

Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans *Contraceptive knowledge and practice among young people aged 15 – 24, in Burkina Faso*

ADOHINZIN Clétus Come Yélian*, Abdramane BERTHE³, Nicolas MEDA^{3,4}, Adrien Marie Gaston BELEM², Georges Anicet OUEDRAOGO², Boubacar NACRO⁴, Laurence FOND-HARMANT⁵ et Issiaka SOMBIE¹

*ADOHINZIN Clétus Come Yélian ; Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), 01BP153, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Tél : 00226 72 86 86 88 Email : acletus2000@yahoo.fr ou bien cadohinzin@wahooas.org

¹Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

²L'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

³Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso),

⁴Université de Ouagadougou 03 B.P. 7021 Ouagadougou 03. Burkina Faso

⁵Epidemiology and Public Health Research Unit, Luxembourg Institute of Health (Luxembourg)

Résumé

Selon l'OMS, l'utilisation de la contraception a nettement plus d'avantages pour la santé que de risques. Néanmoins, l'accès à la contraception des jeunes reste un problème de santé publique. Cette étude visait à évaluer les connaissances et les pratiques contraceptives des jeunes de Bobo-Dioulasso, et à identifier les obstacles d'utilisation.

Il s'agit d'une étude quantitative et transversale. Les données d'enquête ont été recueillies en décembre 2014 à Bobo-Dioulasso, auprès de 573 jeunes de 15 à 24 ans. Ces enquêtés ont été sélectionnés par un sondage en grappes à deux degrés. Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$.

La quasi-totalité (99,3%) des jeunes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Bien que près de 84,0% d'entre eux soient en situation de cohabitation, les parents étaient les sources d'information les moins citées. Seulement 28,6% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé la contraception lors du premier rapport sexuel. Nous avons aussi constaté que la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis par la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient utilisé un moyen contraceptif ($p < 0,05$).

Il est urgent de porter les efforts d'éducation non seulement sur les connaissances, mais aussi sur les pratiques quotidiennes dans la vie sexuelle et les éléments qui les entravent. Il va falloir aussi assurer aux jeunes, la confidentialité et la gratuité de la contraception.

Mots-clés : Jeunes, contraception, pratique, grossesse non désirée, Burkina Faso

Abstract

According to WHO, the use of contraception has significantly more health benefits than risks. However, young people's access to contraception remains a public health issue. This study aimed to assess contraceptive knowledge and practices among young people in Bobo-Dioulasso and identify the impediments to contraceptive use.

This is a quantitative research that investigated the pattern of risky sexual behaviour and associated factors among 573 young people aged between 15 and 24, from the three districts of Bobo-Dioulasso. The participants were selected by cluster sampling in two stages. The significance threshold was set at 0.05.

Almost the totality (99.3%) of our sample knew at least one modern contraceptive method. Although nearly 84.0% of them were living with their parents or with older adults, only 28.6 % of sexually active respondents (or their partners) had used contraception at the first sexual intercourse. We found out that young people use condoms at the beginning of the relationship, then shift to pills as the relation becomes stable. The older the surveyed the more likely they were to have used contraception in the last twelve months.

It is urgent to focus education efforts not only on knowledge but also on daily sexual practices and other hindrances. Young people also need confidentiality and free contraceptive services.

Keywords: Practices, young people, Unwanted pregnancy, Burkina Faso

Introduction

La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. Dans certaines régions, c'est non seulement le nombre de jeunes qui augmente, mais aussi leur part de l'ensemble de la population. Et il y a des pays où plus d'un habitant sur trois est un jeune (FNUAP, 2014). Bien que les situations personnelles et les comportements des jeunes soient très divers, ils se trouvent dans la période de la vie où l'on fait en général pour la première fois, l'expérience des relations sexuelles et où des modes de comportement durables s'établissent (IPPF, 2006). Cette période de transition peut donc entraîner tout un ensemble de problèmes, notamment des infections à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), des grossesses non désirées et des avortements clandestins (Tantchou, 2009). Par ailleurs, les jeunes qui décident de garder leur grossesse, réduisent les possibilités offertes en matière d'éducation et d'emploi, ce qui nuit au développement social et culturel. Selon l'OMS (2011), chaque année on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui ont pour conséquences, 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Au Burkina

Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et les avortements, montrent que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement (Akinrinola, 2013). Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDSBF, 2010), 37% des décès maternels étaient dus aux avortements clandestins (plus de 50% de ces décès maternels concernent les jeunes).

Plusieurs auteurs ont expliqué cet état de fait par l'évolution des comportements sexuels des jeunes caractérisée par la baisse de l'âge au premier rapport sexuel, la multiplicité des partenaires sexuels, et la diversité des pratiques non protégées (Bajos *et al.*, 2012 ; CFEJ, 2009). En effet, les mutations socioculturelles introduites par l'urbanisation, la modernisation et plus récemment les crises socio-économiques, ont gravement perturbé l'environnement traditionnel des jeunes et leur lien avec le reste de la société. Ce qui influence leur comportement sexuel et leurs attitudes face à la sexualité. Les grossesses chez les adolescentes sont donc devenues un phénomène fréquent, tant dans le secteur informel que dans le secteur formel, car cette évolution des comportements n'est pas totalement prise en compte dans la gestion des enjeux contraceptifs (IMT, 2008 ; Aubin *et al.*, 2009). Les difficultés auxquelles font

face les jeunes africains d'aujourd'hui, sont conceptualisées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de triple défi, ou Triple U : unprotected sex (rapport non protégé), unwanted pregnancy (grossesse non désirée) and unsafe abortion (avortement clandestin), concept qui n'est pas spécifique à l'Afrique, puisque la question se pose dans des termes très proches en Amérique latine et aux États-Unis (Delaunay *et al.*, 2007). Pour l'Agence des Nations Unies pour la population (UNFP, 2013), les adolescentes doivent pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les avortements clandestins et les risques de stérilité pouvant en résulter.

Au Burkina Faso, l'importance d'une contraception et des moyens de protection des maladies sexuellement transmissibles n'est plus à démontrer. Les jeunes sont d'autant plus concernés par le sujet qu'ils sont en "pleine découverte et apprentissage" de leur sexualité. La contraception se justifie encore plus quand on sait que plusieurs études ont suggéré la persistance de la précocité sexuelle et du multipartenariat sexuel (Guiella, 2004 ; Adohinzin *et al.*, 2016a). Dans cette société en pleine et rapide évolution, il importe comme le propose l'OMS, de continuer à réfléchir à la manière de créer pour les jeunes un

environnement sain, dans lequel ils puissent développer des aptitudes et des compétences en matière de vie affective et sexuelle. L'utilisation des moyens de contraception efficaces leur permet d'éviter une grossesse souvent non désirée à cet âge, et de bénéficier d'une vie sexuelle épanouie (CFEJ, 2009). C'est dans ce contexte que notre recherche s'est intéressée aux connaissances et pratiques contraceptives des jeunes. Elle s'avère d'autant plus pertinente, que la majorité des études effectuées sur la contraception à Bobo-Dioulasso, ne sont pas très récentes.

En somme, cette étude visait à évaluer les connaissances et les pratiques contraceptives des jeunes de Bobo-Dioulasso, et à identifier les obstacles d'utilisation afin de mieux contribuer à la réduction des grossesses non désirées.

I- Méthode

1. Type d'étude et population de l'étude

Cet article traite des résultats d'une étude quantitative et transversale menée auprès de 573 jeunes, résidant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. La population cible était composée des filles et garçons âgés de 15 -24 ans, qui résident dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso à la date de l'enquête. Était exclu, tout jeune ne souhaitant pas participer à l'enquête ou ne répondant pas aux critères d'âge (15 à 24 ans) ni de résidence.

2. Constitution de l'échantillonnage

Les individus interrogés au cours de l'enquête, étaient issus d'un processus d'échantillonnage stratifié par grappes, représentées par les ménages. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH, 2009), la commune urbaine de Bobo-Dioulasso comptait 489 967 habitants, dont 24,95 % de jeunes de 15-24 ans, répartis dans 94 947 ménages. Sur cette base, l'utilisation de la formule de Machin *et al.* (1997) a permis d'obtenir un échantillon de 573 individus. Le niveau de confiance était fixé à 95%, le taux de non-réponse à 10%, et la précision ou marge d'erreur à 5% ($d=0,05$). Ces individus ont été répartis entre les trois arrondissements de Bobo-Dioulasso (Dafra, Do et Konsa), proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements (ancienne loi de découpage territorial). Les ménages ont donc été choisis proportionnellement à leur taille.

3. Outils de collecte des données

Deux types de questionnaires (ménage et individuel) ont été élaborés sur la base de modèles de questionnaires utilisés dans le cadre des Enquêtes Démographique et de Santé (EDSBF, 2010). Ce sont majoritairement des questions fermées (choix de réponse fixe) ou des questions préformées (réponses possibles rédigées par avance, ou formes des réponses définies par

la question). Les questionnaires ont été accompagnés d'un formulaire de consentement éclairé, qui a été signé et daté par chaque enquêté. Le protocole de l'étude a été validé par le comité éthique institutionnel du Centre MURAZ.

Le questionnaire « ménage » nous a permis de saisir les caractéristiques sociodémographiques des familles, notamment la situation de résidence des membres du ménage, leur âge et sexe. Il a servi à identifier les contextes de vie des jeunes enquêtés.

Le questionnaire « individuel » était composé d'une trentaine de questions. Il a permis de recueillir des données sur :

- les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans en matière de la contraception,
- les besoins en informations, en communication et en services de planification familiale et
- les freins et les incitants à l'utilisation d'une contraception.

4. Collecte de données

La collecte de données a été précédée par une formation des 10 enquêteurs et des 3 superviseurs sur l'éthique et la recherche quantitative et qualitative. A l'issue de cinq jours de formation, un pré test a été organisé sur un site neutre qui ne faisait pas partie de la zone d'enquête. Un atelier de validation

des deux outils de collecte de données a été enfin organisé.

Les jeunes ont été interrogés du 15 décembre 2014 au 22 janvier 2015 à domicile. Les entretiens ont été réalisés dans les trois arrondissements (Dafra, Do et Konsa) de Bobo-Dioulasso, par les 13 enquêteurs (enquêteurs et superviseurs). La durée moyenne d'entretien était de 45 minutes. Afin de garantir la fiabilité des données collectées, l'investigateur principal a supervisé les activités sur le terrain. A la fin de chaque journée d'enquête, une réunion était organisée pour évaluer la cohérence des informations recueillies et la complétude des questionnaires.

Les informations relatives à l'évaluation de la connaissance des méthodes contraceptives avaient été recueillies de deux façons. Dans un premier temps, il avait été demandé aux jeunes enquêtés (filles et garçons) de citer de façon spontanée, les différentes méthodes contraceptives qu'ils connaissaient. Ensuite, les méthodes non citées par ceux-ci avaient été décrites par les enquêteurs, afin de confirmer si elles étaient connues par les enquêtés ou non.

Les différentes méthodes proposées dans notre questionnaire étaient celles retenues par l'EDSBF (2010). Il s'agit notamment des pilules contraceptives, des pilules de lendemain, des préservatifs masculin et féminin, du stérilet, des anneaux vaginaux,

du patch, des implants, des spermicides, des injectables, du diaphragme, de la vasectomie et de la stérilisation féminine.

5. Gestion et l'analyse des données

Nous avons utilisé quatre variables pour évaluer les connaissances générales des enquêtés à savoir : la perception sur la fiabilité de la contraception, la reconnaissance de l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées, la connaissance d'au moins une méthode moderne, et la connaissance de toutes les méthodes proposées dans notre questionnaire. Quant aux pratiques contraceptives, elles avaient été évaluées sur la base des critères suivants : l'utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel, et l'utilisation d'une méthode contraceptive durant les 12 derniers mois précédant notre enquête.

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

connaissances, attitudes et compétences des enquêtés. Le seuil de signification statistique a été établi au niveau de 0,05.

II- Résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes enquêtés

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon sont résumées dans le **tableau I**. On peut constater à la lumière de

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

Caractéristiques	Masculin N /%	Féminin N/%	Total N/%
Total	266 (46,4)	307 (53,6)	573 (100)
Age			
15-19	145 (54,5)	188 (61,2)	333 (58,1)
20-24	121 (45,5)	119 (38,8)	240 (41,9)
Religion			
Musulman	208 (78,2)	221(70,0)	429 (74,9)
Chrétien	55 (20,7)	86 (30,0)	141 (24,6)
Autres religions	3 (1,1)	0(0,0)	3 (0,5)
Niveau scolaire actuel			
Sans éducation formelle	11 (4,1)	37 (12,1)	48 (8,4)
Primaire	22 (8,3)	33 (10,7)	55 (9,6)
Secondaire	191 (71,8)	197 (64,2)	388 (67,7)
Supérieur	42 (15,8)	40 (13,0)	82 (14,3)
Situation de cohabitation			
Seul	8 (3,0)	1 (0,3)	9 (1,6)
Avec les parents biologiques	162 (60,9)	170 (55,4)	332 (57,9)
Avec tuteurs	83 (31,2)	79 (25,7)	162 (28,2)
Avec partenaire	0 (0,0)	41 (13,3)	41 (7,3)
Autres	13 (4,9)	16 (5,3)	29 (5,0)
Lien de parenté avec le CM			
Apparenté au CM (Enfants/ Neveux/nièces /petits- fils)	161 (60,5)	215 (70,0)	376 (65,6)
Non apparenté au CM (Enfant placé ou adopté)	105 (39,5)	92 (30,0)	197 (34,4)
Statut professionnel du Chef de ménage			
Avec travail	179 (67,3)	237 (77,2)	416 (72,6)
Sans travail	87 (32,7)	70 (22,8)	157 (27,4)

Il s'agit d'une population essentiellement célibataire (91,0%), dont 65,6% cohabitaient avec au moins un parent biologique, et 34,4% avec un tuteur. Les raisons pour lesquelles ces jeunes ne vivaient pas avec leurs parents biologiques étaient principalement liées au décès ou au

ce tableau, qu'au total 573 jeunes de 15 à 24 ans ont été interrogés, dont 266 garçons (46%) et 307 filles (54%). En moyenne, ils étaient âgés de 19 ans pour les deux sexes. La répartition de cette population par tranche d'âge révèle que 58,1% des répondants étaient âgés de 15 à 19 ans, et 41,9% étaient âgés de 20 à 24 ans.

divorce des parents, à la mobilité scolaire ou à des raisons personnelles.

En considérant l'ensemble de l'échantillon, la quasi-totalité (91,6%) de nos enquêtés étaient scolarisés dont 9,6% étaient élèves au niveau primaire, 67,7% au niveau secondaire et 14,3% au niveau supérieur. Par ailleurs, les musulmans et les chrétiens

forment respectivement 74,9% et 24,6% de la population étudiée.

2. Niveau de connaissance générale des jeunes en matière de la contraception

2.1 Déjà entendu parler des contraceptifs ou ayant déjà vu un contraceptif

Notre étude a montré que 96,9% des enquêtés avaient déjà vu ou entendu parler des contraceptifs modernes (97,0% de filles

contre 96,8% des garçons avaient déjà vu ou entendu parler des contraceptifs). Interrogés sur leur principale source d'information, 32,1% de nos enquêtés avaient cité les amis, 13,5% le personnel de santé, 10,9% les pairs éducateurs, 9,4% les parents, 7,2% les partenaires, 6,9% les réseaux sociaux, 6,4% par les médias (télévisions et radios), 3,0% dans les centres de jeunes.

Tableau II : Connaissances des méthodes contraceptives parmi les jeunes selon le sexe, l'âge, la religion et le niveau scolaire selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire

Caractéristiques	Connaissance d'au moins une méthode moderne (N%)			Connaissance d'au moins un centre de prestation de service (N%)		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Total	276 (89,9)	228 (85,7)	504 (87,9)	272 (88,6)	189 (71,1)	461 (80,5)
Age						
15-19	172 (91,5)	126 (86,9)	298 (89,5)	167 (88,8)	102 (70,3)	269 (80,8)
20-24	104 (87,4)	102 (86,0)	206 (85,8)	105 (88,2)	87 (71,9)	192 (80,0)
P value			0,492			
Religion						
Musulman	198 (89,6)	179 (86,1)	377 (87,9)	212 (95,9)	147 (70,7)	359 (83,7)
Chrétien	73 (85,1)	47 (85,5)	120 (85,1)	55 (64,0)	38 (69,1)	93 (66,0)
Autres religions	5 (87,5)	2 (66,7)	7 (70,0)	5 (0,0)	4 (133)	9 (300,0)
P value			0,224			
Niveau scolaire actuel						
Sans éducation formelle	31 (83,8)	9 (81,8)	40 (83,3)	31 (83,8)	8 (72,7)	39 (81,3)
Primaire	28 (84,8)	18 (81,8)	46 (83,6)	30 (90,9)	16 (72,7)	46 (79,3)
Secondaire	184 (93,4)	168 (88,0)	352 (90,7)	175 (88,8)	135 (70,7)	310 (79,9)
Supérieur	33 (82,5)	33 (82,5)	66 (80,5)	36 (90,0)	30 (71,4)	66 (80,5)
P value			0,358			

2.2 Connaissances des méthodes contraceptives modernes

Il ressort des données observées, que seulement 35% des enquêtés savaient que la période de fécondité se situe entre le 9^{ème} et le 16^{ème} jour du cycle menstruel. Nos données avaient mis en évidence que la quasi-totalité des jeunes (87,9%) avaient cité spontanément au moins une méthode contraceptive moderne (**tableau II**).

Mais seuls 21,5% des garçons et 24,1% des filles avaient reconnu toutes les treize méthodes modernes proposées dans notre questionnaire. Les méthodes contraceptives les plus connues par nos enquêtés étaient : le préservatif masculin (87,9%), suivi des pilules contraceptives (81,5%), des injectables (44,9%), le condom féminin (34,0%), les implants (28,6%) et le stérilet (27,7%). C'est la vasectomie qui était la méthode la moins fréquemment connue

(0,2%) par les enquêtés, suivie de la stérilisation féminine (0,7%).

Les lieux de prestation de services en santé sexuelle et reproductive (SSR) étaient bien connus par nos enquêtés. En effet, nos résultats avaient montré que 86,7% des jeunes enquêtés connaissaient au moins un centre de prestation. Le niveau de connaissances des centres de prestation en SSR était positivement associé au sexe ($P < 0,05$). Comme l'indiqué dans le **tableau II**, 88,6% des jeunes connaissaient au moins un centre de prestation contre environ 6 jeunes garçons sur 9 (71,1%).

3. Attitudes vis-à-vis des contraceptifs modernes

Notre questionnaire sondait également la capacité des jeunes à repérer les idées erronées sur les méthodes contraceptives modernes, ainsi que leur perception de l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées. Le **tableau III** montre que la majorité des enquêtés (68,1%), pensaient que les méthodes contraceptives modernes, étaient très fiables en ce qui concerne la prévention des grossesses non souhaitées (72,4% parmi les filles et 62,1% parmi les garçons). Néanmoins, environ le tiers des jeunes

(31,9%) avait toujours de fausses perceptions sur l'efficacité de la contraception. Parmi ceux-ci, 29% avaient déclaré que les contraceptifs n'étaient pas adaptés aux jeunes, 28% pensaient qu'ils n'étaient pas fiables et 35% estimaient qu'ils pouvaient rendre les femmes stériles. Il est important de noter que 87% des jeunes non favorables à la contraception, déclaraient rester ouverts à une utilisation future.

En ce qui concerne l'importance accordée par les jeunes à la contraception, on avait noté que 90,2% des jeunes avaient considéré la contraception comme « *très importante* », 8,1% l'avaient considérée comme « *importante* ». Moins de 2% d'entre eux l'envisageaient comme « *peu importante* ». La quasi-totalité (98,6%) des enquêtés qui avaient reconnu l'importance de la contraception, avaient répondu par l'affirmative à la question « *avez-vous peur de tomber enceinte ?* ». En considérant l'ensemble de l'échantillon, on avait remarqué que les filles étaient significativement les plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante (95,1% parmi les filles contre et 83,5% parmi les garçons, $P < 0,001$).

Tableau III : Répartition des enquêtés ayant une bonne perception sur l'efficacité et l'importance de la contraception selon le sexe, l'âge, la religion et le niveau scolaire

	Jeunes ayant une bonne perception sur l'efficacité de la contraception [†]			Jeunes ayant une bonne perception sur l'importance de la contraception ^{††}		
	N/%			N/%		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Total	241 (72,4)	149 (62,1)	390 (68,1)	(222) 95,1%	(192) 83,5%	(514) 89,7%
Age						
15-19	143 (76,1)	84 (57,9)	227 (68,2)	178 (94,7)	122 (84,1)	300 (90,1)
20-24	97 (81,5)	66 (54,5)	163 (67,9)	114 (95,8)	100 (82,6)	214 (89,2)
P value	0,095	0,198	0,598	0,570	0,384	0,416
Religion						
Musulman	171 (77,4)	106 (51,0)	277 (64,6)	209 (94,6)	176 (84,6)	385 (89,7)
Chrétien	69 (80,2)	32 (58,2)	101 (71,6)	83 (96,5)	44 (80,0)	127 (90,1)
Autres religions	0 (0)	2 (66,7)	2 (66,7)	0 (0)	2 (66,7)	2 (66,7)
P value	0,724	0,068	0,591	0,790	0,213	0,099
Niveau scolaire actuel						
Sans éducation formelle	28 (75,7)	5 (45,5)	33 (68,8)	36 (97,3)	9 (81,8)	45 (93,8)
Primaire	26 (78,8)	10 (45,5)	36 (65,5)	32 (97,0)	19 (86,4)	51 (92,7)
Secondaire	155 (78,7)	113 (59,2)	268 (69,1)	187 (94,9)	157 (82,2)	344 (88,7)
Supérieur	31 (77,5)	22 (52,4)	53 (64,6)	37 (92,5)	37 (88,1)	74 (90,2)
P value	0,101	0,281	0,664	0,444	0,693	0,735

† Désigne les enquêtés ayant déclarés « fiable », la contraception

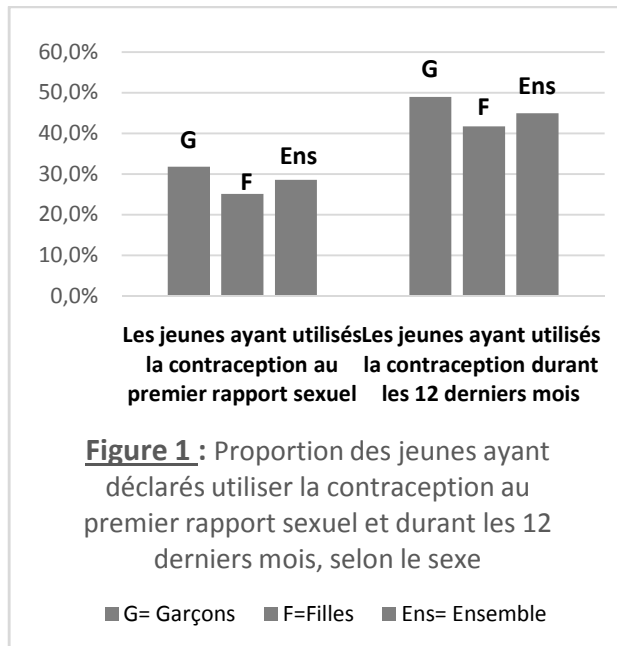
†† Désigne les enquêtés ayant déclarés « très importante », la contraception

4. Utilisation de la contraception chez les jeunes

4.1 Utilisation de la contraception moderne durant le premier rapport sexuel

Les résultats de notre étude montraient que 54,3% de jeunes avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif. En effet, 49,4% des garçons interrogés étaient sexuellement contre 56,6% des filles. Par ailleurs, nous avons noté aussi qu'on avait noté que 13,8% des jeunes (filles et garçons) avaient eu leur premier rapport avant 16 ans. En ce qui concerne la pratique contraceptive, les résultats avaient suggéré que seuls 28,6% des enquêtés sexuellement actifs (ou leurs partenaires) avaient utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel (**Fig. 1**). Le quart des filles (25,1%) avaient déclaré utilisé un contraceptif lors du premier rapport sexuel contre le tiers des garçons (31,8%). Les méthodes les plus

utilisées étaient le préservatif masculin (87,2%), les pilules contraceptives (11,0%) et les contraceptifs d'urgence (2%). Interrogés sur les raisons qui avaient motivé le non usage de la contraception au premier rapport sexuel, 48,3% des jeunes (filles et garçons) avaient déclaré que le rapport n'était pas prévu, 26,5% ne connaissaient pas la contraception à ce moment-là, 8,9% avaient oublié d'utiliser une contraception, 6,0% n'avaient pas conscience des risques, 4,8% n'avaient pas les moyens financiers pour s'en procurer et 2,0% avaient peur des effets secondaires. Environ 4,0% de nos enquêtés n'avaient pas spécifié les raisons.



4.2 Utilisation de la contraception moderne au cours des 12 derniers mois

Il ressort des données observées (**Fig. 1**), que 45,0% des enquêtés sexuellement actifs avaient utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois précédant notre enquête (49,0% parmi les garçons contre 41,7% parmi les filles). Parmi eux, 49,3% avaient utilisé le condom masculin, 21,4% avaient utilisé la pilule contraceptive, 16,4% avaient utilisé des injectables, 9,3% avaient utilisé les pilules de lendemain, 2,9% avaient utilisé des implants et 0,7% le stérilet. Nous avons remarqué que selon le moment de la vie sexuelle, le type de contraceptif utilisé était différent, quel que soit le genre. En effet, la quasi-totalité des enquêtés sexuellement actifs (99,7%) avaient déclaré utiliser exclusivement le préservatif au tout début de la relation amoureuse. Mais lorsque la relation était

avancée, ce sont les autres méthodes (les pilules, les injectables, implants et les stérilets) qui étaient utilisés par la majorité de nos enquêtés. Les pilules de lendemain étaient utilisées à n'importe quel moment de la vie sexuelle, en cas d'oubli ou d'accidents de contraception. La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. Il s'agit de la double protection pour les utilisateurs du préservatif.

Il est apparu que 16,7% des filles sexuellement actives avaient déjà eu une grossesse non désirée et 19,4% des garçons sexuellement actifs ont déclaré avoir déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième (9,6%) de ces grossesses non intentionnelles s'étaient terminées par un avortement.

Les résultats de notre étude avaient suggéré aussi une relation significative entre l'utilisation de la contraception au cours des 12 derniers mois et l'âge. En effet, les jeunes âgés de 20-24 ans étaient plus nombreux à déclarer avoir utilisé un moyen contraceptif moderne au cours des 12 derniers mois et l'âge (60% des jeunes de 20-24 ans vs 40% de ceux de 15-19 ans, $p < 0,05$).

4.3 Les freins à la contraception moderne

Nous avons demandé aux jeunes de citer les différents facteurs susceptibles influencer leur accès de la contraception moderne. Les

différents freins évoqués par ceux-ci sont résumés dans le **tableau IV**.

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

Freins à la pratique contraceptive	Total	Garçons	Filles
	N/°	(N/°)	(N/°)
	311	132	179
Le manque d'information adéquate et complète	278 (89,4)	118 (89,4)	160 (89,4)
L'immaturation des jeunes	261 (83,9)	97 (73,5)	164 (91,6)
Les perceptions négatives (Rumeurs, croyances, désinformation)	207 (66,6)	122 (92,4)	85 (47,5)
La peur vis-à-vis des parents et de la famille	197 (63,3)	63 (47,7)	134 (74,9)
Difficultés d'accès économique et géographique	196 (63,0)	79 (59,8)	117 (65,4)
Les convictions religieuses	142 (45,7)	74 (56,1)	68 (38,0)
La crainte des effets secondaires	108 (34,7)	29 (22,0)	79 (44,1)
Les contraintes d'observance	66 (21,2)	26 (19,7)	40 (22,3)
Les échecs contraceptifs	47 (15,1)	19 (14,4)	28 (15,6)
Manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive	12 (3,9)	8 (6,1)	4 (2,2)

Selon les résultats obtenus, les barrières les plus fréquemment citées étaient : les difficultés d'accès aux informations adéquates (89,4%), l'immaturation (83,9%), les perceptions erronées vis-à-vis de la contraception (66,6%), la peur vis-à-vis des parents et de la famille (63,3%), les difficultés d'accès économique et géographique (60,0%) et les barrières religieuses (45,5%).

III- Discussion

Les données de cette enquête montrent que peu de jeunes utilisaient la contraception, malgré leur bon niveau de connaissance générale sur la contraception. Cette partie nous permettra d'interpréter ces différents résultats de notre recherche.

1. Une connaissance générale des jeunes sur la contraception

Nous avons noté chez les jeunes une méconnaissance du fonctionnement du corps, du cycle féminin et de la

contraception. La majorité (77%) d'entre eux ne connaissait pas les différents types de contraceptifs modernes. Cette situation pourrait trouver son explication par le fait que la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les sociétés africaines. Les adultes craignent aussi, qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents ou en leur apprenant à se protéger, on les rendrait sexuellement actifs. Tous ces facteurs font qu'aujourd'hui, très peu de jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine sexuel et reproductif. Pourtant les jeunes ont de réels besoins d'information et d'échanges. De tels résultats avaient été obtenus par l'EDSBF (2010) indiquaient que 21% de jeunes du Burkina Faso ne savaient pas comment situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel, et 41% n'en avaient qu'une connaissance approximative. Les résultats de notre étude avaient montré que la quasi-totalité des jeunes, avaient cité spontanément au moins une méthode

contraceptive moderne. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ont vu ou entendu parler des contraceptions lors des campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH, à travers les médias et/ou les outils de communication tels que internet, les téléphones ou des amis. Ces résultats concordent avec ceux obtenus au Burkina Faso par Babalola *et al.* (2005), suggérant un bon niveau de connaissance des jeunes en ce qui concerne la contraception. De la même façon, une étude réalisée par Williamson *et al.* (2009) au Mali, au Nigeria, en Tanzanie, en Afrique du Sud et au Vietnam, indiquant que la grande majorité des jeunes connaissent les principales méthodes de contraception. Mais les auteurs avaient insisté sur les méconnaissances des jeunes en ce qui concerne les modes d'emploi des méthodes contraceptives. Il est important de préciser que dans le cadre de notre étude, nous ne nous sommes intéressés qu'à la connaissance basique des moyens contraceptifs, et non aux connaissances des mécanismes d'action et des modes d'emploi. Pour Herbigniaux *et al.* (2005), nous devons être attentifs à distinguer la connaissance des méthodes et la connaissance de leur bonne utilisation. Car, même si les femmes se sentent bien informées, elles n'ont pas les comportements adéquats dans des situations inhabituelles par rapport à leurs méthodes.

Cela implique d'approfondir les connaissances des jeunes, notamment en ce qui concerne le mode de fonctionnement des différentes technologies contraceptives disponibles.

Les méthodes contraceptives les plus connues par nos enquêtés étaient les préservatifs et les pilules. Une explication peut en être que les préservatifs et les pilules soient les produits les plus répandus, et les plus accessibles financièrement. Des résultats similaires avaient été obtenus par plusieurs études (EDSBF, 2010 ; Guilbert, 2011). L'EDSBF (2010) avait déjà montré que le condom masculin était la méthode la plus connue par 93 % dans les populations jeunes. Cette proportion était élevée quel que soit l'état matrimonial des femmes (93 % pour les femmes en union et 99 % pour celles qui ne sont pas en union). En ce qui concerne les raisons pour lesquelles ces produits étaient les plus connus, Gilbert (2011) avait suggéré que le condom est le plus populaire parce qu'il connaît plus de promotion, il est moins cher et beaucoup d'adolescents savent comment en obtenir gratuitement. De même, il n'est pas nécessaire de voir un médecin pour en obtenir. Quant aux pilules, l'auteur avait estimé qu'elles sont faciles d'accès et peu coûteuses.

Notre étude a révélé que les parents ne constituaient pas les principales sources

d'information des jeunes enquêtés. La quasi-totalité des jeunes avaient cité les amis, le personnel de santé, et les pairs éducateurs comme étant leurs principales sources d'information en ce qui concerne les moyens contraceptifs. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Oindo *et al.* (2002) à Kisumu, indiquant que les principales sources d'information des jeunes du Kenya étaient les médias et les amis. Ces observations pourront être perçues comme une conséquence des différents problèmes de communication entre les parents et les jeunes enfants. Le fait que les parents ne communiquent pas suffisamment avec les enfants sur les questions de la sexualité maintient ceux-ci dans l'ignorance et le tâtonnement, ce qui va augmenter continuellement leur vulnérabilité. L'insuffisance de communication entre parents et adolescentes sur la sexualité avait été aussi documentée par Hien *et al.* (2012) au Burkina Faso. Cependant, ces auteurs estiment qu'il n'est pas aisé pour les parents d'aborder le sujet de façon simple et neutre avec leurs enfants. Bajos (2012), va dans le même sens en indiquant que le domaine de la contraception étant en constante évolution, il est difficile pour les parents de délivrer une information aussi complète que pourrait le faire un professionnel. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités et les compétences des parents à assumer leur rôle.

Les lieux de prestation de services en santé sexuelle étaient bien connus par nos enquêtés. Par ailleurs, le niveau de connaissance des lieux de prestation était plus élevé chez les filles que chez les garçons. Nous pouvons en déduire que les filles se sentaient plus concernées par leur sexualité que les garçons. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2013) avait déjà expliqué cette relation par le fait que la contraception est considérée comme « une affaire de femmes » qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses échecs. En effet, dans la société burkinabè moderne comme traditionnelle, chez les jeunes, dans un contexte hors mariage, il est quelques fois plus toléré d'enceinter une fille que de tomber enceinte d'un homme. Chez une jeune fille non mariée, une grossesse désirée ou non avant le mariage entraîne la stigmatisation, des formes graves de violences et même l'exclusion ou le bannissement familiale. Tout ceci peut expliquerait les efforts fournis par les filles pour accéder aux contraceptifs.

2. La persistance des perceptions erronées sur la contraception

Nos résultats avaient indiqué la persistance des perceptions erronées sur la contraception chez le tiers des jeunes interrogés. Cette situation être due à la désinformation ou à des rumeurs sur la fiabilité de la contraception. C'est peut-être aussi parce

que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la prévention du VIH que sur la contraception. Cette observation coïncide avec les résultats d'études menées dans d'autres pays d'Afrique. Au Nigeria, une étude menée auprès de 208 jeunes par Okanlawon *et al.* (2010), avait montré que la plupart des répondants n'avaient que très peu d'informations correctes à l'égard des contraceptifs.

Les perceptions erronées sur l'efficacité de la contraception n'empêchaient pas les jeunes à accorder une grande importance à la contraception. En effet, la quasi-totalité (90,2%) des jeunes avaient considéré la contraception comme «*très importante*». Par ailleurs, les filles étaient significativement plus nombreuses à considérer la contraception comme très importante. Cela pourrait s'expliquer par la peur des risques d'une grossesse non désirée. Les études de Herbigniaux *et al.* (2005) avaient fait des observations similaires. Selon les résultats de ces études, les filles accordaient un degré d'importance un peu plus élevé que les garçons, bien que les garçons soient aussi très nombreux à considérer la contraception comme très importante. Cette importance accordée à la contraception va selon les auteurs, agir partiellement sur l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Il importe donc que les programmes de

prévention continuent à insister sur l'importance de la contraception dans la prévention des grossesses non désirées, et à dissiper les idées fausses et les croyances erronées.

3. Une utilisation très insuffisante de la contraception

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

Les résultats de notre étude montraient que plus de la moitié des jeunes de notre échantillon total avaient déclaré avoir déjà eu leur premier rapport sexuel pénétratif dont 13,8% avant 16 ans. Ces résultats sont très proches de ceux obtenus lors de l'EDSBF (2010). Pour ces jeunes, le premier rapport sexuel était souvent imprévu et les exposait aux risques de contracter des grossesses non désirées. L'analyse des données avait permis de constater une utilisation très insuffisante des méthodes contraceptives lors des premiers rapports sexuels. Une explication peut en être que les premiers rapports sexuels sont généralement imprévus et improvisés. Il se passe clandestinement et se fait rapidement pour éviter la surprise. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus par Guiella (2004), lors d'une étude menée sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso. Selon l'auteur, bien que la majeure partie des adolescents approuvaient la planification familiale, la plupart d'entre

eux n'avaient pas recours aux contraceptifs. Ces observations montrent combien il existe un fossé entre les connaissances théoriques, les perceptions, et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes. A l'instar de Herbigniaux *et al.* (2005), nous pensons que ce n'est pas exclusivement sur le niveau des connaissances qu'il faut agir, mais également sur les pratiques concrètes et quotidiennes, et les éléments qui les entravent (tant du côté des filles que de celui des garçons). Le dialogue avec la mère et le niveau d'éducation sont deux facteurs favorables à la mise en œuvre précoce de la contraception.

La principale raison évoquée par nos enquêtés pour justifier leur pratique contraceptive, était la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées. De tels résultats avaient été déjà observés par plusieurs études réalisées en Afrique et ailleurs (Herbigniaux *et al.*, 2005 ; Dagnan, 2003). En Côte d'Ivoire, Dagnan *et al.* (2003) avaient déjà noté qu'à Abidjan, les adolescentes scolarisées utilisaient le préservatif masculin à cause de son double avantage, à savoir la protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH.

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

Comme pour le premier rapport sexuel, notre étude avait révélé une faible pratique

contraceptive chez les jeunes au cours des 12 derniers mois précédant notre étude. Autrement dit, plus de la moitié des jeunes sexuellement actifs étaient exposés aux grossesses non désirées, puisqu'ils n'avaient pas utilisé une méthode contraceptive moderne durant les 12 derniers mois. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Araoye *et al.* (1998) dans l'Etat de Kwara State au Nigeria. En effet, sur un échantillon de 971 étudiants de 18-24 ans de l'Université Ilorin, seuls 28% des jeunes garçons et 19% des jeunes filles sexuellement actifs, avaient utilisé une contraception moderne durant les 12 derniers mois précédant cette enquête.

Nous avons remarqué que les moyens de contraception les plus utilisés par les jeunes, étaient le préservatif et la pilule. Notre étude avait aussi suggéré que les pratiques contraceptives des jeunes, changent avec le type de relation dans laquelle ils étaient. Le préservatif était exclusivement utilisé au tout début de la relation amoureuse, alors que la pilule était introduite lorsque la relation était avancée. De notre point de vue, le condom est la méthode de contraception la plus utilisée dans les nouvelles relations, à cause de l'avantage de double protection qu'il offre. Il est aussi possible que les campagnes de prévention du Sida, aient contribué à une large promotion des préservatifs pour la prévention des grossesses, mais aussi pour

celle des infections sexuellement transmissibles. Quant aux pilules, c'est probablement parce qu'elles sont faciles d'accès, qu'elles sont utilisées par les jeunes lorsque la relation est définie comme stable. Ainsi, la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports, puis par la contraception orale lorsque se consolide (Gallois (2012). L'étude de Guilbert (2012) sur l'utilisation de la contraception à l'adolescence, avait validé cette suggestion, puisque l'auteur avait affirmé que l'usage du condom semble se confiner aux nouvelles relations et aux relations avec multiples partenaires, alors que l'usage de la pilule est introduit lorsque la relation est définie comme stable. Aubin (2009) fait aussi le constat que le préservatif se prête assez bien aux conditions d'exercice de la sexualité en début de vie affective : d'accès facile, il ne nécessite pas de consultation médicale préalable et d'usage ponctuel, il ne suppose aucun pari sur l'avenir de la relation. Enfin sa double finalité potentielle se révèle un atout pour son utilisation : il peut-être plus facile de proposer un préservatif en invoquant l'argument contraceptif, que dans une perspective uniquement préventive. En conclusion, les auteurs soulignent l'importance du préservatif dans la double protection (prévention VIH et grossesses non désirées), ce qui incite à renforcer

l'intervention de promotion, surtout au début de la vie sexuelle. Son efficacité contraceptive est, « dans la vie réelle », assez peu différente de celle de la pilule. Il paraît opportun de conseiller l'association des deux dans les débuts d'une sexualité active, pour éviter la persistance des grossesses non désirées (Gallois *et al.*, 2012 ; Adohinzin *et al.*, 2016b).

Dans ce contexte de faible pratique contraceptive, des grossesses imprévues surviennent, et ces jeunes femmes recourent parfois à l'avortement, si elles ne peuvent garder cette grossesse. Les données de notre enquête avaient suggéré qu'environ 17% de jeunes sexuellement actifs avaient déjà eu une grossesse non désirée, ou avaient déjà enceinté une fille. Par ailleurs, un dixième de ces grossesses s'étaient terminées par un avortement. Ces résultats semblent valider les recherches antérieures sur les conséquences du non usage des moyens contraceptifs. Au Burkina Faso, les résultats de la monographie sur les grossesses non désirées et avortements, montraient que trois grossesses sur dix ne sont pas désirées, et qu'une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement (Akinrinola *et al.*, 2013). Blais (2005) avait justifié ces grossesses non désirées par la résistance à la contraception. Cette résistance se reflète selon l'auteur, sur le comportement de deux façons : soit qu'aucune méthode

contraceptive n'est utilisée, soit que celle-ci est inadéquate. L'utilisation inadéquate renvoie selon l'auteur, à trois problèmes : le délai entre le début des relations sexuelles, et l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive et enfin, l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive. Néanmoins, on peut-on en outre parler de la résistance contraceptive lorsque qu'on sait que les jeunes n'ont pas les informations et les compétences complètes relatives à l'utilisation de la contraceptive. Cependant, nous estimons que l'accent devrait être mis aussi sur la résistance à la contraception. Au Burkina Faso, Sondo *et al.* (2001) avaient proposé le renforcement des campagnes de sensibilisation axées sur l'approche genre.

L'analyse des données de notre enquête, avait permis de constater que la pratique contraceptive au cours des 12 derniers mois, était significativement associée à l'âge quel que soit le sexe. L'usage de la contraception était plus élevé chez les aînés que chez les cadets. Ceci pourrait trouver une explication dans l'immaturité et l'inexpérience des plus jeunes enquêtés par rapport à leurs aînés. Au Burkina Faso, l'EDSBF (2010) et une étude menée par Guiella (2004) sur la santé reproductive des jeunes, avaient montré que l'utilisation de la contraception moderne était fortement corrélée à l'âge. Il importe donc que l'éducation sexuelle commence

avant la puberté et à l'école primaire, afin que les filles soient plus à même de faire des choix informés sur leurs activités sexuelles, au moment où elles commencent à avoir des rapports sexuels (Manzini, 2001).

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

Comme d'autres recherches sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, les données de l'enquête avaient montré que l'accès et le bon usage de la contraception se heurtent à une série d'obstacles à savoir : Le manque d'information adéquate et complète des jeunes ; La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile ; Les difficultés d'accès aux méthodes contraceptives et à des services de la qualité ; La crainte des effets secondaires des produits ; et Le poids de la culture et de la religion.

Très clairement, c'est le manque d'information adéquate et complète qui était le frein le plus cité. En effet, la plupart des informations détenues par les jeunes étaient basées sur des idées reçues, des préjugés et des rumeurs. Ceci pourrait expliquer la persistance des perceptions négatives vis-à-vis de la contraception. La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile caractérisée par la peur vis-à-vis des parents, semble également jouer en défaveur de la contraception. Enfin, le coût trop élevé de certaines méthodes,

l'inaccessibilité géographique, les effets secondaires et les barrières religieuses, sont également des facteurs déterminants de l'utilisation de la contraception. Ces différents facteurs avaient été déjà documentés par plusieurs études comme étant déterminants à l'accès, au choix et à l'utilisation de la contraception.

Guilbert *et al.* (2001) et Gallois *et al.* (2012) avaient montré un lien entre l'accès à l'information et la pratique contraceptive. Pour ces auteurs, le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives, constitue un frein essentiel au choix d'une contraception. Il a pour corollaire le développement des fausses rumeurs concernant les méthodes modernes. Ces fausses rumeurs sont, selon eux, d'autant plus difficiles à combattre, qu'elles se propagent très rapidement dans le contexte des échanges internet via les forums de discussion et autres réseaux « sociaux ». Il nous paraît donc important que les jeunes reçoivent une information claire et précise sur toutes les méthodes contraceptives, leurs avantages et inconvénients, les indications et contre-indications, les moyens de se les procurer et leur coût.

L'accès des jeunes à la contraception, bien en deçà et au-delà de l'information, est déterminé par la reconnaissance sociale de leur sexualité. Ainsi, la non reconnaissance

sociale et parentale de la sexualité juvénile a été évoquée dans plusieurs études, comme une barrière importante à l'utilisation de la contraception. Ceci pourrait trouver son explication dans le fait que les jeunes ont peur que leurs parents sachent qu'ils sont sexuellement actifs. L'étude de Miller citée par Aujoulat *et al.* (2007) résume deux décennies de recherches (1980-2000) sur les influences familiales, et surtout parentales sur le risque de grossesse à l'adolescence. Elle relève principalement trois facteurs liés aux parents, qui diminuent le risque de grossesse à l'adolescence, soit en réduisant ou en retardant les relations sexuelles, soit en augmentant l'utilisation de moyens contraceptifs : le type de lien parents/enfant (soutien, proximité, et chaleur) ; la supervision ou la régulation parentale des activités des enfants ; et les attitudes et les valeurs parentales contre les relations sexuelles des adolescents (ou contre les relations sexuelles non protégées), et les grossesses à l'adolescence. Des études plus récentes viennent confirmer l'influence des facteurs familiaux. L'étude de Herbigniaux *et al.* (2005), suggère que la peur vis-à-vis des parents avait été citée par 75% des jeunes filles, comme étant l'un des principaux freins liés à la prise de la pilule. Les auteurs observent une relation entre la communication des jeunes avec les parents, et l'usage de la contraception. Selon eux,

plus il y a un haut niveau d'acceptation des relations sexuelles, c'est-à-dire moins les jeunes ressentent de culpabilité associée à leur activité sexuelle, mieux ils font usage des moyens contraceptifs. Il semble évident que la sexualité clandestine ne favorise pas la pratique contraceptive ni les comportements de prévention. Et comme Biddlecom *et al.* (2010) l'a si bien dit, il serait dès lors utile d'explorer d'autres stratégies, telles que l'appel traditionnel aux adultes de confiance, de la communauté, pour l'apport d'information et de services aux jeunes. Dès le moment où ils sont sexuellement actifs, les adolescents pourraient être mieux aptes à se protéger, s'ils disposent de canaux de communication ouverts et bienveillants avec leurs parents, et figures parentales.

Un certain nombre d'auteurs soulignent le rôle de l'accessibilité (géographique et financière) et de la qualité des services dans l'utilisation ou non d'une contraception par les jeunes. Selon Gallois *et al.* (2012), outre le besoin d'une information non moralisatrice de qualité, deux paramètres sont à prendre en considération chez les 15-25 ans : les besoins, d'une part, de confidentialité absolue, et d'autre part, de gratuité. Ce qui pose des problèmes pratiques non résolus dans le cadre habituel du remboursement des consultations et médicaments. Aubin (2009), va dans le

même sens en indiquant que lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits contraceptifs est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation, qui pourrait donc contribuer à alimenter la demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les obstacles financiers susceptibles de limiter l'accès à la contraception, méritent en effet, un examen approfondi et objectif. En ce qui concerne la confidentialité, Ba *et al.* (1999) avaient constaté après une étude menée au Sénégal, que les adolescentes qui voulaient utiliser la contraception dans la confidentialité, se voyaient s'offrir les services au même titre que les adultes, dans une structure où aucune singularité liée à l'accueil ou à l'attente ne leur était pas destinée. Ce qui est une source de non motivation, voire d'arrêt à l'utilisation de la contraception. Les auteurs insistent également sur les attitudes répressives de certains prestataires de santé envers les adolescents, à travers le mauvais accueil et/ou par jugement de valeur porté sur ceux-ci, et qui constituent un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives. Pour améliorer les conditions d'accès des jeunes à la contraception, Gautier *et al.* (2013) avaient proposé de rendre plus visible l'action des institutions (planification familiale et dépistage du VIH), mais surtout d'assurer aux jeunes la confidentialité et la gratuité de la contraception.

L'EDSBF (2010) avait identifié les effets secondaires, comme une des raisons avancées par les non utilisateurs des méthodes de planification familiale. Selon les résultats de cette étude, les jeunes ont besoin d'informations sur les effets secondaires les plus communs, et la manière de les gérer ou de les surmonter. Une étude réalisée en Afrique du Sud par Cotten *et al.* (1992), avait révélé que les femmes qui reçoivent des services de counseling inadéquats sur les effets secondaires, sont plus susceptibles de cesser leur utilisation des services de planification familiale lorsqu'elles ressentent des effets secondaires que les femmes ayant été dûment informées des effets secondaires éventuels. Pour Gilbert (2001), les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'évaluation de la santé sexuelle des adolescents durant les consultations cliniques, aussi bien que dans la promotion du concept d'être sexué dans les programmes d'éducation sexuelle. En plus, lorsque les professionnels fournissent des conseils sur la contraception, ils ont l'occasion non seulement de décrire les différentes méthodes de contraception, mais aussi de contrer les attitudes négatives envers les méthodes de contraception. Ceci peut être fait en insistant sur les bénéfices non-contraceptifs. Selon l'OMS (2005), les contraceptifs hormonaux parmi lesquels

figurent les pilules, les contraceptifs injectables ou implantables, les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux, font tous appel à des hormones qui empêchent la femme d'être enceinte. Ces hormones peuvent avoir d'autres effets sur la santé des femmes, dont de nombreux effets bénéfiques, en dehors de la simple contraception. Parmi ceux-ci nous pouvons citer : la diminution de la douleur pendant les règles, la disparition des irrégularités menstruelles, la diminution de l'abondance des règles et de leur durée, la diminution de l'acné, la diminution de la fréquence du cancer de l'ovaire à environ 40 %, et celle du risque du cancer du col utérin de 50%.

Les facteurs culturels et religieux ont été aussi évoqués dans plusieurs études, comme étant des freins importants à l'usage de la contraception. En 2013, une étude CAP sur la santé sexuelle et reproductive réalisée par l'UNFPA (2013) au Burkina Faso, avait établi un lien entre la religion et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Selon le rapport de cette étude, les femmes chrétiennes avaient un taux d'utilisation environ 1,4 fois plus élevé que les femmes musulmanes, et environ 2,4 fois plus que les femmes animistes. La croyance et la pratique de la religion ont donc une influence sur le moment de la prise de contraception : moins la religion est importante pour la femme, plus elle aura

tendance à utiliser une contraception. Il y a donc lieu d'instaurer un dialogue permanent avec les confessions religieuses, en commençant par celles qui sont plus favorables que d'autres, pour conjointement élaborer une stratégie de communication efficace en faveur de l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives (MSPLS, 2014).

Quelques limites sont à considérer dans l'appréciation des résultats. La première est relative à l'aspect rétrospectif de certaines de nos variables, en l'occurrence celle portant sur l'âge et l'utilisation de la contraception aux premiers rapports sexuels. Cette variable pourrait subir l'effet de mémoire, surtout à cause de la faiblesse du niveau d'instruction des enquêtés, et de leur très jeune âge. En deuxième lieu, le caractère tabou de la sexualité est un aspect pouvant influencer la qualité des réponses. Certains jeunes peuvent volontairement fournir de fausses réponses pour protéger leur vie privée, par crainte d'une censure ou pour se vanter. Durant la formation des enquêteurs, des conseils leur ont été donnés pour bien expliquer la portée du travail et aussi rassurer les enquêtés sur le caractère confidentiel des informations. Cette pratique d'explication des enquêteurs a contribué à réduire l'effet de ces biais.

Conclusion

Le présent article montre que peu de jeunes utilisaient les moyens contraceptifs, malgré leur bonne connaissance et la grande importance qu'ils déclarent accorder à la contraception. Ces résultats montrent combien il existe un fossé entre les connaissances théoriques, les perceptions, et les applications de celles-ci dans le comportement quotidien des jeunes.

Cette faible utilisation des moyens contraceptifs s'explique par : le manque d'information adéquate et complète des jeunes, la non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile, les problèmes d'accessibilité (géographique et financière), la qualité de service, la crainte des effets secondaires des produits, le poids de la culture et de la religion.

Cette étude confirme les résultats de plusieurs recherches menées au Burkina Faso, et dans d'autres pays en matière de communication entre parents et enfants, dans le domaine de la contraception. Car, bien que près de 84% des jeunes de notre échantillon soient en situation de cohabitation parentale, les parents étaient les sources d'information les moins citées par nos enquêtés. Les résultats de notre enquête ont aussi suggéré que la contraception est devenue la « norme », par l'utilisation du préservatif au début de la relation, puis par la contraception orale lorsque la relation est définie comme stable. Dès qu'une relation de

couple plus stable s'installe, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé. Nous avons noté aussi que la pratique contraceptive chez les jeunes est fortement liée à l'âge. Plus les enquêtés étaient âgés, plus ils avaient utilisé un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel.

Au regard de ce qui précède, on peut retenir que de nombreux défis restent encore à relever en matière de contraception. Il est urgent de porter les efforts d'éducation, non seulement sur les connaissances, mais aussi sur les pratiques concrètes et quotidiennes dans la vie sexuelle et les éléments qui les entravent. Il convient de renforcer les capacités des parents, des enseignants et du monde médical, afin que chacun joue le rôle qui est le sien dans ce processus de transmission d'information et de compétences aux jeunes. Il va falloir assurer aux jeunes la confidentialité et la gratuité de la contraception. Et comme Mwembo-Tambwe (2012) l'a su bien dit : il n'y a pas de contraception idéale, à chaque couple sa contraception. Le personnel médical devrait aider les candidats à faire un bon choix quant aux méthodes contraceptives. Les quatre critères d'une bonne méthode contraceptive doivent absolument être considérés. Un bon choix dépend de nombreux facteurs : le mobile (désir du couple), les convictions religieuses, les possibilités offertes par le pays, le rapport

entre les conjoints, l'harmonie physique et psychologique, la pudeur, les indications et contre indications des méthodes utilisées.

Une future recherche est nécessaire, pour explorer les stratégies de promotion de l'utilisation de la contraception qui apportent le plus grand bénéfice, en particulier chez les jeunes et dans les milieux moins favorisés. Un examen plus approfondi des questions liées à l'offre et à la demande, serait aussi utile, afin de faciliter l'accès des programmes à une plus grande proportion de jeunes, pour les aider à répondre à leurs besoins de contraception. Ces perspectives pourraient améliorer l'information et la pratique de la contraception chez ce groupe vulnérable.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toute l'Equipe Société et Santé du département de Santé Publique du Centre Muraz pour sa contribution multiforme (amendement du protocole, formation des enquêteurs, collecte et encodage des données, vérification des questionnaires, etc.) et les équipes du Centre de Calcul du Centre Muraz et du Luxembourg Institute of Health, pour leur appui méthodologique, le traitement et l'analyse des données.

Références

1. Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al, 2016.

- Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée. Santé publique. Santé publique. n°4, juillet-août (In press).
2. Adohinzin CCY, Meda N, Ouédraogo GA, Belem AMG, Sombié I, Berthé A, et al, 2016. Port du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabés. Santé publique. n°5, juillet-août (In press).
 3. Akinrinola B, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G. 2013. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences. [Page Internet]. New York: Guttmacher Institute, 40p. [Visité le 31/03/2016]. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37141>
 4. Araoye MO, Fakeye OO. 1998. Sexuality and contraception among Nigerian adolescents and youth. African Journal of Reproductive Health. 2(2),142-50
 5. Aubin CD, Menninger J, 2009. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. France : Inspection générale des affaires sociales, RM2009-104A, IGAS, Rapport N°RM2009-104A, 94 p.
 6. Aujoulat I, Libion F, Rose B. 2007. Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Bruxelles : Unité d'Education pour la santé, Tome 2, 32 p.
 7. Ba M, Sangaré M, Moreira P, Bah D, Diadiou F, 1999. Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. Médecine d'Afrique noire. 46 (6), 300-302
 8. Babalola S, Vonnrasek C, 2005. Communication, ideation and contraceptive use in Burkina Faso: an application of the propensity score matching method. J Fam Plann Reprod Health Care, Volume 31, Issue 3 :207-212. Doi:10.1783/1471189054484022
 9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. 2012. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés. n°492. [Visité le 12/06/2016]. En ligne : http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/
 10. Biddlecom A, Awusabo-Asare K, Bankole A, 2010. Rôle des parents dans l'activité sexuelle et la pratique contraceptive des adolescents, dans quatre pays d'Afrique. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique. Numéro spécial , 2-11.
 11. Blais J. 2005. La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste. Sexprime. vol.1, no 2, 8 p.
 12. Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ), 2009. La sexualité des jeunes au fil du temps. Evolution, influences et perspectives. Berne : CFEJ, 105 p. [Visité en 22/04/2016]. En ligne : www.cfej.ch.
 13. Cotton N, Stanback J, Maidouka H, Taylor-Thomas JT, Turk T, 1992. Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia. International Family Planning Perspectives. 18 (4),145-149
 14. Dagnan S, Dzuaffo P, Tiembre I, Benie BV, Koffi KA, Boni ES. 2003. Utilisation de la planification familiale chez l'adolescente scolarisée à Abidjan, Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique noire. vol. 50 (7), 305-308
 15. Delaunay V, Guillaume A, 2007. Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique sub-Saharienne. In : Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements. Edition. Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve : 215-267

16. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 2013. Connaissances Attitudes et Pratiques des populations du Burkina en matière de Santé Sexuelle et Reproductive. Burkina Faso : FNUAP, 93 p. [Visité le 28/12/2015]. En ligne : http://countryoffice.unfpa.org/burkinafaso/drive/RAPPORTCAP_avalider.pdf
17. Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), 2014. Etat de la population 2014. New York : FNUAP, 119 p. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WEB.pdf
18. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. 2012. Contraception de l'adolescente. Volume 8, numéro 3, 112-117 .DOI : 10.1684/med.2012.0811
19. Gautier A, Delphine Kersaudy-Rahib, Lydié N, 2013. Pratiques contraceptives des moins des 30 ans, Baromètre de sante 2010, Mai 2013. Agora débats/jeunesses. 1 (63), 176 p. Doi : 10.3917/agora.063.0088.
20. Guiella G. Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. 2004. New York : Alan Guttmacher Institute, 37 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2005/03/01/or16.pdf>
21. Guilbert E. 2001. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. Journal SOGC. Volume 23 (4), 329-333
22. Haute Autorité de Santé (HAS). 2013. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. France (Paris) : HAS, 49 p. [Visité le 27/12/2015]. En ligne : www.has-sante.fr
23. Herbigniaux F, Thai Y. 2005. Les méthodes contraceptives chez les jeunes Enquête menée auprès des 13 - 21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles : Fédération des Centres de planning des Femmes Prévoyantes Socialistes, 39 p.
24. Hien H, Somé A, Meda N, Somé T, Diallo R, Zingué D, Diallo I, Dao B, Diagbouga S, Ouedraogo BJ. 2012. Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique. 24(4): 343-351
25. Institut de médecine tropicale (IMT), 2008. Droits en matière de Santé de la Reproduction – Santé Génésique. PASSAGE – Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique. Burkina Faso : IMT, 103 p. [Visité le 02/02/2016]. En ligne : <http://www.uonn.org/passage/Rapport%20an%2002/Rapport%20Interm%C3%A9diaire%20an%2002%20Version%20finale.pdf>
26. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). 2009. Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitat. Burkina Faso : MFE, 348 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres%20enq/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf
27. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-2010) du Burkina Faso. 2010. Calverton: ICF International, 349 p. [Visité le 30/05/2016]. En ligne : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady347.pdf
28. International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2006. Déclaration de l'IMAP sur la contraception à l'usage des adolescents et des jeunes à l'époque du VIH/Sida. Bulletin médical de l'IPPF. 40 (2), 6 p.

29. Machin D, Campbell Mj, Fayers PM, Pinol A. Sample Size Tables for Clinical Studies. 1997. Second Edition John Wiley & Sons. Chichester (United Kingdom): 315 p.
30. Manzini N, 2001. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters*. 9(17), 44-52
31. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS), 2014. Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi. Burundi : MSPLS, 102pp.
32. Mwembo-Tambwe A , Kayamba P, Donnen, P, Mukalenge F, Humblet P, Dramaix, M, Buekens P, 2012. Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: proportion et déterminants. *The Pan African Medical Journal*, vol 12; 25p.
33. Oindo ML. 2002. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *Afr Health Sci*. 2(1) : 33-39
34. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje F. 2010. Contraceptive Use: Knowledge, Perceptions and Attitudes of Refugee Youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *Afr J Reprod Health*.14 (4), 17-26
35. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005. La contraception hormonale et l'état osseux : note d'information à l'intention des dispensateurs. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 35 (80), 297–304pp. [Visité le 24/03/2016]. En ligne : www.who.int/reproductive-health
36. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2011. Risques pour la santé des jeunes. 64ème Assemblée mondiale de la Santé. Genève: OMS. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf.
37. Sondo B , Sya D, Paré R, Kouanda S, Savadogo L, 2001. The use of contraceptive methods by the Mossi in a rural health district of Kaya, Burkina Faso. *Sante*. Apr-Jun;11(2) :111-6.
38. Tantchou Y, 2009. Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*. Vol. 17,18-28. [Visité le 31/05/2016]. En ligne : www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm.
39. Williamson M, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. 2009. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries : a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 2009. 6:3, 1-12. Doi:10.1186/1742-4755-6-3