UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etat des lieux de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes : Cas des écoles secondaires en Mairie de Bujumbura

Niyonkuru, Espérance; Directeur de thèse : Dr Zacharie Ndizeye

2020-07
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/795

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

ETAT DES LIEUX DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES :

Cas des écoles secondaires en Mairie de Bujumbura.

Par

Espérance NIYONKURU

Directeur de thèse :

Dr Zacharie NDIZEYE

Thèse présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Juin 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019)

I. BUREAU DECANAL

Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen

Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen

Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

III. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologique
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie Obstétrique, Soins de Santé Maternels et Infantiles
7. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie, orthopédie – traumatologie
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
12. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Médecine Physique et de Réadaptation

14.Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie–obstétrique

15.Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologie infectieuse et parasitaire, Endocrinologie

16.Pr AMANI Moïbéni :Sémiologie médicale et Physiologie digestive

17. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins palliatifs, Anesthésie-réanimation

18. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie

19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie tête et cou, Sémiologie Chirurgicale

20. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomopathologie

IV. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie, orthopédie-traumatologie
5. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie
6. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie
7. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
8. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale

9. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
10. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
11. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie/ Neurochirurgie
12. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie
13. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie

V. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP
3. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

VI. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Méthodologie de la recherche et Epidémiologie
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr IRANGABIYE Eloi : Anatomie–physiologie

4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : Anatomie Pathologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

VIII. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A la mémoire de nos chers regrettés parents ;

A notre chère Tante et son époux, recevez en ce travail le couronnement de vos efforts et vos sacrifices ;

A notre Oncle et nos tantes ;

A nos frères et sœurs, votre soutien et amour inconditionnels nous ont été d'une grande aide ;

A nos cousins et cousines ;

A tous nos amis et amies ;

A la 35^{e} promotion de la Faculté de Médecine pour toutes les joies et les peines partagées ;

Nous dédions cette thèse.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toute personne qui de près ou de loin a contribué au succès de ce travail :

Nos sincères remerciements s'adressent dans un premier temps au Dr Zacharie NDIZEYE, Directeur de cette Thèse ; pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Au Professeur Déogratias NTUKAMAZINA, Président du Jury ; qui nous fait un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré ses multiples occupations. Ses critiques, ses suggestions et ses recommandations ont beaucoup apporté à ce travail. Nous lui témoignons notre respect et notre reconnaissance.

Au Dr Jacques NDIKUBAGENZI, Membre du jury ; pour avoir accepté de juger et de prendre part à l'amélioration de cette thèse, nous lui sommes sincèrement reconnaissants.

Nous remercions également toute l'équipe pédagogique de l'Université du Burundi, Faculté de Médecine et les intervenants professionnels responsables de notre formation depuis l'école primaire, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

ACRONYMES

AES **:** Accident d'Exposition au Sang

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

HSV : Herpes Simplex Virus

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes.

SSSR : Services de Santé Sexuelle et Reproductive

TAR : Traitement Antirétroviral

TME : Transmission Mère-Enfant

VIH : Virus d'Immunodéficience Humain

VVSBG : Victimes des Violences Sexuelles Basées sur le Genre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1 : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ……22

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon les Connaissances sur les IST 24

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon les connaissances sur les SSSR..... 26

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes vis-à-vis de la SSR.. 28

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon leurs pratiques en matière de SSR.. 29

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon l'âge des premiers rapports sexuels n=21……30

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon leurs sources d'informations en matière de la santé sexuelle et reproductive……31

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2018-2019) ii
DEDICACES vii
REMERCIEMENTS viii
ACRONYMES ix
LISTE DES TABLEAUX x
TABLE DES MATIERES xi
0. INTRODUCTION 1
0. 1. Présentation et justification de l'étude 1
0.2. Objectifs de l'étude 3
I. GENERALITES 4
I.1. Définition de quelques concepts 4
I.1.1. Adolescence 4
I.1.2. Jeunesse 4
I.1.3. Santé sexuelle 5
I.1.4. Santé reproductive 5
I.1.5. Droits sexuels et reproductifs 5
I.1.6. Grossesse précoce 6
I.1.7. Services de santé sexuelle et reproductive (SSSR) 6
I.2. Planification familiale (PF) 7
I.2.1. Définition 7
I.2.2. Critères d'une bonne méthode contraceptive 7
I.2.3. Aperçu des méthodes contraceptives 8
I.2.3.1. Méthodes naturelles de contraception 8
I.2.3.1.1. Retrait ou coït interrompu 8
I.2.3.1.2. Abstinence périodique 8
I.2.3.1.2.1. Méthode du calendrier ou Ogino 8

I.2.3.1.2.2. Méthode des températures 9
I.2.3.1.2.3. Méthode de la glaire ou Billings 9
I.2.3.1.2. 4. Tests d'ovulation : Persona 10
I.2.3.1.3. Allaitement maternel 10
I.2.3.2. Méthodes de contraception modernes 10
I.2.3.2.1. Contraceptifs oraux ou pilules 10
I.2.3.1.2. Contraceptifs injectables 11
I.2.3.1.3. Contraception mécanique 11
I.2.3.1.3.1. Préservatifs 11
I.2.3.1.3.2. Diaphragme et cape cervicale 11
I.2.3.1.4. Dispositifs intra-utérins (stérilet) 12
I.2.3.1.5. Autres méthodes modernes 12
I.2.3.1.5.1. Implant "Implanon" 12
I.2.3.1.5.2. Patch "EVRA" 12
I.2.3.1.5.3. Anneau vaginal "Nuvaring" 12
I.2.3.1.5.4. Contraception d'urgence 13
I.2.3.1.5.5. Spermicides 13
I.2.3.1.5.6. Stérilisation à visée contraceptive 13
II . MATERIEL ET METHODES 15
II.1. Matériel 15
II.1.1. Lieu, type et période d'étude 15
II.1.2. Population de l'étude 15
Critères d'inclusion 15
II.1.3. Collecte des données 15
II.1.4. Paramètres du questionnaire 16
II.2. Méthodes 17
II.2.1. Echantillonnage et recrutement des enquêtés 17
II.2.2. Déroulement de l'enquête 18
II.2.2.1. Pré-enquête 19

II.2.2.2. Enquête proprement dite 19
II.2.2.2.1. Prise de contact 19
II.2.2.2.2. Distribution des questionnaires et réponses aux questions 19
II.2.3. Saisie et traitement des données 19
III. RESULTATS 22
III.1. Caractéristiques sociodémographiques 22
III.2. Connaissances des adolescents et des jeunes en matière de la santé sexuelle et reproductive 24
III.3. Attitudes des adolescents et jeunes vis-à-vis de la SSR 28
III. 4. Pratiques des adolescents et des jeunes en matière de la SSR 29
IV. DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE 32
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles. 32
IV1.1. Age 32
IV.1.2. Sexe 32
IV.1.3. Milieu de provenance 33
IV.1.4. Personne responsable de l'éducation des enquêtés 33
IV.1.5. Religion 34
IV.1.6. Régime de l'établissement (internat ou externat) 34
IV.1.7. Niveau d'Etude 35
IV.2. Les IST 35
IV.2.1. Connaissances sur les IST 35
IV.3. Les SSSR 41
IV.4. Comportements sexuels à risque des adolescents et des jeunes vis-à-vis des IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées 43
IV.5. Sources d'informations en matière de la sexualité et de la reproduction 46
V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 47
V. 1. CONCLUSION 47
V.2. SUGGESTIONS 48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 49

ANNEXES 58
FICHE D'ENQUETE 59
SERMENT DE GENEVE..... 66
RESUME ……...67

0. INTRODUCTION

0. 1. Présentation et justification de l'étude

Le monde compte 1.2 milliard d'adolescents âgés de 10 à 19 ans soit 16% de la population mondiale [1] et 1,8 milliard de jeunes de 10 à 24 ans ; et ce groupe de population connaît sa croissance la plus rapide dans les pays les plus pauvres [2]. Des problèmes comme des infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH, des grossesses non désirées, un faible niveau d'éducation et des abandons de l'école ou de toute autre formation peuvent surgir dans cette période et constituer un handicap à une bonne transition vers l'âge adulte [3].

Dans le monde entier, les adolescents et les jeunes représentent une part croissante des personnes vivant avec le VIH. En 2016, il y avait 610 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont été infectés par le VIH, dont 260 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans [4].

En 2016, on a enregistré 21 millions de grossesses parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ; près de la moitié (49%) étaient non désirées : 43% en Asie, 45% en Afrique et 74% en Amérique Latine et dans les caraïbes [5].

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la 2ème cause de décès parmi les filles âgées de 15 à 19 ans [6]. Environ 1/5 soit 21% des grossesses non désirées chez les adolescentes en Asie et environ la moitié des grossesses non désirées en Amérique latine et dans les caraïbes (49%) et en Afrique (46%) se terminent par un avortement effectué dans des conditions dangereuses [7]. Près de 23 millions d'adolescentes auraient un besoin non satisfait en matière de contraception moderne et sont exposées à une grossesse non désirée [5]

En Afrique de l'Ouest et du Centre, en raison de nombreux facteurs, dont le mariage des enfants, les jeunes femmes sont plus susceptibles de débuter leur

vie sexuelle plus tôt que les jeunes hommes ; l'âge médian des filles lors de leur première expérience sexuelle étant de 17 ans [8].

Au Burundi, les questions liées à la sexualité sont encore taboues. La sexualité, de même que la reproduction ne sont pas ouvertement débattues que ce soit dans le cadre familial ou autres cadres comme les écoles. Les jeunes ne sont pas bien informés du fonctionnement biologique de leur corps, encore moins des sujets liés à leur sexualité. Ils manquent également d'informations sur leurs droits en matière de SSR. Certains des jeunes ne connaissent que le préservatif seulement dont une partie ignore encore son double rôle de protection contre les IST et les grossesses non-désirées [9]. Environ 8% des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative, 6% sont déjà mères et 2% sont enceintes. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative diminue nettement avec l'augmentation du niveau d'instruction (19% pour celles n'ayant aucun niveau d'instruction, à 4% parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus) [10].

L'accès universel aux services de Santé sexuelle et reproductive, dont la planification familiale, l'information et la prise en charge des IST/VIH/SIDA, l'éducation et l'intégration de la santé reproductive aux stratégies et programmes nationaux revêt une importance capitale pour pallier à tous ces problèmes qu'affrontent les adolescents et les jeunes.

0.2. Objectifs de l'étude

❖ Objectif Général :

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des jeunes au Burundi.

❖ Objectifs Spécifiques :

- ✓ Identifier les connaissances des adolescents et des jeunes en matière de la Santé Sexuelle et Reproductive.
- ✓ Déterminer les attitudes des Adolescents et des jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive.
- ✓ Déterminer les pratiques des adolescents et des jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive.
- ✓ Identifier les moyens d'accès à l'information des adolescents et des jeunes en matière de la Santé Sexuelle et Reproductive.

I. GENERALITES

I.1. Définition de quelques concepts

I.1.1. Adolescence

« L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 ans et 19 ans. C'est une période de transition critique dans la vie qui se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. » [11]

L'adolescence est subdivisée en deux parties [12], [13] :

- La première partie correspondant à la première adolescence (10-14 ans) caractérisée par une croissance rapide et des changements physiologiques externes et internes importants. C'est à cet âge que les adolescents deviennent conscients de leur sexe et changent de comportements.
- La deuxième partie qu'est la seconde adolescence où les prises de risques caractéristiques de première adolescence diminuent alors que se développent la capacité à évaluer les risques et à prendre des décisions réfléchies.

I.1.2. Jeunesse

« La jeunesse est à la fois âge et passage. C'est un âge de la vie marqué par le passage de l'adolescence à l'âge adulte. C'est l'âge des expérimentations, c'est une période d'apprentissage des responsabilités, d'accès à de l'indépendance matérielle et de construction identitaire de l'autonomie » [14]. Selon OMS, un jeune est quelqu'un qui a un âge variant de 10 à 24 ans.

I.1.3. Santé sexuelle

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » [15]

I.1.4. Santé reproductive

« La santé reproductive est un état de bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. » Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. Cela implique le droit d'être informé et d'utiliser la méthode de planification familiale de son choix, le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé [16].

I.1.5. Droits sexuels et reproductifs

Les droits sexuels et reproductifs consistent en des droits ainsi qu'en des libertés. Il ne s'agit pas d'un nouvel ensemble de droits de l'homme mais des droits déjà reconnus dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant trait à l'autonomie en matière de sexualité et de reproduction et à la santé dans ces domaines [16]

C'est le droit des individus d'exercer le contrôle de leur sexualité sans contrainte, sans discrimination ou violence et prendre des décisions dans ce domaine [17].

Les droits sexuels et reproductifs sont les droits de tout individu de [18] :

- ✓ Décider de se reproduire, de se marier et de déterminer le nombre, le moment et l'espacement entre les naissances.
- ✓ Bénéficier de la sécurité sexuelle et reproductive y compris la protection contre la violence.
- ✓ Obtenir l'information sur les méthodes sûres, efficaces, acceptables et abordables de planification familiale de son choix et y avoir accès. Ceci inclut le choix de méthodes de contraception qui ne sont pas illégales.
- ✓ Pouvoir accéder aux services de santé appropriés, permettant aux femmes de poursuivre leur grossesse et donner naissance en toute sécurité et offrant aux parents les meilleures chances d'avoir un bébé en bonne santé.
- ✓ Obtenir de l'information et les moyens de réaliser ses choix

I.1.6. Grossesse précoce

« Une grossesse précoce est une grossesse portée par une jeune fille à son adolescence (avant son 18ème anniversaire), et qui cause des problèmes de santé. Elle peut être désirée ou non » [19].

I.1.7. Services de santé sexuelle et reproductive (SSSR)

Pour pouvoir exercer pleinement leurs droits à la santé, y compris à la santé sexuelle et reproductive, tous les adolescents et les jeunes ont besoin d'un accès sûr, efficace, financièrement abordable et acceptable à un éventail de services en particulier des services liés à la grossesse et à la prévention, au dépistage et au traitement des IST/VIH [20]. Ces biens et ces services essentiels de SSR incluent ce qui suit (sans y être limité) :

- ✓ Education complète à la sexualité
- ✓ Conseils et services couvrant un éventail de contraceptifs modernes, avec nombre minimum et types de méthodes définis

- ✓ Soins prénatals, d'accouchement et post-natals, interventions obstétricales et néonatales d'urgence comprises.
- ✓ Services d'avortement sans risque et traitement des complications de l'avortement non médicalisé.
- ✓ Prévention et traitement du VIH et autres infections sexuellement transmissibles
- ✓ Prévention, dépistage et prise en charge des cancers de l'appareil génital, en particulier le cancer du col de l'utérus
- ✓ Information, conseils et services concernant l'hypo fécondité et l'infertilité
- ✓ Prévention, dépistage, services immédiats et orientation des cas de violence sexuelle et de genre
- ✓ Information, conseils et services de santé et bien-être sexuels

I.2. Planification familiale (PF)

I.2.1. Définition

Selon OMS « la planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. » [21]

I.2.2. Critères d'une bonne méthode contraceptive

Une bonne méthode contraceptive doit répondre aux quatre critères suivants :

- ✓ Efficacité : elle se traduit par le taux d'échec très faible. Les grossesses accidentelles pendant l'application de la méthode contraceptive doivent être négligeables (<0,5%d'echec).
- ✓ Acceptabilité : c'est la possibilité d'une méthode à être utilisée facilement par un couple dans un contexte donné.

- ✓ Réversibilité : c'est la possibilité à recouvrir la fécondité par un couple après arrêt de l'utilisation ou de la pratique contraceptive.
- ✓ Innocuité : la méthode contraceptive ne doit pas altérer la santé du couple, ici la santé est comprise au sens large [22].

I.2.3. Aperçu des méthodes contraceptives

I.2.3.1. Méthodes naturelles de contraception

« Les méthodes naturelles de contraception sont toutes les méthodes visant à identifier la période d'ovulation afin d'éviter dans cette période tout rapport sexuel fécondant. » [23].

Les différentes méthodes naturelles de contraception :

I.2.3.1.1. Retrait ou coït interrompu

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel [24].

I.2.3.1.2. Abstinence périodique

I.2.3.1.2.1. Méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs

peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles) [24].

I.2.3.1.2.2. Méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 0,2 à 0,5 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale

(Infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante [24].

I.2.3.1.2.3. Méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs [24].

I.2.3.1.3. Allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois [25].

I.2.3.2. Tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [24].

I.2.3.3. Méthodes de contraception modernes

I.2.3.3.1. Contraceptifs oraux ou pilules

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

Mode d’action

- La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation [24].

I.2.3.3.2. Contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles. Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois [26].

I.2.3.3.3. Contraception mécanique

I.2.3.3.3.1. Préservatifs

La meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

a) Le préservatif masculin : Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

b) Le préservatif féminin : Femidon

Les avantages : Excellente protection contre les MST/SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

I.2.3.3.3.2. Diaphragme et cape cervicale

Le mode d'emploi : Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape. L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale [24].

I.2.3.3.4. Dispositifs intra-utérins (stérilet)

Mode d'action : Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme (au cuivre ou au progestatif) [24].

I.2.3.3.5. Autres méthodes modernes

I.2.3.3.5.1. Implant "Implanon"

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone).

I.2.3.3.5. 2. Patch "EVRA"

C'est un patch de 20 cm2 qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action : Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale [24]

I.2.3.3.5. 3. Anneau vaginal "Nuvaring"

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

Mode d'action : Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale [24]

I.2.3.3.5. 4. Contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

Les différents types de contraception d'urgence. La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Sterilet (dispositif intra-utérin).

Le mode d'emploi : Le Norlevo à prendre pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel [24].

I.2.3.3. 5.5. Spermicides

Mode d'action : Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges [24].

I.2.3.3.5. 6. Stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays

1. La stérilisation féminine : Ligature ou obturation des trompes

- Méthode par cœlioscopie et laparotomie : Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-

coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles : C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sous analgésie et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer. C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

2. La stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme [26].

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Matériel

II.1.1. Lieu, type et période d'étude

Notre étude a été menée dans cinq établissements secondaires de la Mairie de Bujumbura (Lycée SOS, Lycée du Saint Esprit, Lycée Vugizo, Lycée Scheppers, Ecole fondamentale de Gikungu).

C'est une étude observationnelle transversale à visée descriptive.

Elle s'est déroulée sur une période de deux mois : de mai à juin 2019.

II.1.2. Population de l'étude

Les élèves des écoles secondaires en Mairie de Bujumbura.

Critères d'inclusion

A été inclus dans notre étude tout élève fréquentant l'établissement ciblé, ayant un âge compris entre 15 et 24 ans et consentant de participer à notre enquête.

II.1.3. Collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire préétabli élaboré en français. Nous avons utilisé un questionnaire anonyme afin que chaque enquêté se sente en sécurité et confiant.

Pour la confection du questionnaire, nous nous sommes inspirés d'un rapport d'une étude de base du programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes de 10-24 ans au Burundi en 2017 [27].

Leur questionnaire renfermait des questions concernant les ménages ; nous les avons ignorés étant donné que notre étude portait sur les élèves du secondaire en

Mairie de Bujumbura. Nous avons fait d'autres réarrangements par rapport à ce questionnaire : il y a des questions que nous avons enlevées du fait qu'elles n'étaient pas utiles pour arriver à nos objectifs ; d'autres questions ont été ajoutés pour pouvoir atteindre nos objectifs.

Nous avons aussi adapté le questionnaire à notre population d'étude qu'étaient les élèves des écoles secondaires alors que l'étude qui nous a servi de référence portait sur une population instruite et non instruite.

II.1.4. Paramètres du questionnaire

- ✓ Nous avons utilisé des questions types :
  - Questions fermées : ce type de questions constitue la grande partie de notre questionnaire
  - Questions ouvertes

Notre questionnaire comprend cinq parties :

1. Caractéristiques socioculturelles et démographiques.
2. Connaissances des adolescents et des jeunes en matière de la santé sexuelle et reproductive.
3. Attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière des services de santé sexuelle et reproductive
4. Comportements à risque des adolescents et jeunes vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles/du VIH et des grossesses non désirées.
5. Les moyens d'accès à l'information des adolescents et des jeunes en rapport avec la santé sexuelle et reproductive.

II.2. Méthodes

II.2.1. Echantillonnage et recrutement des enquêtés

- ✓ **La taille de l'échantillon :**

Pour calculer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de SCHWARTZ [28] :

$n=z^2pq/i^2$

Où n est la taille minimale de l'échantillon

z est valeur correspondant au degré de confiance estimé à 95% (z= 1,96)

p est la proportion des adolescents et jeunes du Burundi ayant une bonne connaissance en santé sexuelle et reproductive estimée à 20% et q=1-p

i est le degré de précision voulu et a été fixé à 5%

Nous avons obtenu $n= (1,96)^2x0,2x0,8 / (0,05)^2=246$

Les non répondants étaient estimés à 10% de la taille de l'échantillon ; ce qui porte la taille de l'échantillon à n=270

Ces élèves ont été répartis en cinq écoles choisies selon la facilité à leur accès : Lycée SOS, Lycée VUGIZO, Lycée Scheppers, Lycée du Saint Esprit et Ecole fondamentale de GIKUNGU.

Pour déterminer le nombre d'élèves participant dans l'étude dans chaque école, nous avons utilisé la formule de MUCCHIELLI [29] :

$$X= \frac{\text{population cible de l'école x n}}{N}$$

Où X est le nombre d'élèves à recruter dans chaque école, n est la taille minimale de l'échantillon et N est la taille de l'univers investigué (effectif des élèves du Lycée SOS + ceux du Lycée VUGIZO + ceux du Lycée du Saint

Esprit + ceux du Lycée Scheppers + ceux de l'Ecole fondamentale de Gikungu) soit 4540 élèves.

A l'école fondamentale de Gikungu= $\frac{1170 \times 246}{4540}$ = 63 élèves

Au Lycée du Saint Esprit = $\frac{850 \times 246}{4540}$ = 46 élèves

Au Lycée VUGIZO = $\frac{1050 \times 246}{4540}$ = 57 élèves

Au Lycée SOS = $\frac{738 \times 246}{4540}$= 40 élèves

Au Lycée Scheppers = $\frac{732 \times 246}{4540}$ = 40 élèves

Les classes faisant partie de l'étude ont été tirées au sort à partir d'une liste de toutes les classes de l'établissement ciblé ; 5 classes au sein de chaque établissement.

Les élèves qui ont fait objet de notre enquête ont été choisis au hasard au sein des classes choisies.

II.2.2. Déroulement de l'enquête

Au début, nous avons sollicité l'autorisation auprès du Directeur Provincial de l'Enseignement en Mairie de Bujumbura (DPE) via une lettre lui adressée par le décanat de la faculté de médecine de l'Université du Burundi. Après son accord, nous avons présenté cette autorisation aux directeurs des établissements ciblés pour l'enquête. Ensuite, ceux-ci nous donnaient un rendez-vous pour la prise de contact avec les élèves.

II.2.2.1. Pré-enquête

Un questionnaire a été testé auprès d'un petit nombre d'élèves du lycée du Saint Esprit. Le but était d'identifier les différentes difficultés d'ordre pratique, de modifier certaines questions qui seraient ambiguës, adapter le questionnaire aux élèves et estimer le temps moyen pour répondre au questionnaire.

II.2.2.2. Enquête proprement dite

II.2.2.2.1. Prise de contact

Au début, nous avons pris contact avec les enquêtés. Ceci revêt une importance capitale car ça permet de créer une ambiance et un climat de confiance chez l'enquêté. C'est là que l'enquêteur se présente et introduit l'objet de sa présence. Puis il explique l'importance et la valeur attachée à la participation et il expose la manière de répondre aux questions. Ensuite il rassure les enquêtés de la confidentialité avec laquelle seront traitées les données issues de l'enquête.

II.2.2.2.2. Distribution des questionnaires et réponses aux questions

Nous distribuions les questionnaires aux élèves qui se portaient volontaires ; ils avaient le droit de sortir ou de rester dans la salle. Après la distribution des questionnaires, nous lisions toutes les questions une à une, les enquêtés pouvaient demander un éclaircissement s'il y a l'une ou l'autre question qu'ils n'avaient pas comprise. Ensuite, chaque enquêté remettait le questionnaire après avoir répondu aux différentes questions.

II.2.3. Saisie, traitement et analyse des données

Nous avons utilisé Microsoft Word 2016 pour la saisie de la littérature, Microsoft Excel pour la construction des tableaux, EPI info 7.2 pour traitement et analyse des données**.**

Le niveau de connaissance a été évalué sur certains thèmes et portaient sur 21 questions réparties en quatre sections (17 questions pour les connaissances sur les IST (6 questions nécessitant 1 seule bonne réponse chacune et 6 autres questions nécessitant trois bonnes réponses chacune) et chaque bonne réponse était cotée sur 1point, 5 questions pour les connaissances sur le VIH/SIDA (3 questions nécessitant 1 seule bonne réponse chacune et 2 questions nécessitant 3 bonnes réponses chacune) et chaque question était cotée sur 1point et 4 questions pour les connaissances sur les SSSR (2 questions nécessitant 1 seule bonne réponse chacune,1 question nécessitant 4 bonnes réponses et 1 question nécessitant 3 bonnes réponses) et chaque bonne réponse était cotée sur 1 point).

Les critères d'évaluation des connaissances étaient :

- ✓ **Connaissances sur les modes de transmission des IST** :
  - Un niveau de connaissance inférieur à 50% correspondait à une connaissance insuffisante ;
  - Un niveau de connaissance de 50 à 70% correspondait à une connaissance moyenne ;
  - Un niveau de connaissance supérieure à 70% correspondait à une bonne connaissance ;
- ✓ **Connaissances sur les moyens de prévention des IST** :
  - Un niveau de connaissance inférieur à 50% correspondait à une connaissance insuffisante ;
  - Un niveau de connaissance compris entre 50 et 70% correspondait à une connaissance moyenne ;
  - Un niveau de connaissance de plus de 70% correspondait à une bonne connaissance ;
- ✓ **Connaissances sur les symptômes des IST** :
  - Un niveau de connaissance inférieur à 50% correspondait à une connaissance insuffisante ;

- Un niveau de connaissance compris entre 50 et 70% correspondait à une connaissance moyenne ;
- Un niveau de connaissance de plus de 70% correspondait à une bonne connaissance ;

✓ **Connaissances sur les SSSR** :

- Un niveau de connaissance inférieure à 50% correspondait à une connaissance insuffisante ;
- Un niveau de connaissance de 50 à 70% correspondait à une connaissance moyenne ;
- Plus de 70% correspondaient à une bonne connaissance ;

II.2.4. Limites de notre Etude.

Notre étude s'est déroulée vers la fin de l'année scolaire ; les élèves n'étaient pas très disponibles : ils n'avaient pas le temps suffisant pour remplir notre questionnaire car ils se préparaient pour les examens de fin d'année ou refusaient carrément de le prendre ; d'autres prenaient le questionnaire mais ne le remettaient pas.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif (%)
Tranche d'âge	
15-19 ans	165(80,10%)
20-24 ans	41(19,90%)
Sexe	
Masculin	75(36,41%)
Féminin	131(63,59%)
Milieu de provenance	
Rural	23(11,17%)
Urbain	183(88,83%)
Le niveau d'étude	
Fondamentale	28(13,59%)
Post-fondamentale	178(86,41%)
Régime scolaire	
Externes	157(76,21%)
Internes	49(23,79%)
Existence ou non des parents	
Les deux parents vivants	181(87,86%)
Seule la mère est en vie	16(7,77%)
Seul le père est en vie	7(3,40%)
Aucun parent n'est en vie	2(0,97%)
Tuteurs	
Parents biologiques	173(83,98%)
Le père	3(1,46%)
La mère	20(9,71%)
Autres	10(4,85%)
Religion	
Catholique	139(67,48%)
Protestante	62(30,10%)
Musulmane	3(1,46%)
Aucun	2(0,97%)

Le tableau I résume les caractéristiques sociodémographiques des adolescents et des jeunes qui ont participé à notre enquête ; parmi eux : 63,59% étaient de sexe féminin contre 36,41% de sexe masculin, 80,10% appartenaient à la tranche d'âge de 15-19ans. 86,41% étaient en post-fondamentale, 76,21% étaient externes, 88,83% provenaient du milieu urbain et 67,48% des enquêtés étaient catholiques. La majorité avaient été élevés par leurs deux parents biologiques soit 83,98%.

III.2. Connaissances des adolescents et des jeunes en matière de la santé sexuelle et reproductive

Tableau II : Répartition des enquêtés selon les Connaissances sur les IST

Variables	Effectif (%)	Niveau de Connaissances								
		Bas(<50%) : effectif,%			Moy(50-70%) :effectif,%			Elevé(>70%) :effectif,%		
		M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
modes de transmission										
Syphilis n=198										
voie sexuelle	196(98,99)									
Voie sanguine	32(16,16)									
TME	21(10,61)									
Autres	8(4,04)									
infections à chlamydia n=37										
voie sexuelle	35(94,59)									
voie sanguine	23(62,16)									
TME	17(45,95)	**37(49,3)**	**117(89)**	**154(74,8)**	**38(50,7)**	**14(10,7)**	**52(25)**	**0(0)**	**0(0)**	**(0)**
Autres	9(24,32)									
Gonorrhée n=162										
voie sexuelle	144(88,89)									
voie sanguine	28(17,28)									
voie orale	0(0,00)									
Autres	24(14,81)									
VIH/SIDA N=206										
Objets tranchants	206(100,0)									
Rapport sexuel non protégé	206(100,0)									
Transmission mère enfant	133(64,56)									
Autres	86(41,75)									
moyens de prévention contre les IST										
Syphilis n=198										
Abstinence	188(94,95)									
Préservatif	182(91,92)									
Fidélité	138(69,70)									
Se laver les mains	0(0,00)									
Autres	48(24,24)									
Gonorrhée n=162										
Abstinence	142(87,65)									
Préservatif	146(90,12)	**30(40)**	**10(7,6)**	**40(19,4)**	**27(36)**	**59(45,1)**	**86(42)**	**18(2)**	**62(47)**	**80(38,8)**
Fidélité	99(61,12)									
Se laver les mains	0(0,00)									
Autres	29(17,90)									
Chlamydiase n=37										
Abstinence	19(9,22)									
Préservatif	35(16,99)									
Fidélité	34(16,50)									
PTME	23(11,16)									
Se laver les mains	0(0,00)									
VIH/SIDA n=206										
Eviter les objets tranchants	202(98,06)									
Symptômes										
Syphilis	121(58,74)									
Chlamydiase	136,31)	**48(64)**	**113(86)**	**161(78,2)**	**24(32)**	**16(12,2)**	**40(19)**	**3(4)**	**2(1,5)**	**5(2,4)**
Gonorrhée	98(47,57)									

Ce tableau présente les connaissances des adolescents et jeunes de notre série sur les IST ; nous constatons un faible niveau de connaissance des modes de transmission des IST (personne n'avait un bon niveau, 50,67% de sexe masculin contre 10,69% de sexe féminin avaient un niveau moyen). Concernant les moyens de prévention, 47,39% de sexe féminin contre 24% de sexe masculin avaient un bon niveau de connaissance et 45,09% de sexe féminin contre 36% de sexe masculin avaient un niveau moyen. Seulement 4% de sexe masculin contre 1,53% de sexe féminin avaient un bon niveau de connaissance des symptômes des IST.

Parmi les modes de transmission des IST ; nous constatons que la voie sexuelle est la plus citée soit par 98,99% pour la syphilis, 94,59% pour la chlamydiase, 88,89% pour la gonorrhée, 100% pour le VIH/SIDA. La voie sanguine est citée en 2^{e} position et la TME est la moins connue

Concernant la connaissance des adolescents et jeunes de notre enquête sur les moyens de prévention des IST ; l'abstinence est le moyen le plus cité par nos enquêtés, surtout pour la syphilis et la gonorrhée mais le préservatif était plus cité pour le VIH/SIDA et la chlamydiase.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les connaissances sur les SSSR

Variables	Effectif(%)	Niveau de Connaissance								
		Bas(<50%) :effectif,%			Moy(50-70%) :effectif,%			Elevé(>70%) :effectif,%		
		M	F	Total	**M**	F	Total	M	F	Total
Connaissance de l'existence des SSSR										
Oui	199(96,60)									
Non	17(3,40)									
Activités menées										
Dépistage	176(85,44)									
Planning familial	192(93,20)									
Prise en charge des VVBSG	146(70,87)									
Accouchement	138(66,99)									
Consultation prénatale	163(79,13)									
Consultation post-natale	96(46,60)									
Vaccination	116(56,31)	**30(40)**	**59(45)**	**89(43,2)**	**36(,5)**	**53(40,5)**	**89(42,7)**	**9(12)**	**19(14,5)**	**28(13,5)**
Autres	89(43,20)									
Connaissance d'un endroit où trouver les SSSR										
Oui	153(74,27)									
Non	53 (25,73)									
Méthodes de contraception modernes connues										
Pilules	187(90,78)									
Préservatif	206(100,00)									
DIU	125(60,68)									
Injections	176(85,44)									
Implant	114(55,34)									
Autres	56(27,18)									

Ce tableau résume les connaissances des adolescents et jeunes de notre enquête en matière des SSSR ; 96,60% des enquêtés étaient au courant de l'existence des SSSR mais seulement 14,50% de filles contre 12% de garçons avaient un bon niveau de connaissance sur ces services.

Les adolescents et les jeunes de notre enquête connaissaient en 1er lieu le planning familial (93,20%), ensuite le dépistage (85,44%), la CPN (79,13%), puis la prise en charge des VBSG (70,87%), puis l'accouchement (66,99%), la vaccination (56,31%), la consultation post-natale (46,60%). 43,20% connaissaient d'autres SSSR.

74,27% des adolescents et jeunes de notre enquête connaissaient au moins un endroit où trouver un service de santé sexuelle et reproductive.

Le préservatif est la méthode contraceptive la plus connue par les adolescents et les jeunes de notre enquête soit 100%, ensuite les pilules (90,78%), les injections sont connues par 85,44%, le DIU par 60,68%, 55,34% connaissaient l'implant.

III.3. Attitudes des adolescents et jeunes vis-à-vis de la SSR

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes vis-à-vis de la SSR

Variables	M(effectif,%)	F(effectif,%)	Total(eff,%)
Raisons de ne pas avoir fait le test de dépistage au VIH n=151			
Ont peur des résultats	1 (1,33)	2 (1,53)	3 (1,47)
Ont Peur des piqûres	1 (1,33)	0 (0,00)	1 (0,49)
N'ont pas raison de le faire	8 (10,67)	26 (19,85)	34 (16,50)
sont sûrs de leur séronégativité	18 (24,00)	27 (20,62)	45 (21,84)
N'ont jamais eu l'opportunité	3 (4,00)	8 (6,11)	11 (5,34)
ne sont pas intéressés	9 (12,00)	12 (9,16)	21 (10,20)
Raisons du non usage du préservatif n=16			
Ne savaient pas l'utiliser	1 (7,14)	0 (0,00)	1 (6,25)
Ne connaissaient pas son importance	7 (50,00)	1 (50,00)	8 (50,00)
Oubli	2 (14,29)	0 (0,00)	2 (12,50)
n'ont pas eu le temps de chercher	0 (0,00)	1 (50,00)	1 (6,25)
Il diminue le plaisir sexuel	4 (28,57)	0 (0,00)	4 (25,00)

Dans notre série, 21,84% des adolescents et jeunes évoquaient que la raison qui les a poussés à ne pas se faire dépister c'est qu'ils étaient sûrs de leur séronégativité (24% garçons contre 20,62% de filles) ; 16,50% disaient qu'ils n'avaient pas raison de le faire (19,85% de filles contre 10,67% de garçons). D'autres raisons évoquées étaient qu'ils n'étaient pas intéressés par le test (10,20%), qu'ils n'ont jamais eu l'opportunité de le faire (5,34%), d'autres disaient qu'ils avaient peur des résultats (1,47%), d'autres détestaient les piqûres (0,49%).

Les raisons de ne pas avoir utilisé le préservatif lors des rapports sexuels évoquées étaient qu'ils ne connaissaient pas l'importance du préservatif (50,00%), qu'ils diminuaient le plaisir sexuel (25,00%) et l'oubli

III. 4. Pratiques des adolescents et des jeunes en matière de la SSR

Tableau V : Répartition des enquêtés selon leurs pratiques en matière de SSR

Variables	**M(eff,%)**	**F(eff,%)**	Total(eff,%)
ont déjà fait le test de dépistage au VIH			
Oui	23 (30,67)	32 (24,43)	55 (26,70)
Non	52 (68,33)	99 (75,57)	151(73,30)
ont déjà fait les rapports sexuels n=206			
Oui	23 (17,56)	7 (9,33)	30 (14,56)
Non	108 (82,44)	68 (90,67)	176(85,44)
ont utilisé le préservatif aux 1ers rapports sexuels n=30			
OUI	8 (34,78)	5 (71,43)	13 (43,33)
Non	15 (65,22)	2(28,57)	17 (56,67)
ont utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels n=30			
Oui	8 (34,78)	5 (71,43)	13 (43,33)
Non	15 (65,22)	2 (28,57)	17 (56,67)
ont reçu l'argent ou cadeaux en échange des rapports sexuels n=30	2 (8,69)	2 (28,57)	4 (13,33)
Oui	21 (91,30)	5 (71,43)	26 (86,67)
Non			
Le nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois n=30			
1	8 (34,78)	6 (85,71)	14 (46,67)
>1	15 (65,22)	1 (14,28)	16 (53,33)
ce qu'ils font personnellement pour éviter d'être infectés par le VIH n=206			
Abstinence	50 (66,67)	87 (66,41)	137(66,50)
Eviter les objets tranchants contaminés	18 (24,00)	55 (41,98)	73(35,44)
usage d'un préservatif	19 (25,33)	2 (1,53)	21(10,20)
suivre les conseils donnés en classe	1 (1,33)	3 (2,29)	4(1,94)
être fidèle	0 (0,00)	3 (2,29)	3(1,46)
éviter le copinage	0 (0,00)	2 (1,53)	2(0,97)
se masturber	1 (1,33)	0 (0,00)	1(0,48)
Ont déjà consulté les SSSR			
Oui	23 (30,67)	32 (24,43)	55 (26,70)
Non	52 (69,33)	99(75,57)	151(73,30)

Le tableau ci- dessus résume les différentes pratiques des adolescents et jeunes de notre enquête en matière de SSR ; parmi les moyens utilisés par les adolescents et les jeunes de notre enquête pour éviter d'être infectés par le

VIH/SIDA, l'abstinence est la plus citée soit 66,50%, puis éviter d'utiliser les objets tranchants utilisés par d'autres personnes (35,44%) ; ils ont cité aussi le fait d'éviter les rapports sexuels non protégés. 26,70% avaient déjà fait un test de dépistage au VIH.

14,56% des adolescents et des jeunes de notre enquête (17,56% de garçons contre 9,33% de filles) avaient déjà fait les rapports sexuels et parmi ceux-ci 43,33% avaient utilisé un préservatif aux 1ers rapports sexuels et aux derniers rapports sexuels, 13,33% (28,57% de filles contre 8,69% de garçons) avaient reçu de l'argent ou des cadeaux en échange des rapports sexuels et 53,33% (65,22% de garçons contre 14,28% de filles) avaient eu plus de 1 partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon l'âge des premiers rapports sexuels n=30

Age des 1ers rapports sexuels	**Masculin (effectif,%)**	**Féminin (effectif,%)**	**Total (effectif,%)**
<10 ans	6 (26,09)	0 (0,00)	6 (20,69)
10-14 ans	7 (30,43)	1 (14,28)	8 (27,59)
15-19 ans	10 (43,48)	6 (85,71)	16 (55,17)

Dans notre étude, plus de la moitié des enquêtés qui avaient déjà fait les rapports sexuels se situaient dans la tranche d'âge de 15-19ans (55,17%). De là, nous avons l'âge moyen aux premiers rapports sexuels qui est de 12,60 ans chez les garçons et 16 ans chez les filles ; l'âge médian étant de 12 ans chez les garçons et 17,5 ans chez les filles.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon leurs sources d'informations en matière de la santé sexuelle et reproductive

Qui donne des informations	Masculin (effectif,%)	Féminin (effectif,%)	Total (effectif,%)
Les médias	58 (77,33)	129 (98,47)	187 (90,78)
Les réseaux sociaux	75 (100,00)	104 (79,39)	179 (86,89)
Ma mère	41 (54,67)	125 (95,42)	166 (80,58)
L'école	46 (61,33)	106 (80,92)	152 (73,79)
Mes sœurs	15 (20,00)	129 (98,47)	144 (69,90)
Mon père	61 (81,33)	82 (62,60)	143 (69,42)
Mes frères	57 (76,00)	81 (61,83)	138 (66,99)
Mes tantes	24 (32,00)	97 (74,05)	121 (58,74)
Les agents de santé	32 (42,67)	36 (27,48)	68 (33,01)
Autres	30 (40,00)	16 (12,21)	46 (22,33)
Mes oncles	11 (14,67)	8 (6,11)	19 (9,22)

Les sources d'informations des adolescents et jeunes de notre étude en matière de SSR en cas de besoin étaient dans l'ordre décroissant : les médias (90,78), les réseaux sociaux (86,89%), leurs mères (80,58%), leurs écoles (73,79%), leurs sœurs (69,90%)), leurs pères (69,425), leurs frères (66,99%), leurs tantes (58,74%), les agents de santé (33,01%), d'autres personnes non précisées (22,33%) et leurs oncles (9,22%). Les garçons font plus recours aux réseaux sociaux (100%), à leurs pères (81,33%) et à leurs frères (76%) par rapport aux filles. Celles-ci font plus recours aux médias (98,47%), à leurs sœurs (98,47%), à leurs mères (95,42%), à l'école (80,92%), aux réseaux sociaux (79,39%), à leurs tantes (74,05%).

IV. DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles.

IV1.1. Age

Dans notre série, la tranche d'âge de 15-19 ans était la plus représentée avec une proportion de 80,10%, la tranche de 20-24 ans était représentée à 19,90%. L'âge moyen des adolescents et des jeunes de notre enquête était de 17,39 ans avec des extrêmes de 15 ans et 24 ans.

Nos résultats sont comparables à ceux de ADOHINZIN C.C.Y et col [30], au Burkina Faso, en 2016 qui a trouvé que 61% de ses enquêtés appartenaient à la tranche d'âge de 15 à 19 ans contre 39% qui représentaient la tranche d'âge de 20 à 24ans et de ceux de KOUNTHA C.H et col [31], au Mali où l'âge moyen des enquêtés étaient de 19,4 ans avec des extrêmes de 15ans et 24 ans.

Cette tranche d'âge correspondrait à l'âge d'un élève du secondaire qui aurait débuté l'école entre 6 et 7 ans.

IV.1.2. Sexe

Dans notre étude, le sexe féminin (63,59%) prédominait au sexe masculin (36,41%) avec un sex ratio de 0,57.

Dans une étude de base du programme conjoint « menyumenyeshe » pour amélioration de la santé sexuelle et reproductive [27] faite au Burundi en 2017, on a trouvé des résultats proches des nôtres, où le sexe féminin représentait plus de la moitié de l'échantillon (52,5%) contre 47,5% de sexe masculin.

De même que ADOHINZIN C.C.Y et col [30], au Burkina Faso, en 2016 ; MUKADI R.T et col [32], en RDC, en 2018 et SANOGO M.D [33], au Mali, en 2018 ont trouvé une prédominance féminine dans leurs échantillons.

IV.1.3. Milieu de provenance

La majorité des adolescents et des jeunes de notre enquête provenaient du milieu urbain soit 88,83% contre 11,17% qui étaient du milieu rural.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés dans une étude de base du programme conjoint « Menyumenyeshe » pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes [27] faite au Burundi en 2017 où 51,5% des adolescents et jeunes de sexe masculin étaient du milieu urbain et 48,5% du milieu rural.

Nos résultats s'expliqueraient par le fait que nos enquêtés ont été recrutés dans les écoles se situant en zone urbaine qu'est la Mairie de Bujumbura ; les élèves qui y fréquentent proviennent en général des quartiers proches.

IV.1.4. Personne responsable de l'éducation des enquêtés

La majorité des adolescents et jeunes de notre étude (83,98%) avaient été élevés par leurs deux parents biologiques, 9,71% par leur mère seule, 1,46% par leur père seul et 4,85% par un tuteur autre qu'un parent biologique.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés par ADOHINZIN C.C.Y et col [30], au Burkina Faso, en 2016, où 61% des enquêtés de sexe masculin et 55% des enquêtés de sexe féminin était élevés par leurs parents biologiques alors que 31% des enquêtés de sexe masculin et 27% de sexe féminin avaient grandi avec des tuteurs autres que les parents biologiques.

NDEMEYE D.D [34], au Burundi, en 2011, a trouvé que 39% des jeunes de son échantillon avaient encore leurs 2 parents, 33,5% avaient au moins un parent et 27,5% n'avaient aucun parent.

Ces différences s'expliqueraient par le fait que les jeunes de son échantillon ont été recrutés dans la rue et c'est courant que dans les pays en voie de

développement les enfants sans parents n'ont d'autres choix que trouver refuge dans la rue.

IV.1.5. Religion

Dans notre série, 67,48% des adolescents et jeunes étaient catholiques, 30,10% étaient protestants, 1,46% étaient musulmans alors que 0,97% ne pratiquaient aucune religion.

NDUWIMANA D [35] et NDAYIZEYE J [36], au Burundi, en 2013 ont trouvé des résultats similaires ; une prédominance de la religion catholique.

Par contre, ADOHINZIN C.C.Y et col [37], au Burkina Faso, en 2018, a trouvé que la majorité des enquêtés soit 74,9% étaient musulmans, 24,6% étaient chrétiens et 0,5% pratiquaient d'autres religions.

Ces différences sont dues probablement au fait que les Burkinabè sont majoritairement des musulmans contrairement au Burundi où le christianisme prédomine.

IV.1.6. Régime de l'établissement (internat ou externat)

La majorité des adolescents et jeunes de notre échantillon soit 76,21% étaient externes aux établissements scolaires qu'ils fréquentaient, 23,7% étaient internes.

NDUWIMANA D [35], au Burundi, en 2013 a trouvé des résultats proches : 65,8% étaient externes ; 34,2% internes

L'explication de nos résultats serait que certains établissements qui ont fait objet de notre étude étaient exclusivement à régime d'externat ; ces établissements se trouvaient en milieu urbain et la plupart des élèves qui y fréquentaient provenaient des quartiers avoisinants.

IV.1.7. Niveau d'Etude

Dans notre série, la majorité des enquêtés étaient en post-fondamentale soit 86,41%, 13,59% en fondamentale.

Nos résultats sont différents de ceux de NDAYIZEYE J [36], au Burundi, en 2013 ; 93,60% des enquêtés étaient au cycle inférieur contre 6,39% du cycle supérieur. Ces différences s'expliquent par le fait que ce dernier a fait son enquête dans les collèges communaux où il n'y avait pas de cycle supérieur, aussi parce que le système d'enseignement en secondaire a changé depuis ; actuellement le cycle inférieur se termine en 9è année.

IV.2. Les IST

IV.2.1. Connaissances sur les IST

Le niveau de connaissance des adolescents et jeunes de notre enquête sur les IST/VIH/SIDA était bas (personne n'avait un bon niveau, 50,67% de sexe masculin contre 10,69% de sexe féminin avaient un niveau moyen). Concernant les moyens de prévention, 47,39% de sexe féminin contre 24% de sexe masculin avaient un bon niveau de connaissance et 45,09% de sexe féminin contre 36% de sexe masculin avaient un niveau moyen. Seulement 4% de sexe masculin contre 1,53% de sexe féminin avaient un bon niveau de connaissance des symptômes des IST).

- **Les modes de transmission des IST**

La voie sexuelle était le mode de transmission le plus identifié par les enquêtés pour les trois IST courantes (syphilis : 98,99% ; gonococcie : 88,89% chlamydiase : 94,59%). La transmission par voie sanguine suit (28% pour la gonorrhée, 62,16% pour la chlamydiase et 16,16% pour la syphilis.)

La TME est la voie de transmission la moins connue par les adolescents et les jeunes de notre enquête à des proportions de 10,61% pour la syphilis ; 45,95%

pour la chlamydiase. Mais certains d'entre eux disent qu'il y a d'autres moyens de transmission des IST, ce qui est infondé.

Nos résultats sont proches de ceux :

- De l'étude de base du programme conjoint « Menyumenyeshe » pour l'amélioration de la SSRAJ [27] faite au Burundi en 2017 où l'IST la plus connue était la syphilis. Et en ce qui concerne les voies de transmission, la voie sexuelle était la plus citée par les enquêtés de cette étude soit 73,9% ; la voie sanguine et la TME étaient les moins citées soit respectivement par 9,6% et 6%. Néanmoins, 74,9% des adolescents et jeunes de l'échantillon de cette enquête étaient capables de citer au moins une voie de transmission des IST.
- BOUBA M.F [38], au Mali, en 2009 dans son étude CAP auprès des jeunes lycéens face aux IST/SIDA dans les écoles secondaires a trouvé une faible connaissance sur les IST et ses modes de transmission : ils avaient cité en premier lieu la voie sanguine via les objets tranchants contaminés à une proportion de 43,33% et la transfusion à 10,47% ; ensuite la contamination par voie sexuelle citée par 30,47% et la TME citée par 15,73% des enquêtés.

Nos résultats sont inférieurs de ceux de CISSE C.T [39], au Mali, en 2013 qui a trouvé que 82% de ses enquêtés avaient une bonne connaissance des voies de transmission des IST : la voie sexuelle était la plus citée par les enquêtés soit par 96,8% ; ensuite la voie sanguine à 94% et la TME était citée par 88,4% des enquêtés.

- **Les moyens de prévention des IST**

L'abstinence était le moyen le plus cité pour les trois IST courantes proposées, ensuite l'usage d'un préservatif et la fidélité.

Nos résultats sont similaires à ceux de :

- NDEMEYE D.D [34], au Burundi, en 2011, où parmi les moyens de prévention contre les IST, la plus citée était l'abstinence par 75% des enquêtés, puis ils citaient l'usage d'un préservatif soit 55,5% et la fidélité (13%)
- Dans l'étude de base du programme conjoint « Menyumenyeshe » pour l'amélioration de la SSRAJ [27] faite au Burundi en 2017 on a également trouvé que le premier moyen de prévention que les adolescents et les jeunes de l'enquête connaissaient était l'abstinence, ensuite ils citaient le préservatif et enfin la fidélité.

  Ces résultats pourraient avoir l'explication simple qu'au Burundi, le peu d'informations que les adolescents et les jeunes reçoivent de la part de leurs parents, amis, pairs…sur leur santé sexuelle et reproductive c'est seulement l'abstinence. Ce sujet est encore tabou couplé à la culture burundaise où les adolescents et les jeunes sont obligés de se débrouiller pour avoir les informations dont ils ont besoin.

Nos résultats diffèrent de ceux KAR S et col [40],au Togo, en 2012 dans une étude CAP face aux risques des IST au nord-est de Lomé où le moyen de prévention le plus cité était l'usage de préservatif soit par 93,8% des enquêtés, ensuite l'abstinence sexuelle par 88,3%,puis la fidélité par 80,3% et de ceux de DIASSANA M.K [41], au Mali, en 2011 qui a trouvé que le préservatif était cité par 89,6%, ensuite la fidélité soit 22,6% et l'abstinence soit 14,6% ;ils ont également cité le dépistage comme moyen de prévention des IST.

Ces différences peuvent s'expliquer par les coutumes et les cultures dans ces pays qui diffèrent des nôtres où la place de l'éducation sexuelle est prépondérante.

- **Le VIH/SIDA**

La transmission par voie sexuelle via les rapports sexuels non protégés avec une personne infectée et par voie sanguine via les objets tranchants contaminés étaient connus de tous.64,56% connaissaient la TME

Nos résultats sont similaires à ceux de :

- NDEMEYE D.D [34], au Burundi, en 2011 qui a trouvé que les enquêtés avaient cité les voies de transmission du VIH dans cet ordre : la voie sexuelle soit 70%, la voie sanguine soit 55%, la TME soit 4,5%. 8,5% n'ont cité aucun mode de transmission
- NDIKUMASABO J.C [42], au Burundi, en 2012 a trouvé que les modes de transmission du VIH étaient connus dans cet ordre : la transmission sexuelle via les rapports sexuels non protégés soit 96,30% ; puis la voie sanguine (87,41%), via l'utilisation commune des seringues et aiguilles (88,52%) ; ensuite la transmission par le lait maternel (46,30%). Ils ont cité d'autres croyances infondées concernant les modes de transmission du VIH comme la brosse à dent, le baiser, piqure des moustiques, la cuillère, les douches communes….
- KOUNTHA C.H et col [31], au Mali, en 2012 où 97,9% de ses enquêtés citaient les voies de transmission dans cet ordre : la voie sexuelle comme la principale voie de transmission du VIH à travers le sperme d'une personne infectée et les secrétions vaginales, puis la voie sanguine via les instruments souillés soit 86,2% et la transfusion du sang d'une personne infectée soit 74,6%, ensuite la TME par 76,4%.
- CISSOKO Y et col [43], au Mali en 2008 et EKOUYA B.G et col [44], à Kinshasa en 2011 ont trouvé les mêmes résultats : la contamination par voie sexuelle, puis les objets tranchants souillés, la TME

  Nous remarquons que les modes de transmission du VIH/SIDA sont bien connus sauf la contamination de la mère à l'enfant

- **Les moyens de prévention du VIH/SIDA** :

  Les adolescents et les jeunes de notre échantillon connaissaient en général les moyens de prévention du VIH/SIDA : la totalité des enquêtés identifiaient le préservatif comme meilleur moyen de prévention du VIH/SIDA ,98,06% évoquaient le fait d'éviter les objets tranchants contaminés, 89,2% l'abstinence et 12,62% qui connaissaient d'autres moyens non précisés.

EKOUYA B. G [44], au Congo, en 2011 a trouvé des résultats similaires : en 1er lieu la prévention sexuelle via le préservatif (87,8%), la fidélité (59,4%), l'abstinence (38%).

DIASSANA M.K [41] au Mali, en 2011 a trouvé les résultats proches : le préservatif a été cité en 1er lieu comme moyen de prévention du VIH, ensuite la fidélité (22,6%), puis l'abstinence (14,6%), éviter les objets tranchants souillés (12%). Ils ont cité d'autres moyens comme le dépistage (6,2%).4,4% ne connaissaient aucun moyen de prévention

KONATE M.M [45], au Mali, en 2013 a trouvé que les jeunes de son échantillon avaient cité en 1er lieu la prévention sexuelle via l'usage d'un préservatif (65,2%), la fidélité (44,0%), abstinence sexuelle (23,6%), puis la prévention sanguine en évitant les objets souillés (2,4%). Ils ont également évoqué le counseling et le dialogue familial

IV. 2. 2. Attitudes et pratiques vis-à-vis des IST/VIH /SIDA.

- **Ce que font les adolescents et les jeunes pour éviter d'être infectés** :

Dans notre série, 66,50% des adolescents et jeunes s'abstenaient des rapports sexuels pour éviter d'être infectés, 35,44% évitaient les objets tranchants contaminés ;10,20% utilisaient un préservatif ; d'autres suivaient les conseils prodigués en classe, d'autres évitaient le copinage…

Nos résultats sont proches de ceux trouvés dans l'étude de base du programme conjoint [27] pour l'amélioration de la SSRAJ faite au Burundi en 2017 où les moyens préférés par les enquêtés étaient : l'abstinence (66,8%), éviter les objets tranchants contaminés (56,5%), l'usage d'un préservatif (44,5%)

CISSE C.T [39], au Mali, en 2013 dans son étude, a trouvé que les moyens privilégiés étaient : l'utilisation d'un préservatif (97,6%), la fidélité (94,4%), l'abstinence (91,2%)

Ces différences sont dues aux cultures qui sont différentes ; au Burundi, le sujet de la sexualité est encore tabou ; du coup les adolescents et les jeunes sont peu informés sur leur sexualité.

- **Le dépistage :**

26,70% des adolescents et jeunes de notre enquête avaient fait le test de dépistage au VIH/SIDA.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de EKOUYA G. B au Brazzaville [44] qui a trouvé que 9,8% des enquêtés avaient fait le dépistage, à ceux de NDEMEYE D.D [34], au Burundi en 2011 où 16% des enquêtés s'étaient déjà fait dépister et ceux de COULIBALY M.M.D [46], au Mali qui a trouvé 7,4%, mais sont inférieurs à ceux de KOUNTHA C.H et col [31], au Mali, en 2012, qui a trouvé 39,1%.

Nous constatons un faible taux de dépistage parmi les adolescents et les jeunes de notre échantillon malgré une connaissance suffisante sur le VIH/SIDA ; probablement suite au manque de sensibilisation sur le véritable intérêt du dépistage volontaire.

- **Les raisons de ne pas avoir fait le test de dépistage évoquées :**

21% des adolescents et jeunes de notre enquête évoquaient que la raison qui les a poussés à ne pas se faire dépister c'est qu'ils étaient sûrs de leur séronégativité (24% de garçons contre 20,62% de filles) ; 16,50% disaient qu'ils n'avaient pas raison de le faire (19,85% de filles contre 10,67% de garçons). D'autres raisons évoquées étaient qu'ils n'étaient pas intéressés par le test (10,20%), qu'ils n'ont jamais eu l'opportunité de le faire (5,34%), d'autres disaient qu'ils avaient peur des résultats (1,47%), d'autres détestaient les piqûres (0,49%).

Nos résultats sont similaires à ceux de NDEMEYE D.D [34], au Burundi en 2011 où la raison principale évoquée était la certitude de leur séronégativité (55%) par contre dans l'étude de COULIBALY M.M.D [46], au Mali en 2012, la raison principale évoquée était la crainte de connaître leur statut sérologique.

IV.3. Les SSSR

Dans notre série, 96,60% des enquêtés étaient au courant de l'existence des SSSR mais seulement 14,50% de filles contre 12% de garçons avaient un bon niveau de connaissance sur ces services et 74,27% des adolescents et jeunes de notre enquête connaissaient au moins un endroit où trouver un service de santé sexuelle et reproductive.

Les activités menées dans les services de santé sexuelle et reproductive connus par les adolescents et les jeunes de notre enquête étaient dans l'ordre : le planning familial (93,20%) ; le service de dépistage (85,44%) ; CPN (79,13%) ;

prise en charge des victimes de VSBG (70,8%) ; Accouchement (66,99%) ; la vaccination (56,31%) et enfin consultation post-natale (46,60%)

Parmi les méthodes de planification familiale proposées aux adolescents et jeunes de notre enquête, tous avaient cité le préservatif comme méthode de planification familiale moderne (100%), ensuite 90,78% connaissaient les pilules, 85,44% les injections, 60,68% le DIU et l'implant qui était la moins connue (55,34%).

Nos résultats se rapprochent de ceux trouvés dans une étude de base du programme conjoint « Menyumenyeshe » [27] réalisée au Burundi en 2017 où les adolescents et les jeunes de l'étude avaient une bonne connaissance sur les SSSRAJ (six jeunes sur dix) mais moins de la moitié en faisaient recours soit 42,7% : le service le plus sollicité était le service de dépistage soit par 7 jeunes sur 10 ; ensuite le service de santé maternelle et infantile et le service de planification familiale.

DIARRA T.S [47], dans son étude CAP réalisée au Mali en 2015 avait trouvé que 25,8% des enquêtés avaient consulté les SSSR parmi lesquels 10% pour la contraception, 6,8% pour la santé maternelle et infantile et 5,4% pour le traitement des IST.

Nous constatons que les adolescents et les jeunes de notre échantillon ne font pas recours aux SSSR : ceci pourrait être dû au manque d'informations suffisantes sur ces services ou aux fausses informations ou au fait de vouloir préserver leurs valeurs sociales ; ils évitent d'être mal vus par la société mais aussi au long parcours pour parvenir aux endroits des différents SSSR.

Quant aux méthodes contraceptives, nos résultats sont proches de ceux de KONATE M.M [45], au Mali en 2013 ; de NDAYIZEYE J [36], au Burundi en 2013 ; qui a trouvé que les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif, la pilule et les contraceptifs injectables.

IV.4. Comportements sexuels à risque des adolescents et des jeunes vis-à-vis des IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées.

14,56% des adolescents et jeunes de notre échantillon (17,56% de garçons contre 9,33% de filles) avaient déjà fait les rapports sexuels et l'âge moyen au 1er rapport sexuel était de 12,60 ans chez les garçons et 16 ans chez les filles.

Le taux d'adolescents et jeunes sexuellement actifs était inférieur à celui trouvé dans l'étude de base du programme conjoint « MENYUMENYESHE » faite au Burundi en 2017 [27] (28.6%)

L'âge moyen aux 1er rapports sexuels était de 16,1ans et celui de DIARRA T. S [47] au Mali était de 16,37ans, celui de KABORE G.S.M [48] au Burkina Faso était de 16,1ans, l'âge moyen aux premiers rapports sexuels trouvé dans l'étude sur les CAP et comportements des adolescents en matière de sexualité, procréation et VIH/SIDA par le Ministère de la promotion de la femme et l'intégration au développement [49] au Brazzaville, celui de ADOHINZIN C.C.Y et col [50] au Burkina Faso (17,75ans) étaient proches de celui de notre enquête chez les filles;

NDUWIMANA D [35] a trouvé un âge moyen aux 1ers rapports sexuels précoces (13,12 ans) qui est comparables à l'âge moyen aux 1ers rapports sexuels chez les garçons de notre échantillon soit 12,60 ans.

Signalons que les normes concernant l'âge d'entrée dans la sexualité ont un fondement juridique (l'âge légal de consentement des relations sexuelles) qui diffère largement en fonction des cultures [51].

A l'exception de la RDC, du Rwanda et du Sénégal, dans les pays africains, l'intensité de la sexualité précoce est moins élevée parmi les garçons que les filles. Par conséquent, dans la plupart des pays, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus élevé parmi les garçons que parmi les filles.

En d'autres termes, les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des rapports sexuels précoces contrairement aux résultats de notre enquête.

Parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus élevés se retrouvent dans les pays fortement islamisés, à savoir le Tchad, le Sénégal et le Mali, au Burkina Faso et au Rwanda. En revanche, les plus faibles se retrouvent dans deux pays d'Afrique centrale, le Congo et la RDC, et au Bénin ; le Cameroun, le Madagascar et d'autres pays se retrouvent en position intermédiaire. Parmi les filles, contrairement à ce qu'on a observé parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus faibles se retrouvent dans les pays fortement islamisés [52].

YODE M au Burkina Faso [53], a trouvé l'âge d'entrée en sexualité pour les deux sexes qui était tardif par rapport aux adolescents et jeunes de notre étude

DIARRA T. S [47], au Mali, MIMBILA M.M et col [54] au Gabon et ADOHINZIN C.C.Y et col [50] ont trouvé des résultats supérieurs aux nôtres ; respectivement 55,2%, 48,6% et 54% de leurs enquêtés avaient déjà fait les rapports sexuels ;

Dans notre série, 43,33% d'adolescents et jeunes qui avaient déjà fait les rapports sexuels avaient utilisé un préservatif aux 1ers rapports sexuels et aux derniers rapports sexuels ;

Les raisons de ne pas avoir utilisé le préservatif lors des rapports sexuels évoquées étaient qu'ils ne connaissaient pas l'importance du préservatif (50,00%), que le préservatif diminuerait le plaisir sexuel (25,00%) et l'oubli

NDUWIMANA D [35] a trouvé que la première raison de la non utilisation du préservatif était la confiance en son partenaire, l'autre raison c'était le manque de connaissance sur son mode d'emploi ;

Chez ADOHINZIN C.C.Y et col [55] au Burkina Faso, les raisons évoquées par ses enquêtés étaient la diminution du plaisir sexuel, le manque de confiance au

préservatif, confiance en son partenaire, difficulté d'utilisation, oubli, indisponibilité du préservatif, dégout …

Nous constatons un faible taux d'usage du préservatif parmi les adolescents et les jeunes de notre enquête ; preuve qu'ils ne sont pas encore conscients des conséquences que représentent les rapports sexuels non protégés en général et chez les adolescents et les jeunes en particulier ; ils s'exposent aux IST/VIH et aux grossesses non désirées.

Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans l'étude de base du programme conjoint « Menyumenyeshe » faite au Burundi en 2017 [27] (23%), ceux de NDUWIMANA D [35] au Burundi (25%), ceux de DIASSANA K [41] au Mali (26%), ceux de YODE M [53] dans son étude au Burkina Faso, ceux de F. Camara [56] au Québec en 2017 où le taux d'utilisation du préservatif était de 16,5%.

Dans notre série, 13,33% des adolescents et des jeunes (28,57% de filles contre 8,69% de garçons) avaient reçu de l'argent ou des cadeaux en échange des rapports sexuels et 53,33% de ceux qui avaient fait les rapports sexuels (65,22% de garçons contre 14,28% de filles) avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois.

FATOUMATA C [56] dans son étude sur les comportements sexuels des adolescents de niveau collégial au Guinée en 2017 a trouvé des résultats supérieurs aux nôtres : 70 dans 73 adolescents avaient eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 mois précédent l'enquête mais nos résultats sont supérieurs à ceux de EKOUYA B.G et coll. [44] au Brazzaville où 12,5% de ses enquêtés avaient eu plus de 4 partenaires sexuels, 6,5% avaient eu trois et 9,6% avaient eu deux partenaires sexuels.

IV.5. Sources d'informations en matière de la sexualité et de la reproduction

Dans notre série, les médias étaient la principale source d'informations des adolescents et jeunes en matière de la SSR soit 90,78%, ensuite les réseaux sociaux soit 86,89%, puis leurs mères soit 80,58%, puis l'école soit 73,79%. Les autres sources étaient dans l'ordre décroissant ; les sœurs (69,90%), les pères (69,42%), les frères (66,99%), les tantes (58,74%), les agents de santé (33,01%) et autres

NDIZEYE J au Burundi [38] a trouvé que les principales sources d'informations de ses enquêtés étaient les médias, les amis, l'école, les CDS/hôpitaux, les frères et sœurs…

Les personnels médicaux, leurs mères, les amis constituaient les principales sources d'informations chez les enquêtés de KOUAME M et TCHOUDJA V [57] en côte d'Ivoire de même que ceux de Fréderic Kobelembi en République Centrafricaine [58] (personnel de santé, parents et personnes âgées).

Nous constatons une grande diversité des sources d'informations des adolescents et jeunes sur la sexualité et la reproduction, ce qui constitue un véritable problème car ils devaient avoir des sources d'informations communes et sûres : entre autres les parents qui devaient être les premières sources d'informations vu qu'ils sont la base de l'éducation pour les enfants, ensuite l'école qui devrait compléter les parents ; sans cela les adolescents et les jeunes se perdent dans les TIC.

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V. 1. CONCLUSION

Cette étude nous a amenés à constater une faible connaissance en SSRAJ de la part de nos enquêtés.

En effet, nous avons remarqué un faible niveau de connaissance des adolescents et jeunes de notre enquête sur les IST ; tant de leurs modes de transmission que leurs moyens de prévention à l'exception du VIH/SIDA qui est mieux connu ; cependant, les attitudes et les pratiques ne concordent pas avec leurs connaissances : le taux de dépistage est très faible et l'usage de préservatif est rare et entouré de multiples préjugés. Les services de Santé sexuelle et reproductive sont moins connus et un faible recours à ces services a été constaté.

Des comportements tels que la précocité du début de l'activité sexuelle, le faible usage du préservatif et le multi partenariat sexuel se font remarquer parmi les adolescents et les jeunes de notre étude ; ce qui augmente les risques d'exposition aux IST/VIH/SIDA et aux grossesses non désirées. Une grande diversité des sources d'informations en matière de la santé sexuelle et reproductive a également été observée.

V.2. SUGGESTIONS

Au terme de notre étude ; des suggestions ont été formulées à l'endroit :

1. **Du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA** :
   - De former et sensibiliser le personnel soignant dans le domaine de la SSRAJ.
   - De mobiliser et sensibiliser les agents de santé communautaire à s'impliquer davantage dans l'éducation sexuelle des adolescents et des jeunes.
2. **Du Ministère de l'Education** :
   - D'introduire dans le programme d'enseignement secondaire des modules sur la SSRAJ.
3. **Des Adolescents et des jeunes** :
   - De participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et communication organisées sur la SSRAJ ou à toute autre activité centrée sur l'éducation sexuelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] UNICEF, « adolescents statistics-UNICEF-Data » octobre 2019. [En ligne]. Avalable : https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview. [Accès le 20 novembre 2019].

[2] UNFPA, « Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et de jeunes et la transformation de l'avenir. L'Etat de la population mondiale,» New York 10158, 2014.

[3] UNESCO, «Les jeunes d'aujourd'hui, il est temps d'agir,» Paris 75352 sp, Place de Fontenoy , 2013.

[4] UNICEF, « Adolescent HIV prevention, » July 2019. [En ligne]. Available : https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people. [Accès le octobre 2019].

[5] DARROCH J. E, AUDAM et WOOG V «Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents, » *Adding it up*, 2016.

[6] KAGESTEN A et WOOG V «the sexual and Reproductive Health Needs of very young Adolescents aged 10-14 in developing countries: what does the evidence show? » 2017.

[7] DARROCH J. E, WOOG V, BANKOLE A et ASHFORD L. S «Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Supplementary Data Tables, » *Adding it up*, 2016.

[8] PRISCILLA I, GILLEPSIE A, PORTH T, SUZUKI C et al «Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents current status, Inequities and Data gaps, » Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 66, S144-S153, 2014.

[9] UNFPA, «Rapport final de l'étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi,» UNFPA, Bujumbura, 2013.

[10] Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du plan, MSPLS, ISTEEBU et ICF International «Enquête démographique et de Santé au Burundi 2016-2017,» ISTEEBU, MSPLS et ICF, Rockville, Maryland, USA, 2018.

[11] OMS, « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : développement des adolescents, » [En ligne]. Available : https://www.who.int/materanl-child-adolescent/topics/adolescence/dev/fr. [Accès le 24 janvier 2020].

[12] JOHNSON, SARAH B et al «Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy, » *Journal of adolescent health*, vol. 45, no3, pp. p216-221, septembre 2009.

[13] UNICEF, Adolescent Development: perspectives and Frameworks-summary of adolescent needs, an analysis of the various program approaches and general recommendations for adolescent programming, UNICEF, Éd., New York, 2006, p. page 3.

[14] BERNARD R, « Qu'est-ce que la jeunesse ? » dans après demain, no24, NF 2012.

[15] OMS, Developing sexual health programs. A Framework for action, vol. 2006a, OMS, Éd., Geneva, 2016.

[16] Nations Unies, « Rapport de la conférence Internationale sur la population et le développement, » le Caire, 1994.

[17] Nations Unies, « Déclaration et programme d'action de Beijing, » chez *la 4e Conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, 1995.

[18] European Parliamentary, « forum on population and Development. Santé et Droits sexuels et Reproductifs : les fondamentaux, » *Intelligence Brief Issue 1*, p. 11p, 2013.

[19] OMS, « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, » 2011. [En ligne]. Available : http://who.int/documents. [Accès le 26 décembre 2019].

[20] Commission, Guttmacher-Lancet « Accélérer le progrès : Santé et droits sexuels et reproductifs pour tous, » 2018.

[21] OMS, « Centre des Médias. Les principaux repères, » 2018. [En ligne]. Available : http://www.who.int/fr/neus-room/fact-sheets/detail/family-planing-contraception. [Accès le 8 janvier 2020].

[22] BITOTO V, «Les méthodes contraceptives,» RDC, p 1-8, 2010.

[23] QUINIOU B et MOY L « les méthodes naturelles de contraception, » 2018. [En ligne]. Available : https://www.choirsacontraception.fr. [Accès le décembre 2019].

[24] Services de Recommandations Professionnelles de l'ANAES, « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, » 2004. [En ligne]. Available : https;//www.eurekasante.fr/parapharmacie/vidal/vf40020-PERSONA.html. [Accès le septembre 2019].

[25] FLUX S.S, « Rédaction Medisite. Contraception naturelle : La méthode MAMA, » 2018. [En ligne]. Available : https://Medisite.fr/contraception-contraception-naturelle-la-methode-mama.5392976.373055.html. [Accès le décembre 2019].

[26] GALLO M.F, GRIMES D.A, LOPEZ L.M, SCHULZ K.F, d'ARCHANGES C « Combination injectable contraceptives for contraception, » *Cochrane Database of systematic Reviews*, issue 4 No CD004568, 2008.

[27] MUNEZERO J et BIGIRIMANA «Programme Conjoint pour l'amélioration de la SSR des adolescents et des jeunes de 10-24 ans au Burundi,» étude de base, 2017.

[28] SCHWARTZ D, Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes, Flammarion éd., M. sciences, Éd., 1969.

[29] MUCHIELLI R, Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, Paris, ESF, 1973.

[30] ADOHINZIN C.C.Y, MEDA N, OUEDRAOGO G.A, BELEM A.M.G, SOMBIE I, BERTHE A et al « Connaissances et attitudes des jeunes de Bobo-Dioulasso en matière de prévention du VIH et de la grossesse non désirée, » vol. 28, pp. 525-534, 2016.

[31] KOUNTHA C.H, DIARRA S, TOUMANION B, DOUMBIA I, GIANI S « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes Lycéens en matière des IST et de VIH/SIDA dans la commune de SIKASSO, Mali, » *Revue Malienne d'infectiologie et de microbiologie*, Tome 1, 2014.

[32] MUKADI R. T, NTAMBWE M.SM, KITOKO H.T, MWISI J.M, MBAYO F.I « sexualité des jeunes en milieu scolaire dans la ville de Likasi en RDC, » pp. 31-32, 2018.

[33] SANOGO D.M, *Connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière d'IST, du VIH/SIDA en milieu scolaire urbain de la commune VI du District de Bamako*, Université des sciences, des Techniques et des Technologies, Éd., Bamako, 2018.

[34] NDEMEYE D. D, *Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention et lutte contre les IST et le VIH/SIDA chez les enfants et les jeunes de la rue de Bujumbura*, Faculté de Médecine Université du Burundi, Éd., Bujumbura, 2011, p. 61p.

[35] NDUWIMANA D, *Contribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la grossesse non désirée et des IST chez les adolescents scolarisés en milieu rural,* U. d. Burundi, Éd., Bujumbura, Burundi, 2013, p. 125p.

[36] NDIZEYE J, *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes adultes en matière de fécondité et de sexualité en milieu rural,* U. d. Burundi, Éd., Bujumbura, Burundi, 2013, p. 101p.

[37] ADOHINZIN C.C.Y, ABRAHAMANE B, MEDA N, BELEM A.M.G, OUEDRAOGO G.A et al « Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes Burkinabe de 15-24ans, » vol. 19, pp. 35-59, 2016.

[38] BOUBA M, *Connaissances, Attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST ou VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la Commune I du District de Bamako,* U. d. Bamako, Éd., Bamako, 2009, p. 74p.

[39] CISSE C.T, *Etude des Connaissances, Attitudes et pratiques des Adolescents en milieu scolaire sur les IST en Commune du District de Bamako, mali,* Université des Sciences, Techniques et Technologies, Faculté de Médecine, Éd., Bamako, 2013, p. 78p.

[40] KAR S, KE D, TCHAGBELE O. B, AZOUMAH K. D et al « Santé sexuelle des adolescents collégiens ; connaissances, attitudes et pratiques face aux risques des IST au Nord-Est de Lomé, » *Rev.Cames santé,* vol. 42, 2016.

[41] DIASSANA M.K, *Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes lycéens face aux IST/VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune III du District de Bamako,* Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Éd., Bamako, 2011.

[42] NDIKUMASABO J.C, *Etude des connaissances, attitudes et pratiques sur le SIDA chez les élèves des écoles secondaires en milieu rural,* Faculté de Médecine, Université du Burundi, Éd., Bujumbura, 2012, p. 103p.

[43] CISSOKO Y, TRAORE A, SIDIBE L.N, MAIGA Y.I et al « Connaissances, attitudes et pratiques face aux IST/VIH/SIDA chez les lycéens de Gao, » *Revue Malienne d'infectiologie et de microbiologie,* Tome 4, 2014.

[44] EKOUYA B.G, OKOKO A, MOYEN E et al « Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face au VIH/SIDA à Brazzaville, » CAMES SANTE, vol. 3, No 2, p 85-88, Décembre 2015.

[45] KONATE M.M.D, *Connaissances, Attitudes et pratiques sur la reproduction en milieu scolaire,* Université des sciences, Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Éd., Bamako, 2013.

[46] COULIBALY M.M.D, *Connaissances, Attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangareboukou,* Université des sciences, Techniques et Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Éd., Bamako, 2012.

[47] SINAYOKO D.T, *Connaissances, Attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du District de Bamako en matière de Planification familiale,* Université des Sciences, des Techniques et des Technologies, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Éd., Bamako, 2013.

[48] KABORE G.S.M, *Connaissances, Attitudes et pratiques en matière de sexualité, de planification familiale et de maladies sexuellement transmissibles/VIH/SIDA des adolescents de 15 à 19 ans en milieu rural: cas de la province de SANNATEGA,* Faculté des Sciences de la Santé, Université de OUAGADOUGOU, Éd., OUAGADOUGOU, 2000, p. 141.

[49] Ministère de promotion de la femme et de l'intégration au développement, «Connaissances, Attitudes, pratiques et comportements des adolescents en matière de sexualité, de procréation et VIH/SIDA,» Brazzaville, Décembre 2007, p 1-64.

[50] ADOHINZIN C.C.Y et al, « Prises des risques chez les jeunes de Bobo Dioulasso : une analyse des facteurs associés à la précocité et au multi partenariat sexuel, » *The Pan African Medical Journal, 2016 ; 25 ; 132.*

[51] MAILLOCHON F, EHINGER V et GODEAU E « L'âge normal au premier rapport sexuel : perceptions et pratiques des adolescents en 2014, » *Agora débats/jeunesses,* No hors-série, pp. 37-56, 2016.

[52] RWENGE J.R.M « Comportements sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et Facteurs associes ,» African Journal of Reproductive Health, 17 (1).p50, 2013.

[53] YODE. M, *Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso*, Faculté des arts et sciences : Département de démographie Université de Montréal, Éd., 2010.

[54] MIMBILA M.M, VIERIN Y.N, BILOGHE A.S et MOUSSAVOU A « Connaissances et Comportements des adolescents en matière de Santé sexuelle au Gabon, » *Clinics in Mother and Child Health,* vol. 8, ID C110101.3p, 2011.

[55] ADOHINZIN C.C.Y, MEDA.N, BELEM A.M.G et al « Utilisation du Préservatif masculin : Connaissances, Attitudes et compétences des jeunes Bourkinabe, » *Afrique, Santé Publique et Développement,* vol. 29(1), 2017, p 95-103.

[56] FATOUMATA. C, *Comportements sexuels à risques chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Explorations des facteurs personnels et interpersonnels associés,* U. Laval, Éd., 2017.

[57] KOUAME. M. et TCHOUDJA V, *inégalités sociales et comportements sexuels à risques des jeunes en milieu urbain en Côte d'Ivoire*, Ecole Nationale Supérieure de statistique et d'Economie appliquée, Éd., 2007.

[58] KOBELEMBI. F, « Le comportement sexuel des adolescents à Bangui. Etude de la population Africaine, » African Population studies 20 (2), 2005.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Fiche n^{o} ...

A. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAFPHIQUES.

1. Age : …….

   Sexe : M F

   Nationalité : …….

   Province : …….

   Commune : ……

   Colline/quartier : ……

2. Parents : tous en vie seul le père est en vie seule la mère est en vie aucun des parents n'est vivant.
3. Qui vous a élevés ? mes 2 parents mon père seul ma mère seule Autres précisez…….
4. Quelle est votre religion ? catholique protestante musulmane Autres précisez …… Aucune
5. Quelle école fréquentez-vous ?.....
6. Etes-vous : externe interne
7. Dans quelle classe fréquentez-vous ? ……..

B. CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

1. Connaissances sur les IST.

Q1 : avez-vous déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles ?

Oui non

Q2 : connaissez-vous les moyens de transmission de la syphilis : oui non

Q3. Si oui, préciser les moyens de sa transmission :

-voie sexuelle

-voie sanguine

-transmission mère-enfant

-autres

Q4 : connaissez-vous les moyens de transmission des infections à chlamydia ? oui non

Q5 : Si oui, précisez les moyens de sa transmission :

-voie sexuelle

-voie sanguine

-transmission mère-enfant

-autres

Q6 : connaissez-vous les moyens de transmission de la gonococcie ? Oui non

Q7 : Si oui, précisez les moyens de sa transmission :

-voie sexuelle

-voie orale

-voie sanguine

-autres

Q8 : Connaissez-vous les moyens de prévention de la syphilis : oui non

Q9 : Si oui, précisez les moyens de sa prévention :

-abstinence sexuelle

-préservatif

-fidélité

-se laver les mains avant de manger

-autres

Q10 : Connaissez-vous les moyens de prévention de la gonococcie ? oui non

Q11 : Si oui, précisez les moyens de sa prévention :

-préservatif

-abstinence sexuelle

-se laver les mains avant de manger

-fidélité

-autres

Q12 : connaissez-vous les symptômes :

-de la syphilis : oui non

-des infections à chlamydia : oui non

-de la gonococcie : oui non

2. ***Connaissances sur le VIH***

Q13 : avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ? Oui non

Q14 : connaissez-vous les moyens de sa transmission ? Oui non

Q15 : Si oui, précisez-les :

-manger avec une personne infectée

-les objets tranchants

-saluer une personne VIH positif

-rapports sexuels non protégés

-transmission de la mère à son enfant

-autres

Q16 : Connaissez-vous les moyens de prévention du VIH/SIDA ? oui non

Q17 : Si oui, précisez-les :

-utiliser le préservatif

-se laver les mains avant de manger

- ne pas vivre avec une personne malade

-éviter les objets tranchants

-abstinence

-autres

Q18 : Que faites-vous personnellement pour éviter d'être infecté ?

……

……

……

……

Q19 : savez-vous qu'il existe un test de dépistage pour connaitre votre statut sérologique ?

Oui non

Q20 : Vous êtes-vous déjà fait dépister ? Oui non

Q21 : Sinon, pourquoi n'avez-vous jamais fait le dépistage ? Réponse :

……

……

…….

C. ***<u>Attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive(SSR).</u>***

Q22 : Etes-vous au courant de l'existence des services de santé sexuelle et reproductive ?

Oui non

Q23 : Quels sont les services de santé sexuelle et reproductive que vous connaissez ?

-dépistage

-planning familial

-prise en charge des victimes des violences sexuelles basées sur le genre

-accouchement

-consultation prénatale

-vaccination

-consultation postnatale

-prise en charge du paludisme

-autres

Q24 : connaissez-vous un endroit où vous pouvez trouver ces services de santé sexuelle et reproductive ? oui non

Q25 : avez-vous déjà consulté un des services de santé sexuelle et reproductive pour un motif quelconque ? oui non

Q26 : quel était le motif de votre consultation ?.....

Q27 : Quelles sont les méthodes de contraception que vous connaissez ?

-pilules

-préservatif

-dispositif intra-utérin

-se laver après les rapports sexuels

-injections

-implants

-autres

D. <u>Comportements à risque chez les adolescents et des jeunes vis-à-vis des IST, du VIH et des grossesses non désirées.</u>

Q28 : avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? (Depuis que vous êtes nés) :

Oui non

Q29 : à quel âge avez-vous eu les rapports sexuels pour la 1ere fois ? âge…….

Q30 : la 1ere fois que vous avez eu des rapports sexuels, étiez-vous consentant ?

Oui non ne me souviens pas

Q31 : avez-vous utilisé un préservatif à cette occasion ? oui non

Q32 : pourquoi n'avez-vous pas utilisé le préservatif ?.....

Q33 : combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 6 derniers mois ?.....

Q34 : avez-vous reçu de l'argent ou des cadeaux en échange des relations sexuelles ?

Oui non ne me souviens pas

Q35 : avez-vous utilisé le préservatif au cours de votre dernier rapport sexuel ?

Oui non ne me souviens pas

Q36 : avez-vous un jour pris une drogue ? oui non ne me souviens pas

Q37 : quelle(s)drogue (s)avez-vous pris ?.....

Q38 : dans quelles circonstances avez-vous pris la(s) drogue(s) ? ……..

Q39 : avec qui avez-vous pris la(s) drogue(s) ? …….

E. Accès à l'information en rapport avec la santé sexuelle et reproductive.

Q40 : Qui vous donne les informations et appuis en matière de la sexualité et la reproduction quand vous en avez besoin :

a) Mon père
b) Ma mère
c) Ma (mes) sœur(s)
d) Mon (mes) frère(s)
e) Mon (mes) oncle(s)
f) Ma (mes) tante(s)
g) L'école
h) Les agents de santé
i) Les réseaux sociaux
j) Les médias
k) Autres précisez……

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale ;
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;
Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Mes collègues seront mes frères.
J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;
Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;
Je considèrerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;
Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.
Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

RESUME

Le but de notre travail était de contribuer à l'amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes au Burundi.
Nous avons mené notre enquête dans cinq établissements secondaires en Mairie de Bujumbura et 206 élèves y ont participé. C'était une étude descriptive et transversale.
Plus de la moitié de nos enquêtés était de sexe féminin (63,59%) et la tranche d'âge de 15-19 ans était la plus représentée (80,10%). 88,83% provenaient du milieu urbain et 76,21% étaient externes à leurs établissements respectifs ; ils étaient majoritairement en post-fondamentale (86,41%) et la religion catholique était la plus représentée (67,48%).

Peu d'adolescents et jeunes de notre étude avaient un bon niveau de connaissances sur les IST : tant de leurs modes de transmission (aucun élève n'avait un bon niveau de connaissance), que de leurs moyens de prévention (47,39% de filles contre 24% de garçons avaient un bon niveau de connaissance) et seulement 4% de garçons contre 1,53% de filles avaient une bonne connaissance de leurs symptômes.
L'abstinence était le moyen le plus utilisé (66,50%) par les adolescents et les jeunes de notre étude pour éviter d'être infectés par le VIH ;
26,70% de nos enquêtés avaient déjà fait un test de dépistage au VIH et pour ceux qui n'en avaient pas fait, la principale raison évoquée était qu'ils avaient confiance en eux et donc sûrs de leur séronégativité (21,84%).
96,60% avaient déjà entendu parler des SSSR mais ceux qui avaient une bonne connaissance sur les SSSR était de 14,5% de sexe féminin contre 12% de sexe masculin ; seulement 26,70% avaient déjà consulté ces services.
14,56% des adolescents et jeunes de notre enquête avaient déjà commencé l'expérience sexuelle et l'âge moyen aux 1ers rapports sexuels étaient de 12,60 ans chez les garçons contre 16 ans chez les filles ; parmi eux 43,33% avaient utilisé le préservatif aux 1ers rapports sexuels et aux derniers rapports sexuels ; la principale raison évoquée par ceux qui n'avaient pas utilisé le préservatif était qu'ils ne connaissaient pas son importance (50,00%) et 53,33% avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des six mois précédent l'enquête.

Les principales sources d'informations des adolescents et des jeunes de notre enquête en matière de SSR en cas de besoin étaient dans l'ordre : les médias (90,78%), les réseaux sociaux (86,89%), leurs mères (80,58%), l'école (73,39%), leurs sœurs (69,90%), leurs pères (69,42%).

Mots clés : Santé sexuelle, santé reproductive, adolescents, jeunes.