Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso: Un Etat des Lieux

Georges Guiella

Occasional Report No. 12
Mai 2004

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE
NEW YORK & WASHINGTON

Remerciements

Le rapport *Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux* a été écrit par Georges Guiella, chercheur à l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD), Burkina Faso.

L'auteur voudrait remercier particulièrement Vanessa Woog pour la revue intensive des nombreuses versions de ce rapport. Il remercie également Banza Baya, Ann E. Biddlecom, Christine Ouédraogo, Susheela Singh, et Yacouba Yaro pour leurs commentaires et suggestions constructives ; et Kathryn Kooistra pour son assistance.

La recherche pour ce rapport a été menée dans le cadre du projet de Alan Guttmacher Institute, Protéger la Prochaine Génération: Comprendre les Risques Liés au VIH Parmi les Jeunes, qui est soutenu par The Bill et Melinda Gates Foundation.

Citation suggérée : Guiella G, *Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux*, Occasional Report, New York : The Alan Guttmacher Institute, 2004, No. 12.

Pour commander ce rapport, allez au site www.guttmacher.org.

© 2004, The Alan Guttmacher Institute, A Not-for-Profit Corporation for Reproductive Health Research, Policy Analysis and Public Education

ISBN: 0-939253-68-2

Tableau des Matières

Introduction 5
Objectifs du Rapport..... 5
Concept et Réalité de l'Adolescence 5

Les Expériences Sexuelles et Reproductives des Jeunes..... 9
Premiers Rapports Sexuels 9
Activité Sexuelle Récente..... 10
Nombre de Partenaires Sexuels 10
Types de Relations Sexuelles et Caractéristiques des Partenaires Sexuels..... 10
Violences Sexuelles..... 11
Le Mariage des Jeunes..... 11
La Fécondité des Jeunes 12
Les Grossesses Non Désirées 12
L'Avortement 12
Connaissance et Utilisation de la Contraception . 13

Les IST et le VIH/Sida 15
Prévalence des IST/VIH et Leur Incidence 15
Connaissance du VIH/Sida..... 16
Connaissance et Utilisation des Condoms..... 16
Attitudes Vis à Vis du Traitement des IST..... 17
Perception des Risques..... 17
L'Efficacité Personnelle 18
Les Groupes à Risques Elevés..... 18
Les Orphelins 19
Autres Groupes à Risques 19

Informations et Services en Matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes.....21
La Place des Media..... 21
L'Education en Matière de Population..... 22
Le Rôle des ONGs et du Secteur Privé..... 22
Le Rôle des Organisations Sportives..... 24
Le Rôle des Groupes Religieux 24
La Stratégie des Pairs Educateurs..... 24
Les Programmes Spéciaux pour Filles 25
L'Utilisation des Services de Santé par les Jeunes..... 26
Contraintes pour Accéder aux Services de Santé 26
Accès aux Condoms 27
Test de Dépistage, Conseils Pré et Post-test du VIH/Sida 28

Les Politiques Gouvernementales Vis à Vis des Jeunes en Matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction 29
Politique de Santé de la Reproduction 29
Politique VIH/Sida 30

Conclusion 32
Besoin d'Informations et de Services..... 32
Recherche à Poursuivre..... 32
Références 34

Tableau Annexe 1.....38

Tableau Annexe 2.....39

Introduction

Objectifs du Rapport

Le présent rapport de synthèse passe en revue les études, les recherches et les programmes dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso et présente les constatations clés tirées de cette littérature. Il met notamment l'accent sur l'identification des lacunes en matière d'information qui peut orienter la recherche et les programmes futurs dans ce domaine.

Les sources d'information pour cette synthèse comprennent les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) menées en 1993 et 1998/99. La plupart des données citées dans ce rapport proviennent d'analyses faites par The Alan Guttmacher Institute et sont incluses dans les tableaux annexes. D'autres données figurent dans les rapports publiés.

En plus des données tirées des EDS, le rapport se fonde également sur des données provenant d'études à plus petite échelle menées au Burkina Faso (voir Source des Données à la fin de ce chapitre). Le rapport présente généralement l'état des connaissances en ce qui concerne la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso, qui peut, en conséquence, être utilisé pour orienter les programmes de prévention et de politique d'intervention pour le VIH/Sida.

Ce rapport fait partie d'un projet de cinq ans qui porte sur la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et qui s'intitule « Protéger la Prochaine Génération: Comprendre les Risques Liés au VIH Parmi les Jeunes ». Ce projet, en collaboration avec des partenaires au Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda, cherche a contribuer au combat global contre le VIH en améliorant la prise de conscience concernant les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction, en particulier en ce qui concerne le VIH/SIDA, les IST et les grossesses non désirées ; en communiquant ces nouvelles informations à un large public y inclus les responsables politiques, les prestataires de services de santé et les médias dans chaque pays, au niveau régional et international; et, en stimulant le développement de programmes et politiques qui tiennent compte des besoins des jeunes. La recherche comprend des discussions dirigées de groupes et des interviews qualitatives avec des adolescents, enseignants et ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, aussi bien qu'une enquête nationale d'adolescents dans chacun des quatre pays. Ce rapport de synthèse est une étude prélude pour mettre en évidence les lacunes auxquels les activités de recherche de « Protéger la Prochaine Génération » va répondre et identifier les programmes qui doivent être ciblés par les initiatives de communication et de plaidoyer de « Protéger la Prochaine Génération ».

Concept et Réalité de l'Adolescence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les adolescents comme le groupe d'âge de 10–19 ans, les jeunes comme celui de 15–24 ans et la population jeune comme celle comprenant les adolescents et les jeunes de 10–24 ans. L'adolescence se définit alors comme étant la période du cycle de vie qui se situe à la frontière de l'enfance et de l'âge adulte. Elle renvoie le plus souvent à la notion de besoins spécifiques. La tranche d'âge la plus couramment utilisée au Burkina Faso, notamment par la Direction de la Santé de la Famille est la tranche 15–19 ans.

Du point de vue culturel, l'étape de l'adolescence revêt une importance capitale dans la vie de l'individu. Dans la société Mossi par exemple (52% de la population du Burkina), qui a d'ailleurs beaucoup de similitudes (culturelles, normes, valeurs…) avec d'autres groupes ethniques du pays tels que les Gourmantché, l'adolescence correspond à une étape considérée comme décisive dans la vie de l'individu. Elle fait suite à une première étape, l'enfance, que les Moosé appelle le yandrem[a].

[a] Yandrem: substantif indiquant l'enfance en tant que période et état d'esprit.

Selon Badini A, « le yandrem coïncide avec toute la période qui s'étend du sevrage à la puberté de l'enfant (de 3 à 14 ans à peu près) ».[1] Selon l'auteur, à cette étape de la vie, l'enfant est appelé yanga pour désigner l'enfant en tant qu'être incomplet, non averti et même irresponsable. Dans la société Mossi, la période du yandrem représente le moment idéal pour les transformations et les modelages voulus ou attendus.

C'est cette période de l'enfance qui fait donc place à l'adolescence. Contrairement aux terminologies yandrem et yanga utilisées pour désigner respectivement l'enfance et l'enfant sans distinction selon le sexe, la terminologie désignant l'adolescence et l'adolescent change selon qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon.

Ainsi, le rasandlem (adolescence des garçons, rasanga étant le nom pour désigner l'adolescent) correspondrait à la tranche d'âge 14–20 ans. Selon Badini A, « A ce stade du développement de l'individu, la vie en groupe va jouer un rôle prépondérant et constituera une référence pour chacun de ses gestes ». Le début du rasandlem « correspond aux premiers balbutiements de l'amour et les caractéristiques du rasanga (l'adolescent garçon) se confondent souvent avec les manifestations de l'amour et des sentiments. C'est également le début de l'assimilation des règles sociales et des vertus morales ».[2]

Quant au pugsadré, (l'adolescence des filles), elle commence selon l'auteur entre 12 et 15 ans.[3] La pugsada (l'adolescente) désigne la « fille pubère dont le développement physiologique est fait ». Dans la société Mossi, la période de l'adolescence semble être une étape déterminante et cruciale pour la pugsada. C'est en effet, la seule période au cours de laquelle elle pourra véritablement manifester ses sentiments ou encore l'amour. C'est également au cours de cette période qu'elle commence à vivre une jeunesse, faite de rigueur mais aussi de permissivité et d'une relative liberté, en attendant d'être soumise à un homme et à la famille de celui-ci à la faveur du mariage. C'est pendant ce laps de temps que la pugsada pourra jouir en jouant, « car la dimension de l'amour « libidinal » lui sera refusé dès le mariage, à partir duquel elle ne sera plus qu'une « génitrice ».

Le contexte socio-économique actuel est de plus en plus différent de celui connu jadis. Dans la société traditionnelle Mossi par exemple, la forte hiérarchisation basée sur le système du lignage exerçait une certaine influence et façonnait le comportement sexuel et procréateur de l'adolescent. Les normes et valeurs édictées par la société imposaient implicitement des conditions à l'adolescent, ce que Boutillier et al. avait déjà résumé en ces termes : « Dans le processus que traverse le jeune homme pour arriver au statut social de chef de zaka[b], le mariage et l'accession à l'indépendance économique semblent les étapes principales, sinon toujours nécessaires, qu'il doit franchir. Le passage d'une étape à l'autre implique l'intervention des aînés dont la tutelle est longue et lourde ».[4] On remarque que même si l'adolescent a des contraintes que la société lui impose, il bénéficie d'une forte solidarité lignagère qui l'accompagne pendant longtemps jusqu'à la maturité de l'adolescent d'où l'impression « d'une tutelle longue et lourde ». Dans ces conditions, il n'y a donc pas de tolérance pour l'adolescent qui enfreint les règles.[c]

Aujourd'hui, l'adolescent vit dans un contexte marqué par l'effritement de l'emprise lignagère et des valeurs de solidarité. En effet, les adolescents et les jeunes sont généralement sans emploi et bénéficient de moins en moins de réseaux traditionnels de solidarité à cause de la crise économique, d'où l'apparition de nouveaux comportements tels que la consommation de la drogue, la prostitution et la délinquance.[5] Cette situation est beaucoup plus perceptible en milieu urbain qu'en milieu rural, ou presque, selon l'EDS, un quart de la population d'adolescent réside.[6]

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques ayant des cultures différentes. Ces groupes constituent souvent des sociétés structurées en villages. Malgré leur diversité, ils partagent un fond démo-culturel commun. Ainsi, au sein de chaque groupe, le mariage[d] apparaît comme une institution obligatoire, qui mobilise l'ensemble de la communauté lignagère. Il est un signe de maturité sociale et de responsabilité. Dans la société traditionnelle Mossi par exemple, pour l'adolescente, il n'y a de normes et valeurs en matière de comportements sexuels que de se marier en gardant sa virginité. Les jeunes filles ont très peu de contrôle, d'emprise sur les décisions les concernant en matière

[b] *Zaka* désigne en langue Mooré (langue des Mossi) le ménage ou par extension la famille.

[c] La fille qui contractait une grossesse non désirée alors qu'elle n'est pas mariée est bannie de la famille ou est exclue d'un certain nombre d'activités qui engagent le lignage.

[d] Mariage est utilisé ici au sens large pour désigner toute union qui expose à la procréation.

de mariage et de vie conjugale. Une fille ne reçoit aucune information sur sa future vie sexuelle. Elle doit feindre l'ignorance du rapport entre l'acte sexuel et sa grossesse.[7] La perte de la virginité est considérée comme une honte pour toute la famille voire de tout le lignage. Or « la honte représente, parmi les techniques pédagogiques mossi, l'arme la plus efficace pour convaincre l'individu d'adopter les comportements sociaux attendus ». Ainsi, les parents évoqueront la perspective de la honte, considérée comme un « échec social sans appel », comme épouvantail pour convaincre l'adolescent d'adopter les bonnes habitudes, les savoir-faire et les comportements qui lui vaudront la considération sociale.[8] Ces normes sont valables aussi bien pour les filles que pour les garçons En effet, chez les rasamba (adolescents garçons), les mêmes exigences sont de règle et consiste en « une maîtrise de sa sexualité, valeur cardinale et préoccupation fondamentale de l'éducation ». C'est de cette façon que le rasanga acquerra les qualités morales et « la propreté sociale » qui feront de lui plus tard un homme apte et digne de diriger des opérations d'initiation. Comme pour la pugsada, le rasanga déclaré indigne à diriger un jour des cérémonies initiatiques s'expose à la moquerie et à la honte qui témoignent de la réprobation collective devant un comportement jugé contraire aux normes. Il est alors systématiquement tourné en ridicule sous forme de caricatures satiriques ou de chansons. Cette forme de pression et de contrôle vis à vis du rasanga peut conduire parfois au suicide ou au départ définitif du village.[9]

Source des Données les Plus Souvent Citées

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) du Burkina Faso ont été réalisées en 1993 et en 1999. L'EDS est une enquête nationale représentative de femmes âgées de 15–49 et d'hommes de 15–59 ans. Ces deux enquêtes couvrent une large gamme d'indicateurs dans les domaines de la population, de la santé et de la nutrition. La plupart des données citées dans ce rapport proviennent d'analyses faites par The Alan Guttmacher Institute et sont inclus dans les tableaux annexes. Certaines données figurent dans les rapports publiés des EDS.

Etude multisite: L'étude multisite de Bobo-Dioulasso a été menée en 2000 à Bobo-Dioulasso auprès d'un échantillon de 2,700 personnes âgées de 13–49 ans. Cette étude visait à déterminer l'importance des IST et de l'infection à VIH chez les jeunes et au sein de la population générale dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Etude de Ouagadougou et Tenkodogo: L'étude a été menée auprès d'un échantillon de 478 adolescents de 13–19 ans (dont 243 garçons et 235 filles). C'est une enquête quantitative de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) qui s'adressait aux adolescents, aux parents d'adolescents et aux prestataires de services de santé. Les données quantitatives ont servi ensuite à éclairer l'élaboration des guides pour les discussions dirigées de groupe. Cette étude avait pour but d'identifier les pratiques sexuelles des adolescents ainsi que les stratégies adoptées pour faire face aux IST et à l'infection à VIH.

Etude de Bittou, Pama et Léo: L'étude sur la promotion de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes à Bittou, Pama et Léo a été menée auprès d'un échantillon de 530 jeunes de 11–24 ans (284 garçons et 246 filles). Faisant suite à un programme d'intervention, cette étude évaluative avait pour but de déterminer si le processus de participation communautaire est approprié et efficace pour promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes.

Etude PROMACO: (Promotion du Marketing social du Condom): Il s'agit d'une étude portant sur les attitudes des jeunes face au condom menée auprès de 1,630 jeunes (filles et garçons) de 13–25 ans repartis sur neuf sites dont quatre urbains et cinq ruraux.

Etude Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF) 1994 : En 1993–1994, l'Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF) a conduit une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité en milieu scolaire à Ouagadougou. Il s'agit d'une étude sur un échantillon de 486 filles et garçons de 13–20 ans en milieu scolaire du secondaire à Ouagadougou.

Etude ABBEF 2000 : En 2000, l'ABBEF a mené une étude qualitative basée sur des groupes de discussions et des entretiens individuels auprès de jeunes, utilisateurs des centres jeunes, de prestataires de services ainsi que de parents de jeunes. Cette étude qui s'est déroulée dans les trois plus grandes villes du Burkina (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Koudougou), avait pour but «d'identifier les principaux facteurs qui freinent l'utilisation des centres jeunes et proposer des stratégies et des actions à mener». L'étude a concerné 108 jeunes de 10–25 ans (36 à Koudougou, 35 à Bobo-Dioulasso et 37 à Ouagadougou) et leurs 104 parents (35 à Koudougou, 33 à Bobo-Dioulasso et 36 à Ouagadougou). Les adolescents âgés de 10–14 ans représentaient 18% de l'échantillon tandis que les 15–19 ans représentaient 61%.

Les Expériences Sexuelles et Reproductives des Jeunes

Premiers Rapports Sexuels

Selon l'EDS, près de la moitié des filles et un peu plus d'un quart des garçons de 15–19 ans ont déjà eu des rapports sexuels. La proportion des jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels est plus prononcée parmi les adolescents de 18–19 ans contre ceux âgés de 15–17 ans. Les jeunes filles qui résident en milieu rural (52% contre 38% en milieu urbain) et qui sont moins instruites (50% contre 37% parmi les plus instruites) sont proportionnellement plus nombreuses a avoir déjà eu des rapports sexuels. Cette tendance varie parmi les jeunes garçons ou 35% de ceux qui sont plus instruits (contre 27% parmi les moins instruits) et 36% de ceux qui vivent en milieu urbain (contre 26% en milieu rural) ont déjà eu des rapports sexuels.[10]

L'âge médian aux premiers rapports sexuels parmi les jeunes de 20–24 ans est estimé à 17.2 ans chez les filles contre 19.7 chez les garçons. Au niveau des différentes caractéristiques socio-démographiques, les écarts sont plus importants en ce qui concerne le niveau d'instruction, particulièrement chez les filles. L'age médian aux premiers rapports sexuels des filles ayant moins de sept ans d'instruction est de 17.2 contre 18.9 pour les filles plus instruites. Un écart apparaît également entre les milieux de résidence ou l'age médian aux premiers rapports sexuels en milieu urbain est de 18 contre 17.1 en milieu rural. Ces tendances diffèrent chez les garçons ou l'age médian aux premiers rapports sexuels est plus élevé parmi ceux qui sont moins instruits (19.9) contre ceux qui sont plus instruits (19.1) et en milieu rural (20.1) qu'en milieu urbain (19.1).[11]

Chez les filles âgées de 20–24 ans au moment de l'enquête, 11% d'entre elles ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans contre 8% chez les garçons du même âge. Environ deux tiers des filles et un tiers des garçons de 20–24 ans ont eu des rapports sexuels à l'âge de 18 ans.[12] A 20 ans, la quasi-totalité des filles ont eu leurs premiers rapports sexuels : 92% contre 52% pour les garçons.[13]

Trente et un pourcent des jeunes filles âgées de 20–24 ans et 51% des jeunes hommes âgées de 20–24 ans ont eu des rapports sexuels avant le mariage avant leur 20 ans. Ces proportions sont plus importantes parmi ceux qui ont un niveau d'instruction plus élevé, qui vivent en milieu urbain et qui ont accès aux media.[e] La plupart des rapports sexuels parmi les jeunes femmes se produisent dans le cadre de l'union alors que parmi les jeunes hommes, ceux-ci se produisent avant le mariage.[14]

Dans une étude multisite menée en 2000 à Bobo-Dioulasso auprès d'un échantillon de 2,700 personnes âgées de 13–49 ans (dont 1,330 de 13–24 ans équitablement repartis entre les deux sexes), il ressort qu'au sein de la tranche 11% des garçons et 10% des filles enquêtés âgés de 15 ans au moment de l'enquête avaient déjà eu des rapports sexuels.[15] Chez les adolescents âgés de 19 ans au moment de l'enquête, 52% des garçons et 56% des filles ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Toujours selon cette étude, parmi les motifs évoqués, la pression des pairs (le désir de faire comme les autres et la volonté de prouver aux autres qu'on n'est pas un lâche) a le plus souvent été mentionnée par les garçons pour expliquer la survenue du premier rapport sexuel. En général, ces premiers rapports ont eu lieu chez des amis et les moments les plus favorables couramment cités sont les soirées dansantes, les fêtes et les voyages en groupe.[16]

Les mêmes tendances à la précocité des rapports sexuels ont été observées dans l'étude menée à Ouagadougou et à Tenkodogo (une ville à l'est de la

[e] Ceci correspond a avoir accès aux media au moins une fois par semaine.

capitale) auprès d'un échantillon de 478 adolescents de 13–19 ans (dont 243 garçons et 235 filles).[17] C'est une enquête quantitative de connaissances, attitudes et pratiques (CAP) qui s'adressait aux adolescents de 13–19 ans, aux parents d'adolescents et aux prestataires de services de santé. Selon les résultats de cette étude, 38% des adolescents ont eu des rapports sexuels avant 17 ans. Parmi eux 34% des adolescents de 13 ans avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête contre 40% chez ceux de 14 ans. Il existe une différence entre sexe. En effet, chez les garçons la proportion de ceux qui ont eu leurs rapports sexuels avant 17 ans est de 34% contre 43% chez les filles. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, on note qu'à Tenkodogo, 51% des adolescents interrogés ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 17 ans contre 30% chez ceux de Ouagadougou. L'âge moyen au premier rapport est de 16.3 et 17.1 ans respectivement à Tenkodogo et à Ouagadougou.

Activité Sexuelle Récente

Selon l'EDS, près de trois quarts des adolescents de 15–19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu des rapports sexuels durant les trois mois ayant précédé l'interview. La proportion de jeunes qui est sexuellement active est plus élevée parmi les plus jeunes adolescents de 15–17 ans contre les adolescents âgés de 18–19 ans. Parmi les garçons ayant un niveau d'instruction faible (moins de sept ans d'instruction), 81% sont sexuellement actifs contre 57% de ceux ayant un niveau d'instruction plus élevé. Au niveau régional, c'est dans la région du Centre/Sud que l'on observe la proportion la plus élevée de garçons sexuellement actifs (86%) ainsi que dans le milieu rural (83% contre 59% en milieu urbain). Chez les filles, l'activité sexuelle récente ne varie pratiquement pas selon les caractéristiques sociodémographiques.[18]

Nombre de Partenaires Sexuels

Selon l'EDS, une très faible proportion (6%) de jeunes filles âgées de 15–19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels a déclaré avoir eu deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois; ce qui correspond à 3% des jeunes femmes de 15–19 ans. Cette proportion est plus élevée parmi les jeunes garçons avec plus d'un tiers qui déclarent avoir eu deux partenaires ou plus; ou 10% des jeunes hommes de 15–19 ans.[19]

La précocité des rapports sexuels expose les jeunes à des risques divers étant donné que ces rapports sexuels sont souvent non protégés ou relèvent du multipartenariat, ou encore connaissent les deux situations. En effet, selon l'étude menée à Ouagadougou et à Tenkodogo, 29% des garçons et 19% des filles de 15–19 ans de l'échantillon déjà mariés au moins une fois, ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels avant le premier mariage tandis que 17% et 10% respectivement chez les garçons et chez les filles en ont trois et plus. Dans le même temps, 36% des garçons et 52% des filles ont déclaré n'avoir pas utilisé de condom lors de leurs premiers rapports sexuels.[20] Ces données sur le multipartenariat diffèrent de l'EDS car la population de base pour l'EDS sur la question sur le nombre de partenaires sexuels a été posée sur les 12 derniers mois et concernait ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels.

Dans une étude sur la promotion de la santé de la reproduction à Bittou, Pama et Léo menée auprès d'un échantillon de 530 jeunes de 11–24 ans (284 garçons et 246 filles), les résultats montrent que même si le partenariat unique s'est accru dans deux des trois sites d'intervention, passant de 50% lors de l'enquête de base en 2000 à 74% lors de l'enquête d'évaluation en 2002 au niveau de Pama et de 33% à 87% pour Léo, ce n'est pas le cas dans le site de Bittou où ces chiffres passent de 53% à 45%.[21] Les auteurs n'apportent cependant pas des éléments de réponse à cette constatation.

Types de Relations Sexuelles et Caractéristiques des Partenaires Sexuels

Selon l'EDS, 20% des femmes non en union de 15–19 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois déclarent avoir reçu de l'argent ou des cadeaux en contrepartie de rapports sexuels. Chez les hommes non en union de 15–19 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 28% déclarent avoir donné de l'argent ou des cadeaux.[22]

Dans une étude de PROMACO portant sur les attitudes des jeunes face au condom menée auprès de 1,630 jeunes filles et garçons de 13–25 ans repartis sur neuf sites dont quatre urbains et cinq ruraux, il ressort que 10% des filles et 26% des garçons ont révélé avoir eu des rapports sexuels occasionnels au cours des trois derniers mois.[23] Pour celles qui ont eu

des rapports sexuels occasionnels,[f] la question suivante leur a été posée : « pour l'une ou l'autre de ces relations occasionnelles, avez-vous reçu de l'argent en contrepartie ? ». Les réponses à cette question montre que parmi celles qui avaient eu des rapports sexuels occasionnels (au nombre de 37 dans l'échantillon) seulement deux d'entre elles ont reconnu avoir eu de l'argent en contrepartie. Par contre, 38% des garçons qui ont eu des rapports occasionnels (138 au total) ont déclaré avoir donné de l'argent en contrepartie.

Les résultats de l'enquête réalisée à Ouagadougou et à Tenkodogo, montre que sur l'ensemble des deux sites, 29% des adolescents ont déclaré offrir quelques fois une contrepartie à leur partenaire. Ce pourcentage est de 40% pour Ouagadougou.[24]

Ces différences dans les déclarations entre hommes et femmes que l'on rencontre dans les différentes études, pourraient s'expliquer par deux hypothèses: la première est que culturellement, lorsqu'une femme reconnaît prendre de l'argent en contrepartie de relations sexuelles, cela s'assimile à la prostitution. On peut donc estimer que les filles ont tendance à sous-déclarer les fois où elles ont reçu de l'argent en contrepartie de relations sexuelles. Par contre, chez l'homme ce sentiment de culpabilité n'existe presque pas, d'où leur tendance à déclarer davantage. La deuxième hypothèse est d'ordre méthodologique. En effet, il se peut que les différentes études n'aient pas la même manière de poser la question ce qui peut expliquer que d'une étude à l'autre les écarts entre filles et garçons peuvent être importants ou pas.

Les résultats de l'étude multisite de Bobo-Dioulasso montrent que 96% des filles de 13–24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels l'ont eu avec un partenaire plus âgé.[25] Seules 2% d'entre elles l'ont eu avec des partenaires du même âge. D'ailleurs, 85% de ces filles ont déclaré que le rapport d'âge idéal avec le premier partenaire sexuel est qu'il soit plus âgé.[26] Plutôt qu'une préférence culturelle vis-à-vis d'un partenaire homme plus âgé, cette situation pourrait s'expliquer par les difficultés socio-économiques que rencontrent ces adolescentes, difficultés qui les obligent à avoir des rapports avec des hommes plus âgés qui ont davantage de moyens financiers que les adolescents.

Violences Sexuelles

Bien qu'il n'existe pas d'études spécifiques sur le sujet, les cas de violences sexuelles ou de rapports sexuels sous contraintes s'observent en milieu rural à travers le mariage forcé. C'est le fait pour un père de « donner » sa fille en mariage à un homme contre le gré de la fille. Le plus souvent, ces filles sont « données » précocement (13–14 ans, parfois moins) pour éviter qu'une fois devenues grandes elles ne refusent. Ces situations conduisent très souvent à des violences sexuelles quand l'homme se décide à consommer l'union avant que la fille ne parvienne véritablement à maturité : « Souvent, à cause des travaux champêtres ou des rapports sexuels, mon mari se lève et me bastonne. Il arrive que je sois en règles et que je refuse de faire l'amour avec lui, il me frappe ou ça amène des histoires » (Adolescente mariée monogame, 19 ans, musulmane, Mossi).[27]

Les adolescentes mariées sous la contrainte sont également confrontées à des violences psychologiques et morales qui trouvent leurs fondements dans la grande différence d'âge qui existe très souvent entre elles et leurs conjoints. Ainsi, dans l'étude menée auprès d'un échantillon de 1,124 adolescents (filles et garçons) de 13–19 ans par le Population Council–Burkina dans deux provinces rurales, dans les couples avec adolescentes de 13–19 ans la différence d'âge est comprise entre 10 et 14 ans dans 18% des cas et est de 15 ans et plus dans 28% des cas.[28] La communication sur des aspects liés à la santé de la reproduction est pratiquement inexistante dans ces couples.

Cependant, les données sur le mariage forcé sont difficiles à obtenir et proviennent le plus souvent de sources policières. Ainsi, en 2001, plus de 567 cas de refus de mariage forcé ont été enregistrés par la police de Fada N'gourma, une province située à environ 250 kilomètres de Ouagadougou.[29]

Le Mariage des Jeunes

Les jeunes femmes burkinabé se marient relativement tôt. Selon l'EDS, elles étaient 35% des filles de 15–19 ans contre 1% des garçons du même âge qui ont été déjà mariées. Parmi les jeunes filles de 15–19 ans qui sont déjà mariées, 6% ont un niveau d'instruction de plus de 7 ans; cette proportion passe à 38% pour les jeunes filles moins instruites. Les jeunes filles qui

[f] Les rapports sexuels occasionnels sont ceux qui se sont déroulés « de façon passagère avec un partenaire qui n'est ni le conjoint, ni le partenaire régulier. Le partenaire régulier étant celui avec lequel on entretient des relations depuis au moins six mois ».

ont déjà été mariées sont plus nombreuses en milieu rural (40% contre 15% en milieu urbain) et dans les régions Nord, Est et Ouest du pays (autour de 40% contre 30% dans le Centre/Sud et 17% à Ouagadougou).[30]

Par rapport aux femmes, les hommes se marient plus tard. L'age médian au premier mariage s'établit à 17.6 chez les femmes âgées de 20–24 ans et de 25.2 chez les hommes âgés de 30–34 ans.[31]

Chez les jeunes femmes âgées de 20–24 ans au moment de l'enquête, 8% d'entre elles se sont mariées à 15 ans, contre 62% qui se sont mariées à 18 ans. Parmi les adolescents de 15–19 ans sexuellement actifs, 69% des filles et 10% des garçons sont mariés.[32]

La Fécondité des Jeunes

L'âge d'entrée dans la vie féconde est relativement précoce au Burkina Faso. De plus, les jeunes femmes ont tendance à avoir un enfant peu de temps après le mariage. Selon l'EDS, plus d'un quart des jeunes filles de 15–19 ans ont déjà commencé leur vie féconde: 20% ont déjà au moins un enfant et 8% sont enceintes.[33] A l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq a déjà commencé sa vie féconde et à 20 ans cette proportion est de 59% ; parmi ces 59%, 50% a déjà au moins un enfant.[34]

Cette précocité de la vie féconde est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain puisque dans le premier cas, 23% des adolescentes de 15–19 ans ont déjà eu un enfant contre 11% en milieu urbain. Au niveau régional, c'est dans les parties Ouest et Est du pays où respectivement un quart des jeunes filles ont déjà eu un enfant. Les jeunes filles de 15–19 ans avec un niveau d'instruction faible sont proportionnellement trois fois plus nombreuses que celles qui sont plus instruites à avoir commencé leur vie féconde.[35]

Chez les garçons du même âge, 1% d'entre eux ont déjà eu un enfant. Cette différence avec les jeunes filles s'explique par le fait que les femmes entrent en union beaucoup plus tôt que les garçons (voir discussion sur l'age médian au premier mariage).[36]

Les Grossesses Non Désirées

Les conséquences immédiates des rapports sexuels non protégés sont les grossesses non désirées. En 1993–1994, une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de l'Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF) montrait à partir d'une étude sur un échantillon de 486 jeunes répartis égalitairement entre filles et garçons, que 20% des filles ont déjà été enceintes et parmi elles 52% des grossesses étaient non désirées.[37]

L'Avortement

Ces dernières années de nombreux auteurs ont essayé de mettre en évidence le recours à l'avortement provoqué.[38] Tous ont été unanimes à reconnaître les difficultés à prouver l'existence de l'avortement provoqué du fait de son caractère illégal qui en fait un sujet tabou. Cependant, des données existent de plus en plus et tendent à montrer que le phénomène prend de l'ampleur.

Ainsi, lors de l'enquête CAP de 1993–1994 de l'ABBEF citée plus haut, 28% des filles qui ont déjà été enceintes déclarent avoir déjà pratiqué un avortement et 42% des filles de l'échantillon affirment qu'une de leurs amies a déjà subi un avortement.[39]

En 1998, une étude menée au Centre Hospitalier National Yalgado pour le compte de la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR) a montré que 31% des avortements parvenus à l'hôpital étaient provoqués dont la moitié concernait des jeunes filles de 16–24 ans. Toujours selon cette étude, parmi les décès maternels de l'hôpital Yalgado, 16% sont consécutifs à des IVG.[40]

Selon l'Annuaire statistique sanitaire officiel du Burkina pour l'année 2000, les avortements constituent aujourd'hui un problème grave. Dans sa rubrique intitulée « Situation des avortements selon le type et par district sanitaire», l'annuaire « note une proportion d'avortements clandestins identique à celui des avortements thérapeutiques ». L'annuaire va plus loin en se demandant « si ces chiffres traduisent la réalité lorsque l'on sait que les avortements clandestins sont en croissance fulgurante de nos jours ».[41]

Dans une étude plus récente sur la santé de la reproduction à Ouagadougou, sur un échantillon de 963 femmes enquêtées, 188 femmes ont déclaré spontanément avoir déjà eu recours à l'avortement.[42] Sur ces 188 femmes, 22% étaient âgées de 15–19 ans au moment de l'enquête (dont 13% pour les seules âgées de 18 ans) contre 36% chez les 20–24 ans. Le taux d'avortement estimé pour cette étude est de 60‰ pour les femmes de 15–19 ans (41‰ pour les 15–49 ans).

Les raisons qui expliquent le recours à l'avortement par les jeunes sont multiples. Cependant, les plus fréquemment évoquées sont de

deux ordres. La première est économique. Les difficultés économiques rencontrées par les jeunes font qu'ils n'arrivent pas à faire face aux exigences engendrées par la grossesse et la venue précoce d'un enfant. De même, il leur est difficile de concilier les études et les éventuelles responsabilités parentales suite à la venue d'un enfant. La seconde raison est d'ordre social. Dans une société où la sexualité reste un tabou, les jeunes rencontrent l'hostilité de la société et de la famille qui acceptent difficilement qu'une fille non mariée soit enceinte. Ces situations sont perçues dans la société comme un déshonneur de la famille; cela peut parfois entraîner le bannissement de la fille « fautive » de la famille.

Connaissance et Utilisation de la Contraception

Selon les résultats de l'analyse secondaire des données de l'EDS faite par le Population Council en 2002, chez les adolescentes de 15–19 ans 71% de celles qui sont mariées et 65% des non mariées déclarent avoir entendu parler d'une méthode contraceptive moderne. Chez les garçons du même groupe d'âge 82% des non mariés ont déclaré avoir entendu parler d'une méthode moderne de contraception.[43]

Les résultats de l'étude menée à Ouagadougou et à Tenkodogo montrent que seulement 35% des adolescents de Tenkodogo connaissent de façon valide une méthode contraceptive.[44] Ces données sont beaucoup plus basses que celles de l'EDS. Ceci s'explique par le fait que le niveau de connaissance selon l'âge a été estimé dans l'EDS uniquement pour les femmes en union où on obtient 70% des adolescentes de 15–19 ans qui connaissent au moins une méthode moderne de contraception.

L'étude à Ouagadougou et à Tenkodogo démontre que seulement un tiers d'adolescents connaissent une méthode contraceptive et aussi que les rapports sexuels y sont très précoces puisque 34% de ceux qui étaient âgés de 13 ans et 40% de ceux de 14 ans avaient déjà eu des rapports sexuels, ce qui peut impliquer des risques de grossesses précoces et non désirées et les IST/VIH.[45]

Selon l'EDS, parmi les adolescents de 15–19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, 20% des jeunes filles et 50% des jeunes garçons ont utilisé une méthode moderne pour le planning familial à un moment quelconque. On remarque que l'utilisation d'une méthode moderne est quatre fois plus élevée pour les jeunes filles et presque deux fois plus élevée pour les jeunes garçons qui sont instruits, vivent en milieu urbain et ayant accès aux media, comparé à ceux qui ne sont pas instruits, vivent en milieu rural et n'ayant pas accès aux media.[46]

Dans les trois derniers mois ayant précédé l'enquête, on comptait 16% de jeunes filles et 37% des jeunes garçons sexuellement actifs âgés de 15–19 ans qui déclaraient utiliser une méthode moderne au moment de l'enquête. Les données mettent en évidence une prévalence plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : 38% pour les jeunes filles et 70% pour les jeunes garçons en milieu urbain; ces données passent à 12% pour les jeunes filles et 28% pour les jeunes garçons en milieu rural. A l'exception de Ouagadougou (44%) et le Centre Sud (23%), les proportions de jeunes filles qui utilisent une méthode moderne sont inférieures à 10%. L'utilisation de la contraception varie aussi selon le niveau d'instruction. La proportion de jeunes filles qui utilisent une méthode moderne est 4,5 fois plus élevée parmi celles qui ont un niveau d'instruction de sept ans ou plus (61%) contre celles qui sont moins instruites (13%). Comme chez les jeunes filles, la prévalence contraceptive est plus élevée chez les jeunes garçons vivant à Ouagadougou (71%) et augmente avec le niveau d'instruction (de 27% parmi ceux qui ont moins de sept ans d'instruction contre 91% parmi ceux qui ont sept ans ou plus d'instruction).[47]

La proportion du condom est très élevée dans la contraception moderne. Ainsi, au niveau de toutes les femmes de 15–19 ans, seulement 6% utilisaient une méthode moderne quelconque dont 5% pour le condom. Chez les 20–24 ans, 7% utilisaient une méthode moderne dont 4% pour le condom. Au niveau des femmes en union les proportions restent sensiblement les mêmes : sur 4% de femmes de 15–19 ans qui utilisaient une méthode, la proportion utilisant le condom était de 2%.[48]

Une autre étude démontre que si 73% des élèves de la ville de Ouagadougou déclaraient être informés sur les méthodes contraceptives, il y avait au moins 35% de ces élèves sexuellement actifs qui n'utilisaient aucune méthode lors des rapports sexuels.[49] Il y a un réel danger lorsque l'on scrute de près ces comportements à hauts risques surtout que 42% des hommes de 25–49 ans déclarent avoir eu trois partenaires sexuels et plus au cours des 12 derniers mois.

L'enquête CAP du Programme Population et Lutte contre le Sida (PPLS) a montré qu'en ville la préférence pour les moins de 20 ans porte sur le condom (32% chez les femmes et 71% chez les hommes) devant la pilule (29%). La préférence des personnes âgées de 40–44 ans est assez élevée pour le DIU (25%). En milieu rural la préférence des jeunes filles de moins de 20 ans porte sur les injections (29%), l'abstinence sexuelle prolongée (19%) et la pilule (15%). Quant aux jeunes gens, ils sont plus intéressés au condom (45%) et ensuite la pilule (20%).[50]

Selon l'EDS, parmi les jeunes de 15–19 ans qui n'utilisent pas de contraception, 9% des jeunes filles et 6% des jeunes garçons ont l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans les 12 prochains mois. Les données varient peu selon les caractéristiques socio-démographiques.[51]

Au niveau de l'opinion des jeunes vis-à-vis de la planification familiale, les résultats montrent que la majorité est favorable à la planification familiale. Les opinions sont plus favorables parmi les jeunes ayant un niveau d'instruction plus élevé : 81% chez les jeunes filles et 83% chez les jeunes garçons de 15–19 ans contre 57% et 47% respectivement parmi ceux qui sont moins instruits. Ces écarts sont également présents en milieu de résidence avec 71% des jeunes filles et 78% des jeunes garçons en milieu urbain qui approuvent la planification familiale contre 56% et 47% respectivement parmi ceux en milieu rural.[52]

Les IST et le VIH/Sida

Prévalence des IST/VIH et Leur Incidence

Les données sur la prévalence du VIH au Burkina restent parcellaires, malgré les efforts des différentes structures (ministères, ONG, institutions de recherche, services de santé…). Néanmoins les données épidémiologiques fournies par le réseau national de sérosurveillance du VIH par sites sentinelles placent le Burkina Faso en deuxième position en Afrique de l'Ouest après la Côte d'Ivoire, avec un taux de prévalence estimé à 7,2% en 1997[53] et plus récemment à 6,5% en fin 2001.[54] Ce taux révisé pourrait cependant cacher des réalités beaucoup plus alarmantes, compte tenu de la sous-notification des cas. L'ampleur du Sida est croissante et est fortement corrélée aux IST, en témoignent les différents chiffres : en 1990, 19% des hommes vus en consultations à Bobo-Dioulasso, la deuxième ville, étaient séropositifs tandis qu'en 1992 42% des femmes consultant pour des IST étaient porteuses du VIH.[55]

Les IST étant généralement considérées dans nos sociétés comme étant des maladies honteuses, surtout pour les femmes, il est difficile d'appréhender avec exactitude leur ampleur surtout à partir de données d'enquête. A l'EDS, la question a néanmoins porté sur les épisodes d'IST au cours des 12 derniers mois. Ainsi on remarque que les épisodes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Ces épisodes sont également plus importants chez les hommes en rupture d'union (7%) que chez les célibataires (3%) et les hommes en union (2%).[56] Ces tendances sont confirmées par l'étude multisite de Bobo-Dioulasso avec 19% chez les séparés, 11% chez les célibataires et 7% chez les mariés.[57]

Selon l'étude de l'ABBEF à Ouagadougou, sur les 1,750 consultations faites dans le Centre entre juillet 1999 et janvier 2000 et qui ont concerné des jeunes de 14–29 ans dont 23% étaient âgés de 14–19 ans, les soupçons qui ont conduit à la consultation ont abouti aux diagnostics suivants: 75% des cas sont des leucorrhées associées ou non à des démangeaisons; 7% pour des troubles mictionnels et 7% étaient des IST avérées.[58]

En ce qui concerne la prévalence du VIH, selon l'étude multisite de Bobo-Dioulasso sur les jeunes, sur les 2,439 personnes qui ont subit le test sérologique, 5% d'entre elles étaient séropositives tout type de VIH confondu (IC à 95% : 4,3–6,2). L'âge moyen des infectés chez les hommes était de 19.5 ans et 21.5 ans chez les femmes. On note que chez les filles de 13–24 ans la prévalence du VIH-1 (le plus répandu) était de 4% (IC à 95% : 2,7–5,9) contre « seulement » 0,3% chez leurs homologues masculins. Dans le même temps, chez les adultes de 25–49 ans la prévalence du VIH-1 était de 9% (IC à 95% : 6,6–11,9) pour les hommes et de 7,4% pour les femmes.[59]

Ces chiffres appellent un certain nombre de remarques. Les femmes sont les plus infectées par le VIH. Ce sont surtout les adolescentes qui paient le plus lourd tribut certainement à cause de leur entrée plus précoce dans la vie sexuelle que les adolescents. L'étude multisite de Bobo-Dioulasso confirme le rôle du multipartenariat dans la propagation du Sida. En effet, il ressort que les personnes divorcées/séparées ou veuves enregistrent le plus fort taux de prévalence, atteignant jusqu'à 10 fois celle des célibataires et trois fois celle des mariées.

Ces différents chiffres finissent de convaincre de l'ampleur de la pandémie du Sida qui touche la population notamment sa frange féminine jeune. Les implications socio-économiques sont d'autant plus catastrophiques pour le Burkina que selon les résultats du recensement général de la population de 1996, sa population des moins de 15 ans représente 50% de sa population totale tandis que les 10–49 ans représentent 66%.[60] Selon le Cadre Stratégique de lutte contre le VIH, la Banque Mondiale considérait en 1994 que le coût total du VIH/Sida s'établissait à environ 8,5 millions de dollars par an sur la base d'une séroprévalence de 3%. Avec une « actualisation

des paramètres et les travaux comparatifs établis en matière d'année de vie corrigées du facteur d'invalidité, on peut évaluer l'impact de la pandémie à 25 millions de dollars par an » estime le CSL/VIH. Ces coûts pourraient être multipliés par 15 si l'on ajoutait la prise en charge des malades et de leurs dépendants. Toujours selon le CSL/VIH, il ressort qu'au Burkina, les orphelins du Sida ont 50% moins de chance d'être scolarisés si l'un des parents est décédé et 90% s'ils sont orphelins de père et de mère. Quant à l'espérance de vie il aurait enregistré un recul de trois ans par rapport aux données du recensement de 1996: 49 ans contre 46 en 1998.[61]

Connaissance du VIH/Sida

La population burkinabé est relativement bien informée de l'existence du Sida. Selon l'EDS, 80% des jeunes filles contre 91% des jeunes garçons connaissent le Sida. Cela dit, malgré les multiples campagnes de sensibilisation, il est inquiétant de constater qu'il y a encore des personnes qui n'ont pas encore entendu parler du Sida. Cette situation se rencontre surtout chez les femmes du milieu rural ou 25% des jeunes filles n'ont pas entendu parler du Sida contre 3% en milieu urbain. Les autres groupes défavorisés sont les jeunes filles de 15–19 ans qui ont un niveau d'instruction de moins de sept ans (78% contre 100% parmi celles qui sont plus instruites) et celles résidant dans le Nord et l'Est du pays.[62]

L'EDS montre que 35% des filles de 15–19 ans et 26% de celles âgées de 20–24 ans ne connaissent aucun moyen d'éviter le Sida. Chez les garçons, ces proportions sont de 26% et 13% respectivement pour les 15–19 et les 20–24 ans. Vingt pourcent des jeunes filles et 30% des jeunes garçons de 15–19 ans donnent encore de mauvaises réponses lorsqu'il s'agit de citer les moyens d'éviter le Sida. C'est ainsi que des réponses comme « éviter d'embrasser », «éviter de boire/manger dans la même vaisselle qu'un sidéen »…ont été données, tandis que 9% des 15–24 ans pensent que le Sida ne peut pas être évité, ce qui est très grave étant donné que les comportements ne peuvent pas être changés dans ces conditions. Il ressort que même si la proportion est infime (0,4% des 15–19 ans) certains adolescents, surtout en milieu rural, continuent de croire que les moustiques peuvent transmettre le virus du Sida.[63]

Les jeunes garçons ont plus fréquemment cité le condom (51% contre 22%) comme moyen de protection contre le sida contrairement aux jeunes filles qui ont plus fréquemment cité la fidélité. La fidélité a été mentionnée par 27–28% des jeunes. Les données indiquent que les variations en fonction des caractéristiques sociodémographiques sont plus prononcées (encore plus pour les femmes) lorsqu'il s'agit de la connaissance du condom comme moyen d'éviter de contracter le Sida. Cette mesure de prévention a été plus souvent mentionné par les jeunes ayant au moins sept ans d'instruction, les urbains, ceux résidant à Ouagadougou et ceux ayant accès aux media. L'abstinence a été citée par 9% des filles et 13% des garçons.[64]

Seulement 37% des filles de 15–19 ans et 58% des garçons du même âge savent qu'une personne qui paraît en bonne forme peut être en fait porteur du virus. On remarque que l'écart est relativement important entre les garçons et les filles. Les jeunes qui vivent en milieu rural, qui ont moins de sept ans d'instruction et qui n'ont pas accès aux media ont moins fréquemment déclaré qu'une personne en bonne santé pouvait être atteinte du virus du Sida.[65]

S'agissant des modes de transmission, l'enquête multisite de Bobo-Dioulasso chez les jeunes a montré que 87% des garçons de 15–19 ans et 74% des filles du même âge citent la voie sexuelle comme principale mode de transmission du Sida. Viennent ensuite la voie sanguine (52% et 36% pour les garçons et pour les filles); l'utilisation des lames de rasoir (44% et 29%); et la transmission mère-enfant (12% et 10%).[66]

Connaissance et Utilisation des Condoms

Dans la quasi-totalité des études en santé de la reproduction, il ressort que le condom est reconnu comme un moyen aussi bien pour éviter les grossesses que pour se protéger contre les IST et le Sida. Ainsi, selon l'EDS, chez les femmes de 15–19 ans, 82% le connaissent.[67]

Dans l'étude conduite par PROMACO, 99% des garçons du milieu urbain et 92% de ceux du milieu rural ont déclaré avoir déjà vu le condom.[68] Chez les filles ce pourcentage est de 90% et 80% respectivement pour le milieu urbain et rural.

Selon l'EDS, parmi les jeunes de 15–19 ans, 20% des jeunes filles et 53% des jeunes garçons ayant déjà eu des rapport sexuels ont déclaré avoir utilisé un condom à un moment quelconque.[69] Parmi les jeunes sexuellement actifs, la proportion de jeunes garçons utilisant un condom actuellement (37%) est 2.6 fois celle parmi les jeunes filles (14%). Peu de jeunes filles âgés de 15–19 ans ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois, ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leur dernier rapport sexuel (17%

contre 43% parmi les jeunes garçons). On peut noter que les jeunes les plus instruits, les plus jeunes (surtout parmi les jeunes filles) et les urbains (surtout ceux vivant à Ouagadougou) ont plus fréquemment déclaré avoir utilisé un condom à un moment quelconque et au moment de l'enquête ainsi qu'au cours de leur dernier rapport sexuel.[70]

Parmi les jeunes filles âgées de 15–19 ans qui connaissent le Sida et qui ont déjà utilisé le condom, 21% l'ont utilisé pour éviter les IST/Sida, 20% comme contraceptif et 23% pour l'une ou l'autre raison. Chez les garçons de la même tranche d'âge 98% d'entre eux connaissent le condom et parmi eux, 54% l'ont déjà utilisé comme moyen d'éviter les IST/Sida et 53% comme contraceptif. De façon générale, il est encourageant de constater que chez les hommes, les plus jeunes, en particulier les 20–24 ans, ont plus tendance à utiliser le condom quelqu'en soit la raison : 63% à 20–24 ans contre 22% à partir de 40 ans.[71]

Lors d'une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de jeunes scolarisés à Banfora, ville située à l'Ouest à la frontière avec la Côte d'Ivoire, Kanon S soulignait que bien que le condom soit connu par une majorité d'élèves à Banfora, son usage était de 49% chez les élèves qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels.[72]

Dans l'étude menée par PROMACO, on note que 70% des garçons ont déclaré avoir toujours utilisé le condom dans les rapports occasionnels et 20% ont déclaré l'avoir souvent utilisé.[73] On note toujours selon cette étude que 21% des filles et 15% des garçons déclarent n'avoir jamais utilisé le condom avec le partenaire régulier. Beaucoup de jeunes affirment que le condom diminue le plaisir (45% des garçons et 25% des filles). Ce pourcentage est plus élevé chez les garçons de 21–25 ans (55%). Toujours selon cette étude, pour les fois où le condom n'a pas été utilisé, 67% des garçons et 47% des filles de l'échantillon évoque la confiance au partenaire pour ne pas utiliser le condom.[74]

Selon l'étude multisite sur les jeunes, 84% des adolescents et 66% des adolescentes cite le condom comme moyen d'éviter les IST/Sida contre respectivement 28% et 22% pour l'abstinence, 24% et 25% pour la fidélité au partenaire.[75]

Attitudes Vis à Vis du Traitement des IST

Les attitudes adoptées en cas d'épisodes d'IST varient selon le sexe ainsi que l'attestent l'EDS. En effet parmi ceux qui ont déclaré avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois, 59% des hommes et 72% des femmes de 15–49 ans ont recherché un traitement auprès du personnel de santé. Seulement 36% des hommes et 85% des femmes déclarent avoir informé leur partenaire.[76]

Les résultats de l'étude de l'ABBEF confirment cette différence d'attitudes selon le sexe. Ainsi, les jeunes garçons privilégient les canaux informels tandis que les filles ont une plus grande propension à aller dans les formations sanitaires du fait des inquiétudes qu'elles ont de l'impact des troubles sur leur fécondité dans le futur.[77]

Quant à l'enquête de Ouagadougou et Tenkodogo, elle révèle que seulement 15% des adolescents interrogés à Ouagadougou (275 filles et garçons de 13–19 ans) déclarent qu'ils consulteraient des services de santé modernes s'ils venaient à contracter une IST, contre 7% à Tenkodogo (203 filles et garçons de 13–19 ans). Par contre, 31% des adolescents de Ouagadougou déclarent qu'ils consulteraient chez le tradipraticien ou feraient de l'automédication pour se soigner en cas d'IST. A Tenkodogo, 74% des adolescents interrogés déclarent qu'ils auront recours à l'automédication.[78] Il faut préciser que ce sont les intentions des adolescents. La population de base n'est donc pas celle des adolescents ayant contracté une IST, la question n'ayant pas été posée.

Perception des Risques

L'EDS montre que 54% des jeunes filles de 15–19 ans et 64% des jeunes garçons du même age perçoivent un risque de contracter le Sida.[79] Huit pourcent des femmes de 15–19 ans et 10% de celles âgées de 20–24 ans estiment qu'elles ont un risque important de contracter le Sida. Chez les garçons des mêmes groupes d'âge, ces proportions sont respectivement de 4% et 8%.[80]

Plus précisément, les jeunes filles de 15–19 ans qui sont plus instruites, qui vivent en milieu urbain et surtout les femmes résidant à Ouagadougou considèrent qu'elles ont un risque de contracter le Sida. Chez les jeunes garçons, on constate qu'il y a une proportion élevée dans le Nord du pays (92% contre 55–65% dans les quatre autres régions) et parmi ceux qui ont moins de sept ans d'instruction (66% contre 57% parmi ceux qui ont au moins sept ans d'instruction) qui pensent courir un risque de contracter le Sida.[81]

Lors de l'enquête PROMACO, la question suivante a été posée : « Avez-vous déjà pensé qu'il peut y avoir un risque pour vous d'attraper le Sida ? » Les résultats montrent qu'il y a une certaine perception des risques vis à vis du VIH/Sida. En effet, 53% des filles de 13–25 ans et 66% des garçons du même âge ont répondu par l'affirmative en milieu urbain. En milieu rural ce pourcentage est de 46% et 55% respectivement pour les filles et les garçons. Au nombre des raisons évoquées pour justifier leur exposition au risque, 36% des filles et 37% des garçons pensent qu'on n'est jamais sûr de son partenaire tandis que 25% des filles et 27% des garçons pensent qu'on peut toujours être infecté par du sang contaminé.[82]

Quant à ceux qui ne pensent pas courir le risque de contracter le virus, parmi les raisons évoquées, 36% des filles et 35% des garçons évoquent l'absence de relations tandis que 20% des filles et 13% des garçons évoquent la fidélité dans leurs relations.

A la question de savoir s'ils ont changé de comportements depuis qu'ils ont entendu parlé du Sida, 62% des filles et 81% des garçons âgés de 15–19 ans ont répondu par l'affirmative.[83] Parmi ceux qui connaissent le Sida, les changements de comportements sexuels consistent essentiellement a ne pas commencer les rapports sexuels : 53% pour les garçons de 15–19 ans et 30% pour les filles du même age. Les autres nouvelles attitudes citées sont la fidélité à un(e) partenaire (21% des filles et 14% des garçons) et l'utilisation du condom (6% des filles et 13% des garçons).[84]

L'Efficacité Personnelle

Très peu d'études ont été consacrées à la mesure de l'efficacité personnelle des adolescents. Néanmoins, eu égard au rôle important qu'elle pourrait jouer dans les comportements et la mesure du risque, l'on a commencé à s'intéresser à ces aspects de la vie des adolescents. L'étude sur les adolescents dans le Bazèga et dans le Gourma a essayé d'appréhender ces aspects.[85] Ainsi, il ressort que 64% des filles et 69% des garçons interrogés se disent satisfaits de la manière dont ils prennent soins d'eux-mêmes. Trente et un pourcent des filles et 28% des garçons ont une impression mitigée sur la question. Soixante et un pourcent des filles interrogées au Gourma et 41% de celles du Bazèga ont une bonne appréciation d'elles-mêmes quant à la manière dont elles gèrent leurs problèmes de tous les jours. Celles qui en ont une appréciation négative représente 10% et 16% respectivement dans le Gourma et le Bazèga. Chez les garçons 65% et 54% respectivement dans le Gourma et le Bazèga, ont une assez bonne impression de la manière dont il résolvent leurs problèmes quotidiens. Ceux qui en ont une très bonne appréciation sont de 36% et de 31% respectivement dans le Gourma et le Bazèga.

L'estime en soi chez l'adolescent a été également mesurée à travers le sentiment qu'il a « d'être en mesure de faire beaucoup de choses que les amis du même âge ne peuvent pas faire ». Il ressort que beaucoup d'adolescents ne se posent pas cette question (33% des filles et 39% des garçons). Ce sentiment anime néanmoins 30% des garçons du Gourma contre seulement 16% au Bazèga. Par contre, 13% des filles dans le Bazèga et 12% dans le Gourma estiment qu'elles « ratent tout souvent ». Il ressort également que les adolescents perçoivent encore les manifestations des liens de solidarité au sein de leur communauté (88% des garçons et 78% des filles) et se sentent utiles aux projets de développement (84% des garçons et 52% des filles). Dix-huit pourcent des garçons interrogés et 14% des filles appartiennent à des groupes organisés. Cependant les résultats de l'étude (aussi bien le volet quantitatif que le volet qualitatif) ne permettent pas de cerner les raisons qui sous-tendent ces diverses opinions.

Il n'existe pas pour l'instant d'études mettant en relation l'estime de soi et le pouvoir de négociation du port du condom. Néanmoins, certaines études ont tenté de savoir de qui provient le plus souvent la décision du port du condom lors des rapports sexuels. Ainsi, pour ceux qui ont déclaré avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels, l'étude PROMACO a essayé de savoir, qui en a pris la décision. Il ressort que seulement 28% des filles déclarent être à la base contre 61% des garçons qui déclarent avoir pris la décision.[86]

Les Groupes à Risques Elevés

Dans les centres urbains surtout, les contraintes sociales telles que les difficultés de scolarisation, de logement, d'emploi sont autant de facteurs qui favorisent la consommation des drogues et autres médicaments de type amphétaminique par les jeunes en général et les enfants de la rue en particulier.[87] Les formes de consommation ainsi que les types de stupéfiants sont variés. Ils vont du cannabis fumé par les jeunes ou discrètement infusé dans le thé par les groupes de jeunes, en passant par l'usage d'inhalants

chimiques (essentiellement des dissolvants) surtout par les jeunes enfants de la rue âgés de 10–15 ans (cireurs de chaussures, gardiens de voitures…) incapables de se procurer du cannabis. Ces pratiques exacerbent certains comportements à risques ainsi que la délinquance.

Les enfants de la rue peuvent parfois adopter des comportements à risques. Cependant, il n'y a pas encore d'études sur les enfants de la rue en rapport avec les pratiques à risques vis à vis des IST et du VIH/Sida.

Parmi les consommateurs de stupéfiants qui ont des comportements sexuels à risques on note les jeunes chercheurs d'or dans les nombreux sites aurifères du pays. Pour l'ensemble des extracteurs du minerais, la consommation des stupéfiants fait partie des éléments qui les galvanisent dans les galeries. Parmi ces extracteurs figurent un nombre important de jeunes de 10–25 ans. Dans l'étude menée sur les jeunes chercheurs d'or d'Essakan, il ressort que 37% des orpailleurs ont entre 10 et 25 ans (filles et garçons).[88] Cette catégorie apparaît la plus touchée par la consommation de drogues d'amphétamines et l'un des corollaires est la prostitution des filles mineures.[89]

Les raisons pour lesquelles les adolescentes s'adonnent à la prostitution sont essentiellement économiques. Pour les adolescentes, les difficultés d'accès à l'emploi sont exacerbées par les inégalités garçon/fille en matière d'éducation et de formation. Face à une telle situation, beaucoup de filles n'hésitent pas à « trouver dans la vénalité des échanges sexuels une de leurs principales ressources matérielles, aussi bien sous une forme purement monétaire que par des avantages ou présents en nature (paiement du loyer en ville, des frais de scolarité ou de formation, achat d'une mobylette, de vêtements, de produits de beauté…). Ces pratiques nouvelles et leur appropriation au sein de la population féminine célibataire, constituent un phénomène social dont l'incidence sur la propagation du VIH est capitale ».[90]

Les Orphelins

Selon les résultats de l'étude PROMACO, 14% des filles et 13% des garçons de l'échantillon vivaient seuls au moment de l'enquête. Cependant, les résultats ne précisent pas s'il s'agit d'orphelins et ne donnent pas non plus une répartition selon l'âge.[91] Selon l'EDS de 1993, 6% des adolescentes de 10–14 ans[g] vivent dans des ménages dans lesquels il n'y a que le père ; 7% dans des ménages où il n'y a que la mère et 21% vivent dans des ménages où il n'y a ni l'un ni l'autre. Ce dernier chiffre s'explique le plus souvent par le confiage des adolescentes ou par leur emploi dans les ménages pour les travaux ménagers, le petit commerce, etc….Chez les garçons ces pourcentages sont respectivement de 8%, 7% et 15%. On note également que 7% des filles de 10–14 ans et 7% des 15–19 ans vivent dans des ménages dont le chef est une femme. Chez les garçons ces pourcentages sont de 5% et 6%, respectivement pour les 10–14 et les 15–19 ans.[92]

Quant à la survie des parents des adolescents de 10–14 ans, l'EDS de 1993 montre que parmi les filles de 10–14 ans 3% sont orphelines de mère, 7% sont orphelines de père et 2% ont les deux parents décédés. Chez les garçons de 10–14 ans, 4% sont orphelins de mère, 7% sont orphelins de père tandis que 2% d'entre eux ont les deux parents décédés.[93]

Dans une étude quantitative menée dans quatre provinces rurales du Burkina auprès d'une population de 1,221 hommes et femmes de 15–50 ans, une question rétrospective a été posée sur les décès survenus au cours des deux dernières années dans les ménages et leurs causes.[94] Sur 711 décès déclarés, les personnes interrogées ont attribué 232 à la méningite, 166 au paludisme, 149 au Sida et 164 dont les causes ne sont pas connues. Les 149 décès dus au Sida ont fait au total 465 orphelins dont 31% ont moins de sept ans, 34% ont un âge compris entre sept et 12 ans, 20% sont âgés de 13–15 ans et 15% ont plus de 15 ans. Seulement 3% d'entre eux sont dans des structures d'accueil pour orphelins et 4% s'occupent d'eux-mêmes. Les autres sont repartis entre les veuves (22%), les grands-parents (25%), les oncles et tantes (28%). Il faut dire qu'au Burkina, il existe très peu de structures qui prennent en charge les orphelins en général et il n'existe pas de dispositions particulières en faveur des orphelins, veufs ou veuves du Sida.

Autres Groupes à Risques

Jusqu'à une époque récente, le Burkina Faso n'était pas directement confronté aux problèmes de réfugiés ou de populations déplacées. Mais, depuis 1999, on assiste à de vastes mouvements de Burkinabé contraints de regagner le pays par milliers, suite à des

[g] Au-delà de 14 ans, la question sur la présence ou la survie des parents n'est pas posée.

exactions subies dans ce qui fut jadis leur pays d'accueil, la Côte d'Ivoire. Parmi ces rapatriés, estimés par le Ministère de l'Action sociale à près de 500,000 depuis 1999, on dénombre une importante proportion de jeunes de 15–25 ans[h], partis à la recherche de travail dans les plantations de Côte d'Ivoire. Or ces importants mouvements de population peuvent favoriser parfois les comportements à risques vis à vis des IST et du VIH/Sida. Ainsi, Lalou R et Piché V ont montré que «les déplacements de population favorisent les rapports sexuels occasionnels souvent non protégés et font ainsi du migrant et du voyageur à la fois l'hôte et le vecteur potentiel du VIH-Sida ».[95] Ces constats ont également été relevés dans une étude menée au Burkina Faso portant sur la relation entre mobilité et propagation du virus du Sida.[96] De ces études, il ressort également que les déplacements de population favorisent les mécanismes de détérioration des structures sociales et économiques et la dynamique d'éclatement des familles plaçant ainsi le migrant souvent esseulé dans des conditions qui l'exposent aux comportements sexuels à risques.

[h] Il n'existe pas de statistiques fiables sur le nombre exact de personnes concernées par ces mouvements de retour forcés encore moins sur la structure par âge de cette population.

Informations et Services en Matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes

La Place des Media

Pendant longtemps, les sources d'informations au niveau du secteur public n'ont pas été spécialement adaptées aux adolescents. Mais depuis les cinq dernières années, on s'accorde à reconnaître que les adolescents constituent un groupe spécifique avec des besoins spécifiques et les sources d'informations ont été largement diversifiées (radio, presse écrite, affiches publicitaires, messages télévisuels, campagnes multimédias...). Selon l'étude multisite de Bobo-Dioulasso, les sources d'informations citées par les jeunes de 13–24 ans qui ont déjà entendu parler des IST/Sida sont : la radio et la télévision (77% des garçons et 72% des filles pour chacune d'elle), et les journaux (25% des garçons et 13% des filles).[97] Cependant, ces pourcentages s'expliquent par le fait que nous sommes en milieu urbain. En effet, selon l'EDS, 58% des ménages ont accès à la radio contre seulement 7% pour la télévision.[98] Parmi les jeunes de 15–19 ans, 30% des jeunes filles et 43% des jeunes garçons ont accès aux medias. Les adolescents les plus éduqués et ceux du milieu urbain, plus particulièrement ceux résidant à Ouagadougou, ont plus fréquemment accès aux media.[99]

Les Campagnes Médiatiques

Certaines conférences notamment celles qui sont organisées par les médias audio-visuels connaissent des témoignages de personnes parfois directement concernées. C'est le cas par exemple des personnes visant avec le VIH/Sida qui, regroupées au sein d'une association, font parfois des témoignages à la télévision ou donnent des interviews dans la presse écrite ou à la radio, au cours desquels elles sensibilisent la population notamment la frange adolescente.

A cela il faut ajouter les messages publicitaires élaborés pour sensibiliser sur les méthodes de prévention contre le Sida et les IST et qui paraissent à la télévision. Certains d'entre eux sont très connus par le public comme la campagne publicitaire « C'est ma Vie », réalisée par le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST. On note aussi la réalisation d'une bande dessinée dénommée « Marcelline et Jojo » dans le cadre de la lutte contre le Sida. Cette innovation faite par le projet Santé Familiale et Prévention du Sida (qui a pris fin en 2003) est très appréciée de la frange adolescente scolarisée.

Des jeux radiophoniques ou à travers la presse écrite sont souvent organisés à l'occasion de certains événements nationaux ou internationaux (journée mondiale de la santé, journée mondiale de la population, journée de la femme…). Ainsi, à l'occasion de la journée mondiale de la population de l'année 2003 dont le thème portait sur la santé de la reproduction des jeunes, le Conseil National de la Population a organisé un concours dans la presse écrite qui a connu la participation de nombreux jeunes. Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a par ailleurs signé le 15 juillet 2003, une convention de partenariat avec cinq organes de la presse écrite privée et publique. Le secrétaire permanent du Conseil a justifié la signature de cette convention par ces termes : « Convaincu que les médias ont un grand rôle à jouer pour rappeler sans cesse cette dure réalité [le Sida] à l'opinion publique, ce partenariat vise à susciter chez les hommes de médias plus d'engagement et de vigueur dans le traitement et la diffusion de l'information sur le Sida, dans l'espoir que la population jusque dans les villages, adopte des comportements responsables ».[100] Ce partenariat sera bientôt élargi à l'audio-visuel.

Outre les cadres formels, d'autres canaux existent.

Ainsi, les projections cinématographiques ou les conférences suivies de débats sur un thème précis, tel que le VIH/Sida ou l'excision, sont des occasions appréciées qui permettent aux adolescents d'exprimer leurs points de vue sur les questions de santé de la reproduction et d'approfondir leurs connaissances en IEC. Les semaines culturelles généralement organisées dans les établissements secondaires, les foires ou kermesses constituent aussi des canaux importants de communication sur des thèmes variés mais surtout sur le VIH/Sida. Enfin, les réseaux corporatistes tels que le Réseau des journalistes pour la lutte contre le Sida, œuvrent également à la diffusion de l'information à travers des dépliants conçus à cet effet.

Il faut noter aussi que des campagnes de sensibilisation appelées généralement « caravanes contre le Sida » sont régulièrement organisées à travers le territoire. Il s'agit de manifestations ambulantes qui sillonnent généralement des villes pour sensibiliser les populations sur le Sida et les IST à travers des soirées culturelles (prestations d'artistes musiciens, de troupes théâtrales,…). Pendant ces tournées, on assiste généralement à l'organisation de séances de démonstration de port du condom et à leur distribution gratuite.

L'Education en Matière de Population

Au niveau du système éducatif formel il a été créé depuis 1993 le Programme d'éducation en matière de population (EMP-Formel). C'est un programme gouvernemental dont la mission consiste à l'introduction des questions de population dans les programmes de formation des écoles primaires, secondaires et professionnelles ainsi que dans la formation des enseignants du primaire et des conseillers pédagogiques en la matière. Ainsi, les programmes d'enseignement que reçoivent les élèves abordent divers thèmes relatifs aux questions de population. Le thème de santé de la reproduction notamment le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles, a été intégré de façon transversale dans toutes les disciplines scolaires du niveau primaire et secondaire. Ce programme inclut l'éducation sexuelle dans le curriculum de formation en vue de promouvoir une « sexualité responsable ». Des conclusions tirées de l'évaluation, faites en 2000, de l'impact du programme dans l'enseignement secondaire, on note surtout que le programme a permis « d'améliorer les relations interpersonnelles (relations filles-garçons, dialogues élèves-enseignants, enseignants-enseignants, enseignants-associations de parents d'élèves) ».[101] L'évaluation a cependant montré que d'une part tous les enseignants (du niveau primaire comme du niveau secondaire) n'avaient pas encore bénéficié d'une formation sur les thèmes de la santé de la reproduction et que d'autre part, ceux qui en ont bénéficié ont besoin d'un recyclage périodique pour mettre à jour leurs connaissances. Faisant suite à ces recommandations de l'évaluation et conscient de l'enjeu, le gouvernement a planifié la formation de tous les enseignants en santé de la reproduction sur la période 2002–2004 dont 18,000 maîtres de l'enseignement primaire en 2002.

L'équivalent de ce programme a été créé en 1995 pour le système éducatif non formel : « Éducation en matière de population pour la jeunesse rurale ». Mis en œuvre grâce à l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), son objectif était de « mettre à la disposition de la jeunesse rurale des informations en santé reproductive pour promouvoir la parenté responsable ». Ce programme s'insérait dans le programme de formation des écoles rurales en charge de l'alphabétisation des jeunes en langues nationales ainsi que dans les programmes des Centres de Formation des Jeunes Agriculteurs, toujours en milieu rural. Après deux années de fonctionnement sous forme expérimentale dans cinq Centres de Formation de Jeunes Agriculteurs, ce programme a pris fin en 1996 sans avoir été institutionnalisé comme dans le système formel.

Le Rôle des ONGs et du Secteur Privé

L'engagement du secteur privé dans l'offre de services spécifiques pour les jeunes reste encore timide. Ces offres de services ne sont pas dissociées de l'ensemble des autres prestations de services offertes par les cliniques privées. Toutefois, compte tenu de son caractère plus discret que le secteur public et du fait de la personnalisation des services offerts, le secteur privé est de plus en plus sollicité. Cependant, compte tenu du coût relativement élevé des prestations de services, la fréquentation reste encore l'apanage d'une petite frange de la population, notamment et presque exclusivement dans les grandes villes.[102]

En revanche, les ONGs restent les principaux partenaires de l'Etat burkinabé dans le domaine de la santé de la reproduction. On distingue celles qui offrent des services en santé de la reproduction et

celles qui ont un rôle plutôt de conseil et d'appui technique et/ou financier.

Au niveau de la première catégorie on peut citer les deux ONG nationales que sont la Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille (CPSF) et surtout l'ABBEF, affiliée à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).[103]

La CPSF est une ONG mise en place par l'Amicale Burkinabé des Sage-Femmes. Son principal objectif est de « contribuer à promouvoir la santé de la famille par l'entremise d'une parenté responsable ». Bien que ses activités ne soient pas exclusivement consacrées aux adolescents, elles leur accordent une large place dans les activités. Ainsi, des conférences ciné-débats et des formations sur des thèmes portant sur la santé de la reproduction et la lutte contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles sont organisées dans les établissements secondaires aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les services de planning familial offerts dans la clinique (basée dans la capitale) accordent une place importante aux adolescentes: consultations gynécologiques, dépistage de IST, et counceling en planning familial.

L'ABBEF, quant à elle, a été reconnue en 1995 comme ONG d'utilité publique par les autorités burkinabés. Ses activités ont été plébiscitées et appréciées par les autorités du Gouvernement du Burkina Faso qui ont reconnu par la même occasion et en faveur des conclusions du Caire que les besoins des adolescents en santé de la reproduction doivent être appréhendés à travers des approches différentes de celles utilisées pour les adultes. Cette reconnaissance de l'ABBEF est surtout intervenue suite à la mise en œuvre de son programme des pairs éducateurs dénommé programme Jeunes pour Jeunes dont la première phase s'est déroulée de 1992–1994 à travers le SEATS Project (Service Expansion and Technical Support) financé par l'USAID. Les activités sont axées sur des « prestations de services-conseils en éducation à la vie familiale et à la planification familiale à l'intention des jeunes de 12 à 20 ans ». Sa mise en œuvre a permis de créer deux centres-cliniques pour jeunes à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Suite à un atelier national tenu en 1995, le Ministère de la Santé a décidé d'adopter l'approche « jeunes pour jeunes » en créant deux autres centres jeunes également à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Aujourd'hui il en existe dans deux autres villes du pays, Koupèla et Koudougou, respectivement à 150 kilomètres à l'est et à 100 kilomètres à l'ouest de la capitale.

Il existe au Burkina une certaine synergie entre les ONGs œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction. Ainsi, l'ABBEF a entrepris en août 1996 avec l'appui de la GTZ (la Coopération Technique Allemande) et du Population Council, une étude en vue « d'identifier les besoins spécifiques des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle afin d'améliorer le niveau de connaissance sur les problèmes spécifiques des jeunes et contribuer à mieux adapter le programme Jeunes pour Jeunes.[104] Il s'agit d'une étude qualitative qui a concerné les jeunes (filles et garçons) de 12–24 ans.[105] Cette étude a été d'un grand intérêt dans la réorientation de certains programmes car elle a permis de décrire les besoins spécifiques des jeunes et de leurs sous-groupes en matière de santé de la reproduction et de recommander des adaptations et innovations dans le domaine de l'IEC/Conseil et des prestations de services en santé de la reproduction.[i] Ainsi, il ressort qu'un des grands besoins des jeunes est « de rompre le tabou sur la sexualité avec les parents ». C'est pourquoi entre autres actions, il est préconisé de « développer une approche parent en vue d'initier et de renforcer la communication entre parents et jeunes et d'identifier les besoins des parents dans la perspective de résolution de cette crise entre parents et jeunes ». Il ressort également que « chez les 12–14 ans surtout il y a une méconnaissance du risque d'infection suite à un seul rapport sexuel ».[106]

Quant aux autres ONGs elles apportent surtout leur soutien technique et/ou financier. On peut citer le Population Council qui comme nous l'avons vu plus haut, apporte son appui technique dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population à travers le programme gouvernemental « Centre de production et de formation pour jeunes filles ». Ce centre, faut-il le rappeler, a pour objectif principal de former de jeunes filles aux techniques de maraîchage

[i] La méthodologie utilisée est une combinaison entre les discussions dirigées de groupe (DDG) et les entretiens individuels (20 DGD et 280 entretiens individuels ont été réalisés dans cinq villages situés en moyenne dans un rayon d'environ 15 kilomètres de la capitale (Yamtenga, Balkuy, Bassinko, Boaasa et Zagtouli) ; 20 DGD et 254 entretiens individuels ont été réalisés dans cinq villages d'une province rurale située à environ 150 kilomètres de la capitale (Kouritenga); 100 entretiens individuels ont été conduits auprès des clients du Centre Jeune de Bobo-Dioulasso ; 200 autres entretiens individuels ont été conduits auprès des clients du Centre Jeune de Ouagadougou).

et autres activités agricoles ou rémunératrices dans le but de les doter d'une certaine autonomie afin de subvenir à leurs besoins grâce aux activités qu'elles mèneront par la suite.

Cet appui technique consiste à introduire dans la formation et l'encadrement de ces jeunes filles âgées de 14–23 ans des modules qui abordent la santé de la reproduction: santé maternelle et infantile, IST/Sida, planification familiale.

Parmi les autres ONG qui intègrent également la santé de la reproduction des adolescents dans leurs activités on peut citer entre autres Fédération Save the Children, PROMACO, l'Initiative Privée Communautaire de lutte contre le Sida (IPC), Plan-Burkina, le projet Santé Familiale et Prévention du Sida (qui a pris fin courant juillet 2003), la coopération technique allemande (GTZ).[107]

La Fondation pour le Développement Communautaire (FDC/Save the Children) qui œuvre dans le domaine de la santé de la reproduction en général et de la lutte contre le VIH/Sida en particulier. Les femmes, les enfants et les jeunes constituent sa population-cible. Les activités sont essentiellement tournées vers le milieu rural : création de clubs anti-Sida gérés par les jeunes (informations, vente de condoms), animation/sensibilisation par des causeries à base communautaire avec un ciblage par tranche d'âge et par sexe.

Le projet PROMACO a été créé en 1991 et vise à assurer la vulgarisation et la promotion de l'utilisation des préservatifs par le biais des activités de distribution, de sensibilisation, de communication et de sponsoring.

L'Initiative Privée Communautaire de lutte contre le Sida (IPC) a pour objectif principal de promouvoir la participation des associations dans la lutte contre le VIH/Sida. Il joue donc un rôle d'appui technique (par la formation des responsables d'associations aux techniques de sensibilisation) mais aussi d'appui financier.

Le Rôle des Organisations Sportives

L'organisation d'activités sportives tant en milieu rural qu'en milieu urbain est un canal de plus en plus utilisé pour sensibiliser la jeunesse aux questions de VIH/Sida. Les compétitions sportives entre établissements primaires, secondaires, supérieurs ou entre les villages d'une province sont des opportunités très souvent saisies par l'ONG PROMACO, par exemple, pour assurer la promotion de l'utilisation des condoms par le biais des activités de distribution, de sensibilisation, de communication et de sponsoring.

Le Rôle des Groupes Religieux

Parmi les groupes religieux l'Eglise catholique reste la plus organisée dans la lutte contre le VIH/Sida. Ses premières actions en la matière remontent en 1998 où les évêques de la Conférence épiscopale se sont réunis du 29 juin au 2 juillet 1998 dans le cadre d'un « séminaire national catholique d'information et de sensibilisation sur le VIH/Sida ». Ce séminaire avait pour thème « L'église catholique du Burkina Faso face à la pandémie du VIH/Sida : une réponse selon l'évangile ». C'est lors de ce séminaire que les évêques ont préconisé la création d'un Comité National Catholique de Lutte contre le Sida (CNCLS) qui verra le jour trois ans plus tard soit le 12 janvier 2001.[108] Cette structure vise à promouvoir la formation et l'information sur la prévention du Sida et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. La formation s'intéresse aux agents pastoraux, aux responsables des communautés diocésaines, paroissiales et des communautés catholiques de base, aux agents catholiques de santé ainsi qu'aux mouvements et associations catholiques. En outre elle a pour rôle d'organiser et d'aider à l'animation des structures mises en place (comités diocésains, paroissiaux et communautés catholiques de base) pour la promotion de la lutte contre le VIH/Sida. Le plan d'action du CNCLS est essentiellement axé sur « la promotion de la prévention respectueuse de la dignité humaine par l'information juste, cohérente et complète, l'éducation et la formation. L'église préconise l'abstinence et la fidélité permanente entre époux ».

C'est dans ce sens qu'est né le mouvement Jeunes Témoins du Christ (JTC) qui regroupe des adolescents et adolescentes scolarisés du secondaire de 12 ans et plus qui ont prêté serment de s'abstenir jusqu'au mariage. C'est un mouvement international, intermédiaire entre le mouvement des enfants appelé « Cœurs Vaillants–Ames vaillantes » et celui de la « Jeunesse Etudiante Catholique (JEC)».

La Stratégie des Pairs Educateurs

Au niveau des approches par les pairs, l'une des pionnières est l'ONG nationale l'ABBEF qui, avec l'appui du FNUAP et du gouvernement, a développé un modèle d'expansion de services conseils à l'intention des jeunes à travers la formation de « pairs

éducateurs » aux techniques d'animation et de communication en matière de santé sexuelle et de la reproduction à l'endroit des jeunes surtout aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Aujourd'hui, d'autres structures lui ont emboîté le pas. C'est le cas de l'Association Burkinabé des Sage-femmes (ABSF) et le Réseau Africain des Jeunes contre le Sida/section du Burkina (RAJS/BF).

Il faut également souligner que les pairs éducateurs ont été utilisés comme stratégie principale dans le projet de promotion de la santé de la reproduction des jeunes à Bittou, Pama et Léo. Cette stratégie s'est avérée concluante étant donné que de nos jours l'Association des Jeunes pour le Développement de la Région de Bittou continue de bénéficier de l'appui de partenaires financiers comme le Programme de Développement de la Région du Boulgou pour renforcer les compétences des associations de la zone du Boulgou dans la formation et l'utilisation des pairs-éducateurs.

Aussi, dans le cadre général du programme d'action élaboré par le Fonds des Nations Unies pour la femme (UNIFEM/Dakar), l'ABSF a formé courant septembre 2002, 30 « élèves-pairs leaders » venus d'associations, de réseaux et de communautés de jeunesse des cinq plus grandes villes du pays (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Banfora, Ouahigouya et Fada). Cette formation axée essentiellement sur la santé sexuelle et de la reproduction (modes de transmission du VIH, stratégies de lutte…) a abordé également des aspects comme les droits humains et la relation genre et VIH/Sida.

L'approche par les pairs utilise surtout les causeries-débats destinés à des groupes homogènes d'adolescents (scolarisés, non scolarisés, citadins, ruraux, filles ou garçons…). C'est une technique d'animation qui permet aux adolescents (grâce à un modérateur) d'échanger leurs connaissances sur un sujet touchant à la santé de la reproduction en général et de donner des informations en la matière. Ces causeries-débats peuvent être organisés par n'importe quelles structures, mais ils sont le plus souvent l'apanage des associations de jeunes. C'est le cas du RAJS/BF, qui est le relais national du Réseau Africain des Jeunes contre le Sida, lui même mis en place à l'occasion du Forum sur le développement en Afrique en 2000. Le RAJS/BF, qui regroupe les associations de jeunesse œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction, a pour objectif principal « de promouvoir le leadership de la jeunesse en tant que stratégie et réponse pour faire face au défi du VIH/Sida ». Pour ce faire, un plan d'action 2002 de lutte contre les IST et le VIH/Sida chez les jeunes scolarisés et non scolarisés de 10–35 ans a été élaboré. Le plan d'action du réseau est fondé sur trois axes :

- un plaidoyer pour la mobilisation des ressources;
- la formation des associations membres ;
- la promotion d'une stratégie de communication pour le changement de comportements. Cette stratégie est surtout basée sur la paire éducation. Des clubs RAJS de catégorie minime (10–14 ans), cadet (15–19 ans), junior (20–24 ans et sénior (25–30 ans) seront mis en place. Ils auront pour objectifs « d'offrir aux jeunes un cadre de concertation sur le VIH/Sida, d'organiser leur vie et de développer les réflexes contre le VIH/Sida ».

En ce qui concerne les sources informelles d'IEC, dans certaines villes du pays des initiatives informelles de communication existent entre jeunes et jeunes d'une part, et entre jeunes et adultes d'autre part, dont les thèmes portent généralement sur les IST, le Sida et leurs conséquences. Les cadres d'interventions de ces jeunes sont très souvent les cabarets et les marchés tenus de manière hebdomadaire et rotative dans les villages. Ce sont des lieux de « rencontres amoureuses » pouvant aboutir à des rapports sexuels à risques.[109]

Toujours dans le lot des sources d'informations informelles, Yaro Y cite également l'initiative de l'ONG PROMACO d'avoir recours à des griottes (cantatrices animant les baptêmes, les mariages et autres réjouissances populaires) dans certaines villes pour sensibiliser et éduquer les jeunes à l'utilisation du condom afin d'éviter toute contamination.[110] Cette initiative de recourir aux griottes pour lutter contre le Sida est motivée par leur influence sur les jeunes et sur les populations, les griots et les griottes étant écoutés attentivement « car toute parole chantée est considérée comme porteuse d'un message vrai ».

Les Programmes Spéciaux pour Filles

En ce qui concerne les programmes spécialement conçus pour les adolescentes, on peut citer le Population Council qui apporte son appui technique dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population à travers le programme gouvernemental

« Centre de production et de formation pour jeunes filles ». Ce centre a pour objectif principal de former des jeunes filles aux techniques de maraîchage et autres activités agricoles ou rémunératrices afin de les doter d'une certaine autonomie qui leur permette, une fois de retour dans leur terroir, de subvenir à leurs besoins grâce aux activités qu'elles mèneront.

Cet appui technique consiste à introduire dans la formation et l'encadrement de ces jeunes filles âgées de 14–23 ans des modules qui abordent la santé de la reproduction: santé maternelle et infantile, IST/Sida, planification familiale. L'objectif visé par le Population Council dans cette intervention est de donner aux filles au cours des deux ans que dure le séjour dans le centre, des connaissances en santé de la reproduction afin qu'elles soient des relais au sein de la communauté une fois de retour dans leur terroir, afin qu'elles fassent « tâche d'huile » dans la diffusion des connaissances en prévention des IST/Sida, grossesses non désirées… A cet effet, au sein des deux centres de formation (Niassan et Débé), deux centres-conseils ont été érigés et fonctionnent à l'aide d'encadreurs en santé de la reproduction qui dispensent des cours de santé de la reproduction et sont à l'écoute des jeunes filles pour tout ce qui a trait à la santé de la reproduction.

L'Utilisation des Services de Santé par les Jeunes

Les jeunes fréquentent très peu les services de santé même quand ils ont des raisons de le faire. Cette situation a été également observée lors de l'enquête multisite à Bobo-Dioulasso. En effet, les résultats montrent que parmi les adolescents qui ont déclaré avoir eu un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois (8% des garçons et 10% des filles), seuls 54% des garçons et 43% des filles ont cherché à se soigner dont 33% par l'automédication chez les garçons. Ce sont les filles qui ont le plus recours aux structures de santé (73% de celles qui ont eu un symptôme de IST).[111]

De façon générale, l'évaluation de la fréquentation des centres jeunes (mis en place aussi bien par le Ministère que par l'ABBEF) avait montré que l'utilisation était en-déçà des attentes. En effet, en 1996 seulement 18% des jeunes interrogés connaissaient l'existence du Centre Jeune de l'ABBEF de Ouagadougou, encore moins les activités qui s'y mènent.[112] C'est pour améliorer la fréquentation que l'ABBEF a initié l'étude qualitative de 2000.[113] Les résultats de cette étude ont montré que 1750 consultations ont été faites dans le Centre en six mois (juillet 1999 à janvier 2000). Elles ont concerné des jeunes de 14–29 ans dont 23% étaient âgés de 14–19 ans. Ces consultations n'ont concerné que 3% de garçons.

Contraintes pour Accéder aux Services de Santé

Dans l'étude menée par l'ABBEF visant à identifier les principaux facteurs qui freinent l'utilisation des Centres Jeunes, il ressort que la distance n'est pas une barrière à l'utilisation du centre jeune de Ouagadougou (situé au centre).[114] En effet, le centre est plus fréquenté par les jeunes en provenance des quartiers périphériques : « La raison de sa fréquentation par ces jeunes des quartiers périphériques éloignés du centre réside dans la recherche de la discrétion et de la confidentialité».[115] Il ressort que « les jeunes préfèrent aller dans des lieux où ils sont le moins connus ». Avant la collecte des données, l'hypothèse était qu'au-delà de sept kilomètres du centre, la fréquentation serait moindre. « Les résultats montrent au contraire 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».[116]

Le coût ne semble pas constituer non plus un obstacle majeur. En effet, 53% des jeunes interrogés sont d'accord que les prestations soient payantes et proposent même des tarifs supérieurs à ce qui est pratiqué dans le centre.

Parmi les raisons de la non fréquentation les résultats de l'étude distinguent surtout la peur d'être mal jugé : « il y a comme une peur, la peur de braver un interdit en venant au centre. On ne veut peut-être pas que les jeunes comme nous fréquentent le centre », déclarent des filles de 12–15 ans au cours de la discussion dirigée. Cette peur se perçoit dans les déclarations des filles qui disent vouloir un centre isolé des regards. Derrière cette crainte d'être mal jugé, se profile l'impression qu'ont les gens, impression selon laquelle ne viennent au centre que les personnes qui ont un problème lié à la santé sexuelle.[117]

L'étude de Tenkodogo et de Ouagadougou corrobore ce constat. Parmi les raisons de la faible fréquentation des services de santé modernes, la honte est évoquée par 41% des adolescents de Tenkodogo et par 36% de ceux de Ouagadougou.[118]

L'autre raison principale pour la non fréquentation vient du fait que les jeunes ont recours aux sources d'informations informelles. L'existence d'un circuit

de recherche et de circulation de l'information explique parfois que les adolescents surtout les garçons, n'éprouvent pas toujours le besoin d'aller dans les structures formelles. Il ressort que les filles scolarisées ont beaucoup plus recours aux enseignants (femmes de préférence) d'Education Sociale et Familiale pour expliquer leurs problèmes.

Ainsi, l'itinéraire thérapeutique de l'adolescent qui a un problème de santé de la reproduction (besoins d'informations, besoins d'aide médicale…) semble se résumer de la façon suivante: il s'adresse d'abord à un ami, puis à un groupe de copains, ensuite à un adulte (généralement le professeur en charge de l' Education Sociale et Familiale ou de Sciences Naturelles pour les scolarisés, matières dans lesquelles on évoque les questions de santé de la reproduction). « Cette quête de l'aide s'achèvera chez un professionnel de la santé quand le jeune aura fait la synthèse des propositions reçues et/ou aura expérimenté sans succès les conseils et autres « tuyaux » qu'on lui aura fournis ».[119]

Les restrictions parentales peuvent aussi constituer des barrières à la fréquentation des services de santé. Ainsi dans l'étude menée par le Population Council, il ressort que la quasi-totalité des adolescents (99%) des deux zones d'étude ont besoin de la permission parentale avant de se rendre à un lieu donné. L'accord des parents est fonction du sexe de l'adolescent, les filles étant plus victimes de l'autorité parentale. Ainsi au Bazèga, pour se rendre dans les centres communautaires, 72% des filles et 96% des garçons peuvent obtenir la permission parentale. En ce qui concerne la permission pour se rendre aux loisirs (ciné, concerts, théâtre…), elle est accordée sous certaines conditions dans 77% des cas aux filles contre 96% des cas chez les garçons. Dans le Gourma, ces proportions sont de 60% et de 96% respectivement pour les filles et les garçons.[120]

La communication entre parents et adolescents sur la santé de la reproduction demeure par ailleurs insuffisante. Ainsi, dans le but de cerner cette problématique, l'ABBEF a mené une étude en 2000 dans les trois plus grandes villes du Burkina (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Koudougou) et qui abritent les Centres Jeunes qu'elle a mis en place. Les principaux objectifs de cette étude étaient de « déterminer d'une part le niveau de connaissances des parents dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et d'autre part identifier les blocages qui empêchent les parents de communiquer avec les adolescents sur la sexualité, la planification, les infections sexuellement transmissibles et le Sida ».[121] L'étude qui a combiné l'approche quantitative et qualitative (groupes de discussions) a concerné 108 jeunes de 10–25 ans (36 à Koudougou, 35 à Bobo-Dioulasso et 37 à Ouagadougou) et leurs 104 parents (35 à Koudougou, 33 à Bobo-Dioulasso et 36 à Ouagadougou). Les adolescents âgés de 10–14 ans représentaient 18% de l'échantillon tandis que les 15–19 ans représentaient 61%.

Les raisons avancées par les parents et les jeunes comme sources de blocage de la communication tiennent au fait que « les parents appartiennent à une génération ayant reçu une éducation familiale sociale très pudique. Une éducation qui occultait sciemment toutes les questions d'ordre sexuel. Les parents ne peuvent qu'être embarrassés pour parler de problèmes de sexualité avec les enfants ». Cinquante huit pourcent des parents déclarent éprouver une gêne à parler de sexualité à leurs enfants et 20% disent ne pas savoir comment aborder la question. La même tendance s'observe dans les déclarations des jeunes (37% sont gênés et 16% ne savent pas comment s'y prendre). On note également la « peur de pousser les adolescents à une pratique précoce de la sexualité ». A ces raisons d'ordre psychologique il y a aussi « l'ignorance des parents (qui découvrent certaines choses en même temps que leurs enfants si ce n'est après) qui les handicape et les amène à fuir le dialogue avec les enfants ». Les résultats montrent également que tous les parents interrogés ne sont pas d'accord pour l'enseignement de l'éducation sexuelle à l'école. Ainsi, la proportion des réticents est de 7% à Koudougou, 10% à Bobo-Dioulasso et 13% à Ouagadougou.

Accès aux Condoms

En ce qui concerne l'accès des adolescents aux condoms et autres services de santé et leur utilisation, l'obstacle le plus important semble être l'attitude des prestataires de services vis à vis des adolescents. En effet, la plupart des adolescents fustigent les comportements réprobateurs de certains prestataires de services qui ne sont pas de nature à simplifier leur accès aux services de santé. Les adolescents désapprouvent généralement l'attitude moraliste de certains prestataires de services qui n'hésitent pas à les traiter comme des « enfants perdus parce qu'ils ont déjà eu des rapports sexuels au cours desquels ils ont contracté une IST », lorsqu'ils se rendent dans les

services de santé pour soigner une infection.[122] L'auteur ajoute que les garçons avouaient que les vendeurs de condoms qui sont généralement des adultes leur servaient le condom avec quelques fois un regard ou un air qui tend à les gêner. Pour résoudre ces problèmes, ces jeunes proposent même qu'en ville des distributeurs automatiques de préservatifs soient disponibles et fonctionnant 24 heures sur 24 heures. Ce qui leur permettra d'obtenir le produit à tout moment et à l'abri des regards indiscrets.

Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête PROMACO qui montrent que « s'agissant de la gêne qu'éprouvent les garçons, 26% des filles et 47% des garçons pensent que les garçons ont peur d'avoir à supporter les regards des personnes. S'agissant de la gêne au niveau des filles, 69% des filles et 70% des garçons pensent que les filles ont du mal à aller acheter des condoms ».[123] Néanmoins, les jeunes citent en tête la boutique comme lieu idéal de vente du condom (57% des filles et 68% des garçons).[124]

Selon l'EDS, moins d'un tiers des adolescentes qui ont eu des rapports sexuels savent ou obtenir un condom. Le niveau est beaucoup plus élevé parmi les jeunes garçons : 88% savent où obtenir un condom. Cette connaissance est influencée par le niveau d'instruction, le milieu de résidence et l'accès aux media, particulièrement chez les jeunes femmes.[125]

L'enquête PROMACO montre en outre que 82% des filles et 92% des garçons qui ont été interrogés savent où l'on peut obtenir le condom. Mais cette proportion varie selon le milieu. En milieu urbain neuf personnes sur 10 (filles comme garçons) savent où trouver le condom contre sept filles sur 10 en milieu rural. De même parmi les filles sans instruction, 69% savent où trouver le condom contre 92% pour les filles instruites.[126]

Quant à la discrétion des lieux de vente, 77% des filles et 80% des garçons pensent qu'elle est assurée. Toujours selon les résultats de l'enquête PROMACO, « il ne suffit pas de rendre disponibles les condoms mais il est essentiel pour que le port du condom soit efficient, de former les utilisateurs potentiels au port du condom ». Ce constat part du fait que « parmi ceux qui ont accepté d'essayer la démonstration du port du condom, 30% des garçons et à peine 10% des filles ont réussi les cinq phases de port du condom : l'ouverture, la pression du bout, le déroulement, le retrait et le débarrassement ».[127]

Test de Dépistage, Conseils Pré et Post-test du VIH/Sida

Au Burkina, il existe encore très peu de structures qui offrent les services de test du VIH et des services de counceling qui l'accompagnent. En effet, aujourd'hui il existe seulement 16 centres de dépistage du VIH pour tout le Burkina, dont 10 à Ouagadougou et les six autres repartis dans les provinces du Houet, du Boulkiemdé, du Yatenga et du Boulgou.[128] Le Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/Sida et les IST reconnaît la nécessité de renforcer le dépistage et le traitement précoce des IST : « le manque de centres de dépistage-conseil anonyme et volontaire, l'insuffisance de formation du personnel et le coût élevé des tests constituent des obstacles ». C'est pourquoi il est prévu une décentralisation du test de dépistage en le rendant disponible dans les structures de santé du niveau périphérique (centres médicaux simples, centres médicaux avec antenne chirurgicale…).[129]

Malgré les différentes campagnes qui sensibilisent et encouragent les tests de dépistage du VIH/Sida, force est de reconnaître que les volontaires ne sont pas nombreux. Ainsi, selon l'enquête multisite sur les jeunes, 4% des garçons de 15–19 ans et 5% des filles du même âge ont déjà réalisé un test de dépistage du Sida.[130] Ce pourcentage passe néanmoins à 11% et 13% respectivement pour les hommes et les femmes de 25–49 ans. Parmi les raisons citées pour ne pas faire le dépistage, les adolescents évoquent la crainte d'être déjà séropositifs pour n'avoir pas utilisé de préservatifs dans le passé ou pour avoir été exposés à un risque à travers par exemple l'utilisation de lames de rasoirs ou de seringues.[131] Cette tendance à éviter le test de dépistage s'explique aussi par le fait que les anti-retro-viraux restent inaccessibles compte tenu de leur coût et les services de counceling non encore vulgarisés. C'est pourquoi même parmi ceux ou celles qui acceptent de faire le test de dépistage il y en a qui n'ont pas le courage de prendre leurs résultats, arguant que le choc émotionnel qui peut suivre la découverte de la séropositivité est suffisant pour précipiter la mort vu l'absence de prise en charge.

Sur l'ensemble des trois zones (Pama, Bittou et Léo) qui ont fait l'objet de l'étude sur la participation communautaire pour la promotion de la santé de la reproduction des jeunes, 8% des jeunes enquêtés déclarent avoir déjà été dépistés volontairement ou pour un diagnostic médical contre 3% au niveau national.[132] Ce pourcentage est de 19% à Pama.

Les Politiques Gouvernementales Vis à Vis des Jeunes en Matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction

Politique de Santé de la Reproduction

L'environnement institutionnel et politique en matière de santé de la reproduction a commencé à évoluer dans les années 1980 pour s'adapter aux recommandations des différentes conférences africaines et internationales sur la population. C'est ainsi qu'en 1983, l'Etat a créé le Conseil National de Population avec pour mission de réfléchir et de proposer une politique de population en conformité avec les réalités sociales, économiques, et culturelles du pays. Trois ans plus tard, en 1986, le Burkina adopte sa Politique de la Planification Familiale au Burkina Faso[133] et abroge par les mêmes dispositions la loi de 1920 en sa partie relative à la diffusion des contraceptifs. Ces dispositions ont ainsi permis en 1987 l'introduction pour la première fois, de l'éducation sexuelle dans l'enseignement secondaire comme premier volet d'une éducation en matière de population.

Tout ce cheminement a débouché sur l'adoption le 10 juin 1991, d'un texte officiel instituant la Politique de Population au Burkina Faso. La mise en œuvre de cette politique est assurée par des programmes d'actions successifs en matière de population.

La dimension « santé reproductive des adolescents » a été renforcée dans les différentes stratégies notamment à la faveur des recommandations issues de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994. C'est ainsi que le Programme National de Santé Reproductive des Adolescents a été lancé en mars 1995.[134] Il faut noter que le Programme National de Santé Reproductive des Adolescents s'inscrit dans un cadre plus vaste qui est le Plan stratégique de santé reproductive du Burkina Faso et qui s'étale sur 10 ans (1998–2008).[135] C'est un plan qui regroupe l'ensemble des programmations importantes du gouvernement pour réaliser les objectifs fixés au plan national dans le domaine de la santé de la reproduction. L'objectif principal de ce plan est de « réduire de façon significative d'ici l'an 2008 les taux de mortalité et de morbidité des groupes cibles des programmes de santé reproductive et sexuelle ». C'est un document national de référence qui définit quatre grands domaines programmatiques prioritaires en matière de santé de la reproduction.[136]

- Le premier domaine programmatique concerne « la maternité sans risques ». Il vise à augmenter l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services;
- Le deuxième domaine est relatif à la « lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction (excision, violences sexuelles…) ainsi que les barrières juridiques et non juridiques »;
- Le troisième axe du plan stratégique est celui de la « lutte contre les infections génitales (IST/VIH) et les états cancéreux;
- Enfin le quatrième domaine programmatique est relatif à la « santé sexuelle et reproductive des adolescents ».

La première phase quinquennale du Programme National de Santé Reproductive des Adolescents qui s'étalait de 1998–2002, avait pour objectifs « d'offrir des services de santé de la reproduction comprenant la planification familiale, les diagnostics et traitements des IST/Sida aux adolescents de 10–24 ans; d'offrir des conseils et de l'IEC comprenant l'éducation sexuelle, la vie familiale ». Tout cela

devrait concourir à réduire la fréquence des grossesses précoces et non désirées, les IST et VIH/Sida ainsi que les problèmes sociaux liés à l'abus de consommation d'alcool et autres substances psychotropes. C'est le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Famille (DSF), qui est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme national de santé de la reproduction des adolescents.

Les questions de santé de la reproduction des adolescents figurent également en bonne place parmi les préoccupations de la Politique Nationale de Population (PNP) révisée en 2000. C'est ainsi que la PNP s'est fixée comme objectif spécifique majeur, la promotion d'une plus grande utilisation des services de santé de la reproduction en particulier par les femmes, les adolescents et les jeunes à travers une offre de services de santé de la reproduction intégrés ou spécifiques aux jeunes.[137]

Dans le cadre du cinquième programme de coopération entre le Burkina Faso et le FNUAP il a été mis en place un projet dénommé Projet « Communication pour le changement de comportements des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et de santé reproductive ».[138] Il est exécuté sur la période 2001–2005 par la Direction Générale de la Jeunesse à travers la Direction des organisations et des activités socio-éducatives des jeunes (Ministère de l'Emploi et de la Jeunesse). La mise en place de ce projet « se fonde sur l'une des recommandations de l'évaluation du précédent Programme Burkina-FNUAP (1997–2000)[139] qui interpelle les autorités burkinabé à intensifier les actions de sensibilisation auprès des groupes vulnérables notamment les adolescents et les jeunes ».[140] Le projet a pour objectif global d'accroître d'ici 2005 la disponibilité de conseils et d'informations en matière de santé de la reproduction au profit des adolescents et des jeunes, par la conduite d'activités de communication en intégrant les aspects cliniques.[141] La stratégie adoptée est l'approche « jeune pour jeune » qui vise un changement de comportements des bénéficiaires avec une forte implication de la communauté et de la société civile en particulier des ONG, associations de jeunes et leaders d'opinion. Quant aux activités prévues, on peut retenir entre autres :

- la formation des agents socio-sanitaires, des encadreurs et leaders de jeunes, des animateurs et des pairs éducateurs, en communication pour le changement de comportement, en gestion des services de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes et en techniques d'animation;
- l'appui aux ONG, associations et districts sanitaires pour la prise en charge des besoins cliniques des adolescents et des jeunes (mise à disposition de kits IST à des cliniques et formations sanitaires identifiées…).[142]

La mise en œuvre de ces différentes politiques et programmes gouvernementaux s'est traduite entre autres par l'implémentation des services de santé de la reproduction pour adolescents à travers les Centres Jeunes implantés dans une dizaine de chef-lieux de provinces dont une dans la capitale et une autre dans la deuxième ville, Bobo-Dioulasso.

Le programme « Centres Jeunes » exécute à la fois une intervention à base communautaire et une intervention clinique. Au niveau clinique, les adolescents reçoivent une gamme variée de services en santé de la reproduction comprenant des examens gynécologiques, des activités d'IEC en planification familiale, IST et VIH/Sida. Ces centres donnent également des conseils psycho-sociaux sur l'abus de la drogue et autres médicaments psychotropes ainsi que sur les relations familiales. D'autres services tels que les occasions de causeries éducatives et les séances de vidéo-projection sont disponibles.

Politique VIH/Sida

En ce qui concerne le VIH/Sida, c'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu officiellement l'existence du virus sur son territoire. Mais c'est en 1987 que les différentes actions de lutte ont véritablement commencé avec l'élaboration du Programme National de Lutte contre le Sida et la mise en œuvre de trois plans d'interventions. Le premier plan couvrait la période de 1987–1989. Au même moment, le Burkina Faso préparait à l'intention des différents bailleurs de fonds sa « lettre de Déclaration de Politique en matière de Sida »[143] qui contient les orientations en matière de lutte contre le VIH/Sida au Burkina. Cette lettre fut soumise à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ce qui a conduit à la mise en place de 1996–2000 du Programme Population et Lutte contre le Sida (PPLS). C'est ce programme qui fait aujourd'hui place au Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2001–2005[144] approuvé par le Conseil des Ministres le 9 mai 2001. Organisé autour de quatre axes (renforcement des mesures de prévention, renforcement de la surveillance

épidémiologique, amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées et enfin élargissement de la réponse et promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle), ce cadre qui se veut multisectoriel, prend largement en compte la frange jeune de la population. En effet, convaincu que « la seule alternative valable dans la réduction de la transmission du virus demeure sans conteste la prévention », le cadre stratégique pense qu'il est « urgent d'intensifier les mesures de prévention en s'appuyant sur l'expérience de la communication pour le changement de comportements ».[145] Parmi les grandes innovations figure la transformation du Comité national de lutte contre le Sida en Conseil National de lutte contre le Sida et les IST présidé par le Président du Burkina Faso et dont le Secrétariat Permanent est rattaché à la Présidence. Plus récemment, le Parlement Burkinabé a accueilli du 23 au 27 septembre 2002 à Ouagadougou un atelier régional sur le « Renforcement de l'engagement et du rôle du parlementaire dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST ». S'adressant à ses homologues parlementaires venus de 10 pays d'Afrique de l'Ouest, le Président du Parlement Burkinabé a dressé un tableau des conséquences du Sida sur le développement notamment au Burkina, en ce qu'il touche la frange jeune donc des bras valides.

Conclusion

Besoin d'Informations et de Services

Au Burkina, bien que des efforts aient été faits au cours de ces cinq dernières années en faveur de la santé de la reproduction en général, beaucoup reste à faire notamment en direction des jeunes. Cette frange de la population a d'énormes besoins en santé de la reproduction non encore satisfaits. L'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST/VIH/Sida) reste très faible.

Même lorsque ces services existent le défi majeur semble être celui de trouver une stratégie adéquate visant à faire en sorte que les jeunes les fréquentent sans complexe, y compris les lieux d'approvisionnement des méthodes de prévention notamment les condoms.

Les programmes d'éducation sexuelle actuels ne concernent que les jeunes scolarisés. Les jeunes non scolarisés qui constituent pourtant la majorité n'a aucun accès à l'information sur la santé sexuelle et de la reproduction. Le seul programme qui avait été conçu en 1995 à l'intention de la jeunesse rurale (Education en matière de population pour la jeunesse rurale) est resté à un stade expérimental.

De façon générale, il y a une impérieuse nécessité aussi bien pour les pouvoirs publiques que pour les ONGs de continuer l'expansion des activités en faveur des jeunes vu la couverture insuffisante des services et des informations notamment en milieu rural où vivent 80% de la population.

En ce qui concerne la coordination des activités en matière de santé de la reproduction des jeunes, beaucoup d'efforts restent également à faire si l'on veut améliorer leur efficacité. En effet, au Burkina, les interventions en matière de santé de la reproduction des jeunes se sont faites dans la quasi-totalité des cas dans le cadre de projets ponctuels à la faveur d'opportunités de financement et non dans des programmes cohérents et bien structurés. Il y a aujourd'hui comme un pléthore d'associations, d'ONGs et autres acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé de la reproduction de façon disparate et sans véritable coordination, parfois avec des messages contradictoires. Pour accroître leur efficience, il est impératif qu'il y ait une synergie d'actions par une approche concertée.

Recherche à Poursuivre

Dans le domaine de la recherche, malgré les multiples études déjà menées, on s'aperçoit que beaucoup d'interrogations demeurent à nos jours sans réponses : Quelles sont les raisons qui poussent les jeunes à s'engager dans des comportements à risques ? Sont-ils conscients de ces risques ? Quelles sont les obstacles environnementaux qui empêchent l'adoption de comportements à moindres risques ? Il s'avère impératif de dépasser le cadre des études classiques de type CAP pour se tourner vers des recherches explicatives approfondies utilisant des méthodologies appropriées permettant d'une part de dégager les profils socio-démographiques des adolescents, et d'autre part, combler les lacunes sur les connaissances du processus de prise de risques chez les adolescents en vue de briser la chaîne à l'aide de stratégies adéquates.

C'est en cela que le Programme « Protéger la Génération Future » peut être d'un apport certain en ce qu'il se propose, à travers diverses études qualitatives et une enquête nationale représentative, d'établir une base de connaissances actualisées et politiquement pertinentes sur les besoins des jeunes en matière d'informations et de services tels qu'ils les estiment eux-mêmes. Ces vues seront à leur tour confrontées à celles d'autres acteurs que sont les prestataires de services de santé, le corps enseignant ainsi que les organisations de promotion et de défense des intérêts des jeunes.

En outre, pour être plus efficace, l'un des objectifs majeurs de ce programme est de faire en sorte que les résultats de la recherche soient davantage connus

notamment des décideurs et de tous ceux qui sont impliqués dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre de programmes et politiques. C'est ainsi qu'ils pourront avoir davantage d'informations à même de les guider dans l'arbitrage de l'allocation de ressources en faveur de la santé de la reproduction des jeunes. En effet, l'inertie politique parfois constatée quant à la formulation ou à la reformulation de politiques et programmes tient souvent à la méconnaissance de l'ampleur des problèmes. Ce n'est qu'à ce prix que les actions de lutte contre le Sida auront un impact véritable sur les comportements des générations futures.

Références

[1] Badini A, *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*, *Découvertes du Burkina*, Paris-Ouagadougou : SEPIA-ADDB, 1994.
[2] Ibid.
[3] Ibid.
[4] Boutillier JL, Quesnel A et Vaugelade J, Systèmes socio-économiques Mossi et migrations, *Cahiers des Sciences Humaines*, 1977, Vol. XIV, n°4, Paris : ORSTOM.
[5] Bardem I et Gobatto I, Les femmes célibataires analphabètes et déscolarisées face au risque du Sida, Une enquête à Ouagadougou, Ouagadougou : ANRS/ORSTOM, 1993.
[6] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 5.
[7] Bonnet D, Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, (Burkina Faso), Collection Mémoires n° 110, Paris: Editions de l'ORSTOM, 1998.
[8] Badini A, 1994, op. cit. (voir référence 1).
[9] Ibid.
[10] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 6.
[11] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 8.
[12] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, Enquête Démographique et de Santé 1998–1999, Calverton, MD, USA : Macro International, 2000.
[13] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 10.
[14] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 9.
[15] Baya B et Sangli G, Etude multisite et sur les jeunes de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Rapport provisoire d'analyse des données, Ouagadougou : UERD, 2000.
[16] Yaro S et al., VIH/Sida et IST chez les jeunes et dans la population générale au Burkina Faso : analyse de la situation pour l'identification des besoins d'intervention dans la zone urbaine de Bobo-Dioulasso, Rapport final, Ouagadougou : FNUAP-Centre Muraz, 2001.
[17] Yaro Y et al., Les facteurs sociaux et les comportements sexuels des adolescents face au Sida au Burkina Faso, Rapport de recherche, Ouagadougou : APJAD-UERD, 2000.
[18] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 7.
[19] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 11.
[20] Yaro Y et al., 2000, op. cit. (voir référence 17).
[21] Yaro Y et al., Evaluation finale du programme sur la participation communautaire pour la promotion de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, Ouagadougou : Mwangaza-Pacific Institute for Women's Health, 2003.
[22] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[23] PROMACO, Les jeunes du Burkina face au condom: étude sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des jeunes de 13 à 25 ans, Rapport final, Ouagadougou : PROMACO, 2001.
[24] Yaro Y et al., 2000, op. cit. (voir référence 17).
[25] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[26] Ibid.
[27] Population Council (Burkina), Etude diagnostique du vécu des filles et de leurs besoins en opportunités économiques et en santé de la reproduction dans les provinces du Bazèga et du Gourma, Volet qualitatif, Ouagadougou: Population Council, 2002.
[28]Ibid.
[29] Population Council, Revue des politiques et des programmes sur la santé de la reproduction des adolescents au Burkina, Ouagadougou : Population Council, 2002.
[30] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 12.
[31] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 13.
[32] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[33] Tableaux Annexes 1 et 2, lignes 14 et 15.
[34] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[35] Tableau Annexe 1, ligne 14.
[36] Tableau Annexe 2, ligne 14.
[37] Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité en milieu scolaire à Ouagadougou : ABBEF, 1994.
[38] Nikièma L, L'avortement, Mémoire de Maîtrise en droit, Faculté de droits et sciences politiques, Université de Ouagadougou, 2002; Ouédraogo T, Le problème de l'avortement criminel dans la ville de Ouagadougou, Mémoire de Théologie, Séminaire St Jean-Baptiste, Ouagadougou, 1998; Pictet G et Ouédraogo C, La pilule est-elle une alternative à l'avortement en milieu africain ? Les Travaux de l'UERD n°10, Ouagadougou : UERD, 1999.
[39] ABBEF, 1994, op. cit. (voir référence 37).
[40] Nébié SP et Ouédraogo I, Etude de cas en santé de la reproduction au Bukina Faso, Ouagadougou: CRESAR, 1998.
[41] Ministère de la Santé (Direction des Etudes et de la Planification 2000), Annuaire statistique sanitaire du Burkina, 2000, Ouagadougou : Ministère de la Santé.
[42] Guiella G, Ouédraogo A et Rossier C, Avortement et santé de la femme à Ouagadougou, Rapport de Recherche, Ouagadougou: UERD, 2004.
[43] Population Council, Facts about adolescents from the Demographic and Health Survey, Burkina Faso 1998–1999, statistical tables for program planning, New York: Population Council, 2002.
[44] Yaro Y et al., 2000, op. cit. (voir référence 17).

[45] Ibid.
[46] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 17.
[47] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 19.
[48] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[49] Kanon MB, Connaissances, attitudes et pratique des jeunes du milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de planification familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle, Thèse de Doctorat de médecine, Université de Ouagadougou, 1991.
[50] Programme Population et Lutte contre le Sida au Burkina Faso (PPLS), Enquête CAP, PF, MST/Sida et l'éducation à la vie Familiale, Ouagadougou: PPLS, 1996.
[51] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 23.
[52] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 22.
[53] Ministère de la santé, La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et des maladies sexuellement transmissibles au Burkina, Ouagadougou : Ministère de la Santé-OCGE, 1997.
[54] UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, Geneva: UNAIDS/WHO, 2002.
[55] Kambou NE, Rapport d'évaluation du pré-Projet Lutte contre le VIH/Sida et les IST, Document provisoire, Ouagadougou : FNUAP-SP/CNLS, 2002.
[56] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[57] Baya B, et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[58] 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 : ABBEF, 2000.
[59] Baya B et Sangli G, 2000 op. cit. (voir référence 15).
[60] Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Analyse des résultats du recensement Général de la Population de 1996, Vol. I et II, Ouagadougou : INSD, 2000.
[61] PNUD, Rapport sur le développement humain durable, Paris : Economica, 2000.
[62] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 24.
[63] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[64] Tableaux Annexes 1 et 2, lignes 26–28.
[65] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 29.
[66] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[67] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[68] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 23).
[69] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 18.
[70] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 20.
[71] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[72] Kanon S, Conduites sexuelles à risques d'infection et connaissance du Sida en milieu scolaire urbain de Banfora (BF), Thèse de Doctorat de médecine, Ouagadougou : ESSA, 1991.
[73] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 14).
[74] Ibid.
[75] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 14).
[76] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 11).
[77] ABBEF, 2000, op. cit. (voir référence 57).
[78] Yaro Y et al., 2000, op. cit. (voir référence 16).
[79] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 25.
[80] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op.cit. (voir référence 11)
[81] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 25.
[82] PROMACO, op. cit., (voir référence 23).
[83] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, 2000, op. cit. (voir référence 12).
[84] Tableaux Annexes 1 et 2, lignes 30–32.
[85] Population Council (Burkina), 2002, op. cit. (voir référence 27).
[86] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 23).
[87] Comité National de Lutte contre la drogue, 1994 : Rapport de la première session ordinaire tenue sur le thème : Définition d'une politique nationale de lutte contre la drogue au Burkina Faso, Ouagadougou, 22–24 février 1994.
[88] Yaro Y, Les jeunes chercheurs d'or d'Essakan « L'eldorado burkinabé », Paris : Karthala, 1996.
[89] Yaro Y et Zongo L, Prostitution officielle et prostitution clandestine sur le site aurifère d'Essakan (Burkina Faso), Rapport de recherche, Ouagadougou : UERD, 1996.
[90] Bardem I et Gobatto I, 1993, op. cit. (voir référence 5).
[91] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 23).
[92] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International, Enquete Demographique et de Santé 1993, Calverton, MD, USA : Macro International, 1994.
[93] Ibid.

[94] Plan Burkina, Survey on knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS and other STIs and AIDS orphans and widows care in the provinces of Bam, Kouritenga, Namentenga and Sanmantenga (Burkina Faso), Ouagadougou: Plan Burkina, 2001.
[95] Lalou R et Piche V, Migration et Sida en Afrique de l'Ouest : un état des connaissances, Les dossiers du CEPED n°28, Paris : CEPED, 1994.
[96] Tapsoba E, Sanogo N et Baya B, Mobilité et Sida : résultat d'une enquête de base auprès des routiers et des prostituées au Burkina Faso, Ouagadougou : UERD-SFPS, 1998.
[97] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[98] Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International Inc., 2000, op. cit. (voir référence 12).
[99] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 4.
[100] Journal « Le Pays », n°2919, 16 juillet 2003.
[101] Population Council, 2002, op. cit. (voir référence 29).
[102] Conseil National de la Population, Programme d'Action en matière de Population 2001–2005, Ouagadougou : Conseil National de la Population, 2000.
[103] Pour plus de détails sur les activités de l'ABBEF destinées aux jeunes, voir Adamchak S E, Compaoré C et Morgan G, Case study of the ABBEF youth for youth project in Burkina Faso, Draft prepared for FOCUS on Young Adults Project, Task Order 0403, 1997.
[104] ABBEF, Identification des besoins spécifiques des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle, Ouagadougou: ABBEF-Population Council-GTZ, 1996.
[105] ABBEF, 1996, op. cit. (voir référence 104) ; ABBEF, Communication sur les résultats du projet de recherche en santé sexuelle de l'ABBEF, 6ème Conseil National de l'ABBEF, Bobo-Dioulasso : ABBEF, 1996.
[106] ABBEF, Rapport de synthèse de l'atelier d'exploitation des résultats de l'étude sur l'identification des besoins des jeunes en matière de santé sexuelle, Ouagadougou : ABBEF, 1996.
[107] Desconnets S et Taverne B, Annuaire des associations et ONG intervenant dans la lutte contre le Sida au Burkina Faso, Ouagadougou : ORSTOM-Comité National de Lutte contre le Sida-Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, 1997.
[108] Déclaration du Comité National Catholique de Lutte contre le Sida, L'Observateur Paalga, n°5907, 5 juin 2003.
[109] Yaro Y, Evaluation des programmes de santé de la reproduction des adolescents au Burkina, CEDPA-FNUAP, 1997.
[110] Ibid.
[111] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[112] ABBEF, 1996, op. cit. (voir référence 106) .
[113] ABBEF, 2000, op. cit. (voir référence 58).
[114] Ibid.
[115] Ibid.
[116] Ibid.
[117] Ibid.
[118] Yaro Y et al., 2000, op. cit. (voir référence 17).
[119] ABBEF, 2000, op. cit. (voir référence 58).
[120] Population Council (Burkina), 2002, op. cit. (voir référence 27).
[121] ABBEF, Etude pour l'identification des besoins des parents dans le domaine de la communication en matière de santé sexuelle et de la reproduction, Rapport final, Ouagadougou : ABBEF, 2000.
[122] Yaro Y, 1997, op.cit. (voir référence 109).
[123] Idem.
[124] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 23).
[125] Tableaux Annexes 1 et 2, ligne 16.
[126] PROMACO, 2001, op. cit. (voir référence 23).
[127] Idem.
[128] Données du Centre d'Information, de Conseils et de Documentation sur le Sida et la Tuberculose (CIC-Doc), Ouagadougou : CIC-Doc, 2003.
[129] Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, Cadre Stratégique de lutte contre le VIH et les IST 2001–2005, p. 31, Ouagadougou : CNLS, 2001.
[130] Baya B et Sangli G, 2000, op. cit. (voir référence 15).
[131] Yaro S. et al., 2001, op. cit. (voir référence 16).
[132] Yaro Y et al., 2003, op. cit. (voir référence 21).
[133] Par décret AN IV-008/CNR/EF-SN du 24 octobre 1986.
[134] Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Famille, Programme National de santé reproductive des jeunes, Ouagadougou: Ministère de la Santé, 1998.
[135] Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Famille, Plan stratégique de la santé de la reproduction au Burkina Faso, Ouagadougou : Ministère de la Santé, 1998.
[136] Ibid.
[137] Conseil National de la Population, Politique Nationale de Population du Burkina Faso, Ouagadougou : Conseil National de la Population, 2000.
[138] Ce projet est immatriculé sous le code BKF 05/01/06.
[139] Guiella G et Sobela S, Evaluation finale du Programme de coopération Burkina Faso-FNUAP/1997–2000, Ouagadougou : FNUAP, 2000.
[140] Ministère du Travail de l'Emploi et de la Jeunesse, Document de présentation du projet Communication pour le changement de comportement des adolescents et des jeunes en matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction, Ouagadougou, 2001.
[141] Ibid.

[142] Ibid.
[143] Document n°94/601/MS/SG/CNLS du 4 mai 1994.
[144] Conseil National de lutte contre le VIH/Sida et les IST, Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2001–2005, Ouagadougou, 2001.
[145] Ibid.

Tableau Annexe 1: Caractéristiques et indicateurs de comportement sexuel et reproductif d'adolescentes agées de 15–19* ans au Burkina Faso, 1999

Indicateur	Femmes 15–19													
		Âge		Niveau d'instruction		Milieu de résidence		Région					Accès aux media au moins une fois par semaine	
	Total	15–17	18–19	<7 ans d'instruction	≥ 7 ans d'instruction	rural	urbain	Ouagadougou	Nord	Est	Ouest	Centre/Sud	Aucun	Certain
Effectifs non pondéré	1474	933	541	1293	181	1009	465	255	199	349	338	333	922	552
A. Caractéristiques des enquêtés														
1. Pourcentage ayant ≥7+ ans d'instruction	9	8	9	–	–	1	37	38	6	4	9	4	2	25
2. Pourcentage scolarisé	9	10	6	2	79	2	35	34	7	6	8	4	2	25
3. Pourcentage qui travaille actuellement	57	56	58	61	17	62	37	37	59	53	61	64	62	46
4. Pourcentage ayant certain accès aux media	30	30	32	25	87	16	82	90	24	19	30	24	–	–
5. Pourcentage résidant en milieu urbain	21	21	22	15	90	–	–	100	10	9	27	5	6	58
B. Comportements sexuels														
6. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels	49	33	77	50	37	52	38	39	53	49	52	48	51	44
7. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage ayant eu des rapports sexuels dans les 3 derniers mois	70	79	62	69	72	69	71	72	67	62	66	83	68	73
8. Âge médian au premier rapport sexuel parmi les femmes de 20–24 ans	17.2	–	–	17.2	18.9	17.1	18.0	18.5	16.8	17.1	16.8	17.4	17.1	17.6
9. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant le marriage avant l'age de 20 ans parmi les femmes de 20–24 ans	31	–	–	28	56	27	44	37	31	22	36	31	26	41
10. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant 20 ans parmi les femmes de 20–24 ans	92	–	–	95	69	96	76	70	96	96	95	93	96	84
11. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois	6	10	3	5	15	5	9	9	6	2	1	13	4	10
C. Union et fécondité														
12. Pourcentage jamais en union	35	18	65	38	6	40	15	17	42	40	38	30	40	22
13. Âge médian au premier marriage parmi les femmes de 20–24 ans	17.6	–	–	17.5	24.0**	17.4	19.6**	20.1**	17.5	17.4	17.3	17.7	17.4	18.7
14. Pourcentage ayant jamais eu un enfant	20	7	44	21	8	23	11	14	20	24	27	13	23	14
15. Pourcentage enceinte	8	3	15	8	2	8	5	4	8	7	10	7	9	5
D. Connaissances et utilisation de la contraception														
16. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage qui sait o ù obtenir un condom	29	31	27	25	89	20	72	74	14	19	29	34	19	55
17–18. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage qui ont deja utilisé:														
17. N'importe quelle méthode moderne pour la planification familiale	20	26	16	17	70	14	52	52	8	11	15	33	13	41
18. Le condom pour n'importe quelle raison	20	27	16	16	77	13	55	58	7	11	16	31	11	45
19–20. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels dans les 3 derniers mois, pourcentage qui utilise actuellement:														
19. N'importe quelle méthode moderne pour la planification familiale	16	21	12	13	61	12	38	44	7	10	9	23	11	29
20. Le condom	14	19	10	12	55	11	31	37	5	10	6	23	10	25
21. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois, pourcentage qui ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels	17	21	13	13	65	11	45	48	4	12	11	24	10	34
22. Parmi tous, pourcentage qui sont favorables à la planification familiale	59	54	68	57	81	56	71	74	51	65	61	52	54	71
23. Parmi ceux qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, pourcentage qui a l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois	9	5	18	10	6	10	9	9	10	14	10	4	10	9
E. Connaissances et attitudes sur le Sida														
24. Pourcentage qui connaissent le Sida	80	76	87	78	100	75	97	98	75	74	85	78	74	94
25. Parmi ceux qui connaissent le Sida, pourcentage qui percoit des risques de contracter le Sida	54	51	59	53	64	52	61	71	50	50	51	56	50	62
26–29. Parmi tous, pourcentage qui connaissent les moyens d'eviter de contracter le Sida:														
26. Utiliser les condoms	22	20	25	16	80	11	60	65	18	13	23	15	11	46
27. S'abstenir de rapports sexuels	9	11	7	8	19	8	14	15	7	10	6	11	8	14
28. Avoir un seul partenaire	28	24	36	28	36	27	34	21	16	33	37	26	26	33
29. Parmi tous, pourcentage qui savent qu'une personne qui parait en bonne santé peut avoir le Sida	37	33	45	33	86	28	70	75	25	32	38	34	26	63
F. Comportements face au Sida														
30–32. Parmi ceux qui connaissent le Sida, pourcentage qui ont changé de comportement:														
30. N'a pas commencé les rapports sexuels	30	40	15	28	46	26	42	35	21	29	31	35	27	36
31. A limité les rapports à 1 seul partenaire	21	13	34	21	21	21	20	20	13	19	23	26	20	22
32. A commencé à utiliser le condom	6	5	7	5	18	4	13	15	2	3	4	9	4	10

* Indicateurs sont pour les adolescentes 15–19 sauf si indiqué autrement.
† Effectifs non pondéré moins de 20.
‡ Jamais en union correspond à ceux qui sont actuellement mariés, qui etaient autrefois mariés et qui vivent ensemble.
§ Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant le marriage avant l'age de 20 ans est le pourcentage de femmes agées de 20–24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'age de 20 ans et qui n'etait jamais mariées aux premiers rapports sexuels.
** Parmi les femmes de 25–29 ans, car age median pas atteint pas les femmes de 20–24 ans.

Tableau Annexe 2: Caractéristiques et indicateurs de comportement sexuel et reproductif d'adolescents agés de 15–19* ans au Burkina Faso, 1999

Indicateur	Hommes 15–19 ans													
		Âge		Niveau d'instruction		Milieu de résidence		Région					Accès aux media au moins une fois par semaine	
	Total	15–17	18–19	<7 ans d'instruction	≥ 7 ans d'instruction	rural	urbain	Ouagadougou	Nord	Est	Ouest	Centre/Sud	Aucun	Certain
Effectifs non pondéré	596	381	215	467	129	418	178	76	88	157	141	134	313	283
A. Caractéristiques des enquêtés														
1. Pourcentage ayant ≥7+ ans d'instruction	18	17	20	–	–	6	59	55	10	18	21	8	5	36
2. Pourcentage scolarisé	17	19	14	4	79	6	57	48	11	19	19	9	6	34
3. Pourcentage qui travaille actuellement	68	68	67	79	15	78	35	38	59	67	63	89	76	57
4. Pourcentage ayant certain accès aux media	43	40	48	33	85	28	90	88	34	32	62	27	–	–
5. Pourcentage résidant en milieu urbain	23	21	28	11	76	–	–	100	15	15	28	7	4	49
B. Comportements sexuels														
6. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels	28	19	46	27	35	26	36	45	16	26	31	31	22	37
7. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage ayant eu des rapports sexuels dans les 3 derniers mois	76	81	72	81	57	83	59	77	†	59	77	86	81	71
8. Âge médian au premier rapport sexuel parmi les hommes de 20–24 ans	19.7	–	–	19.9	19.1	20.1	19.1	19.1	19.9	19.6	19.7	20.4	20.7	19.1
9. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant le marriage avant l'age de 20 ans parmi les hommes de 20–24 ans	51	–	–	49	59	47	59	59	51	51	48	46	42	57
10. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant 20 ans parmi les hommes de 20–24 ans	52	–	–	51	60	48	61	60	49	52	53	45	45	58
11. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois	37	45	32	38	35	38	35	46	†	34	32	39	31	43
C. Union et fécondité														
12. Pourcentage jamais en union	1	0	3	2	0	2	0	0	1	2	3	0	1	2
13. Âge médian au premier marriage parmi les hommes de 25–29 ans	25.2**	–	–	24.3	30.5**	23.8	27.6**	28.3**	24.3	23.7	23.6**	24.8	23.6	25.1**
14. Pourcentage ayant jamais eu un enfant	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
15. Parmi ceux ayant un partenaire sexuel, partenaire est actuellement enceinte	0	0	0	0	0	0	0	0	†	0	0	0	0	0
D. Connaissances et utilisation de la contraception														
16. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage qui sait o ù obtenir un condom	88	86	89	84	100	83	100	100	†	84	89	84	81	93
17–18. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, pourcentage qui ont deja utilisé:														
17. N'importe quelle méthode moderne pour la planification familiale	50	47	52	42	76	38	76	82	†	39	55	46	36	61
18. Le condom pour n'importe quelle raison	53	53	54	45	87	43	79	86	†	39	61	50	37	66
19–20. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels dans les 3 derniers mois, pourcentage qui utilise actuellement:														
19. N'importe quelle méthode moderne pour la planification familiale	37	41	33	27	91	28	70	71	†	30	36	33	28	45
20. Le condom	37	41	33	27	91	28	70	71	†	30	36	33	28	45
21. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois, pourcentage qui ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels	43	38	47	32	87	30	79	85	†	29	50	33	27	56
22. Parmi tous, pourcentage qui sont favorables à la planification familiale	54	47	67	47	83	47	78	78	43	53	52	56	43	69
23. Parmi ceux qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, pourcentage qui a l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois	6	4	10	6	8	6	6	7	5	5	4	9	5	7
E. Connaissances et attitudes sur le Sida														
24. Pourcentage qui connaissent le Sida	91	89	95	89	100	89	99	98	94	84	94	93	86	98
25. Parmi ceux qui connaissent le Sida, pourcentage qui percoit des risques de contracter le Sida	64	57	76	66	57	64	64	65	92	56	55	63	65	63
26–29. Parmi tous, pourcentage qui connaissent les moyens d'eviter de contracter le Sida:														
26. Utiliser les condoms	51	48	56	43	86	41	84	84	44	44	49	54	36	71
27. S'abstenir de rapports sexuels	13	12	14	10	25	10	20	25	21	16	8	4	10	17
28. Avoir un seul partenaire	27	23	35	24	38	23	40	28	25	27	36	20	26	28
29. Parmi tous, pourcentage qui savent qu'une personne qui parait en bonne santé peut avoir le Sida	58	53	66	51	91	50	84	88	46	46	63	66	44	77
F. Comportements face au Sida														
30–32. Parmi ceux qui connaissent le Sida, pourcentage qui ont changé de comportement:														
30. N'a pas commencé les rapports sexuels	53	59	44	55	47	54	50	45	59	51	52	57	62	43
31. A limité les rapports à 1 seul partenaire	14	10	20	15	8	14	13	16	12	12	13	18	14	14
32. A commencé à utiliser le condom	13	9	20	10	25	9	24	31	5	8	16	14	7	20

* Indicateurs sont pour les adolescents 15–19 sauf si indiqué autrement.
† Effectifs non pondéré moins de 20.
‡ Jamais en union correspond à ceux qui sont actuellement mariés, qui etaient autrefois mariés et qui vivent ensemble.
§ Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant le marriage avant l'age de 20 ans est le pourcentage d'hommes agés de 20–24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'age de 20 ans et qui n'etaient jamais mariés aux premiers rapports sexuels.
** Parmi les hommes de 30–34 ans, car age median n'est pas atteint par les hommes de 25–29

Other papers in the Occasional Report series include:

Adolescent Sexual and Reproductive Health in Ghana: A Synthesis of Research Evidence, Awusabo-Asare K, Abane AM and Kumi-Kyreme A, Occasional Report, 2004, No. 13

Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso: Un Etat des Lieux
Georges Guiella, Occasional Report, 2004, No. 12

Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review
Michael Vlassoff et al., Occasional Report, 2004, No. 11 (forthcoming)

Annotated Bibliography on HIV/AIDS and Youth in Sub-Saharan Africa
Vanessa Woog, Occasional Report, 2003, No. 10

A, B and C in Uganda: The Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline
Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch and Akinrinola Bankole, Occasional Report, 2003, No. 9

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for The United States
Jennifer J. Frost et al., Occasional Report, No. 8

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for Sweden
Maria Danielsson, Christina Rogala and Kajsa Sundström, Occasional Report, 2001, No. 7

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for Great Britain
Kaye Wellings, Occasional Report, 2001, No. 6

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for France
Nathalie Bajos and Sandrine Durand, Occasional Report, 2001, No. 5

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Country Report for Canada
Michael Barrett, Occasional Report, 2001, No. 4

Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Can More Progress Be Made?
Jacqueline E. Darroch et al., Occasional Report, 2001, No. 3

Teenagers' Pregnancy Intentions and Decisions: A Study of Young Women in California Choosing to Give Birth
Jennifer J. Frost and Selene Oslak, Occasional Report, 1999, No. 2

Why Is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use
Jacqueline E. Darroch and Susheela Singh, Occasional Report, 1999, No. 1