implémentation de l'Enquête nationale des adolescents, nous reconnaissons le travail de ORC Macro et remercions, en particulier, Pav Govindasamy, Albert Themme, Jeanne Cushing, Alfredo Aliaga et Rebecca Stallings.

Au Burkina Faso, l'ISSP était responsable de toutes les activités de recherche. L'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) a lancé l'Enquête nationale des adolescents. Nous remercions la grande équipe de personnel de travaux sur le terrain comprenant les surveillants et les interviewers, qui ont conduit plusieurs efforts de collecte de données. En outre, l'IPC s'occupe du programme de communications et plaidoyer pour assurer que les données du projet contribuent à l'amélioration des politiques et programmes destinés aux adolescents burkinabè.

Le projet est soutenu par le Bill & Melinda Gates Foundation, le Rockefeller Foundation et le National Institute of Child Health and Human Development (grant 5 R24 HD043610).

Table des matières

Résumé	4
Chapitre 1: Introduction	6
Chapitre 2: Mieux connaître les comportements sexuels des adolescents pour mieux les protéger	10
Chapitre 3: Renforcer les capacités des adolescents à se protéger par des actions de communication	15
Chapitre 4: Améliorer la prise en charge des adolescents par les structures sanitaires	21
Chapitre 5: Adapter les programmes de santé de la reproduction aux différents groupes de jeunes	25
Chapitre 6: Conclusions et implications programmatiques	29
Références	33
Tableaux annexes	35

Résumé

Les jeunes burkinabè se heurtent à des difficultés majeures en termes de santé sexuelle et de reproduction. Dans un contexte où il est difficile d'accéder à des informations et à des soins adaptés, un grand nombre d'entre eux doivent faire face à des grossesses non désirées et à risques ou encore aux infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH/sida. Cette situation exige que les stratégies d'intervention en direction de ce groupe numériquement important et très vulnérable soient renforcées.

Il est nécessaire de mieux appréhender les parcours et les comportements sexuels des adolescents et les risques auxquels ils sont confrontés

- La majorité des adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles ont vécu leur première expérience avec un(e) petit(e) ami(e), guidés par l'envie. Cependant, 38% des filles ont eu leurs premières relations sexuelles dans le cadre du mariage et un garçon sur huit déclare avoir eu sa première expérience avec une partenaire occasionnelle.
- Dans tous les cas, les adolescents sont très peu nombreux à avoir utilisé des méthodes contraceptives lors de leurs premières relations sexuelles. Le préservatif, qui a été la méthode la plus utilisée, l'a été par seulement 24% des filles et 31% des garçons.
- Les adolescentes sont nombreuses à avoir déjà eu des enfants (27% ont donné naissance avant 18 ans) et à s'être déjà mariées (32% se sont mariées avant 18 ans).
- Toutes les grossesses ne sont pas désirées : 30% des jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont déjà eu un enfant auraient préféré que leur dernière grossesse n'eusse pas lieu ou fût reportée. Par ailleurs, 17% des 15-19 ans en union et actuellement enceintes auraient préféré dif-

férent leur grossesse. Les jeunes filles mariées utilisent beaucoup moins le préservatif que celles qui ne sont pas en union et elles sont deux fois moins nombreuses à connaître les informations nécessaires à la protection contre le VIH.

- Une proportion non négligeable de garçons (11%) a eu, au cours des 12 derniers mois, deux partenaires ou plus sans avoir utilisé de préservatifs. Parmi les adolescents sexuellement actifs, ceux qui prennent le plus ce type de risques sont les adolescents vivant en milieu rural et les adolescents non scolarisés.
- Les jeunes filles de 15 à 19 ans sont nombreuses à avoir subi des violences sexuelles : 18% déclarent avoir subi des attouchements indésirables et 8% à avoir été contraintes physiquement à avoir des rapports sexuels.

Mieux communiquer auprès des adolescents permettrait d'améliorer leur santé sexuelle et reproductive

- Si dans leur très grande majorité, les adolescents ont déjà entendu parler du VIH/sida et de la contraception, leur niveau d'information est très bas et peu d'entre eux disposent des aptitudes nécessaires pour se protéger, comme la confiance en soi, la capacité à négocier et à dialoguer ou encore la faculté à résister aux pressions. Moins de 10% des 15-19 ans ont la maîtrise d'informations suffisamment détaillées pour se protéger efficacement contre les grossesses non désirées et environ 15% pour se protéger contre le sida.
- A ce déficit en termes de connaissances et de compétences s'ajoutent de nombreux préjugés sur les malades, en particulier en milieu rural.

- Les 12–14 ans constituent un public particulièrement vulnérable et très peu touché par les programmes de prévention. Ainsi, moins de la moitié des 12–14 ans connaissent la méthode ABC (abstinence, be faithful, condom—abstinence, fidélité, préservatif) et seulement 5% des filles et 9% des garçons ont des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le VIH.
- Les adolescents consultent et souhaitent consulter des sources multiples pour obtenir des informations sur les méthodes contraceptives et les IST/VIH/sida. Les médias de masse—principalement la télévision et la radio—permettent de toucher un grand nombre d'adolescents. En revanche, les supports écrits ne sont que très peu consultés.
- L'entourage des adolescents est un vecteur important de renseignements même si les informations véhiculées par les pairs ne sont pas toujours sûres. Le dialogue intergénérationnel, quant à lui, doit être renforcé. En ce qui concerne les sources plus formelles comme les enseignants et les personnels de santé, elles bénéficient de beaucoup de crédibilité aux yeux des adolescents mais elles restent difficilement accessibles.

Le renforcement des services de santé pour une meilleure prise en charge des besoins des jeunes constitue un défi majeur

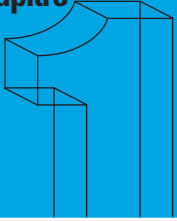
- Malgré la crédibilité des services de santé aux yeux des adolescents, ces derniers les utilisent très peu. La majorité des adolescents sexuellement actifs de 15 à 19 ans qui connaissent une méthode contraceptive n'en utilisent pas, tandis que plus de la moitié des adolescents ne savent pas où obtenir des contraceptifs et un jeune sur trois ne sait pas où aller pour traiter une IST. En outre, à peine la moitié des adolescents qui ont déjà eu des rapports sexuels connaissent l'existence du test du VIH et un endroit où se faire dépister. Parmi les adolescents qui ont déjà eu une expérience sexuelle, qui sont courant de l'existence du dépistage et qui savent où le pratiquer, seulement 5% ont déclaré l'avoir fait.
- L'embarras et la peur sont des obstacles majeurs à l'obtention et à l'utilisation des services de santé de la reproduction : 28% des jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels citent de telles raisons comme des obstacles pour obtenir des méthodes contraceptives et 14% pour obtenir un traitement contre les IST. Les adolescentes mariées sont aussi nombreuses que celles qui ne le sont pas à témoigner d'une gêne à demander des méthodes contraceptives.
- L'éloignement et le coût constituent aussi des barrières à la consultation des services de santé de la reproduction par les adolescents. Ainsi, 17% des filles âgées de 15 à 19 ans et 21% des garçons du même âge ne savent pas où aller pour obtenir des méthodes contraceptives, ou comment y aller. Par ailleurs, environ 20% des ado-

lescents pensent qu'ils ne seraient pas en mesure de payer les services relatifs à l'obtention de méthodes contraceptives dans un centre de santé ou un hôpital public. Ils sont aussi 10% des filles et 16% des garçons à déclarer que le coût trop élevé du test à VIH constitue la principale raison pour laquelle ils ne l'ont pas fait.

Il est crucial de concevoir des programmes spécifiques adaptés aux besoins des différents sous-groupes d'adolescents

- Les garçons et les filles ont des besoins qui ne sont pas les mêmes en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Par ailleurs, les jeunes filles ont des réseaux de socialisation plus limités et sont plus exposées aux violences sexuelles.
- Les adolescents pauvres ont moins de connaissances pour se protéger contre les grossesses non désirées et le VIH/sida : tandis que 32% des jeunes garçons appartenant au quintile de bien être le plus élevé possèdent des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le sida, seulement 5% des garçons du quintile le plus bas en ont et ils sont plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque.
- Les jeunes vivant en milieu rural ont moins facilement accès aux moyens de communication modernes et sont moins scolarisés. A l'inverse, la famille joue un rôle prépondérant pour eux. Dans l'ensemble, leur niveau d'information en matière de santé sexuelle et de la reproduction est moins bon que celui de leurs pairs vivant en ville et leur accès aux infrastructures sanitaires est plus difficile.
- Les jeunes scolarisés ont plus facilement accès aux informations et sont moins nombreux à témoigner de préjugés contre les séropositifs. De plus, leurs comportements sexuels se révèlent être moins à risque.

Les acteurs burkinabè doivent relever le défi de protéger la prochaine génération en repensant leurs stratégies d'intervention en fonction de ces nouvelles données de recherche. Il est important d'agir simultanément sur plusieurs leviers : améliorer la communication, favoriser l'accès aux services sanitaires et créer un environnement favorable à la protection de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes. Ces actions doivent s'appuyer sur une connaissance précise des différents milieux et publics visés, encourager une participation réelle des bénéficiaires et être soumises à des évaluations régulières.



Introduction

Des adolescents en bonne santé et ayant un bon niveau d'instruction constituent une ressource précieuse pour le développement d'un pays.¹ Au Burkina Faso, les jeunes âgés de 10 à 19 ans représentent 25% de la population totale.² La grande majorité d'entre eux sont peu scolarisés et vivent dans des conditions précaires, avec d'importantes disparités entre villes et campagnes. Cet environnement conditionne fortement leurs comportements, les priorités qu'ils se fixent et leur capacité à les atteindre.

Beaucoup de filles se marient et donnent naissance durant l'adolescence. Bon nombre de garçons débutent aussi leur vie sexuelle à cette période, mais ils se marient plus tard. La plupart des adolescents ont délibérément choisi de vivre ces expériences, mais certains doivent faire face à des relations sexuelles forcées, un mariage ou encore une grossesse non désirés. Dans tous les cas, si elles sont mal négociées, ces étapes peuvent comporter des risques pour leur santé à court ou à long terme. Les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/sida, constituent deux périls majeurs pour les adolescents. Face à ce constat, les pouvoirs publics et la société civile se sont mobilisés pour améliorer la situation. Cependant de nombreux obstacles demeurent, notamment en ce qui concerne les groupes très vulnérables comme les jeunes filles non scolarisées, y compris mariées, et les adolescents les plus jeunes (12-14 ans), dont les besoins spécifiques en information et en services sont peu pris en compte.

Ce rapport, en apportant un nouvel éclairage sur les besoins des adolescents, vise à renforcer les capacités d'action des décideurs, des professionnels socio-sanitaires et de la communauté toute entière en faveur d'une meilleure prise en charge de la santé de cette population clé.

En effet, pour ne pas hypothéquer l'avenir du pays et réussir à lutter efficacement contre la pauvreté, le Burkina Faso se doit aujourd'hui d'affiner sa stratégie en matière de santé des adolescents et plus particulièrement de santé de la reproduction. Gageons alors que les nouvelles données de recherche obtenues dans le cadre du programme « Protéger la prochaine génération » aideront les acteurs burkinabè à ajuster leurs efforts pour relever ce défi.

Les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées constituent une double menace pour les adolescents burkinabè

Comme nous l'indiquent les nouvelles données que nous présentons dans ce rapport, la grande majorité des jeunes burkinabè deviennent sexuellement actifs durant l'adolescence. Munis d'informations qui restent très parcellaires sur la santé sexuelle et de la reproduction, utilisant peu les moyens de contraception modernes—dont le préservatif—fréquentant peu les structures sanitaires, ils sont très exposés à la fois aux IST/VIH/sida et aux grossesses non désirées.

Jeunes et adolescents : de qui parle-t-on?

Les concepts de jeunes et d'adolescents sont variables d'une société à l'autre. Il est d'usage, cependant, de considérer que les adolescents regroupent les 10-19 ans, les jeunes les 15-24 ans et la jeune génération les 10-24 ans.¹ Ce rapport s'intéresse aux enjeux de santé sexuelle et de la reproduction auxquels la jeune génération est globalement confrontée mais prendra en compte plus spécifiquement les adolescents âgés de 12 à 19 ans sur lesquels se sont portées les recherches.

...permettre aux adolescents d'aujourd'hui de préserver leur santé sexuelle et de la reproduction assure non seulement leur avenir mais aussi celui des générations suivantes.

Certes, en comparaison avec d'autres pays comme l'Afrique du Sud, le Burkina Faso n'a pas une prévalence du VIH très élevée, mais la pandémie représente toujours une menace sérieuse. Les données épidémiologiques sont peu fiables et sans doute sous-évaluées mais des enquêtes réalisées dans des sites sentinelles indiquaient en 2004 une séroprévalence chez les 15–19 ans de 4,2% à Ouagadougou, de 1,3% dans les autres zones urbaines et de 0,5% dans les zones rurales,^{3(p.14)} tandis que les estimations nationales de 2005 évaluaient la prévalence globale chez les 15–24 ans à 1,4% pour les filles et à 0,5% pour les garçons.⁴ Par ailleurs, à 19 ans, une grande majorité des jeunes femmes ont déjà débuté leur vie féconde.² Même s'il est très difficile d'évaluer la proportion de grossesses non désirées, quelques études ont mis en évidence ce phénomène qui aboutit dans certains cas à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

Les adolescents ont conscience de ce double risque puisque plus de 40% des filles de 15 à 19 ans se disent préoccupées par l'éventualité de tomber enceinte tandis qu'environ la moitié de l'ensemble des adolescents de cette tranche d'âge sont inquiets du risque de contracter le VIH.^{5(p.48)} Une grande partie des jeunes burkinabè sexuellement actifs qui utilisent le préservatif le font dans une optique de double protection à la fois contre les IST/VIH/sida et contre les grossesses non désirées.^{5(p.77)}

Ce constat plaide pour le renforcement des stratégies d'action relatives à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents par la mise en œuvre d'une approche intégrée qui prendrait en considération d'une part leurs besoins en matière de prévention contre les IST/VIH/sida et de planification familiale et qui faciliterait d'autre part leur accès à une information et à des services plus variés et de meilleure qualité.

Investir dans la santé des adolescents est un choix stratégique

En matière de santé publique, l'adolescence constitue une fenêtre d'opportunité. C'est souvent au cours de cette période que les individus vivent leurs premières expériences, notamment sexuelles. C'est également au cours de cette période qu'ils adoptent durablement des comportements qui auront des répercussions importantes sur leurs vies d'adultes. Il est donc primordial que les adolescents puissent recevoir très tôt, idéalement avant leur entrée en activité sexuelle, des informations utiles en vue de développer les aptitudes qui leur permettront de faire les bons choix. Investir dans la santé des adolescents constitue une option stratégique cruciale pour l'avenir du pays et ce à plusieurs niveaux : la capacité des adolescents à rester en bonne santé et à adopter des comportements sans risque influence en partie les dépenses futures de santé publique d'un Etat. Elle conditionne également la manière dont les jeunes, une fois adultes, pourront ou non assumer pleinement leur rôle au sein de leur famille et de leur communauté et plus largement participer au développement de leur pays. Ainsi, permettre aux adolescents d'aujourd'hui de préserver leur santé sexuelle et de la reproduction assure non seulement leur avenir mais aussi celui des générations suivantes.

Le gouvernement burkinabè a conscience de l'enjeu que représente la santé des jeunes

Le gouvernement burkinabè est conscient de l'intérêt de promouvoir une approche spécifique en direction des jeunes, comme en témoigne l'implication personnelle du chef de l'Etat dans le lancement d'une campagne de sensibilisation sur la santé des jeunes en 1996. L'organisation, l'année suivante, d'un forum national sur

le même thème a permis de donner un signal fort aux partenaires du développement tout en formalisant l'existence d'un réseau d'associations luttant contre le VIH chez les jeunes.

Sur le plan institutionnel, dès 1995, un service affecté à la santé des jeunes a été créé à la Direction de la Santé de la Famille (DSF) du Ministère de la Santé. En collaboration avec le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, ce dernier a eu la charge d'élaborer un programme « Santé des jeunes » et de créer deux centres à l'intention des jeunes dans les deux principales villes du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. L'évaluation de ce premier programme a conduit le service à définir « un plan stratégique de santé des jeunes » fixant des orientations pour la période 2004–2008 pour tous les acteurs de ce domaine. Bien que l'approche soit globale, les deux premiers objectifs spécifiques de ce plan sont une réduction des IST de 30% et du VIH de 20% ainsi qu'une réduction du nombre de grossesses précoces et non désirées de 30% d'ici fin 2008.^{6(p.41)} Notons également qu'un module « santé des jeunes » a été introduit dans les curricula de formation à l'École Nationale de Santé Publique et que des directives nationales ont été élaborées pour la santé en milieu scolaire et universitaire.

Sur le plan juridique, le Burkina Faso a pris progressivement des mesures pour répondre aux recommandations des différentes conférences africaines et internationales sur la population. La révision du Code des Personnes et de la Famille a permis de fixer l'âge minimum au mariage à 17 ans pour les filles et à 20 ans pour les garçons. Le Burkina Faso s'est aussi doté d'un texte interdisant l'excision. Mais c'est tout dernièrement, à la fin de l'année 2005 que le Burkina vient de combler son retard en adoptant et en promulguant une loi sur la santé de la reproduction (Loi n°049–2005/AN), émanant du réseau burkinabè des parlementaires en matière de population et développement, qui prend en compte les besoins particuliers des jeunes en terme de planification familiale et de prévention contre les IST.

De nouvelles données pour guider l'amélioration des programmes

Malgré la volonté politique affichée par le gouvernement burkinabè d'améliorer la santé des jeunes et malgré les multiples actions menées par les acteurs de la société civile, les indicateurs relatifs à la santé de la reproduction des adolescents montrent que beaucoup reste à faire.

Pour agir efficacement, il est primordial de combler les lacunes importantes qui persistent concernant nos connaissances des comportements et des besoins spécifiques des adolescents. Quel est leur niveau d'information en matière d'IST/VIH/sida et de contraception ? Quelles sont les raisons pour lesquelles ils continuent de s'engager dans des comportements hautement à risque ? Quels sont les obstacles qui les freinent dans l'adoption de

comportements moins risqués ? Comment être plus efficace pour mieux informer les adolescents et leur faciliter l'accès aux services de santé ?

C'est pour répondre à ces questions qu'un programme quinquennal de recherche intitulé « Protéger la prochaine génération » a été mis en place. Des enquêtes qualitatives et une enquête quantitative représentative au niveau national ont permis d'aller chercher l'information directement auprès des intéressés. Les points de vue de plus de 5.000 adolescents (y compris des garçons et des filles de moins de 15 ans) répartis sur l'ensemble du territoire burkinabè, ont ainsi été recueillis, permettant d'établir une base de connaissances actualisées. Ce matériau précieux, complété par les opinions d'adultes ressources (parents, enseignants, professionnels de santé, etc.), offre un éclairage unique sur les besoins spécifiques des adolescents en matière d'informations et de services et les moyens les plus pertinents pour y faire face.

Les pages qui suivent présentent les principaux résultats de ce travail. Le premier chapitre se propose de mettre en lumière la diversité des comportements sexuels des adolescents et leur degré d'exposition aux risques de grossesses non désirées et d'IST/VIH/sida. Le deuxième chapitre s'intéresse aux connaissances et aux aptitudes des adolescents ainsi qu'aux sources d'information qu'ils consultent et préfèrent. Le troisième chapitre informe sur les rapports que les adolescents entretiennent avec les services de santé, en particulier ceux du secteur formel, et sur les barrières qui en limitent l'accès. Le quatrième chapitre met en lumière les différentes catégories d'adolescents et leurs besoins particuliers. Enfin, quelques enseignements pouvant enrichir les orientations stratégiques des politiques et des programmes déjà mis en œuvre seront proposés en conclusion.

Sources de données du projet

« PROTÉGER LA PROCHAINE GÉNÉRATION : COMPRENDRE LES RISQUES LIÉS AU VIH PARMIS LES JEUNES »

DONNÉES QUANTITATIVES :

Une enquête représentative a été conduite sur un échantillon de 5.950 adolescents âgés de 12 à 19 ans au Burkina Faso de février à juillet 2004. Elle a permis de collecter des données sur l'environnement social, les connaissances, les attitudes, les expériences et les comportements sexuels et reproductifs des adolescents (par exemple, utilisation du préservatif et activité sexuelle actuelle). Elle a été menée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), en collaboration avec ORC Macro. Les analyses ont été réalisées par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) et le Guttmacher Institute. L'ensemble des résultats a été publié dans un rapport publié par le Guttmacher Institute en 2006.¹

DONNÉES QUALITATIVES :

- Cinquante-cinq discussions de groupe ont été réalisées en 2003 pour mieux comprendre les perceptions et les croyances qui influent sur le comportement des adolescents et le recours aux services de santé. Ce travail a été mené de la même manière au Ghana, au Malawi et en Ouganda et l'ensemble de ces discussions a été exploité dans une publication commune au quatre pays.²
- Quatre-vingt dix-sept entretiens approfondis ont également été menés en 2003 avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans, scolarisés et non scolarisés qui résident à Ouagadougou (milieu urbain) et au Bazéga (milieu rural), avec également des jeunes femmes mariées, des jeunes gens de la rue et des petites commerçantes ambulantes. Les principaux résultats sont présentés dans un rapport publié par le Guttmacher Institute en 2005.³
- Enfin, en 2005, une soixantaine d'entretiens approfondis ont été réalisés auprès d'adultes clés, parents ou tuteurs, prestataires de soins, enseignants et leaders communautaires afin de recueillir les perceptions qu'ont les adultes de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents, de prendre connaissance du point de vue des adultes sur la communication intergénérationnelle sur ce sujet et d'appréhender la manière dont ils envisagent leur rôle et leurs responsabilités concernant la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes. L'analyse de ces entretiens a donné également lieu à une publication par le Guttmacher Institute en 2007.⁴

TABLEAU 1.1

Répartition en pourcentages des répondants, selon les caractéristiques indiquées.

Caractéristiques	Filles (N=2.939)	Garçons (N=3.016)
RÉSIDENCE		
Urbaine	26,1	21,2
Rurale	73,9	78,8
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT		
Oui	22,0	30,6
Non	78,0	69,4
ÉTAT MATRIMONIAL		
Mariée	14,1	na
Célibataire	85,9	na

Note : na=non applicable.



Mieux connaître les comportements sexuels des adolescents pour mieux les protéger

Connaître la réalité des comportements sexuels des adolescents permet de mieux cerner leurs besoins, d'identifier les catégories les plus exposées et d'adapter les programmes de prévention pour qu'ils soient les plus ciblés et efficaces possibles. L'âge auquel les adolescents ont leurs premiers rapports sexuels, le nombre et les caractéristiques des partenaires qu'ils ont ainsi que la nature des relations qu'ils entretiennent avec ces partenaires sont des déterminants importants du risque de grossesse non désirée ou d'IST. Au Burkina Faso, les parcours des adolescents sont variés et leur exposition aux risques diffère considérablement (graphique 2.1).

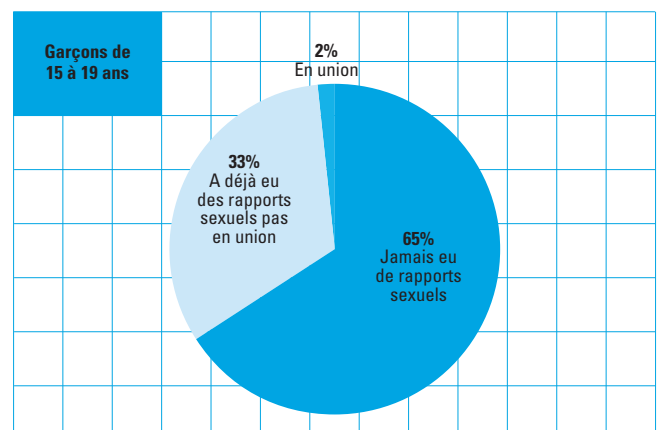
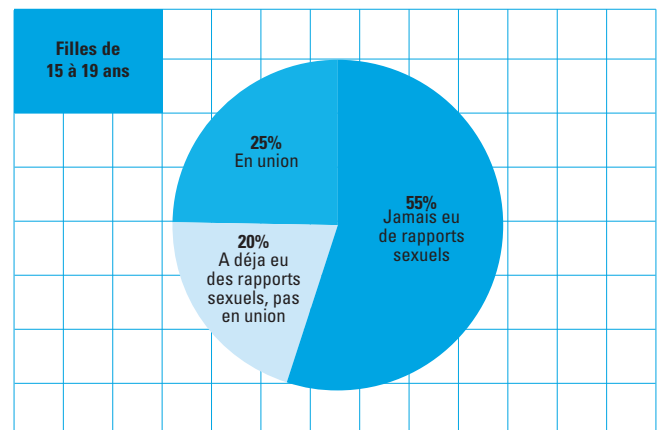
La première relation sexuelle a souvent lieu avant 20 ans avec un(e) petit(e) ami(e) et est majoritairement non protégée

La vie sexuelle des burkinabè débute pour une grande partie d'entre eux durant l'adolescence. En effet, environ 27% des filles et 22% des garçons de 12 à 19 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels.^{5(p.56)} La proportion de jeunes sexuellement actifs augmente rapidement avec l'âge et croît significativement après 14 ans.^{5(p.62)} Plus de 7% des filles âgées entre 20 et 24 ans affirment avoir eu leurs premières relations sexuelles avant 15 ans, 62% avant 18 ans et 83% avant 20 ans (graphique 2.2). Chez les garçons de la même tranche d'âge, ils sont 2,5% à déclarer avoir eu des rapports avant 15 ans, 32% avant 18 ans et 57% avant 20 ans.²

La majorité des adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles ont eu leur première expérience avec un petit-ami ou une petite-amie. C'est le cas pour 53% des filles et

GRAPHIQUE 2.1

Les comportements sexuels des jeunes sont variés.



Note L'échantillon est pondéré.
Source Référence 5, tabulations non publiées.

pour 83% des garçons.^{5(p.60)} Ils déclarent en très grand nombre avoir été guidés par un sentiment naturel ou par l'envie (50% des filles et 87% des garçons) et les sentiments liés à cette expérience restent souvent positifs.^{5(p.60),7(p.50)}

Cependant, il faut noter que pour 38% des filles, le mariage a constitué le cadre des premiers rapports sexuels. En revanche, très peu d'entre elles (seulement 4%) ont eu comme première expérience sexuelle une rencontre occasionnelle, contrairement aux garçons dont plus d'un sur huit affirme avoir eu sa première expérience avec une partenaire de passage.^{5(p.60)}

Les adolescents utilisent rarement des méthodes contraceptives lors de leurs premiers rapports sexuels. Le préservatif, qui est la seule méthode capable de protéger à la fois contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées, est de loin la méthode la plus utilisée mais seulement par 25% des filles et 31% des garçons.^{5(p.61)} Cependant, le taux d'utilisation du préservatif est un peu plus élevé chez les filles de 15 à 19 ans qui ne vivent pas en union puisque près de 40% disent l'avoir déjà utilisé.^{5(p.61)}

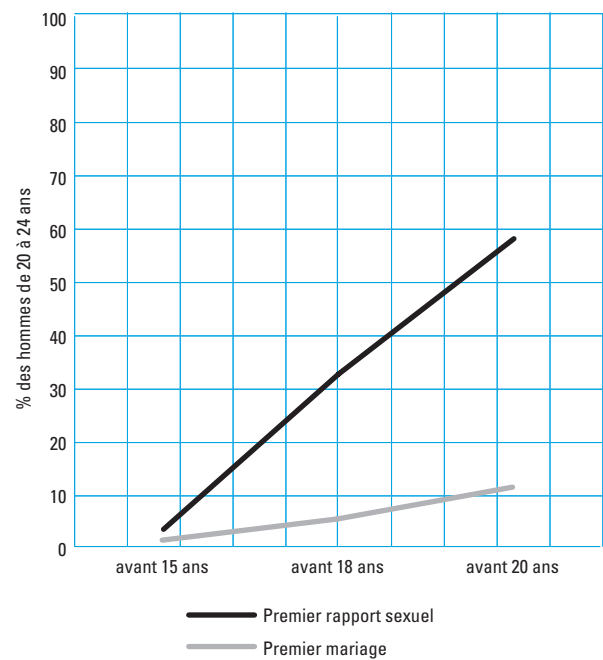
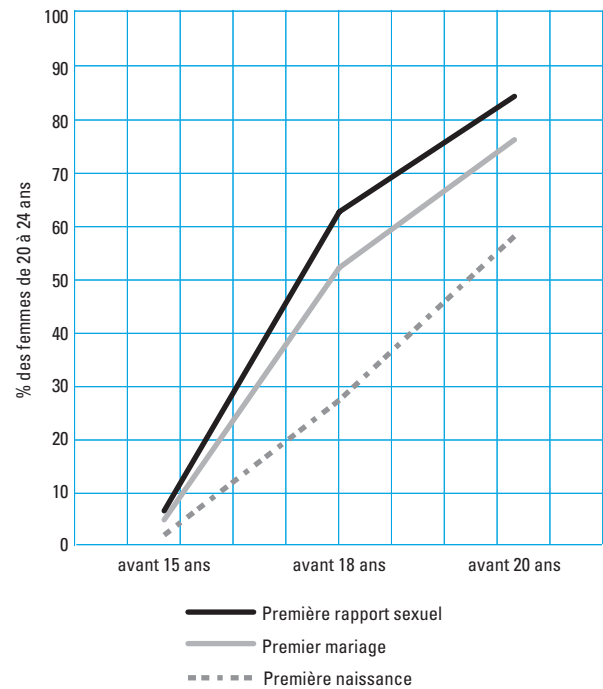
Les adolescents qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles l'expliquent principalement par le sentiment d'être trop jeune et l'envie d'attendre jusqu'au mariage. La peur de devoir faire face à une grossesse est évoquée par 16% des filles et 5% des garçons tandis que la peur du VIH/sida est mentionnée par 10% des filles et 11% des garçons.^{5(p.57)}

Beaucoup d'adolescentes sont épouses et certaines sont déjà mères

Au Burkina Faso, 27% des filles de 20 à 24 ans donnent naissance avant 18 ans et 52% se marient avant cet âge (graphique 2.2). La fréquence des grossesses d'adolescentes, avec les risques qui y sont liés, constitue une sérieuse préoccupation de santé publique, en même temps qu'elle contribue à une croissance démographique rapide. Il faut noter que seulement 9% des filles de 15 à 19 ans qui sont en union utilisent une méthode contraceptive moderne.^{5(p.75)} Rien d'étonnant alors à constater que toutes les naissances ne sont pas désirées. Ainsi, 30% des jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont déjà eu un enfant auraient préféré soit ne pas avoir leur dernier enfant, soit qu'il arrive plus tard.^{5(p.83)} Quand la grossesse ne peut vraiment pas être assumée, certaines jeunes filles décident d'avoir recours à l'avortement, souvent pratiqué dans des conditions dangereuses. Si très peu des jeunes filles de 15 à 19 ans déclarent avoir déjà tenté d'interrompre une grossesse, elles sont en revanche 18% à avouer connaître une amie proche qui l'a fait.^{5(p.85)} Certaines études corroborent l'existence de ce phénomène. Par exemple, une enquête menée à Ouagadougou sur un échantillon de 963 femmes révèle que 188 d'entre elles ont déclaré spontanément avoir eu recours à l'avortement, dont 22% âgées de 15 à 19 ans.⁸ La grossesse souvent rime avec abandon scolaire:

GRAPHIQUE 2.2

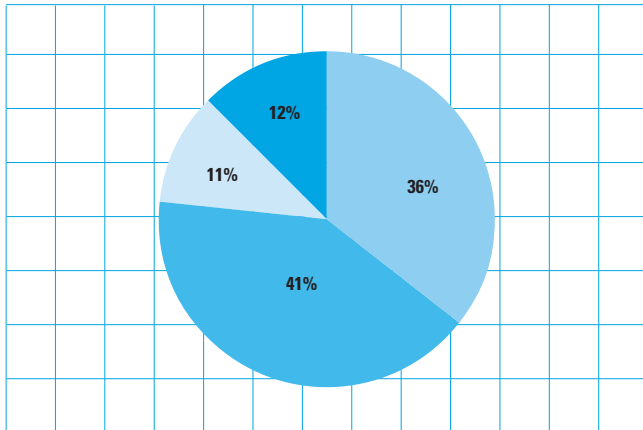
L'adolescence est une période de transition rapide en termes des expériences sexuelles et reproductives.



Source Référence 1.

GRAPHIQUE 2.3

Une partie importante des garçons de 12 à 19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont des comportements sexuels à risque.



- 1 partenaire au cours des 12 derniers mois, avec préservatifs
- 1 partenaire au cours des 12 derniers mois, sans préservatifs
- 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, sans préservatifs
- 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, avec préservatifs

Note Référence 14.

Une fille a abandonné l'école comme ça. Je crois qu'elle faisait la 5e et elle est tombée en grossesse, elle se sentait gênée devant ses camarades, elle a préféré abandonner et elle ne vient plus à l'école.

—Enseignant du secondaire privé, milieu rural, 33 ans

Certaines normes et valeurs traditionnelles persistantes conduisent souvent les jeunes filles à un mariage précoce, surtout en milieu rural où plus de la majorité des jeunes filles se marient avant 18 ans. De lourdes attentes sociales pèsent sur les jeunes filles mariées en termes de fécondité. Leur capacité à négocier les rapports sexuels et à gérer leur propre fécondité est limitée, les rapports de pouvoir au sein du couple étant largement en faveur de l'homme.⁹ L'immense majorité des grossesses chez les adolescentes concernent les jeunes filles mariées.

Mais même dans le cadre du mariage, toutes les grossesses ne sont pas désirées : 17% des filles de 15 à 19 ans en union et actuellement enceintes auraient préféré différer leur grossesse.^{5(p.83)} Ces données traduisent un réel besoin de planification des naissances.

Par ailleurs, le mariage ne protège pas les jeunes filles des IST/VIH/sida, bien au contraire.¹⁰ Il peut constituer pour les adolescentes le cadre de rapports sexuels réguliers avec un partenaire plus âgé qui présente, du fait de son âge, un risque plus élevé d'être séropositif. On note que 44% des jeunes filles de 15 à 19 ans en union ont un par-

tenaire qui a plus de 10 années de plus qu'elles, contre seulement 10% pour celles qui ne sont pas en union.^{5(p.64)} Or la suspicion d'infidélité liée à la demande d'utiliser un préservatif et l'obéissance généralement due au mari font qu'il est très difficile pour les jeunes filles en union de négocier l'usage du préservatif avec leur partenaire. Seulement, 4% des jeunes filles mariées de 15 à 19 ans affirment avoir utilisé le préservatif lors de leurs dernières relations sexuelles tandis que les filles du même âge non mariées sont plus de 52% à l'avoir fait.^{5(p.105)}

Parallèlement, le cercle social des jeunes filles mariées et leur accès à l'information se réduisent. Très majoritairement déscolarisées, elles sont souvent coupées de leur famille et de leurs amis et leur liberté de mouvement est limitée par les charges du foyer et les normes sociales.¹¹ Les filles burkinabè ont, en général, un faible niveau de connaissance sur le VIH/sida mais les résultats d'une nouvelle recherche nous montrent 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.¹² Les mentalités évoluent lentement :

On nous a taxé de gens qui soutiennent la prostitution parce que si on ne veut pas que les filles se marient précocement et qu'elles aient des grossesses précoces, elles vont faire la prostitution. Donc vous voyez c'est l'incompréhension de la population.

—Femme responsable d'association, milieu urbain, 39 ans

Les garçons sont plus nombreux à avoir eu plusieurs partenaires sans toutefois se protéger systématiquement

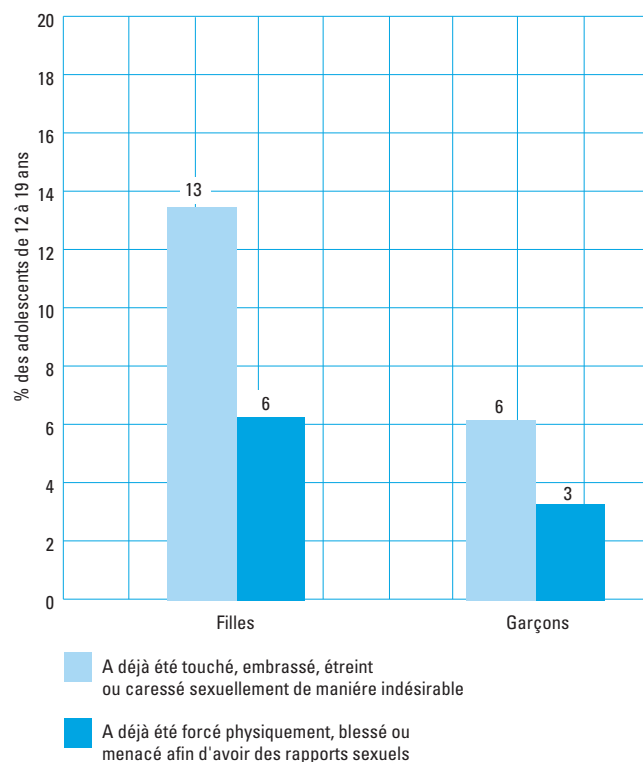
La majorité des adolescents qui ont déjà eu des rapports sexuels n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie sexuelle. Cependant, un quart des filles et environ la moitié des garçons déclarent en avoir eu deux partenaires ou plus.^{5(p.63)} En outre, 23% des garçons affirment avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, ce qui constitue un indicateur significatif de risque par rapport aux IST/VIH/sida et aux grossesses non désirées.^{5(p.104)} Dans ce cas, l'utilisation du préservatif est cruciale.

Si l'on considère le comportement des garçons âgés de 12 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seulement 48% d'entre eux disent avoir utilisé le préservatif et environ 11% déclarent avoir eu deux partenaires ou plus sans jamais utiliser de préservatifs (graphique 2.3) contre seulement 3% pour les filles. Parmi les adolescents sexuellement actifs, notons que ce sont surtout les adolescents en milieu rural et les adolescents non scolarisés qui sont les plus susceptibles d'adopter ces comportements à risques.^{13,14} En effet, tandis que seulement 3% des adolescents en milieu urbain déclarent avoir

La pauvreté et le statut social des adolescents, et bien plus encore des adolescentes, peuvent les exposer à des rapports sexuels très inégaux voir contraints.

GRAPHIQUE 2.4

Les filles sont plus victimes que les garçons de violences sexuelles.*



Note *Questions posées à un seul adolescent éligible par ménage et posées seulement si aucune personne de plus de trois ans n'était présente ou à portée de voix.

Source Référence 5, tableau 4.11.

eu deux partenaires ou plus sans jamais utiliser de préservatif, ils sont 13% en milieu rural. La proportion est de 4% chez les adolescents scolarisés contre 12% chez ceux qui ne le sont pas. Plusieurs raisons expliquent la réticence des jeunes à utiliser le préservatif. Ainsi, près du quart des adolescents pensent qu'il réduit le plaisir, plus de 40% pensent que son utilisation témoigne d'un manque de confiance envers son partenaire et pour plus de la moitié des adolescents, il est embarrassant de s'en procurer.^{5(p.109),15}

Certains adolescents vivent des rapports sexuels transactionnels ou forcés

La pauvreté et le statut social des adolescents, et bien plus encore des adolescentes, peuvent les exposer à des rapports sexuels très inégaux voir contraints. Les risques de grossesses non désirées ou d'IST sont, dans ce contexte, considérablement accrus.

Un certain nombre d'adolescents déclarent avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels non désirés. Ainsi, 13% des filles âgées de 12 à 19 ans et 6% des garçons de la même tranche d'âge disent avoir été victimes d'attouchements indésirables tandis que 6% des filles et 3% des garçons affirment avoir été forcés physiquement à avoir des relations sexuelles (graphique 2.4).⁵ On peut estimer que ces chiffres recueillis sur une base déclarative sont probablement très en deçà de la réalité. Il faut également souligner que le vécu et la perception des garçons et des filles concernant une sexualité non désirée sont certainement très différents.

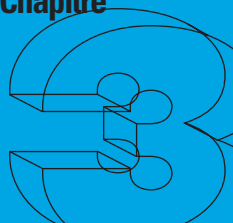
De façon générale, chez les femmes de 15 à 19 ans, 18% révèlent avoir subi des attouchements indésirables et 8% ont été contraintes physiquement à avoir des relations

Des pistes pour l'action :

Les nouvelles données de recherche obtenues sur les comportements sexuels des adolescents burkinabè, permettent de tirer quelques recommandations pour mieux guider l'action, notamment :

- Pour les jeunes qui sont scolarisés, il est souhaitable de leur dispenser une éducation sexuelle appropriée et adaptée avant 14 ans (l'activité sexuelle augmente significativement après 14 ans et une majorité devient sexuellement active avant 20 ans). Quant à ceux qui ne sont pas à l'école, il est impératif de mettre en place des stratégies visant à leur offrir les mêmes chances de se protéger, en leur donnant accès à une éducation sexuelle dans des cadres appropriés, notamment dans les zones rurales. A ce titre, il serait souhaitable de tirer les leçons de l'expérience du projet Education en Matière de Population/Jeunesse rurale mis en oeuvre avec l'appui de l'UNFPA dans les années 1992-1996 en vue de l'améliorer, de la réorienter et de l'étendre à l'ensemble du pays ;
- Accentuer la mobilisation communautaire pour retarder l'âge au mariage des filles (52% des filles se marient avant 18 ans) ;
- Poursuivre les campagnes de promotion du préservatif en luttant contre les idées reçues à son égard et en prenant en compte les rapports de genre dans la négociation de son utilisation ; lancer une campagne grand public pour légitimer son utilisation dans le cadre du mariage (les jeunes filles mariées sont très exposées aux grossesses non désirées et au VIH/sida et elles utilisent très peu le préservatif) ;
- Renforcer le dispositif de lutte contre les violences sexuelles en direction de tous les adolescents, filles et garçons, mais avec une attention particulière pour les filles de 15 à 19 ans, y compris celles qui sont mariées (18% des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir été victimes d'attouchements indésirables et 8% avoir déjà été forcées physiquement à avoir des relations sexuelles) ;
- Concevoir des dispositifs de recherche qui permettent de collecter des données fiables pertinentes et régulièrement actualisées sur les comportements sexuels des adolescents.

sexuelles. Onze pour cent des jeunes filles de 15 à 19 ans en union déclarent avoir enduré des violences physiques dans le cadre d'une relation sexuelle contre 7% chez celles qui ne le sont pas.¹³ Il semblerait aussi, d'après certains acteurs sociaux, que les violences sexuelles soient présentes en milieu scolaire, certains enseignants commettant des abus sexuels sur les jeunes filles mais ce phénomène reste tabou et difficile à évaluer.¹⁶



Renforcer les capacités des adolescents à se protéger par des actions de communication

La diffusion auprès des adolescents d'une information précise et complète sur leur santé sexuelle et de la reproduction demeure sans doute la base de toute stratégie de lutte contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées. Plusieurs études ont ainsi démontré qu'une information exacte, donnée au moment et à l'âge voulus, encourage un comportement responsable et, contrairement à certaines idées reçues, retarde généralement le début de l'activité sexuelle.^{17,18} Pour que les individus puissent limiter les risques ou modifier leurs comportements, ils doivent également acquérir des aptitudes bien particulières et se sentir soutenus par leur milieu. Le manque d'information et de dialogue sur la sexualité peut avoir de lourdes conséquences pour les jeunes :

Une jeune fille de 19 ans, non scolarisée, vivant en ville raconte comment elle est tombée enceinte. A sa grande surprise, c'est arrivé la quatrième fois qu'elle a eu des rapports sexuels. Quand elle a commencé à avoir des relations sexuelles, elle n'a pas pensé au risque de sida ni au risque d'IST. En revanche, elle avait en tête le risque de grossesse et c'est pourquoi elle faisait des calculs à partir du cycle menstruel. Il était difficile pour elle de discuter de sexualité avec son copain mais elle avait quand même réussi à évoquer avec lui ses inquiétudes et il l'avait rassuré en lui disant que si elle tombait enceinte, il s'occuperait d'elle et de l'enfant. Son attitude a pourtant été tout autre une fois qu'il a su qu'elle attendait un enfant. Elle aurait voulu avorter avec l'aide d'une de ses sœurs, mais sa mère lui a interdit. Elle dit regretter et attribue sa grossesse au fait que personne ne lui avait parlé « de ces choses ».

Les connaissances des adolescents restent superficielles et parfois inexactes

A priori, les adolescents au Burkina Faso paraissent bien informés sur la contraception et le VIH/sida. Plus de 80% des adolescents connaissent une méthode contraceptive et plus de 85% ont entendu parler du sida.^{5(p.71.90)} Le préservatif masculin est de loin la méthode contraceptive la plus citée (77% des filles et 83% des garçons), suivi de la pilule (46% des filles et 40% des garçons).^{5(p.71)}

TABLEAU 3.1

Les jeunes n'ont pas des connaissances suffisamment précises pour se protéger efficacement contre les grossesses non désirées et le VIH/sida.

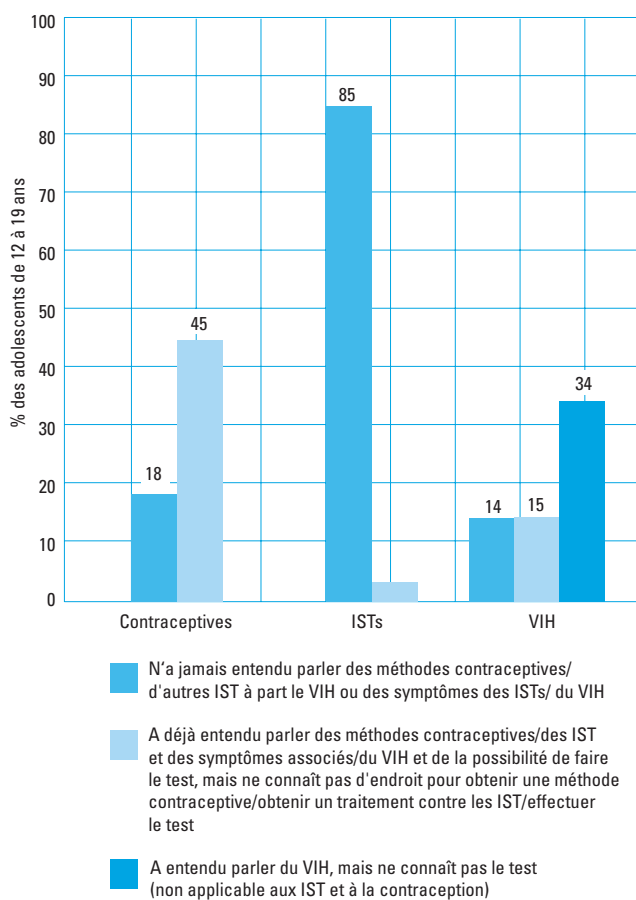
Caractéristiques	Filles		Garçons	
	12-14	15-19	12-14	15-19
Mesure composite des connaissances en matière de grossesse*	3.4	9.3	2.4	7.5
Mesure composite des connaissances en matière de VIH/sida†	5.1	14.4	9.1	15.8

Notes *Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme est plus susceptible de tomber enceinte, qu'une femme peut tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel et qu'une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après l'acte sexuel ; et connaît au moins une méthode contraceptive moderne. †Sait que la transmission du VIH peut être réduite en n'ayant de relations sexuelles qu'avec un(e) seul(e) partenaire qui n'est pas séropositif(ve) et qui est fidèle, et en utilisant des préservatifs masculins ; qu'une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut être séropositive ; que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques ; et qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec un(e) séropositif(ve).

Sources Références 12 et 19.

GRAPHIQUE 3.1

Connaissances des jeunes en matière de contraception, d'IST/VIH/sida et des services liés.



Source Référence 5.

Concernant la protection contre le VIH/sida, les adolescents connaissent l'abstinence, la fidélité à un seul partenaire sexuel et le préservatif comme des moyens efficaces pour réduire les risques.^{5(p.90)} Pourtant, même si la très grande majorité des adolescents ont entendu parler du sida ainsi que des grossesses et de la contraception, leurs connaissances restent très superficielles et incomplètes. Moins de 10% des 15-19 ans ont la maîtrise d'informations suffisamment détaillées pour se protéger efficacement contre les grossesses non désirées et seulement environ 15% pour se protéger contre le sida (tableau 3.1, page 15). Ce déficit de connaissances est encore plus alarmant en milieu rural où seulement environ 5% des 15-19 ans ont les connaissances suffisantes pour éviter les grossesses non désirées contre près de 17% en ville. Les disparités sont encore plus grandes en matière de VIH/sida. Seulement 8% des 15-19 ans en milieu rural ont les connaissances suffisantes pour se protéger du VIH/sida contre 29% des filles et 39% des garçons en ville. De même, 66% des filles et 69% des garçons de 12-19 ans en

milieu urbain connaissent les trois principaux moyens de prévention du VIH (abstinence, fidélité et préservatif) contre 46% des filles et 51% des garçons du milieu rural.^{12,19} Ces lacunes en matière d'information sont toutefois perçues par les adolescents eux-mêmes, qui ressentent pour la plupart le besoin d'être mieux informés sur ces deux sujets.^{7(p.35,37)}

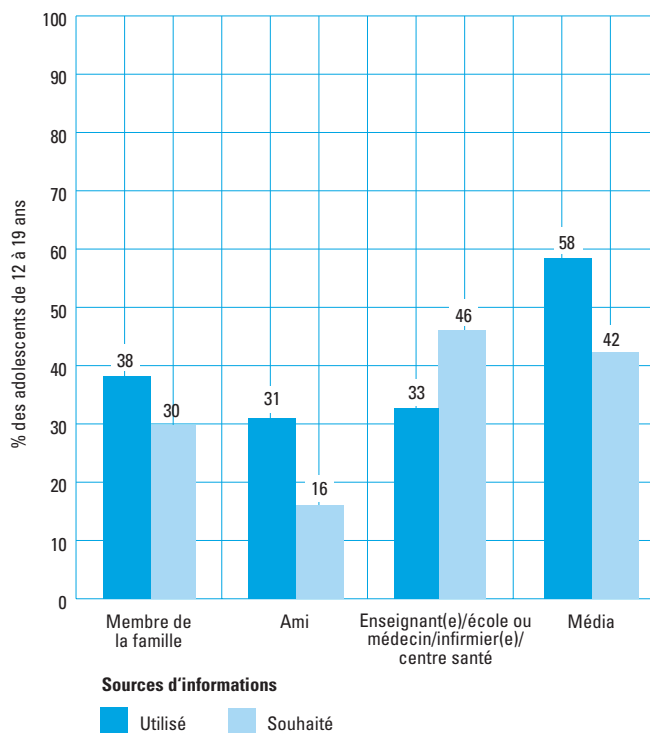
Les adolescents manquent également d'information sur les IST, 85% des adolescents déclarant ne pas connaître d'autres IST que le sida (graphique 3.1).⁵ Par ailleurs, ils sont très peu familiers avec les lieux et services disponibles soit pour obtenir des moyens de contraception ou un traitement contre les IST, soit pour se faire dépister du VIH.

Ajoutons à cela que beaucoup des connaissances que pensent détenir les adolescents sont erronées. La moitié des adolescents ont répondu que le sida pouvait être transmis par les moustiques et un tiers pensent que partager de la nourriture avec un séropositif pouvait présenter des risques. La sorcellerie et d'autres moyens surnaturels sont également considérés par un quart des adolescents comme des vecteurs de transmission de la maladie.^{5(p.90)}

Les adolescents véhiculent aussi de nombreux préjugés sur le sida et les séropositifs. Le niveau de stigmatisation et de discrimination reste très élevé. Notons ainsi que plus

GRAPHIQUE 3.2

Les adolescents consultent et désirent consulter des sources variées d'information sur les méthodes contraceptives, les IST et le VIH/sida.



Source Référence 5, tabulations non publiées.

...même si la très grande majorité des adolescents ont entendu parler du sida ainsi que des grossesses et de la contraception, leurs connaissances restent très superficielles et incomplètes.

de 60% des adolescents affirment qu'une enseignante* atteinte par le virus ne devrait pas être autorisée à continuer d'enseigner dans une école. Huit adolescents sur 10 n'achèteraient pas de légumes chez un commerçant séropositif et presque deux tiers pensent qu'il est nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint par la maladie.^{5(p.91)} Le sida est décrit comme une maladie qui attire la honte sur toute la famille car le malade est toujours considéré comme coupable d'avoir mené une vie sexuelle non exemplaire dont le sida serait la sanction. Nombre d'adolescents condamnent alors durement les comportements des séropositifs. Là aussi, la situation est plus préoccupante encore en milieu rural. La discrimination constitue un enjeu de santé publique car elle compromet la prévention, limite le recours au dépistage et favorise le déni de la maladie par les personnes atteintes, tout en restreignant leur recours aux traitements.²⁰

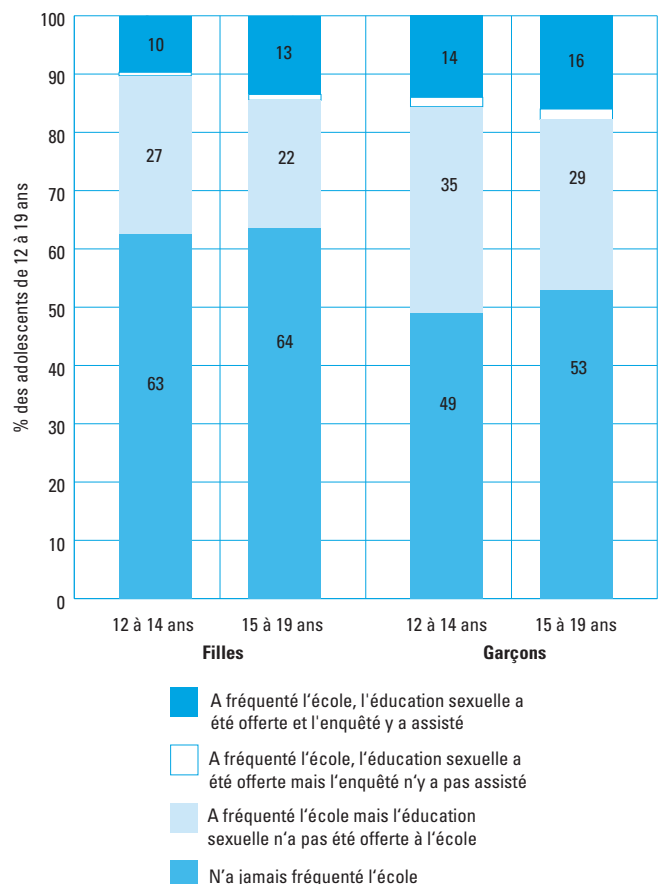
Les adolescents n'ont pas toujours les aptitudes nécessaires pour se protéger

Les connaissances à elles seules ne suffisent pas, il faut également que les jeunes possèdent certaines capacités pour mettre en application ce qu'ils ont appris. La confiance en soi, la capacité à négocier et à dialoguer, la faculté à résister aux pressions sont des compétences essentielles. Or la confiance qu'ont de nombreux adolescents en leurs capacités personnelles reste faible. Par exemple, on note que 58% des filles de 15 à 19 ans ne se sentent pas du tout sûres de réussir à faire porter le préservatif à leur partenaire et que 45% des garçons du même âge n'ont pas du tout confiance en leur capacité à bien utiliser le préservatif.^{5(p.109)} Il faut souligner que seulement 30% des filles et 40% des garçons qui ont déjà entendu parler du

*La question n'était pas posée pour « l'enseignant » afin d'éviter que l'éventualité du viol ne joue sur les réponses.

GRAPHIQUE 3.3

Peu de jeunes ont eu la chance d'assister à des cours d'éducation sexuelle à l'école.



Source Référence 5, graphique 9.1.

préservatif ont eu l'opportunité d'assister à une démonstration de son utilisation.^{5(p.108)} Les adolescents manquent de capacités à négocier les rapports sexuels :

Q : Mais par exemple si ton ami ou ton mari veut que vous ayez des rapports sexuels alors que tu ne veux pas, s'il insiste comment tu vas faire ?

R : (silence) Parfois tu finis par accepter.

—Fille, milieu rural, non scolarisée, 19 ans

Les adolescents utilisent et apprécient différentes sources d'informations

Les adolescents consultent et souhaitent consulter des sources multiples pour obtenir des informations sur les méthodes contraceptives et les IST/VIH/sida. Il s'agit principalement des médias, de leur entourage et du personnel éducatif et sanitaire (graphique 3.2, page 16).⁵ En fonction de leur âge, de leur sexe, de leur lieu de résidence et de leur niveau scolaire, leurs habitudes et préférences peuvent varier. Afin de toucher le plus grand nombre d'adolescents, il apparaît alors fondamental d'utiliser différents vecteurs d'information tout en renforçant leurs capacités à communiquer efficacement.

Les médias de masse sont un moyen d'atteindre un certain nombre d'adolescents, mais pas tous

Les médias de masse sont cités par près de la moitié des adolescents, en particulier par les garçons. Radio et télévision touchent une large frange de la population alors que les supports écrits semblent n'être consultés que par une partie infime de jeunes. Plus de 30% des filles et plus de 40% des garçons déclarent avoir entendu des messages sur la planification familiale à la radio.^{5(p.122)} Plutôt en ville qu'à la campagne : près de 60% des filles connaissant au moins une méthode contraceptive et qui habitent en ville affirment avoir eu des informations via les médias alors que c'est le cas pour seulement un peu plus de 40% de celles qui vivent en milieu rural.^{5(p.123)} Mais si les médias ont l'avantage de toucher une vaste cible, ils présentent la limite majeure de ne pas être interactifs. Les entretiens révèlent, en effet, que les adolescents ont besoin de poser des questions et de dialoguer sur les sujets qui les préoccupent.^{7(p.33-37)} Dans une société où l'oralité demeure très prégnante et où les gens consacrent beaucoup de temps aux relations sociales, la famille et les amis représentent ainsi une source d'information privilégiée pour les adolescents. Les adolescents, surtout en milieu rural, se tournent vers leur entourage pour obtenir des informations :

J'ai confiance en ma mère parce qu'elle a beaucoup d'expérience (en parlant des informations sur le VIH/sida).

—Fille, milieu rural, non scolarisée, 18 ans

J'ai confiance en mes amis et comme nous sommes toujours ensemble, je peux bien sûr leur demander cela (en parlant des informations sur les grossesses).

—Garçon, milieu rural, non scolarisé, 17 ans

Les capacités des parents à dialoguer avec leurs enfants ont besoin d'être renforcées

Les parents ont un rôle premier dans l'éducation à la santé, dans le contrôle des comportements et dans la démarche de prise en charge des difficultés de leurs enfants. Or, beaucoup de jeunes expriment un sentiment d'isolement et affirment manquer d'encadrement de la part de leurs parents.²¹ De l'avis des adultes interrogés, il faut que les parents se responsabilisent plus et assument leur rôle d'éducateurs.^{22(p.33)} Les parents exercent bien une surveillance sur leurs enfants—seulement 14% des garçons et 10% des filles affirment que leurs parents ou leurs tuteurs ne savent pas ce qu'ils font de leur temps libre.^{5(p.43)} Le problème réside plutôt dans le manque de communication sur la sexualité. Les parents ont souvent peur qu'une discussion sur la sexualité encourage leurs enfants à avoir des relations sexuelles. De plus, de nombreux parents manquent d'informations et expriment le besoin d'être mieux formés. Au sein de la famille, la mère et encore moins le père ne semblent être des interlocu-

TABLEAU 3.2

Connaissances sur le sida et comportements sexuels des adolescents de 12 à 14 ans.

Caractéristiques	Filles	Garçons
ACTIVITÉS SEXUELLES		
A des amis très proches qui ont eu des rapports sexuels*	10.7	17.1
A déjà eu des rapports sexuels*	2.0	5.8
A été forcé physiquement, blessé ou menacé afin d'avoir des rapports sexuels†	3.6	2.8
CONNAISSANCE DES MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA		
Mesure composite des connaissances en matière de VIH/sida‡	5.1	9.1
(A) Ne pas avoir de rapports sexuels	74.4	71.2
(B) Avoir seulement un(e) partenaire qui n'est pas séropositif(ve) et qui n'a pas d'autres partenaires	75.9	74.7
(C) Utiliser un préservatif masculin à chaque acte sexuel	62.0	68.0
Connaissance d'ABC	40.2	44.3
CONNAISSANCE D'AUTRES IST À PART LE VIH	15.0	19.1

Notes *Question posée seulement aux jeunes de 12 à 14 ans qui ne sont pas mariés. †Questions posées à un seul adolescent éligible par ménage et posées seulement si aucune personne de plus de trois ans n'était présente ou à portée de voix. ‡Sait que la transmission du VIH peut être réduite en n'ayant de relations sexuelles qu'avec un(e) seul(e) partenaire qui n'est pas séropositif(ve) et qui est fidèle, et en utilisant des préservatifs masculins ; qu'une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut être séropositive, que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques ; et qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec un(e) séropositif(ve).

Sources Référence 5, tableaux 4.2 et 7.1; Références 13 et 14; et tabulations non publiées.

Les plus jeunes manquent d'informations adaptées

Si l'âge médian des premiers rapports sexuels est estimé à 17,5 ans pour les filles de 20 à 24 ans contre 19,2 ans pour les garçons de 20 à 24 ans,¹ 2% des filles et 6% des garçons de 12 à 14 ans affirment avoir déjà eu des rapports sexuels (tableau 3.2), chiffres sans doute en dessous de la réalité. En effet, les jeunes de cette tranche d'âge sont beaucoup plus nombreux à déclarer avoir des amis très proches qui ont débuté leur vie sexuelle (11% des filles et 17% des garçons). Par ailleurs, ils sont un certain nombre à avoir déjà été confrontés à la violence sexuelle: 4% des filles et 3% des garçons ont déclaré avoir été menacés ou forcés physiquement par quelqu'un qui voulait avoir des relations sexuelles avec eux.

Or, les plus jeunes sont très peu armés pour faire face à ces situations. Ils sont très largement sous-informés. Leurs connaissances sur la grossesse et les IST/VIH/sida sont encore plus lacunaires que celles de leurs aînés. Ainsi, moins de la moitié des 12-14 ans connaissent la méthode ABC et seulement 5% des filles et 9% des garçons détiennent des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le VIH (tableau 3.1). En outre, ils sont plus de 80% à n'avoir jamais entendu parler d'autres IST (tableau 3.2). Ils sont également très peu à connaître des structures ou des interlocuteurs à qui s'adresser en cas de besoin, les filles étant encore plus démunies que les garçons. En effet, moins d'une jeune fille sur deux de cette tranche d'âge connaissant les IST est capable de citer un lieu pour leur traitement; la proportion est encore moindre s'agissant des méthodes contraceptives.^{2(p.127,135)}

Pour être efficace, l'information sur la sexualité devrait ainsi être dispensée avant l'entrée en vie sexuelle afin que les jeunes puissent disposer du maximum de connaissances pour adopter dès le début de leur vie sexuelle des comportements à moindre risque. Les adolescents se révèlent d'ailleurs, dans leur très grande majorité, favorables à l'éducation sexuelle et ceci dès 12 ans (graphique 3.4).

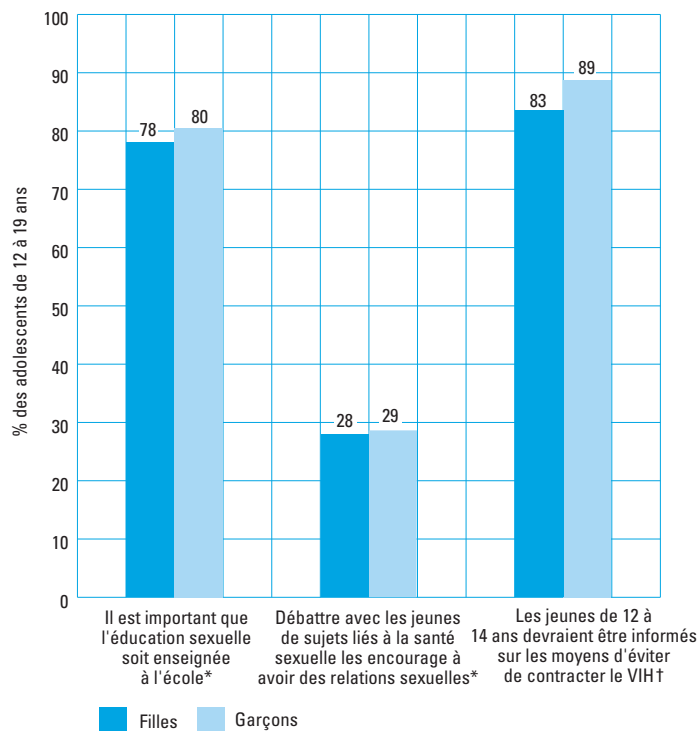
Notons enfin que les plus jeunes peuvent être plus facilement touchés par les programmes de prévention que leurs aînés dans la mesure où ils sont plus nombreux à fréquenter l'école et à vivre avec leurs parents. On constate, en effet, qu'entre 12 et 14 ans, 64% des filles et 68% des garçons vivent avec leurs deux parents biologiques alors qu'entre 15 et 19 ans, cela ne concerne plus que 43% des filles et 60% des garçons.^{2(p.32)} De plus, alors que la scolarisation concerne 30% des filles et 42% des garçons chez les 12-14 ans, elle n'est plus que de 16% et 22% chez les 15-19 ans.^{2(p.36)}

teurs fréquents. Les adolescents obtiennent plus de renseignements auprès d'autres adultes, principalement les oncles et les tantes. Chez les adolescentes, surtout les plus jeunes, il existe un décalage important entre le nombre de celles qui expriment le souhait de recevoir de l'information de leur mère et celles qui en reçoivent. Ainsi, en ce qui concerne les moyens de contraception, la mère est trois fois plus citée par les 12-14 ans comme source souhaitée que comme source réelle d'information.^{5(p.122)}

Une attitude ouverte des parents sur la sexualité et l'instauration d'un dialogue dès le plus jeune âge facilitent pourtant l'acquisition chez les jeunes d'aptitudes et de connaissances leur permettant d'adopter les comporte-

GRAPHIQUE 3.4

Les jeunes sont favorables à l'éducation sexuelle et ceci dès 12 ans.



Note *Question posée à ceux qui ont fréquenté l'école
†Parmi ceux qui ont entendu parler du sida
Source Référence 5, tableau 9.3.

ments moins risqués. A l'inverse, les tabous familiaux peuvent freiner les adolescents à recourir aux conseils ou aux services de santé sexuelle.¹

Une partie des adolescents, pour différentes raisons, vivent séparés de leur père ou de leur mère et parfois même des deux. Environ 25% des filles de 12 à 14 ans et 46% des 15 à 19 ans ainsi que 19% des garçons de 12 à 14 ans et 23% des 15 à 19 ans ne vivent avec aucun de leurs deux parents biologiques.^{23,24} C'est pourquoi, il est important de sensibiliser plus largement tous les adultes qui gravitent dans l'environnement proche des adolescents (oncles, tantes, belles-mères, co-épouses...).

Les adolescents obtiennent souvent des informations de leurs pairs

Concernant les sujets liés à la sexualité, les premiers interlocuteurs des adolescents sont leurs amis.^{5(p.45)} Ceci est particulièrement le cas pour les garçons. En effet, ils

Des pistes pour l'action

Les nouvelles données de recherche obtenues sur les connaissances et les sources d'information des adolescents burkinabè permettent de tirer quelques recommandations pour mieux guider l'action, notamment :

- Intensifier, surtout en milieu rural, les campagnes de communication permettant aux adolescents d'acquérir des connaissances suffisamment précises pour se protéger à la fois contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/sida (à la campagne seulement 5% et 8% des 15-19 ans ont des connaissances assez détaillées pour éviter respectivement les grossesses non désirées et le VIH/sida) ;
- Lutter contre la stigmatisation en associant des participations des personnes vivant avec le VIH/sida aux campagnes de communication ;
- Intégrer dans les programmes scolaires, dès le primaire, des cours bien conçus et adaptés à cette tranche d'âge qui permettraient aux adolescents d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour se protéger contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées et former les enseignants pour dispenser ces cours ;
- En matière de communication de masse, privilégier la radio et la télévision en associant les adolescents eux-mêmes et les professionnels de santé à la réalisation des supports et des émissions (les professionnels de santé sont les sources d'information qui bénéficient de la plus grande crédibilité auprès des adolescents mais ils sont très peu accessibles) ;
- En matière de communication de proximité et particulièrement pour toucher les adolescents non scolarisés, y compris les plus jeunes, former des éducateurs parmi les adolescents et mener des activités pour favoriser le dialogue parents-enfants. En milieu rural, favoriser la mobilisation communautaire en s'appuyant sur les acteurs clés (leaders traditionnels, groupements de femmes, griots...) et les systèmes de communication traditionnels.

santé sexuelle et de la reproduction et certains ne se sentent pas officiellement mandatés pour le faire, notamment les instituteurs.^{22(p.31-34)}

Encore plus que le personnel éducatif, le personnel sanitaire semble être une source plébiscitée par les adolescents. Il est mentionné comme source préférée d'information par environ un jeune sur trois pour les méthodes contraceptives et le VIH et par presque un jeune sur deux concernant les autres IST. Bien que cette source soit jugée souvent la plus crédible, elle est en réalité peu accessible pour diverses raisons parmi lesquelles le manque de disponibilité des prestataires de soins ou la gêne ressentie par les adolescents pour les approcher. En effet, seulement un jeune sur huit affirme avoir obtenu des informations sur les IST auprès d'un médecin, d'un infirmier ou dans un centre de santé.^{5(p.132)}

Cette situation s'explique parfois par l'attitude réprobatoire de certains prestataires lorsqu'ils ont en face d'eux des adolescents qu'ils jugent trop jeunes pour avoir recours à des services de santé de la reproduction.

appartiennent souvent à des groupes de socialisation non mixtes qui se réunissent très régulièrement après le travail ou l'école.²⁵ Concernant les méthodes contraceptives, par exemple, les garçons enquêtés sont plus nombreux à déclarer avoir obtenu leurs informations de la part de leurs pairs que du personnel éducatif ou sanitaire.^{5(p.122)} Il faut mieux s'appuyer sur les jeunes comme relais d'information :

Il faudrait former des jeunes et les mettre à la disposition d'autres jeunes. Entre jeunes, ils discutent mieux parce qu'ils ont les mêmes problèmes. Quelqu'un de 50 ans qui écoute un jeune de 18 ans, sera tenté de lui apporter des jugements ou le taxer de je ne sais quoi. Donc je pense que l'éducation par les pairs est une stratégie sur laquelle il faut mettre l'accent.

—Responsable d'association, homme, milieu urbain, 28 ans

Certains adolescents émettent cependant des réserves quant à la qualité de l'information obtenue auprès de leurs pairs qui sont eux-mêmes quelquefois sous-informés et qui colportent des idées reçues.^{7(p.35)} Les adolescents reconnaissent que la qualité de l'information reçue varie selon les sources :

Q : Tu as plus confiance en qui pour que la personne te donne des informations sur le sida ?

R : J'ai plus confiance aux infirmiers.

Q : Pourquoi les infirmiers ?

R : Je pense qu'ils sont mieux placés pour me donner les informations ; et puis au niveau des copains et copines, les informations peuvent être souvent fausses.

—Fille, milieu rural, scolarisée, 19 ans

Les adolescents souhaitent consulter davantage les sources d'information formelles

Les jeunes burkinabè accordent une grande confiance à la qualité de l'information qui pourrait leur être fournie par les enseignants ou par le personnel de santé. Les entretiens qualitatifs nous montrent que pour les jeunes scolarisés ou qui l'ont été, le système éducatif formel ou non formel peut donner accès à une éducation de base sur le corps humain, la contraception et les IST/VIH/sida, notamment par les cours de biologie mais aussi grâce à d'autres matières. Les jeunes sont d'ailleurs très favorables à l'éducation sexuelle aussi bien au primaire qu'au secondaire. Quatre cinquièmes des adolescents qui ont fréquenté l'école affirment qu'il est important que l'éducation sexuelle soit enseignée à l'école et que les 12-14 ans puissent y obtenir des informations expliquant comment éviter de contracter le sida et comment utiliser le préservatif.^{5(p.121)} Cependant, dans les faits, moins de 15% des adolescents ont eu la chance de bénéficier de cours d'éducation sexuelle à l'école (graphique 3.3, page 17). En effet, le Burkina Faso affiche des taux de scolarisation très faibles. Par ailleurs, les enseignants manquent de compétences pour la transmission des informations relatives à la



Améliorer la prise en charge des adolescents par les structures sanitaires

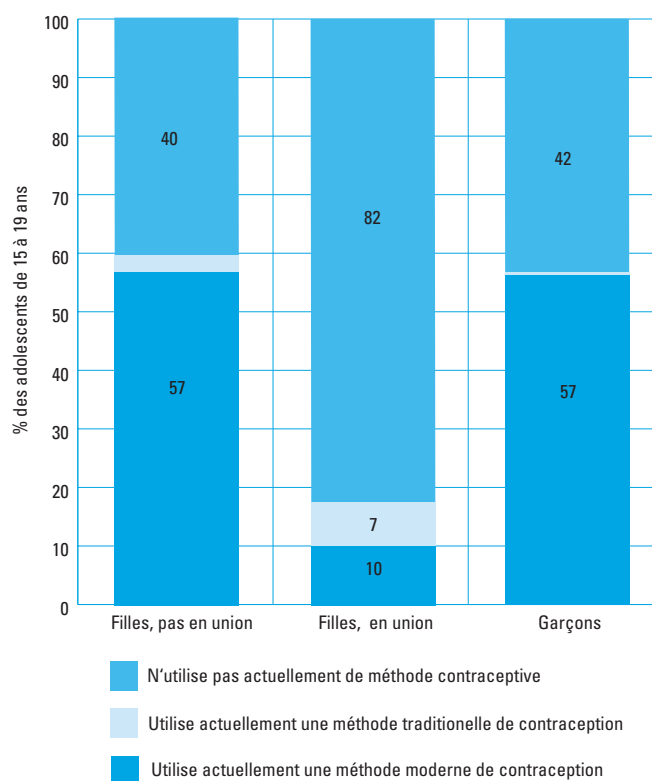
L'information et la sensibilisation sont des préalables nécessaires à toute action visant à changer les comportements des adolescents, mais elles ne sont pas suffisantes. Il est également primordial que les adolescents bénéficient de conseils, de moyens de prévention, de dépistage et de soins. Nous savons que plus de la moitié des Burkinabè deviennent sexuellement actifs pendant l'adolescence (graphique 2.2). Éviter les grossesses non désirées pour les célibataires, espacer les naissances pour les jeunes filles mariées, se protéger et se soigner contre les IST/VIH/sida pour tous, constituent des besoins exprimés mais encore trop peu satisfaits. Il s'avère ainsi primordial de connaître les préférences des adolescents quant aux prestataires susceptibles de répondre à ces besoins cruciaux ainsi que les barrières qui les empêchent d'y avoir recours, notamment les lacunes en matière d'accessibilité, de qualité et de disponibilité des services de santé sexuelle et de la reproduction.

Les adolescents ont confiance au secteur formel de la santé, mais le fréquentent peu

Le secteur formel de la santé bénéficie d'une forte crédibilité auprès des adolescents. Il arrive en tête de leurs sources d'information préférées tant sur la contraception que sur les IST et le VIH/sida. Parmi les adolescents qui connaissent au moins une méthode contraceptive et une source d'approvisionnement quelconque, plus des deux tiers mentionnent le centre de santé et l'hôpital public comme lieux d'approvisionnement préférés.^{5(p.127)} Ils sont encore plus nombreux (92%) à citer ces structures comme sources préférées de traitement des IST.^{5(p.135)} Mais malgré l'image favorable dont bénéficient les structures sanitaires, les services qu'elles offrent semblent mal connus et elles demeurent, dans les faits, très peu fréquentées par les jeunes. Des études révèlent que même les structures

GRAPHIQUE 4.1

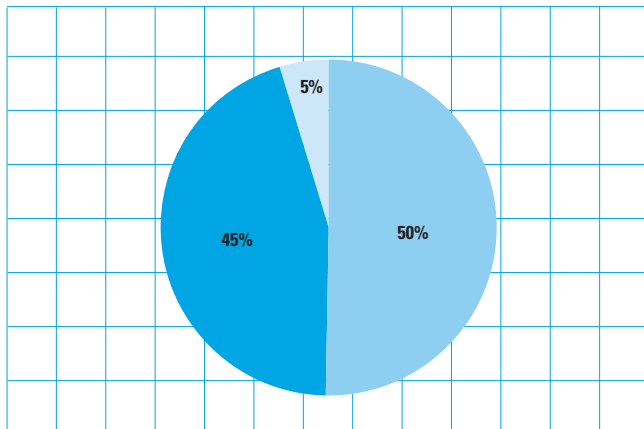
Une grande partie des adolescents de 15 à 19 ans sexuellement actifs qui connaissent une méthode contraceptive n'en utilisent aucune.



Source Référence 5, tabulations non publiées.

GRAPHIQUE 4.2

La moitié des adolescents qui ont déjà débuté leur vie sexuelle connaissent le test de dépistage du VIH et un endroit pour le faire.



- N'a jamais entendu parler du VIH/ a entendu parler du VIH mais ne connaît pas le test/ a entendu parler du VIH et du test mais ne connaît pas d'endroit où faire le test
- A entendu parler du VIH, du test et d'un endroit où faire le test, mais n'a jamais fait le test
- A entendu parler du VIH, du test, d'un endroit où le faire et a fait le test

Source Référence 5, tabulations non publiées.

spécialement dédiées aux jeunes (centres jeunes, cliniques pour les jeunes...) sont utilisées majoritairement par des adultes.²⁶

Ainsi, la majorité des adolescents sexuellement actifs de 15 à 19 ans qui connaissent une méthode contraceptive (et seulement 10% n'en connaissent pas), n'en utilisent pas (graphique 4.1, page 21). Si on leur demande s'ils connaissent un endroit où obtenir des contraceptifs, la moitié des jeunes disent qu'ils n'en connaissent aucun. Concernant les IST, un adolescent sur trois ayant entendu parler d'une IST (soit seulement 30% des adolescents), dit ne pas savoir où aller pour obtenir les services de dépistage et de soins.^{*5(p.127,135)} De même, à peine la moitié des adolescents qui ont eu des rapports sexuels connaissent l'existence du test à VIH et un endroit où se faire dépister. Parmi les adolescents qui ont eu une expérience sexuelle, qui sont au courant de l'existence du dépistage et qui savent où le pratiquer, seulement 5% ont déclaré l'avoir fait (graphique 4.2) alors que 59% des filles et 67% des garçons qui savent que le test existe et qui ne se sont jamais fait tester affirment vouloir le faire.^{5(p.143)}

*Si on leur demande d'énumérer les obstacles auxquels ils font face, les adolescents citent l'embarras et la honte avant de mentionner qu'ils ne connaissent aucun endroit où obtenir les services même si, comme on l'a vu, beaucoup ne savent pas où aller.

L'embarras et la honte constituent des obstacles majeurs

Au Burkina Faso comme dans beaucoup d'autres pays, il n'est pas aisé de discuter ouvertement de sexualité, particulièrement avec les jeunes, et tout spécialement s'ils ne sont pas mariés. Rien d'étonnant alors de constater une réelle gêne chez les adolescents quand il s'agit de consulter pour une question relative à leur santé sexuelle. Ainsi, 46% et 52% des jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui connaissent une méthode contraceptive ou un IST citent des raisons personnelles telles que l'embarras et la peur comme des obstacles pour obtenir des méthodes contraceptives ou un traitement contre les IST (graphique 4.3). Il est intéressant de noter que les adolescentes mariées sont aussi nombreuses que celles qui ne le sont pas à témoigner d'une gêne à demander des méthodes contraceptives.¹²

Un certain nombre d'adolescents expriment des réticences à s'ouvrir librement au personnel sanitaire de peur d'être mal jugés ou incompris. Cette gêne est d'ailleurs nourrie par l'attitude de la communauté toute entière. Les jeunes qui consultent le font rarement de manière préventive :

Ceux qui y vont, c'est ceux qui sont confrontés à un problème. Sinon on n'y va pas juste pour s'informer et savoir vivre sa sexualité. Les enfants ne veulent même pas qu'on les voit rentrer dans ces centres.

—Enseignant du secondaire privé, homme, milieu urbain, 30 ans

Les services informels peuvent alors représenter une alternative plus discrète, par exemple pour se procurer des contraceptifs. Ainsi près de 12% des filles et plus de la moitié des garçons s'approvisionnent dans un magasin de détail, au marché, auprès d'un vendeur de rue ou chez le tradipraticien. Il en est de même pour le traitement des IST et plus généralement pour les problèmes de santé généraux, le recours à l'automédication et au guérisseur étant courant, surtout en milieu rural.^{7(p.44)}

Notons également que des obstacles juridiques empêchent les adolescents d'avoir recours librement au dépistage avant 18 ans, ce qui pose un réel problème au regard de la précocité de l'entrée en vie sexuelle d'une partie d'entre eux. Même si la nécessité d'obtenir l'accord parental pour les mineurs à pour but d'impliquer les parents dans la prise en charge globale de l'adolescent, cette contrainte limite considérablement leur accès au dépistage, voir le compromet totalement.

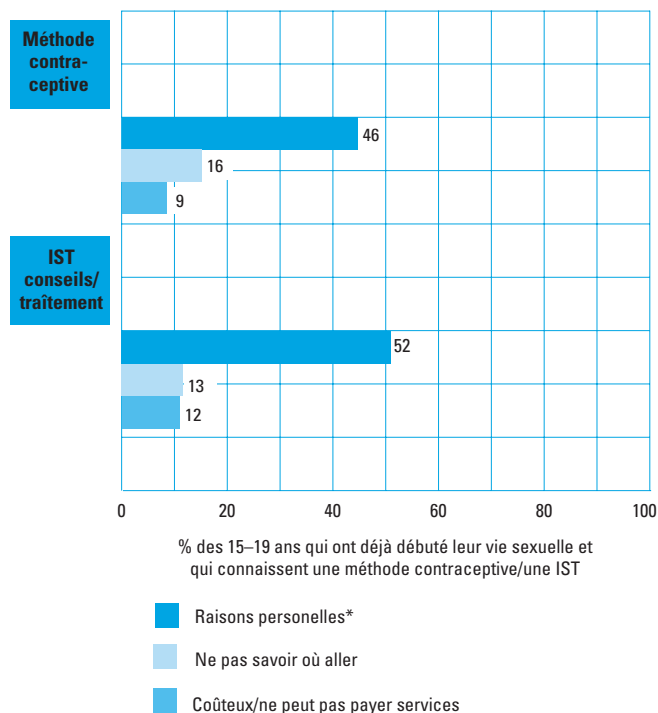
L'éloignement géographique et le coût des services limitent l'accessibilité des structures sanitaires

L'éloignement des structures sanitaires et le coût des services sont identifiés par les adolescents comme deux autres freins qui empêcheraient de consulter. L'éloignement géographique constitue un réel obstacle en milieu rural. Ainsi, 17% des filles âgées de 15 à 19 ans et 21%

...comme dans beaucoup d'autres pays, il n'est pas aisé de discuter ouvertement de sexualité, particulièrement avec les jeunes, et tout spécialement s'ils ne sont pas mariés."

GRAPHIQUE 4.3

Les obstacles les plus fréquemment perçus par les adolescents dans l'obtention des services de santé sexuelle et de la reproduction sont des raisons personnelles, mais un sur 10 ne peut pas payer ou ne sait pas où les obtenir.



Notes *Les raisons personnelles correspondent à avoir peur/être craintif, être embarrassé/timide, être trop jeune.

Source Référence 5, tabulations non publiées.

des garçons du même âge ne savent pas, soit où aller pour obtenir des méthodes contraceptives, soit comment y aller.^{5(p.126)} Si certaines régions, notamment le Centre où se situe Ouagadougou, sont relativement bien dotées en structures sanitaires et en personnel de santé, les régions rurales souffrent d'une pénurie. Bien que la distance moyenne qui sépare les populations par rapport au centre de santé de base le plus proche ait tendance à se réduire depuis quelques années, elle reste très élevée dans certaines régions comme celles de l'Est et du Sahel, où elle est proche de 14 kilomètres contre moins de 4 kilomètres pour le Centre.²⁷

En milieu urbain, où les moyens de transport sont plus disponibles et les habitants plus mobiles, différentes études ont révélé que les jeunes préféreraient quelquefois l'anonymat d'une structure située en dehors de leur quartier. C'est ainsi qu'une étude menée par l'ABBEF sur l'utilisation du centre jeune de Ouagadougou montre que « les secteurs voisins du centre ne drainent que 24% des jeunes venus consulter contre 41% des adolescents qui proviennent des quartiers périphériques situés à une distance d'au moins sept kilomètres du centre ».²⁸ La faiblesse de la couverture sanitaire en zone rurale rend difficile le référencement :

Le principal obstacle, c'est la non disponibilité des services. Parce que la plupart des villages où nous avons des pairs éducateurs, il n'y a pas de formations sanitaires à côté.

—Responsable d'association, homme, milieu urbain, 39 ans

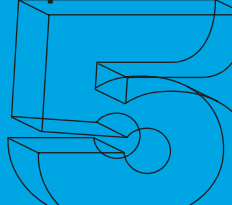
Le coût des prestations peut également constituer une barrière importante pour les adolescents dont les moyens sont peu élevés. Environ 19% des filles et 20% des garçons âgés de 12 à 19 ans pensent qu'ils ne seraient pas

Des pistes pour l'action

Les nouvelles données de recherche obtenues sur les comportements sexuels des adolescents burkinabè, permettent de tirer quelques recommandations pour mieux guider l'action, notamment :

- Pour les jeunes qui sont scolarisés, il est souhaitable de leur dispenser une éducation sexuelle appropriée et adaptée avant 14 ans (l'activité sexuelle augmente significativement après 14 ans et une majorité devient sexuellement active avant 20 ans). Quant à ceux qui ne sont pas à l'école, il est impératif de mettre en place des stratégies visant à leur offrir les mêmes chances de se protéger, en leur donnant accès à une éducation sexuelle dans des cadres appropriés, notamment dans les zones rurales. A ce titre, il serait souhaitable de tirer les leçons de l'expérience du projet Education en Matière de Population/Jeunesse rurale mis en oeuvre avec l'appui de l'UNFPA dans les années 1992-1996 en vue de l'améliorer, de la réorienter et de l'étendre à l'ensemble du pays ;
- Accentuer la mobilisation communautaire pour retarder l'âge au mariage des filles (52% des filles se marient avant 18 ans) ;
- Poursuivre les campagnes de promotion du préservatif en luttant contre les idées reçues à son égard et en prenant en compte les rapports de genre dans la négociation de son utilisation ; lancer une campagne grand public pour légitimer son utilisation dans le cadre du mariage (les jeunes filles mariées sont très exposées aux grossesses non désirées et au VIH/sida et elles utilisent très peu le préservatif) ;
- Renforcer le dispositif de lutte contre les violences sexuelles en direction de tous les adolescents, filles et garçons, mais avec une attention particulière pour les filles de 15 à 19 ans, y compris celles qui sont mariées (18% des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir été victimes d'attouchements indésirables et 8% avoir été forcées physiquement à avoir des relations sexuelles) ;
- Concevoir des dispositifs de recherche qui permettent de collecter des données fiables pertinentes et régulièrement actualisées sur les comportements sexuels des adolescents.

en mesure de payer des services relatifs à l'obtention de méthodes contraceptives dans un centre de santé ou un hôpital public.^{5(p.128)} Ils sont aussi 10% des filles et 16% des garçons à déclarer que le coût trop élevé du test à VIH constitue la principale raison à cause de laquelle ils ne l'ont pas fait.^{5(p.143)} Dans un contexte de pauvreté économique, il est nécessaire de faire des arbitrages et ceux-ci ne sont pas toujours en faveur des dépenses de santé des plus jeunes et encore moins des filles. Par ailleurs, le fait que les jeunes ne soient pas indépendants financièrement les contraint à devoir expliquer leurs préoccupations à leurs parents, ou à leur époux pour les jeunes filles mariées, ce qui est loin d'être aisé pour eux étant donné les préjugés et les tabous sur la sexualité



Adapter les programmes de santé de la reproduction aux différents groupes de jeunes

Les adolescents ne constituent pas une catégorie homogène. Les variables comme le sexe, la situation familiale ou matrimoniale, le lieu de résidence, le niveau de scolarisation ou encore le niveau socio-économique influencent grandement les expériences, les valeurs, les comportements et la capacité à gérer sa santé sexuelle et de la reproduction. Il va de soi que le quotidien et les problèmes auxquels peut être confrontée une jeune fille mariée de 15 ans vivant en milieu rural et n'ayant jamais été à l'école sont très différents de ceux d'un garçon de 18 ans vivant encore chez ses parents en ville et terminant ses études. Prendre en considération cette diversité de situation est indispensable à la réussite de la lutte contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées.

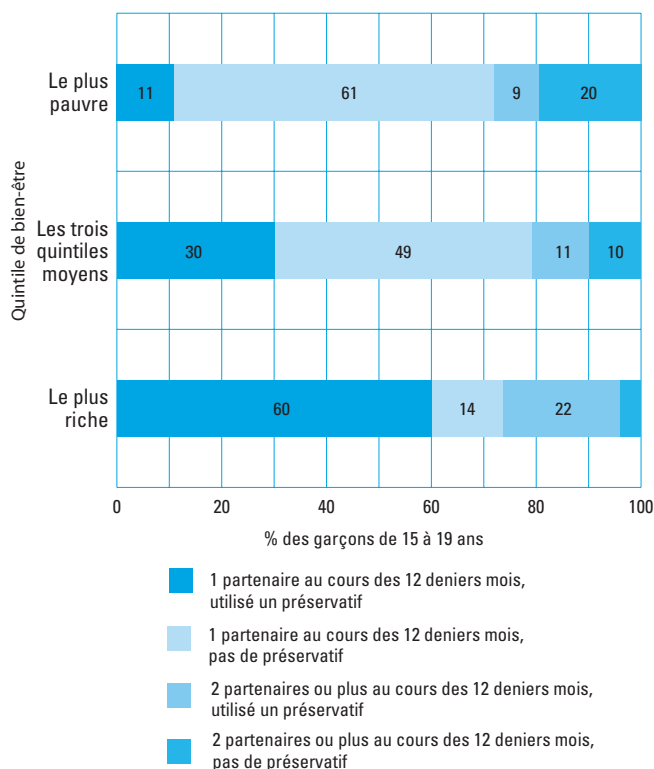
Garçons et filles ont quelquefois besoin de programmes différents

La première caractéristique et sans doute la plus déterminante est le sexe des adolescents. On peut observer dans la plupart des sociétés que les places occupées par les femmes et par les hommes et les rôles sociaux attribués en fonction du sexe sont très différenciés. Même si leurs comportements et leurs besoins en santé sexuelle et de la reproduction sont parfois similaires, des spécificités existent qui doivent être prises en compte.

On remarque ainsi que leurs réseaux de socialisation diffèrent. L'univers des filles est plus souvent restreint à la sphère familiale que celui des garçons. Elles sont trois fois moins nombreuses que les garçons à déclarer jouer ou parler avec des amis pendant leur temps libre et deux fois moins nombreuses à travailler ou à aller à l'école.^{5(p.40)} Les associations et les services mis en place par la collectivité servent surtout aux hommes et les organisations féminines sont fréquentées presque exclusivement par les

GRAPHIQUE 5.1

Les garçons de 15 à 19 ans les plus pauvres ont des comportements plus à risque que leurs pairs moins défavorisés.



Sources Références 13 et 14.

...plus les adolescents sont pauvres, plus ils sont susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risques.

femmes adultes.²⁹ Par ailleurs, les adolescentes font l'objet beaucoup plus souvent que les garçons de contraintes et de sévices sexuels. Ainsi, 14% des filles contre 6% des garçons déclarent avoir été victimes d'attouchements et 6% des filles contre 3% des garçons avoir été forcés physiquement à avoir des rapports sexuels.^{13,14}

Cette analyse en fonction du sexe amène inévitablement à constater une plus grande vulnérabilité des adolescentes. Les différences de statut social et les inégalités dans les rapports entre hommes et femmes affectent de manière très négative la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes filles. Est-il besoin de rappeler qu'en Afrique sub-saharienne plus des deux tiers des nouvelles infections à VIH chez les 15-19 ans concernent les filles ?

Les adolescents les plus pauvres sont les plus vulnérables

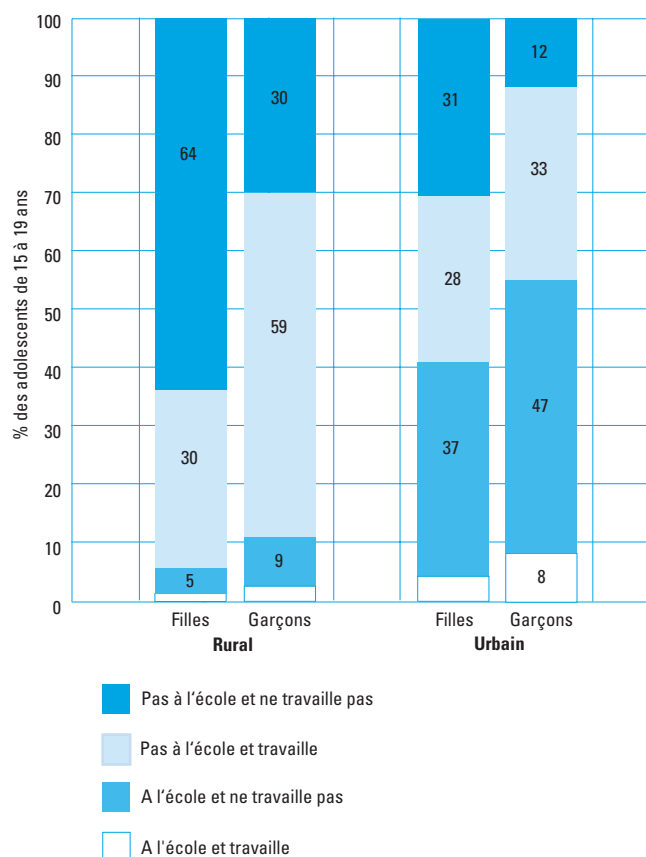
Le contexte socio-économique burkinabè est marqué par une grande précarité. Le Ministère de l'Economie estime que 46% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.³⁰ C'est en milieu rural que les conditions de vie sont les plus difficiles bien que la situation des jeunes urbains semble s'être sensiblement détériorée ces dernières années.³¹ Les jeunes scolarisés peinent plus que leurs aînés à trouver un travail à la sortie de leurs études et le travail des jeunes femmes est de plus en plus instable. Les principales préoccupations de nombreux jeunes sont liées à la précarité de leurs conditions de vie :

Dans les cinq ans, j'aimerais être toujours vivant et ne pas avoir de problèmes.

—Garçon non scolarisé, 14 ans, milieu urbain

GRAPHIQUE 5.2

Les filles de 15 à 19 ans en milieu rural sont nombreuses à ne pas aller à l'école et à ne pas travailler en dehors de la maison.



Sources Références 23 et 24.

Ce qui peut me rendre heureuse, c'est quand à mon réveil, je trouve que tout le monde se porte bien dans la famille et qu'il y a à manger pour nous.

—Jeune femme scolarisée, 19 ans, milieu rural

Je voudrais qu'on m'aide à avoir un travail pour que je ne souffre pas dans la vie.

—Jeune femme non scolarisée, 18 ans, milieu rural

Etant donné le nombre élevé de besoins fondamentaux non satisfaits, y compris celui de se nourrir, il n'est pas étonnant de constater que pour les adolescents pauvres la santé sexuelle ne fasse pas partie de leurs priorités. L'environnement économique dans lequel les adolescents évoluent a ainsi un impact non négligeable sur leur niveau d'information et leur capacité à adopter des comportements sexuels à moindre risque. On constate que plus les adolescents appartiennent à une catégorie défavorisée, moins ils sont nombreux à maîtriser les connaissances de bases nécessaires pour se protéger contre les grossesses non désirées et le VIH/sida. Les différences peuvent être flagrantes : tandis que 32% des jeunes garçons appartenant au quintile de bien être le plus élevé possèdent des connaissances suffisamment détaillées pour se protéger contre le sida, ils sont seulement 5% parmi ceux appartenant au quintile le plus pauvre.¹⁹ Enfin, plus les adolescents sont pauvres, plus ils sont susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risques. Ainsi, dans le quintile le plus pauvre, seulement 17% des garçons et 15% des filles qui ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ont utilisé une méthode contraceptive lors de leurs derniers rapports tandis qu'ils sont respectivement 79% et 60% dans le quintile le plus élevé. De la même façon, les garçons les plus pauvres sont cinq fois plus nombreux que les plus riches à avoir eu plus de deux partenaires au cours des 12 derniers mois sans jamais utiliser de préservatifs (graphique 5.1).^{13,14}

Les besoins des adolescents ruraux en information et en services sont plus importants

Le milieu de résidence constitue également une caractéristique essentielle. S'il n'agit pas significativement sur l'activité sexuelle des adolescents, il influence en revanche le niveau des connaissances et l'accès aux outils et aux structures de prévention. Le niveau de connaissance sur les IST/VIH/sida et les moyens de contraception est ainsi nettement inférieur en milieu rural.^{12,19} La stigmatisation du VIH/sida est aussi beaucoup plus grande à la campagne. Ajoutons à cela que les adolescents ont plus difficilement accès aux infrastructures de conseils et de soins en milieu rural. Ainsi, seulement 28% des garçons de 12 à 19 ans en milieu rural connaissent un endroit où se procurer des méthodes contraceptives contre 66% en milieu urbain.¹⁹ Seulement 1% des garçons vivant en milieu rural qui ont déjà débuté leur vie sexuelle ont déjà effectué un test à VIH (moins de 1% pour les filles) tandis qu'ils sont 13% à l'avoir fait en ville (17% pour les filles).^{12,19}

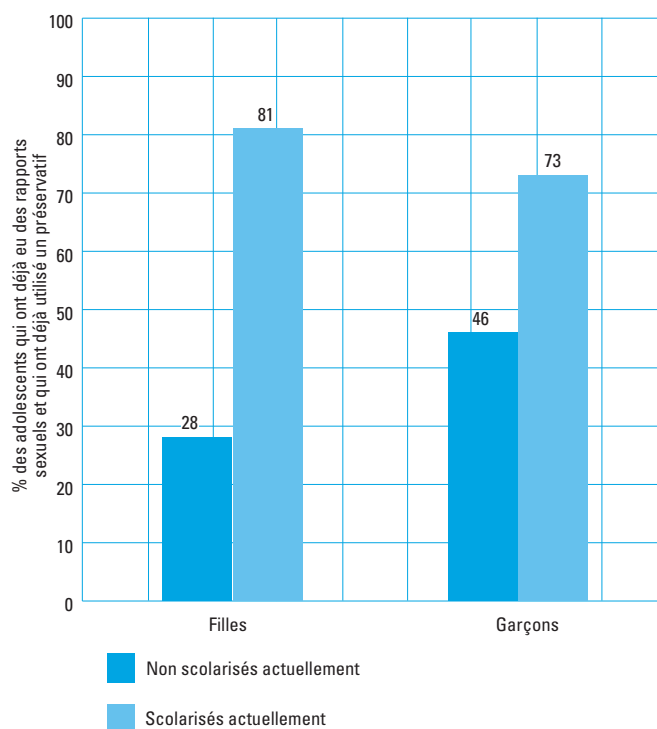
En milieu rural, les adolescents ont moins facilement accès aux moyens de communication modernes et sont moins scolarisés. La famille joue un rôle plus central, surtout pour les filles. Notons que 64% des filles de 15 à 19 ans habitant à la campagne ne vont ni à l'école, ni ne travaillent en dehors de la maison (elles sont seulement 31% dans la même situation en ville) (graphique 5.2).^{23,24}

Les adolescents scolarisés sont mieux armés pour faire face aux problèmes de santé de la reproduction

Plus de 63% des filles et près de 51% des garçons âgés de 12 à 19 ans n'ont jamais été scolarisés.^{5(p.36)} Or, l'école vient juste après la famille comme environnement protecteur pour les enfants. Pendant que les adolescents sont en cours, ils sont en partie protégés des agressions extérieures et bénéficient d'un encadrement d'adultes. Plus généralement, l'école donne aux futurs adultes une

GRAPHIQUE 5.3

Les adolescents de 15 à 19 ans qui ont déjà débuté leur vie sexuelle et qui sont scolarisés sont plus nombreux à avoir déjà utilisé un préservatif masculin que les non scolarisés.



Source Référence 5, tabulations non publiées.

Des pistes pour l'action

confiance en eux et une plus grande maîtrise sur leur existence. Ils y acquièrent des compétences et des informations qui leur permettent d'assurer leur propre protection.

De nombreux rapports ont mis en exergue les liens entre l'éducation et l'adoption de comportements à moindre risque, notamment pour les filles.³²⁻³⁴ Au Burkina Faso, les jeunes scolarisés ont en effet plus facilement accès aux informations et sont ainsi généralement mieux protégés. Environ 46% des filles et 49% des garçons scolarisés connaissent d'autres IST que le VIH alors qu'ils ne sont respectivement que 18% et 21% chez ceux qui ne sont pas scolarisés.^{12,19} Ainsi 28% des garçons et 30% des filles de 12 à 19 ans en milieu rural connaissent une source d'approvisionnement en méthodes contraceptives contre 66% des garçons et 55% des filles de milieu urbain.

Par conséquent, il n'est pas étonnant de constater que les comportements sexuels des adolescents scolarisés se révèlent être moins à risque. Ils sont ainsi beaucoup plus nombreux que les non scolarisés à avoir déjà utilisé un préservatif : 73% des jeunes garçons scolarisés de 15 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels ont utilisé un préservatif contre seulement 46% des non scolarisés. La différence est encore plus nette pour les filles : 81% des scolarisées ont déjà utilisé un préservatif contre seulement 28% des non scolarisées (graphique 5.3).⁵ Enfin, même si très peu d'adolescents qui ont déjà eu des rapports sexuels se sont faits dépister du VIH, ils sont au moins trois fois plus nombreux à l'avoir fait chez les adolescents qui vont à l'école.¹⁹

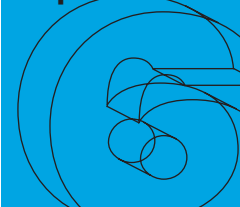
Pour ceux qui ont la chance d'être scolarisés, terminer ses études et les réussir est souvent évoqué comme une motivation qui les encourage à repousser leur entrée en vie sexuelle. De fait, la scolarisation des filles retarde l'âge de la première grossesse et réduit en général la taille de la famille. Malheureusement, le taux d'abandon scolaire reste important. Les raisons les plus souvent évoquées pour expliquer l'abandon scolaire sont relatives au manque de moyens économiques (difficultés à payer les frais scolaires ou à acquérir les fournitures, nécessité de travailler). Les adolescents fondent beaucoup d'espoir dans l'école :

Je voudrais reprendre les études pour passer le BEPC. Ainsi, je pourrai chercher du travail et m'occuper de ma mère, de mon enfant et de mes sœurs.

—Fille non mariée avec enfant, milieu urbain, non scolarisée, 19 ans

Les nouvelles données de recherche obtenues sur l'hétérogénéité de la population adolescente et la vulnérabilité spécifique de certaines catégories permettent de tirer quelques recommandations pour mieux guider l'action, notamment :

- Cibler les programmes sur les catégories les plus vulnérables (les jeunes filles déscolarisées, y compris celles qui sont mariées, les ruraux et plus largement les adolescents les plus pauvres) ;
- Intensifier les politiques et les programmes en faveur de l'amélioration du statut des femmes (l'inégalité dans les rapports hommes-femmes affecte très négativement la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes filles) ;
- Prendre en compte l'approche de genre dans les politiques jeunes et déterminer systématiquement des indicateurs sexo-spécifiques dans les études et les évaluations de programmes (les jeunes filles ont généralement moins accès que les jeunes hommes aux infrastructures sociales et sanitaires) ;
- Décentraliser les programmes de prévention et les services de santé sexuelle et de la reproduction (les adolescents ruraux ont des connaissances en contraception et en IST/VIH/sida beaucoup plus faibles que les adolescents urbains et ils sont beaucoup moins nombreux à connaître des lieux où se procurer des services) ;
- Privilégier, en milieu rural, l'approche communautaire et favoriser le dialogue parents-enfants (les adolescents y ont moins facilement accès aux moyens de communication modernes et sont moins scolarisés mais la famille joue un rôle plus central surtout pour les adolescentes) ;
- Augmenter les efforts pour scolariser les adolescents et renforcer le programme des bourses d'études pour les filles afin de leur permettre de rester plus longtemps à l'école (les comportements sexuels des adolescents scolarisés sont moins à risque, particulièrement pour les jeunes filles).



Conclusions et implications programmatisques

Malgré la conscience qu'ils ont des risques liés aux IST/VIH/sida et des grossesses non désirées, les adolescents burkinabè demeurent très exposés. Leurs besoins en santé sexuelle et de la reproduction sont conséquents. C'est pourquoi il est urgent que l'engagement des plus hautes autorités puisse se traduire concrètement par des programmes efficaces et le soutien des initiatives prometteuses. Les récents résultats de recherche peuvent nous permettre de formuler quelques enseignements sur les orientations à prendre pour mieux protéger la prochaine génération.

Sur quels leviers agir ?

Améliorer la communication en direction des adolescents

Avoir accès à une information complète et adaptée et acquérir les aptitudes nécessaires pour se protéger demeurent les meilleurs antidotes contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées, en particulier pour les plus jeunes. Les adolescents interrogés expriment d'ailleurs majoritairement le besoin d'être mieux informés. L'efficacité des programmes pourrait être accrue en mettant en place des programmes spécifiques à destination des jeunes, en utilisant des supports et des canaux adaptés pour la communication et en renforçant le rôle du système scolaire en matière d'information et de prévention.

■ *Mettre en place des programmes spécifiques.* Il n'existe pas de stratégie unique pour informer et protéger tous les jeunes contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées. Selon le dernier rapport de l'UNGASS (Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida), la lutte contre le sida au Burkina Faso souffre d'une insuffisance dans la mise en

œuvre des programmes en direction de groupes spécifiques.^{3(p.16)} Pour être efficaces, les programmes de lutte contre les IST/VIH/sida et grossesses non désirées, notamment les programmes de communication, doivent impérativement prendre en considération les particularités de chaque sous-groupe et viser certaines catégories particulièrement. Grâce à la richesse des données actuellement disponibles, les acteurs du développement ont aujourd'hui la possibilité d'affiner les stratégies en prenant en compte l'hétérogénéité de la population adolescente en fonction de l'âge, du sexe, des niveaux socio-économiques et de scolarisation, du milieu de résidence ou encore du statut matrimonial. Dans un contexte de ressources limitées, il importe que les efforts soient orientés vers les groupes les plus vulnérables. Les jeunes filles non scolarisées, plus encore celles qui sont mariées, constituent tout particulièrement un sous-groupe longtemps négligé vers lequel il est urgent de lancer de nouveaux programmes. Par ailleurs, il est crucial que les adolescents soient informés avant qu'ils n'aient leurs premiers rapports sexuels et les 12-14 ans devraient pouvoir bénéficier de cours d'éducation sexuelle à l'école mais également en milieu informel, dispensés par des personnes préalablement formées.

■ *Utiliser des supports et des canaux appropriés pour la communication de masse.* Dans le cadre de la stratégie d'IEC en matière de population définie par le ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale en collaboration avec l'UNFPA à la fin des années 1990, beaucoup d'outils de sensibilisation ont été créés (dépliants, posters, spots publicitaires...). Une étude révèle que, dans l'ensemble, le matériel produit requiert un bon niveau d'éducation et qu'il est très peu adapté aux adolescents non scolarisés.^{35(p.62)} A cela s'ajoutent un manque de coordination entre les différents acteurs dans la production des

supports et des défauts dans leur distribution, les outils ne parvenant pas toujours aux différentes structures qui pourraient en avoir besoin.^{35(p.62-63)} Ces données, associées aux résultats présentés dans ce rapport, laissent penser qu'il serait plus intéressant de se concentrer sur les supports télévisuels et plus encore radiophoniques et ne pas multiplier les supports écrits dont l'impact est négligeable. Afin que ces outils soient efficaces, il est essentiel que les principaux intéressés soient associés à leur réalisation et que les canaux de communication les plus appropriés pour chaque zone soient identifiés.

■ *Renforcer l'efficacité du système éducatif à informer dès le primaire.* L'école constitue un contexte idéal pour transmettre des informations et aider les adolescents scolarisés à développer les compétences nécessaires, mais encore faut-il que les enseignants soient adéquatement formés et officiellement mandatés pour le faire. Au Burkina Faso, l'enseignement du VIH/sida a été officiellement introduit au secondaire et, de manière expérimentale, au primaire en zone urbaine. Quant à l'éducation en matière de population, elle est effective depuis plus de 10 ans, au primaire et au secondaire, grâce à un appui de l'UNFPA jusqu'en 2005. Afin de maximiser le rôle que peut jouer l'école dans la prévention des IST/VIH/sida et des grossesses non désirées, il serait souhaitable que les partenaires au développement appuient la révision et l'harmonisation des contenus enseignés qui doivent davantage valoriser l'acquisition d'aptitudes et de compétences pour faire face aux problèmes quotidiens qu'ils rencontrent. Il est important également d'élargir le nombre de professeurs ayant bénéficié d'une formation spécifique pour dispenser cet enseignement. En effet, le pourcentage d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH, basé sur des aptitudes psychosociales, et qui l'ont dispensé lors de la dernière année scolaire reste très faible, inférieur à 5%, et bien moindre encore en milieu rural.^{3(p.10)} Les entretiens avec les enseignants confirment un réel besoin de formation pour aborder les sujets relatifs à la santé de la reproduction des adolescents. Enfin, il est primordial de concevoir des programmes de prévention adaptés aux plus jeunes avant leur entrée en vie sexuelle. Les 12-14 ans constituent, en effet, un public très vulnérable et trop peu touché par les programmes. Il est donc nécessaire que la relecture annoncée de la loi sur l'éducation prenne en compte ces données et mette en place des stratégies pour combler les lacunes du système.

Favoriser l'accès des adolescents aux services sanitaires

Parallèlement, il est primordial d'améliorer l'accès aux conseils, aux moyens de prévention et aux soins. Les structures sanitaires bénéficient d'une grande crédibilité, mais des efforts conséquents doivent être faits pour renforcer leurs capacités d'accueil et de prise en charge des adolescents, surtout en zone rurale.

■ *Multiplier l'offre de services conviviaux pour les adolescents.* Centres de santé classiques, centres de santé de la reproduction réservés aux adolescents, centres de santé polyvalents pour la jeunesse, services rattachés aux établissements scolaires, aux espaces de jeu ou implantés en milieu informel, dispensaires mobiles, une combinaison de ces différents dispositifs accessibles à bas prix doit être imaginée pour toucher le plus grand nombre. Parmi les structures qui semblent particulièrement adaptées aux besoins des jeunes, on peut citer les centres jeunes de l'ABBEF, dont les premiers ont été ouverts en 1992 à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et qui semblent être performants à de nombreux égards.^{35(p.32)} Cependant, des études montrent que ces différents dispositifs peinent à toucher la tranche d'âge 12-14 ans et sont davantage fréquentés par les plus âgés.^{36(p.26)} Des ajustements sont donc encore nécessaires pour attirer les plus jeunes.

Dans toutes les structures sanitaires, les adolescents devraient pouvoir bénéficier d'un accueil discret et déculpabilisant. Pour cela, des directives et des formations adéquates en particulier en matière de communication interpersonnelle doivent être délivrées aux prestataires de soins. D'autres dispositions peuvent également être prises pour assurer la discrétion des consultations, notamment par la délivrance des médicaments et des contraceptifs dans le centre-ville plutôt qu'au dépôt ou à la pharmacie de proximité. La confidentialité des consultations et l'absence de jugement de la part des prestataires sont des éléments clés pour garantir l'utilisation des services de santé par les adolescents ; ils sont encore plus cruciaux quand il s'agit de dépistage. Et en la matière, beaucoup reste à faire puisque les services de dépistage volontaire et confidentiel ne sont accessibles qu'aux adolescents âgés de 18 ans, les plus jeunes ayant besoin de l'accord des parents. Si l'on considère la proportion de adolescents sexuellement actifs avant 18 ans et les risques auxquels ils sont exposés, il est vivement souhaitable que le combat des associations de jeunes pour que l'âge d'accès au dépistage confidentiel soit abaissé aboutisse rapidement.

■ *Décentraliser les services et les actions.* Au regard du niveau des connaissances sur la santé de la reproduction et de l'accès des adolescents ruraux aux services de santé, il est urgent d'accentuer la décentralisation des services et des actions. C'est un point sur lequel le gouvernement et les associations travaillent, particulièrement concernant le dépistage du VIH. Grâce à leurs efforts conjugués, le nombre de centres de dépistage est passé de 95 à 114 au cours des trois premiers trimestres de 2006, permettant ainsi un accroissement significatif du nombre de personnes dépistées. Malgré ces progrès, des efforts restent à faire car les services n'existent qu'au niveau des chefs-lieux des régions sanitaires et se concentrent dans les principales villes du pays. Le problème se pose également en ce qui concerne les autres services susceptibles de répondre aux besoins de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents.

Créer un environnement favorable à la santé de la reproduction des adolescents

L'environnement dans lequel évoluent les adolescents conditionne leurs capacités à se protéger contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées. Promouvoir le changement des comportements individuels n'est pas suffisant et il faut aussi travailler sur les déterminants sociaux du VIH/sida et des grossesses non désirées. Changement des mentalités, scolarisation/alphabétisation des jeunes et lutte contre les mariages précoces doivent être des objectifs prioritaires.

■ *Encourager le changement des normes sociales et des mentalités.* La capacité des adolescents à adopter des comportements à moindre risque est en grande partie conditionnée par le regard et l'attitude de leur entourage et de la communauté à laquelle ils appartiennent. Les actions d'information en direction des adolescents doivent absolument être accompagnées d'activités ayant pour but de modifier la manière dont la contraception, les IST/VIH/sida et plus largement la sexualité des jeunes sont perçus par la communauté tout entière.

De nombreuses associations forment des éducateurs adolescents qui organisent des causeries-débats, montent des pièces de théâtre ou encore font des visites à domicile pour sensibiliser la communauté aux questions de santé sexuelle et de la reproduction. Des caravanes de sensibilisation sont également organisées à travers le territoire.^{36(p.22-24)} Ces activités devraient promouvoir davantage le dialogue intergénérationnel, souvent identifié par les jeunes comme prioritaire,^{36(p.27)} et lutter plus systématiquement contre la stigmatisation. Au regard des résultats de recherche, il paraît pertinent de s'appuyer sur les mères et les tantes qui pourraient constituer des personnes ressources pour les jeunes filles. Les leaders religieux et traditionnels doivent aussi être impliqués afin, a minima, de négocier leur neutralité, au mieux, d'obtenir leur soutien.

En milieu rural, ce travail de mobilisation communautaire est particulièrement indispensable et les acteurs clés comme les chefs traditionnels, les groupements de femmes, les leaders jeunes doivent être identifiés comme des partenaires précieux.

■ *Soutenir la scolarisation.* Encourager la scolarisation et l'alphabétisation, notamment celles des jeunes filles, constitue un levier majeur dans la lutte contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées. Un certain nombre de mesures incitatives ont été introduites par le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation et ses partenaires, selon une approche de « discrimination positive » à travers des bourses scolaires et la suppression des frais d'inscription et des cotisations pour les filles depuis la rentrée 2003-2004. Ces différentes actions ont montré des résultats très encourageants. Ainsi le taux brut de scolarisation des filles est passé de 41% en 2002-2003 à 51% en 2004-2005, pro-

gressant plus vite que celui des garçons.³⁷ Il semble donc primordial de maintenir les efforts dans ce domaine.

■ *Lutter contre le mariage précoce.* Consolider les dispositifs de lutte contre le mariage précoce et/ou forcé représente également un enjeu de taille. Mener des campagnes d'information sur l'âge légal au mariage, faire respecter la loi et mettre en place des structures d'accueil et de conseils pour les jeunes filles mariées de force sont des actions à renforcer.

Agir en direction des jeunes filles nouvellement mariées constitue un deuxième axe à explorer. Les programmes jusqu'à présent développés en direction des adolescents (éducation à la vie familiale, centres de jeunes, éducation par les pairs et services de santé conviviaux pour les jeunes) ne sont pas parvenus à atteindre les adolescentes en union et les principales options de réduction des risques proposées (abstinence, fidélité, préservatif) ne sont pas adaptées à leur situation spécifique. Retarder l'âge à la première grossesse et promouvoir le préservatif et le dépistage dans le cadre du mariage (ainsi que d'autres options de protection comme les microbicides quand ils seront disponibles) peuvent être des moyens d'améliorer la santé sexuelle des adolescentes et de limiter l'impact de la pandémie à VIH. Par ailleurs, profiter de la première naissance pour proposer des services intégrés de planification familiale et de lutte contre le sida paraît également une voie à explorer d'urgence. Protéger ces jeunes femmes peut non seulement servir à contribuer à la prévention de la propagation du VIH/sida à partir des groupes à « haut risque » vers la population générale au sein de leur propre génération mais aussi vers la génération suivante en réduisant la transmission de la mère à l'enfant. Le Population Council a dans ce sens développé une initiative innovante de recherche-action dans les régions du Gourma et du Bazéga qui intègre les adolescentes mariées, leurs maris ainsi que les belles-mères. C'est une expérience sur laquelle il pourra être pertinent de s'appuyer, si les résultats des évaluations actuellement en cours sont concluants.⁹

Il est absolument primordial que l'ensemble des partenaires et des bailleurs tire partie de ces constats et organisent leurs actions en fonction des priorités qui en découlent. Notons, enfin, que pour être efficaces chacune des actions entreprises doit répondre à une triple exigence :

■ s'appuyer sur une bonne connaissance du milieu auquel elle s'applique et des populations spécifiques qu'elle vise, en ce sens il est primordial de renforcer le système de collecte et d'analyse des données en prenant en compte systématiquement les rapports de genre et les rapports intergénérationnels ;

- être accompagnée d'un dispositif d'évaluation régulière qui doit permettre d'effectuer des réorientations si nécessaire ;
- associer dans la définition des interventions et leur mise en œuvre l'ensemble des acteurs communautaires et en particulier les bénéficiaires principaux, c'est-à-dire les adolescents.

Aujourd'hui, gouvernement et partenaires au développement ont ensemble l'opportunité de repenser une nouvelle génération de politiques et de programmes. Ne pas relever ce défi hypothèquerait sérieusement les chances pour le Burkina Faso d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) auxquels il a pleinement souscrit.

Conclusions et Implications

Les nouvelles données de recherche obtenues sur l'hétérogénéité de la population adolescente et la vulnérabilité spécifique de certaines catégories permettent de tirer quelques recommandations pour mieux guider l'action, notamment :

Dix mesures à prendre d'urgence pour mieux protéger la prochaine génération contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées.

Améliorer la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents constitue un enjeu majeur de santé publique pour le Burkina Faso. A partir des récentes données de recherche, voici les principales recommandations que nous pouvons formuler pour y parvenir :

1. Réorienter les efforts et accroître les ressources en faveur des catégories les plus vulnérables (les jeunes filles déscolarisées, y compris celles qui sont mariées, les ruraux et plus largement les adolescents les plus pauvres) ;
2. Mettre en oeuvre une stratégie nationale de coordination des services de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida ;
3. Intensifier les actions de promotion du préservatif comme outil de prévention à la fois des IST/VIH/sida et des grossesses non désirées ;
4. Mettre en place des programmes de mobilisation communautaire contre les mariages précoces et contre les violences sexuelles ;
5. Promouvoir le dépistage du VIH/sida et le préservatif dans le cadre du mariage ;
6. Abaisser l'âge d'accès au dépistage volontaire et confidentiel du VIH/sida ;
7. Intégrer dans les programmes scolaires, dès le primaire, des cours bien conçus et adaptés à chaque tranche d'âge qui permettraient aux adolescents d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour se protéger contre les IST/VIH/sida et les grossesses non désirées et former les enseignants pour dispenser ces cours ;
8. Renforcer le programme des bourses d'études pour les filles afin de leur permettre de rester plus longtemps à l'école ;
9. Améliorer, en particulier en milieu rural, l'offre de services dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents tout en sensibilisant la communauté tout entière à l'importance de fournir aux adolescents l'information et les services nécessaires ;
10. Promouvoir la communication intergénérationnelle.

Références

1. Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP), *État de la population mondiale 2003 : un milliard à ne pas oublier, investir dans la santé et les droits des adolescents*, New York : FNUAP, 2003.
2. Institut National de la Statistique et de la Démographie et ORC Macro : *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2003*, Calverton, MD, USA : ORC Macro, 2004.
3. Conseil National de Lutte Contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA (ONUSIDA), *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, Ouagadougou, Burkina Faso : ONUSIDA, 2005.
4. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 : Édition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA*, Genève : ONUSIDA, 2006.
5. Guiella G et Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : Résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2006, n°21.
6. Ministère de la Santé, Direction de la Santé et de la Famille, *Plan stratégique de santé des jeunes, 2004-2008*, Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de la Santé, 2004.
7. Ouedraogo C, Woog V et Sondo G, Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2006, n°20.
8. Guiella G, Ouédraogo A et Rossier C, Avortement et santé de la femme à Ouagadougou, *Rapport de recherche*, Ouagadougou, Burkina Faso : Unité d'Enseignement et Recherche en Démographie, 2004.
9. Brady M et Saloucou L, Répondre aux besoins des adolescentes mariées au Burkina Faso, *Promoting Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood Brief*, New York : Population Council, 2005, n°9.
10. Clark S, Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):149-222.
11. Bruce J et Clark S, *The implications of early marriage for HIV/AIDS policy*, New York : Population Council, 2004.
12. Tableau annexe 3a, 2007.
13. Tableau annexe 2a, 2007.
14. Tableau annexe 2b, 2007.
15. Amuyunzu-Nyamongo M et al., Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York : Alan Guttmacher Institute (AGI), 2005, n°16.
16. Traore T, La problématique de la violence à l'école au Burkina Faso, communication au Colloque international Education, Violence, Conflit et Perspective de Paix en Afrique, Yaoundé, Cameroun, 6-10 mars 2006.
17. Grunseit A et Kippax S, *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour*, Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS), 1993.
18. Grunseit A, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People : A Review Update*, Genève : ONUSIDA, 1997.
19. Tableau annexe 3b, 2007.
20. UNESCO, Division des politiques culturelles et du dialogue multiculturel, VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique, Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO-Paris, *Etudes et rapports, série spéciale*, Paris : UNESCO, 2003, n°20.
21. Rosendale Østergaard L et Samuelsen H, Muted voices : HIV/AIDS and the young people of Burkina Faso and Senegal, *African Journal of AIDS Research*, 2004, 3(2):1-11.
22. Ouedraogo C, Woog V et Ouedraogo O, Les adultes face aux comportements des adolescents : difficultés et enjeux, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2007, n°32.
23. Tableau annexe 1b, 2007.
24. Tableau annexe 1a, 2007.
25. Samuelsen H, Love, lifestyles and the risk of AIDS : the moral worlds of young people in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, *Culture, Health & Sexuality*, 2006, 8(3):211-224.
26. Dehne KL et Riedner G, *Sexually transmitted infections among adolescents : the need for adequate health services*, Genève : OMS, 2005.
27. Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Direction des Études et de la Planification, *Annuaire Statistique/Santé 2005*, Ouagadougou, Burkina Faso : Direction des études et de la planification, 2006.
28. Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial (ABBEF), Amélioration de l'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les jeunes de 10 à 24 ans dans le Centre Jeune de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso : ABBEF, 2000.
29. Population Council et al., *Investing When It Counts*, New York : FNUAP, 2006.
30. Ministère de l'économie, *Burkina Faso : cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ouagadougou : Ministère de l'économie, 2000.
31. Calvès A-E et Schoumaker B, Deteriorating economic context and changing patterns of youth employment in urban Burkina Faso : 1980-2000, *World Development*, 2004, 32(8):1341-1354.
32. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève : ONUSIDA, 2000.
33. UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2004 : les filles, l'éducation et le développement*, New York : UNICEF, 2003.
34. UNICEF, *Les filles, le VIH/sida et l'éducation*, New York : UNICEF, 2004.
35. Weil O, Munz M et Tapsoba L, *Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD : The Contribution of UNFPA and IPPF*, Burkina Faso Country Evaluation Report, 2003, <<http://www.norad.no/>

items/2746/38/0265172253/Burkina%20Faso%20Country%20Evaluation%20Report.pdf, date d'accès, 5 juin 2007.

36. Guiella G, Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : un état des lieux, *Occasional Report*, New York : AGI, 2004, n°12.

37. Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation, Direction des études et de la planification, *Tableau de bord de l'éducation de base, année scolaire 2004–2005*, Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation, 2006.

CHAPITRE 1

Box: Jeunes et adolescents : de qui parle-t-on?

1. Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP), *État de la population mondiale 2003 : un milliard à ne pas oublier, investir dans la santé et les droits des adolescents*, New York : FNUAP, 2003.

Box: Sources de données du project

1. Guiella G et Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2006, n°21.

2. Amuyunzu-Myamongo M et al., Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa, *Occasional Report*, New York : Alan Guttmacher Institute, 2005, n°16.

3. Ouédraogo C, Woog V et Sondo G, Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2006, n°20.

4. Ouédraogo C, Woog V et Ouédraogo O, Les adultes face aux comportements des adolescents: difficultés et enjeux, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, n°32.

CHAPITRE 3

Box: Les plus jeunes manquent d'informations adaptées

1. Institut National de la Statistique et de la Démographie et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2003*, Calverton, MD, USA : ORC Macro, 2004.

2. Guiella G et Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York : Guttmacher Institute, 2006, n°21.

CITATIONS EN TEXTE, CHAPITRES 1–5

Entretiens en profondeur réalisés dans le cadre du project « Protéger la prochaine generation. »

	<h1>Tableaux annexes</h1>				

TABLEAU ANNEXE 1A **Caractéristiques socio-démographiques sélectionnées des filles de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004**

Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Résidence avec les parents biologiques (%)				Les parents/ tuteurs savent où l'enquêtée va la nuit* (%)
			Avec les deux parents	Seulement avec la mère	Seulement avec le père	Avec aucun parent	
FILLES, 12 À 19 ANS	2.939	100,0	51,5	6,9	4,3	37,3	81,2
RÉSIDENCE							
Rurale	2.200	73,9	56,1	6,7	4,8	32,4	81,9
Urbaine	739	26,1	38,6	7,2	2,9	51,3	79,1
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	2.314	78,0	49,9	6,0	4,3	39,8	80,1
Oui	625	22,0	57,3	10,0	4,0	28,7	84,8
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	2.547	85,9	59,2	7,9	4,9	28,0	81,2
Mariée	392	14,1	4,2	0,7	0,5	94,6	81,1
QUINTILES DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	540	18,3	57,9	5,8	4,3	32,0	82,9
Les trois quintiles intermédiaires	1.712	54,7	55,4	7,6	4,9	32,1	81,7
Le plus riche	678	27,0	39,4	6,2	2,9	51,5	79,0
FILLES, 12 À 14 ANS	1.272	100,0	63,6	7,0	4,7	24,7	87,9
RÉSIDENCE							
Rurale	1.005	79,9	67,6	6,8	5,5	20,3	88,1
Urbaine	267	20,1	47,7	8,1	1,6	42,6	86,8
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	898	69,9	64,2	5,7	5,3	24,8	87,6
Oui	374	30,1	62,1	9,9	3,3	24,7	88,3
QUINTILES DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	247	19,7	72,1	4,8	5,6	17,5	85,3
Les trois quintiles intermédiaires	782	58,7	66,1	7,5	5,5	20,9	88,9
Le plus riche	240	21,6	49,5	6,9	1,8	41,8	86,9
FILLES, 15 À 19 ANS	1.667	100,0	42,7	6,9	4,0	46,4	76,3
RÉSIDENCE							
Rurale	1.195	69,6	46,5	6,9	4,2	42,4	76,8
Urbaine	472	30,4	34,1	6,7	3,7	55,5	75,4
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	1.416	83,8	41,2	6,2	3,8	48,8	75,6
Oui	251	16,2	50,7	10,1	4,9	34,3	80,1
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	1.279	76,0	54,9	8,8	5,1	31,2	74,9
Mariée	388	24,0	4,2	0,7	0,5	94,6	80,9
QUINTILES DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	293	17,2	46,4	6,3	3,3	44,0	80,9
Les trois quintiles intermédiaires	930	51,8	46,6	7,6	4,4	41,4	75,8
Le plus riche	438	31,0	34,2	5,7	3,7	56,4	74,9

*Pour les adolescentes mariées, la question fait référence aux connaissances des parents avant que l'enquêtée soit mariée. †L'emploi signifie travailler dehors de la maison.

Assistance aux services religieux au moins une fois par semaine (%)	Situation scolaire et d'emploi (%)†				Travaille pour de l'argent ou a fait quelque chose pour de l'argent durant les 12 derniers mois (%)	Très préoccupée par : (%)	
	A l'école, travaille	A l'école, ne travaille pas	Pas à l'école, travaille	Pas à l'école, ne travaille pas		Tomber enceinte	Contracter le VIH/sida
51,3	2,3	19,7	25,6	52,4	38,0	23,9	35,7
49,1	1,1	11,4	25,9	61,6	37,2	22,1	32,2
57,6	5,9	43,2	24,7	26,2	40,4	28,8	45,5
48,8	0,0	0,0	32,8	67,2	42,9	23,9	34,6
60,3	10,4	89,6	0,0	0,0	20,6	23,6	39,6
51,0	2,7	22,9	26,2	48,2	36,9	23,2	34,7
53,4	0,0	0,2	21,9	77,9	44,9	27,7	41,5
46,0	1,3	8,8	23,1	66,8	35,4	20,2	24,0
50,1	0,9	11,7	26,8	60,6	38,9	23,3	34,4
57,3	5,9	43,4	25,0	25,7	37,9	27,6	46,0
45,6	3,0	27,0	19,7	50,3	27,5	17,9	29,0
43,9	1,6	19,5	20,4	58,5	27,9	15,8	26,4
52,5	8,9	56,8	17,2	17,1	25,7	26,5	39,7
40,9	0,0	0,0	28,1	71,9	31,8	16,3	26,2
56,8	10,2	89,8	0,0	0,0	17,4	21,6	35,7
43,3	2,1	13,9	16,3	67,7	27,1	16,3	21,8
44,9	1,2	20,6	21,8	56,6	28,6	15,5	26,3
50,2	9,4	56,6	17,2	16,8	25,1	25,8	42,9
55,4	1,8	14,4	29,9	53,9	45,7	28,2	40,5
53,5	0,7	4,7	30,5	64,1	44,9	27,4	37,1
60,0	4,2	36,8	28,4	30,6	47,5	30,0	48,2
53,5	0,0	0,0	35,6	64,4	49,7	28,5	39,6
65,2	10,8	89,2	0,0	0,0	24,8	26,2	44,8
56,0	2,3	19,0	32,3	46,4	46,0	28,4	40,0
53,5	0,0	0,3	21,9	77,8	44,6	27,4	41,9
48,5	0,3	4,3	28,8	66,6	42,2	23,2	26,1
54,5	0,8	4,4	30,9	63,9	47,3	29,8	41,1
60,9	4,1	36,9	28,9	30,1	44,6	28,4	47,5

TABLEAU ANNEXE 1B

Caractéristiques socio-démographiques sélectionnées des garçons de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004

Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Résidence avec les parents biologiques (%)				Les parents/ tuteurs savent où l'enquêté va la nuit* (%)
			Avec les deux parents	Seulement avec la mère	Seulement avec le père	Avec aucun parent	
GARÇONS, 12 À 19 ANS	3.016	100,0	63,5	8,2	7,5	20,8	59,0
RÉSIDENCE							
Rurale	2.383	78,8	67,0	7,9	7,0	18,1	59,6
Urbaine	633	21,2	50,6	9,3	9,6	30,5	56,6
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	2.127	69,4	65,5	7,9	7,6	19,0	55,8
Oui	889	30,6	58,9	8,9	7,4	24,8	66,2
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	545	17,9	71,8	5,6	6,7	15,9	56,5
Les trois quintiles intermédiaires	1.872	60,4	65,9	8,8	7,0	18,3	60,5
Le plus riche	583	21,6	50,1	8,6	9,6	31,7	56,8
GARÇONS, 12 À 14 ANS	1.333	100,0	68,4	6,4	6,8	18,5	67,7
RÉSIDENCE							
Rurale	1.091	82,8	70,0	5,8	7,0	17,2	68,1
Urbaine	242	17,2	60,6	9,0	5,9	24,4	66,1
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	792	58,3	69,8	6,1	7,2	16,8	65,5
Oui	541	41,7	66,4	6,9	6,0	20,7	70,8
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	290	22,4	75,3	3,5	5,9	15,3	60,3
Les trois quintiles intermédiaires	814	59,6	68,3	7,1	7,2	17,4	70,9
Le plus riche	223	18,0	59,6	8,3	6,5	25,7	66,4
GARÇONS, 15 À 19 ANS	1.683	100,0	59,6	9,6	8,1	22,7	52,1
RÉSIDENCE							
Rurale	1.292	75,8	64,4	9,6	7,0	19,0	52,4
Urbaine	391	24,2	44,9	9,4	11,7	34,0	51,1
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	1.335	78,2	63,1	9,0	7,7	20,3	50,2
Oui	348	21,8	47,6	11,8	9,6	31,0	59,2
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	255	14,4	67,5	8,1	7,7	16,7	51,9
Les trois quintiles intermédiaires	1.058	61,1	64,1	10,2	6,9	18,9	52,5
Le plus riche	360	24,5	44,6	8,8	11,3	35,3	51,5

*Pour les adolescents mariés, la question fait référence aux connaissances des parents avant que l'enquêté soit marié. †L'emploi signifie travailler dehors de la maison.

	Assistance aux services religieux au moins une fois par semaine (%)	Situation scolaire et d'emploi (%)				A travaillé pour de l'argent ou a fait quelque chose pour de l'argent durant les 12 derniers mois (%)	Très préoccupé par : (%)	
		A l'école, travaille	A l'école, ne travaille pas	Pas à l'école, travaille	Pas à l'école, ne travaille pas		Mettre quelqu'un enceinte	Contracter le VIH/sida
	58,0	6,0	24,5	44,7	24,7	34,6	11,0	25,1
	54,6	5,0	16,2	50,1	28,8	32,5	11,2	24,2
	70,5	10,1	55,7	24,7	9,6	42,5	10,1	28,7
	55,1	0,0	0,0	64,4	35,6	38,8	11,7	24,8
	64,4	19,8	80,2	0,0	0,0	25,2	9,3	26,0
	45,3	3,1	14,8	50,1	32,0	25,1	9,4	18,6
	55,6	5,6	15,8	50,3	28,3	35,6	11,6	26,6
	75,2	9,1	57,0	24,7	9,2	39,6	10,8	26,3
	50,8	8,6	33,2	34,6	23,7	23,5	8,4	21,0
	48,2	7,7	25,1	39,8	27,4	21,5	8,7	21,0
	63,3	13,1	71,6	9,5	5,9	33,5	7,2	20,8
	46,1	0,0	0,0	59,3	40,7	24,1	8,2	20,2
	57,4	20,6	79,4	0,0	0,0	22,8	8,8	22,1
	40,4	3,9	21,4	43,5	31,2	14,6	7,0	17,1
	48,8	9,0	25,7	38,5	26,8	25,4	9,0	23,1
	70,9	12,7	72,9	10,0	4,4	29,1	7,8	19,
	63,6	4,0	17,7	52,7	25,5	43,3	13,0	28,4
	60,0	2,6	8,5	59,0	29,9	42,0	13,5	26,9
	74,4	8,4	46,8	33,2	11,6	47,3	11,6	33,2
	60,4	0,0	0,0	67,4	32,6	47,4	13,8	27,5
	75,2	18,6	81,4	0,0	0,0	28,7	10,1	31,8
	51,3	2,1	6,9	58,4	32,6	38,2	12,0	20,5
	60,9	3,1	8,3	59,2	29,4	43,4	13,4	29,2
	77,6	7,0	47,7	33,2	12,1	45,7	12,6	30,4

TABLEAU ANNEXE 2A **Activité sexuelle et comportements de protection parmi les filles de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004**

Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Activité sexuelle et partenaire au cours des 12 derniers mois (%)				A déjà été touchée, embrassée, étreinte ou caressée sexuellement de manière indésirable* (%)
			N'a jamais eu de rapports sexuels	A déjà eu des rapports sexuels, mais pas au cours des 12 derniers mois	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec l'époux ou un partenaire avec qui l'enquêtée vit	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire avec qui l'enquêtée ne vit pas	
FILLES, 12 À 19	2.939	100,0	73,2	3,7	12,5	10,6	13,5
RÉSIDENCE							
Rurale	2.200	73,9	73,1	3,9	14,6	8,4	14,2
Urbaine	739	26,1	73,7	3,3	6,3	16,8	11,5
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	2.314	78,0	68,4	4,6	15,9	11,1	14,9
Oui	625	22,0	90,3	0,7	0,1	8,8	8,4
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	2.547	85,9	85,1	2,5	0,2	12,2	12,7
Mariée	392	14,1	0,5	11,4	87,6	0,5	18,2
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	540	18,3	72,6	2,7	17,5	7,2	14,0
Les trois quintiles intermédiaires	1.712	54,7	72,7	4,3	13,9	9,1	14,2
Le plus riche	678	27,0	74,5	3,3	6,2	16,0	11,7
FILLES, 12 À 14	1.272	100,0	98,0	0,2	0,3	1,4	8,1
RÉSIDENCE							
Rurale	1.005	79,9	98,1	0,3	0,4	1,2	8,7
Urbaine	267	20,1	97,3	0,0	0,0	2,7	6,2
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	898	69,9	98,0	0,3	0,4	1,2	8,9
Oui	374	30,1	97,9	0,3	0,0	1,8	5,8
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	247	19,7	98,0	0,0	1,2	0,8	9,0
Les trois quintiles intermédiaires	782	58,7	98,3	0,4	0,1	1,2	8,4
Le plus riche	240	21,6	97,5	0,0	0,0	2,5	7,0
FILLES, 15 À 19	1.667	100,0	55,2	6,3	21,3	17,2	17,7
RÉSIDENCE							
Rurale	1.195	69,6	52,1	6,9	26,5	14,5	19,0
Urbaine	472	30,4	62,4	4,8	9,3	23,5	15,1
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	1.416	83,8	50,4	7,2	25,3	17,1	18,9
Oui	251	16,2	79,8	1,7	0,3	18,1	12,2
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	1.279	76,0	72,6	4,6	0,3	22,5	17,7
Mariée	388	24,0	0,5	11,6	87,5	0,5	18,3
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	293	17,2	51,5	5,0	31,0	12,5	17,5
Les trois quintiles intermédiaires	930	51,8	51,7	7,6	25,2	15,5	19,7
Le plus riche	438	31,0	63,0	4,9	9,3	22,7	14,8

*Questions posées à un seul adolescent éligible par ménage et posées seulement si personne n'était présent de plus de 3 ans ou à portée de voix.

†L'enquêtée a répondu "oui" à une question directe ou a déclaré un symptôme particulier.

Notes – = N inférieur ou égal à 24, [] = N est compris entre 25 et 49.

A déjà été forcée physiquement, blessée ou menacée afin d'avoir des rapports sexuels* (%)	Est déjà tombée enceinte, parmi celles ayant eu des rapports sexuels (%)	A déjà eu une IST, parmi celles ayant déjà eu des rapports sexuels† (%)	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et a utilisé une méthode contraceptive lors des derniers rapports sexuels (%)	Utilisation du préservatif et nombre de partenaires, parmi celles ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (%)				Le dernier partenaire avait au moins 5 ans de plus, parmi celles ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois‡ (%)	A reçu des cadeaux ou de l'argent pour les rapports sexuels, parmi celles ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois§ (%)
				1 partenaire, avec préservatif	1 partenaire, sans préservatif	2 partenaires ou plus, avec préservatifs	2 partenaires ou plus, sans préservatifs		
6,3	43,8	3,1	30,1	24,5	70,0	2,1	3,3	53,8	35,2
6,8	48,7	2,5	18,2	14,1	81,5	1,0	3,5	53,5	40,8
4,9	29,5	5,2	63,4	53,6	38,3	6,0	2,2	55,2	26,3
7,1	47,2	2,9	25,7	21,0	74,8	1,2	3,0	55,6	36,3
2,8	4,6	6,2	76,7	61,7	18,3	13,3	6,7	35,6	30,4
5,5	9,5	4,9	53,7	46,3	44,8	4,0	4,9	33,7	35,9
11,1	74,9	1,6	9,8	5,8	91,8	0,5	1,9	71,2	0,0
6,2	53,3	2,0	14,7	10,2	83,9	0,0	5,8	59,6	35,0
6,6	47,8	2,4	21,1	17,0	79,6	1,0	2,4	51,3	40,5
5,7	27,9	5,3	59,9	50,3	40,3	6,1	3,3	55,2	28,4
3,6	[3,8]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
4,2	[5,3]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
1,4	[0,0]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
4,2	[5,6]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
1,6	[0,0]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
2,0	[0,0]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
3,4	[7,1]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
4,5	[0,0]	[0,0]	–	–	–	–	–	–	–
8,4	45,1	3,2	30,2	24,4	70,1	2,1	3,4	54,2	33,0
9,0	50,1	2,6	18,7	14,5	81,3	0,6	3,6	53,4	39,4
6,9	30,5	5,4	62,5	52,5	39,0	6,2	2,3	56,5	22,3
9,1	48,2	3,0	26,2	21,4	74,5	1,1	3,0	55,6	35,1
4,6	5,2	6,9	77,4	60,4	17,0	15,1	7,5	38,5	20,8
7,4	10,1	5,2	55,1	47,1	43,8	3,9	5,2	34,0	33,7
11,1	75,6	1,7	9,9	5,9	91,7	0,5	1,9	70,9	NA
9,1	55,1	2,0	15,2	10,6	83,3	0,0	6,1	58,8	36,8
9,2	49,3	2,5	21,8	17,5	79,3	0,8	2,4	51,5	38,6
6,6	28,7	5,5	58,9	49,1	41,1	6,3	3,4	56,9	24,1

*Exclus celles qui ont répondu avoir un partenaire plus âgé, mais dont l'âge n'est pas connu.

§La question n'était pas posée si le partenaire le plus récent était le premier partenaire et que l'enquêtée n'a eu des rapports sexuels qu'une seule fois ou si le partenaire était l'époux ou le partenaire avec qui elle vit.

TABLEAU ANNEXE 2B

Activité sexuelle et comportements de protection parmi les garçons de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004

Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Activité sexuelle et partenaire au cours des 12 derniers mois (%)				A déjà été touché, embrassé, étreint ou caressé sexuellement de manière indésirable* (%)
			N'a jamais eu de rapports sexuels	A déjà eu des rapports sexuels, mais pas au cours des 12 derniers mois	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec l'épouse ou une partenaire avec qui l'enquêteur vit	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une partenaire avec qui l'enquêteur ne vit pas	
GARÇONS, 12 À 19	3.016	100,0	78,4	5,6	0,4	15,7	6,2
RÉSIDENCE							
Rurale	2.383	78,8	79,8	5,2	0,4	14,5	5,5
Urbaine	633	21,2	72,9	7,1	0,2	19,8	9,4
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	2.127	69,4	74,8	5,8	0,5	18,8	6,8
Oui	889	30,6	86,4	5,2	0,0	8,4	5,3
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	545	17,9	84,5	4,4	0,2	10,9	4,5
Les trois quintiles intermédiaires	1.872	60,4	78,7	5,7	0,5	15,0	5,5
Le plus riche	583	21,6	72,4	6,4	0,2	21,1	9,9
GARÇONS, 12 À 14	1.333	100,0	94,2	1,6	0,0	4,1	5,0
RÉSIDENCE							
Rurale	1.091	82,8	94,1	1,6	0,0	4,3	4,8
Urbaine	242	17,2	95,5	1,4	0,0	3,2	6,1
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	792	58,3	92,5	1,5	0,0	6,0	5,1
Oui	541	41,7	96,6	1,9	0,0	1,5	4,8
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	290	22,4	93,4	2,8	0,0	3,8	2,0
Les trois quintiles intermédiaires	814	59,6	94,2	1,3	0,0	4,5	5,6
Le plus riche	223	18,0	95,2	1,3	0,0	3,5	6,7
GARÇONS, 15 À 19	1.683	100,0	65,9	8,7	0,7	24,7	7,3
RÉSIDENCE							
Rurale	1.292	75,8	67,7	8,2	0,8	23,3	6,1
Urbaine	391	24,2	60,3	10,4	0,3	29,1	10,5
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	1.335	78,2	64,4	8,3	0,9	26,4	7,8
Oui	348	21,8	71,1	10,1	0,0	18,8	5,9
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	255	14,4	73,4	6,4	0,4	19,7	6,8
Les trois quintiles intermédiaires	1.058	61,1	66,8	9,2	0,9	23,2	5,3
Le plus riche	360	24,5	59,1	9,3	0,3	31,3	11,5

*Questions posées à un seul adolescent éligible par ménage et posées seulement si personne n'était présent de plus de 3 ans ou à portée de voix.

†L'enquêteur a répondu "oui" à une question directe ou a déclaré un symptôme particulier.

‡Exclus ceux qui ont répondu avoir une partenaire plus âgée, mais dont l'âge n'est pas connu.

§La question n'était pas posée si la partenaire la plus récente était la première partenaire et que l'enquêteur n'a eu des rapports sexuels qu'une seule fois ou si la partenaire était l'épouse ou la partenaire avec qui il vit.

Notes – = N inférieur ou égal à 24, [] = N est compris entre 25 et 49.

	A déjà été forcé physiquement, blessé ou menacé afin d'avoir des rapports sexuels* (%)	A déjà mis une partenaire enceinte, parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels (%)	A déjà eu une IST, parmi ceux ayant déjà eu des rapports sexuels† (%)	A eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et a utilisé une méthode contraceptive lors des derniers rapports sexuels (%)	Utilisation du préservatif et nombre de partenaires, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (%)				La dernière partenaire avait au moins 5 ans de plus, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois‡ (%)	A reçu des cadeaux ou de l'argent pour les rapports sexuels, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois§ (%)
					1 partenaire, avec préservatif	1 partenaire, sans préservatif	2 partenaires ou plus, avec préservatifs	2 partenaires ou plus, sans préservatifs		
	3,3	1,3	1,1	47,0	35,5	41,3	12,5	10,8	0,6	4,8
	2,5	1,3	1,3	34,5	25,9	50,7	9,9	13,4	0,9	5,4
	5,8	0,6	0,6	82,1	62,3	14,8	19,7	3,3	0,8	4,2
	4,0	1,6	1,4	42,9	32,3	43,8	11,8	12,1	0,8	5,0
	1,5	0,0	0,0	68,9	52,7	27,0	16,2	4,1	0,0	5,6
	3,8	0,0	1,2	16,9	12,3	59,6	7,0	21,1	1,7	9,3
	2,2	1,6	1,1	37,4	28,9	49,5	9,5	12,1	0,7	4,0
	5,6	0,6	1,1	79,1	58,2	17,2	20,9	3,7	0,0	5,4
	2,8	0,0	1,4	24,1	22,6	54,7	0,0	22,6	5,7	2,1
	2,4	0,0	1,6	[21,7]	[21,3]	[53,2]	[0,0]	[25,5]	[6,4]	[2,5]
	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3,1	0,0	1,8	[26,7]	[26,7]	[51,1]	[0,0]	[22,2]	[6,7]	[2,4]
	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3,3	[0,0]	[0,0]	[20,6]	[20,6]	[52,9]	[0,0]	[26,5]	[5,9]	[0,0]
	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3,7	1,4	1,1	50,0	37,1	39,6	14,1	9,2	0,0	5,2
	2,7	1,5	1,3	36,6	26,7	50,3	11,5	11,5	0,0	5,5
	6,7	0,6	0,6	84,5	63,8	12,1	20,7	3,4	0,0	4,4
	4,6	1,8	1,3	45,0	33,2	42,8	13,3	10,7	0,0	5,3
	0,0	0,0	0,0	76,1	57,6	22,7	18,2	1,5	0,0	4,7
	7,6	0,0	0,0	14,6	10,9	60,9	8,7	19,6	0,0	6,7
	1,3	1,8	1,2	39,7	30,1	49,0	10,9	10,0	0,0	4,6
	6,4	0,6	1,2	82,4	60,0	13,6	22,4	4,0	0,0	5,7

TABLEAU ANNEXE 3A		Connaissance et utilisation des services et information en matière de sante sexuelle et reproductive parmi les filles de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004					
Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme est plus susceptible de tomber enceinte (%)	Mesure composite des connaissances en matière de grossesse* (%)	Connaissance des trois moyens principaux pour éviter le VIH (abstinence sexuelle, fidélité, préservatif) (%)	Mesure composite des connaissances en matière de VIH/sida† (%)	Connait personnellement quelqu'un qui a le VIH/sida ou est mort du sida (%)
FILLES, 12 À 19 ANS	2.939	100,0	38,9	6,9	51,1	10,5	45,5
RÉSIDENCE							
Rurale	2.200	73,9	33,0	4,0	45,8	5,6	38,6
Urbaine	739	26,1	55,8	14,9	66,3	24,2	65,2
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	2.314	78,0	36,0	5,5	47,7	7,0	41,8
Oui	625	22,0	49,3	11,8	63,2	23,1	58,7
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	2.547	85,9	34,0	6,4	50,1	10,9	44,9
Mariée	392	14,1	68,5	9,8	57,0	8,2	49,4
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	540	18,3	27,8	4,3	36,0	2,5	30,6
Les trois quintiles intermédiaires	1.712	54,7	34,5	4,0	49,7	6,9	41,6
Le plus riche	678	27,0	55,6	14,4	64,3	23,0	63,5
FILLES, 12 À 14 ANS	1.272	100,0	20,0	3,4	40,2	5,1	38,0
RÉSIDENCE							
Rurale	1.005	79,9	16,2	2,0	34,6	2,7	31,7
Urbaine	267	20,1	35,4	9,3	62,6	14,0	63,4
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	898	69,9	14,0	1,5	32,2	2,2	31,6
Oui	374	30,1	34,2	8,1	58,6	11,7	53,1
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	247	19,7	12,7	1,6	25,4	1,6	25,0
Les trois quintiles intermédiaires	782	58,7	17,3	1,7	37,5	3,2	33,5
Le plus riche	240	21,6	34,5	9,8	60,7	13,5	62,2
FILLES, 15 À 19 ANS	1.667	100,0	52,6	9,3	59,0	14,4	50,9
RÉSIDENCE							
Rurale	1.195	69,6	47,0	5,8	55,0	8,1	44,3
Urbaine	472	30,4	65,5	17,5	68,0	29,0	66,1
SCOLARISÉE ACTUELLEMENT							
Non	1.416	83,8	49,3	7,9	57,0	9,8	47,9
Oui	251	16,2	69,6	16,8	69,2	38,5	66,2
ÉTAT MATRIMONIAL							
Célibataire	1.279	76,0	47,6	9,2	59,6	16,4	51,3
Mariée	388	24,0	68,5	9,9	57,2	8,3	49,6
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	293	17,2	40,4	6,6	44,9	3,3	35,3
Les trois quintiles intermédiaires	930	51,8	48,6	5,9	59,6	10,1	48,2
Le plus riche	438	31,0	66,2	16,9	65,9	27,9	64,2

*Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme est plus susceptible de tomber enceinte, qu'une femme peut tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel et qu'une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après l'acte sexuel ; et connaît au moins une méthode contraceptive moderne.

†Sait que la transmission du VIH peut être réduite en n'ayant des relations sexuelles qu'avec un(e) seul(e) partenaire qui n'est pas séropositif(ve) et qui est fidèle, et en utilisant des préservatifs masculins ; qu'une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut être séropositive ; que le VIH ne peut pas être transmis par les moustiques ; et qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec un(e) séropositif(ve).

A déjà entendu parler d'autres infections sexuellement transmissibles à part le sida (%)	Un membre de sa famille a déjà parlé à l'enquêtée de questions liées à la sexualité (%)	A reçu des cours d'éducation sexuelle avant les premiers rapports sexuels (%)	Connait une source de méthodes contraceptives (%)	Perçoit le coût comme un obstacle dans l'obtention des méthodes contraceptives (%)	Perçoit la timidité, l'embarras ou la peur comme un obstacle dans l'obtention des méthodes contraceptives (%)	Connait un endroit où aller pour faire un test du VIH (%)	A déjà fait le test, parmi celles qui ont déjà eu des rapports sexuels (%)
24,1	18,7	11,9	36,5	6,2	36,9	33,2	4,8
16,8 44,7	14,9 29,7	5,5 29,8	30,0 54,9	6,3 6,0	31,5 52,1	23,2 61,3	0,7 16,7
17,8 46,3	17,9 21,5	3,7 40,8	33,9 45,8	6,5 5,4	34,3 46,1	26,4 56,8	3,1 24,6
23,5 27,7	17,1 28,9	13,4 2,6	33,3 56,1	5,4 11,0	36,8 37,6	33,5 31,1	7,7 2,1
14,4 18,1 43,0	16,8 14,4 28,8	3,2 6,8 27,9	22,9 33,1 52,6	4,1 7,6 4,9	25,8 33,8 51,1	15,3 25,6 60,4	0,7 1,1 16,3
15,0	11,7	9,6	22,1	4,1	28,2	21,9	[0,0]
10,9 31,1	9,3 21,0	5,3 26,8	17,2 42,0	3,6 6,2	23,6 46,7	14,7 50,4	[0,0] [0,0]
8,8 29,2	10,0 15,6	1,6 28,4	18,0 32,0	4,5 3,6	23,0 40,4	13,2 42,2	[0,0] [0,0]
9,9 11,7 28,7	13,1 7,2 22,5	3,2 6,3 24,7	12,7 18,8 40,4	2,4 4,3 5,1	19,9 25,4 43,6	9,1 16,7 48,0	[0,0] [0,0] [0,0]
30,7	23,8	13,5	46,9	7,7	43,2	41,3	4,9
21,7 51,2	19,5 33,8	5,7 31,2	40,7 61,1	8,5 6,0	38,1 54,7	30,2 66,7	0,7 17,3
23,3 69,2	22,8 29,6	4,9 57,5	43,5 64,3	7,6 8,0	41,1 53,8	34,4 76,6	3,1 28,1
31,6 28,0	22,3 28,7	16,9 2,6	44,0 56,2	6,6 11,1	44,9 38,0	44,4 31,4	8,2 2,1
18,2 23,2 50,1	20,1 20,3 31,9	3,3 7,3 29,5	31,7 44,9 58,8	5,6 10,3 4,8	30,4 40,7 54,8	20,5 33,0 66,6	0,7 1,1 16,9

TABLEAU ANNEXE 3B

Connaissance et utilisation des services et information en matière de sante sexuelle et reproductive parmi les garçons de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004

Caractéristique	Nombre	Distribution pondérée (%)	Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme est plus susceptible de tomber enceinte (%)	Mesure composite des connaissances en matière de grossesse* (%)	Connaissance des trois moyens principaux pour éviter le VIH (abstinence sexuelle, fidélité, préservatif) (%)	Mesure composite des connaissances en matière de VIH/sida (%)	Connait personnellement quelqu'un qui a le VIH/sida ou est mort du sida (%)
GARÇONS, 12 À 19	3.016	100,0	31,3	5,3	55,0	12,9	46,6
RÉSIDENCE							
Rurale	2.383	78,8	25,5	3,7	51,2	7,8	42,1
Urbaine	633	21,2	52,7	11,2	69,3	31,9	63,3
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	2.127	69,4	25,6	3,4	51,5	7,1	42,2
Oui	889	30,6	44,0	9,4	63,0	26,1	56,5
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	545	17,9	14,6	1,5	40,0	5,4	33,2
Les trois quintiles intermédiaires	1.872	60,4	28,3	3,9	54,3	8,1	43,9
Le plus riche	583	21,6	53,0	12,3	69,4	32,3	65,4
GARÇONS, 12 À 14	1.333	100,0	16,8	2,4	44,3	9,1	39,9
RÉSIDENCE							
Rurale	1.091	82,8	13,7	2,5	41,1	7,0	36,6
Urbaine	242	17,2	31,2	1,8	59,7	19,4	55,7
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	792	58,3	8,8	1,6	35,0	3,9	30,4
Oui	541	41,7	27,8	3,4	57,1	16,4	53,1
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	290	22,4	4,5	1,4	30,7	5,6	26,0
Les trois quintiles intermédiaires	814	59,6	16,8	2,7	44,3	7,2	40,0
Le plus riche	223	18,0	31,7	2,6	61,3	19,6	57,4
GARÇONS, 15 À 19	1.683	100,0	42,7	7,5	63,5	15,8	51,9
RÉSIDENCE							
Rurale	1.292	75,8	35,6	4,6	60,0	8,4	46,9
Urbaine	391	24,2	64,8	16,5	74,7	39,0	67,8
SCOLARISÉ ACTUELLEMENT							
Non	1.335	78,2	35,5	4,5	61,2	8,9	49,2
Oui	348	21,8	68,5	18,6	72,1	40,6	61,7
QUINTILE DE BIEN ÊTRE							
Le plus pauvre	255	14,4	26,9	1,7	51,7	5,1	42,1
Les trois quintiles intermédiaires	1.058	61,1	37,3	4,7	62,1	8,8	46,9
Le plus riche	360	24,5	65,3	17,8	73,9	39,7	70,4

*Sait qu'il y a des jours spécifiques où une femme est plus susceptible de tomber enceinte, qu'une femme peut tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel et qu'une femme peut tomber enceinte même si elle se lave immédiatement après l'acte sexuel ; et connaît au moins une méthode contraceptive moderne.

†Sait que la transmission du VIH peut être réduite en n'ayant des relations sexuelles qu'avec un(e) seul(e) partenaire qui n'est pas séropositif(ve) et qui est fidèle, et en utilisant des préservatifs masculins ; qu'une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut être séropositive ; que le VIH ne peut pas être transmis par les moustiques ; et qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec un(e) séropositif(ve).

A déjà entendu parler d'autres infections sexuellement transmissibles à part le sida (%)	Un membre de sa famille a déjà parlé à l'enquêté de questions liées à la sexualité (%)	A reçu des cours d'éducation sexuelle avant les premiers rapports sexuels (%)	Connait une source de méthodes contraceptives (%)	Perçoit le coût comme un obstacle dans l'obtention des méthodes contraceptives (%)	Perçoit la timidité, l'embarras ou la peur comme un obstacle dans l'obtention des méthodes contraceptives (%)	Connait un endroit où aller pour faire un test du VIH (%)	A déjà fait le test, parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels (%)
29,2	14,3	15,1	36,2	6,2	34,3	40,6	4,6
23,3 51,1	12,2 22,6	10,2 33,1	28,3 65,7	5,4 8,9	30,9 47,1	31,8 73,4	1,5 13,2
20,7 48,5	12,8 17,9	4,1 40,0	30,7 48,9	5,5 7,8	32,5 38,3	32,5 59,0	3,1 10,8
16,5 24,4 52,7	8,1 12,4 25,1	6,3 10,6 34,9	17,9 31,5 64,8	4,2 6,5 6,7	25,6 33,3 44,6	21,5 34,7 72,8	0,0 1,9 12,6
19,1	7,7	14,0	25,1	4,8	27,5	30,2	0,0
15,8 34,8	6,6 13,1	11,0 28,1	18,2 58,4	4,9 4,1	24,7 41,2	23,2 63,8	0,0 0,0
7,5 35,3	5,7 10,5	1,2 32,0	17,1 36,3	4,3 5,4	22,7 34,3	19,0 45,7	0,0 0,0
7,7 18,0 37,4	4,5 7,3 13,0	6,6 11,3 32,2	11,8 21,0 55,7	3,5 5,6 3,5	20,2 26,6 39,6	14,3 26,2 62,6	0,0 0,0 0,0
37,1	19,5	16,0	45,0	7,3	39,7	48,9	5,2
29,7 60,3	16,9 27,9	9,6 35,9	37,1 69,9	5,9 11,6	36,2 50,4	39,3 78,7	1,8 14,0
28,4 68,5	16,9 29,1	5,9 52,1	38,6 67,9	6,2 11,3	38,4 44,2	40,4 79,2	3,5 12,7
27,4 29,4 61,6	12,4 16,1 32,1	6,0 10,0 36,4	25,6 39,6 70,1	5,2 7,2 8,8	32,2 38,4 47,4	30,5 41,1 78,6	0,0 2,1 13,0

TABLEAU ANNEXE 4	Connaissance et utilisation des services et information en matière de sante sexuelle et reproductive parmi les filles de 12 à 19 ans selon la tranche d'âge au Burkina Faso, 2004
SUJET	POLITIQUE
LE MARIAGE	<p>L'âge minimal au mariage est 20 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes, et en cas de dérogation, 18 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes.</p> <p>Source Code des Personnes et de la Famille, Article 238.</p>
LA SANTÉ	<p>Promotion de services de santé ouverts aux jeunes, renforcement de la communication sur les comportements de santé et l'utilisation des services de santé, en incluant des éducateurs recrutés parmi les jeunes, et en intégrant la promotion de la santé au système scolaire. Les objectifs spécifiques comportent la réduction de la prévalence des IST parmi les jeunes de 30% et de la prévalence du VIH de 20% ; la réduction du nombre de grossesses précoces ou non désirées de 30% ; la réduction de l'avortement clandestin de 25% parmi les jeunes.</p> <p>Source Plan Stratégique de santé des jeunes 2004–2008, Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Famille; juin 2004.</p>
L'ÉDUCATION	<p>Tous les citoyens ont droit à l'éducation.</p> <p>Source Constitution du Burkina Faso, Article 27.</p>
L'AVORTEMENT	<p>L'avortement est interdit, que la femme le pratique elle-même ou qu'une personne l'assiste, sauf quand la santé de la mère est en danger ou qu'elle a subi un viol.</p> <p>« L'interruption volontaire de grossesse ou sa tentative est passible d'une peine de prison de six mois à deux ans et d'une amende de 150.000 à 600.000 francs CFA, à l'exception des cas stipulés aux articles suivants. » « Une grossesse peut être interrompue volontairement à tout moment si deux médecins, dont l'un pratique dans un service de santé publique, certifient après examens que la poursuite de la grossesse met en danger la santé de la femme ou que le fœtus présente une maladie particulièrement sérieuse qui est considérée comme incurable au moment du diagnostic. » Ce même article autorise l'IVG en cas de viol ou d'inceste, si la matérialité de la détresse de la femme est établie.</p> <p>Source Articles 386 et 387 du Code Pénal.</p>
LES MUTILATIONS SEXUELLES	<p>Les mutilations sexuelles et génitales sont illégales au Burkina Faso. Les peines sont aggravées si la victime décède suite à la mutilation. Des comités contre les mutilations sexuelles existent depuis le début des années 90.</p> <p>Source Article 320 du Code Pénal.</p>
LE VIOL	<p>La loi burkinabè définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle commis sur autrui par l'usage de la violence, de la force ou de la surprise », avec des circonstances aggravantes si « la victime de viol ou de tentative de viol est mineure de 15 ans. »</p> <p>Source Article 417 du Code Pénal.</p>

© 2007 Guttmacher Institute, une institution sans but lucrative qui avance la santé sexuelle et reproductive dans le monde entier par la recherche, l'analyse de politique et l'éducation publique: tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation sont réservés pour tous les pays en vertu de la Convention universelle des droits d'auteur, de la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et des Conventions interaméricaine et panaméricaine des droits d'auteur (Mexico City et Buenos Aires). Toute transmission ou reproduction de la totalité ou d'une partie de ce rapport doit faire l'objet d'une autorisation de la rédactrice en chef.

ISBN: 0-939253-96-8

Citation suggérée : Gal-Regniez A et al., *Protéger la prochaine génération au Burkina Faso : nouvelle évidence sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents*, New York : Guttmacher Institute, 2007.

Guttmacher Institute
125 Maiden Lane, 7th Floor
New York, NY 10038 USA
Téléphone : 212-248-1111 ; Fax : 212-248-1951
E-mail : info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

