

ACCES AUX SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES DU SECTEUR INFORMEL DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

B.E. KOMBOIGO, H. ZAMANE, R.S. SIB, S. KIEMTORE, P. D. KAIN, A. OUATTARA,
F. TRAORE, B. THIEBA-BONANE

RESUME

Objectifs : Etudier l'accès des services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel dans la ville de Ouagadougou.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée du 1^{er} Juillet au 15 Août 2017 dans la ville de Ouagadougou. Elle concernait 720 adolescentes employées dans le secteur informel notamment les aide-ménagères et les employées de commerce. L'entretien individuel était la technique utilisée pour la collecte des données.

Résultats : L'âge moyen des adolescentes était de 16,6 ans \pm 1,8 [10 et 19 ans]. Les adolescentes sexuellement actives étaient au nombre de 379 (52,6%). L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans \pm 1,3. Cent dix-neuf adolescentes (16,5 %) étaient déjà enceintes au moins une fois. Les grossesses étaient non désirées dans 82,7% des cas. Un antécédent d'avortement provoqué clandestin était noté dans 56 cas (7,8 %) et concernait 33,3 % des grossesses (56/168). Deux cent soixante-cinq adolescentes déclaraient avoir déjà utilisé une méthode moderne de contraception. Elles représentaient 69,9 % des adolescentes sexuellement actives (265/379) et 36,8 % de l'effectif total (265/720). Le préservatif était le moyen de contraception le plus utilisé (57,8 %). La moitié des adolescentes n'avaient que leurs amies comme source d'information en matière de santé de la reproduction. Les filles déclaraient avoir accès aux prestations de soins en santé de la reproduction dans 17,5% (126/720) des cas.

Conclusion : La pratique de la sexualité est précoce chez les adolescentes du secteur informel dans la ville de Ouagadougou et on observe une faible fréquentation des services de santé. Ces adolescentes sont exposées à de multiples risques. Il est alors nécessaire de définir des stratégies spécifiques et adaptées pour améliorer la santé sexuelle et reproductive de cette frange vulnérable de la population.

Mots clés : Adolescentes, Santé sexuelle, Reproductive, Ouagadougou.

INTRODUCTION

Un adolescent est celui dont l'âge chronologique se situe entre 10 à 19 ans [14]. Ce groupe est en proie à de nombreux problèmes spécifiques notamment en santé sexuelle et reproductive [6]. Ces problèmes s'expriment entre autres en termes

Tirés à part : B.E. KOMBOIGO, Gynécologue-Obstétricien, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), Assistant à l'Université Nazi Boni, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

SUMMARY

Access to sexual and reproductive health services for teenagers' girls in the informal sector in the city of Ouagadougou, Burkina Faso

Objectives: to study access to sexual and reproductive health services for teenagers girls in the informal sector in the city of Ouagadougou.

Methodology: This was a cross-sectional study which took place from July 1st to August 15th 2017 in the city of Ouagadougou. It involved 720 teenagers' girls employed in the informal sector, in particular housekeepers and commercial employees. The interview was the technique used for data collection.

Results: The average age of teenagers' girls was 16.6 \pm 1.8 years [10 and 19 years]. There were 379 (52.6%) sexually active adolescent girls. The mean age at first intercourse was 15 \pm 1.3 years. One hundred and nineteen teenagers' girls (16.5%) had been pregnant at least once. Pregnancies were unintended in 82.7% of cases. A history of clandestine induced abortion was noted in 56 cases (7.8%) and involved 33.3% of pregnancies (56/168). Two hundred and sixty-five teenagers' girls reported having used a modern method of contraception. They represented 69.9% of sexually active teenagers' girls (265/379) and 36.8% of the total workforce (265/720). Condoms were the most widely used form of contraception (57.8%). Half of the teenagers' girls had only their friends as a source of reproductive health information. Girls reported having access to reproductive health care in 17.5% (126/720) of the cases.

Conclusion: The practice of sexuality is precocious among teenagers' girls in the informal sector in the city of Ouagadougou and we observe a low attendance of health services. These teenagers' girls are exposed to multiple risks. It is therefore necessary to define specific and adapted strategies to improve the sexual and reproductive health of this vulnerable segment of the population.

Keywords: Teenagers, Sexual and Reproductive Health, Ouagadougou.

de sexualité précoce, de grossesses précoces et/ou non désirées, d'avortements clandestins, d'infections sexuellement transmissibles ainsi que de violences sexuelles. La santé sexuelle et reproductive des adolescents constitue alors une préoccupation [16].

KOMBOIGO B.E., ZAMANE H., SIB R.S., KIEMTORE S., KAIN P. D., OUATTARA A., TRAORE F., THIEBA-BONANE B. Accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°2, p. 36-40

Les adolescentes du secteur informel constituent une frange non négligeable de la population au Burkina Faso. Elles sont encore plus vulnérables du fait de l'analphabétisme qui les caractérise et de leurs conditions socio-professionnelles [9]. Le présent travail avait pour objectif d'étudier l'accès des services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel dans la ville de Ouagadougou afin de contribuer à développer des stratégies spécifiques pour l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive.

I. METHODOLOGIE

Quatre arrondissements sur les douze que comporte la ville de Ouagadougou étaient concernés. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive en un seul passage qui s'est déroulée du 01er Juillet au 15 Août 2017. La population cible était constituée d'adolescentes employées du secteur informel depuis au moins une année dans la ville. Il s'agit des aides familiales et des commerçantes. La taille de l'échantillon était calculée selon la formule de Schwarz ($n = (Z^2PQ)/(ME)^2$) ; p (12,6 %) représentant la prévalence contraceptive chez les adolescentes au Burkina Faso [8], et la précision pour un risque d'erreur α de 5%. La taille minimale de l'effectif considérée par arrondissement était de 170 adolescentes donnant un total de 680 pour les quatre sites. Pour augmenter la puissance de l'étude, l'effectif a été porté à 720 (180 par site).

Un échantillonnage à deux degrés était pratiqué. Le premier degré concernait le choix des arrondissements qui fut un choix aléatoire simple. Au deuxième degré, un marché et une cité furent ciblés dans chacun des quatre arrondissements retenus dans le but de viser les adolescentes aide-ménagères (moitié de l'effectif) et celles employées dans le petit commerce (moitié de l'effectif). Le ménage et l'unité de commerce était respectivement considérés comme une unité de production informelle. Pour éviter l'effet de groupe qui pourrait biaiser les résultats, une seule adolescente était choisie par unité de production informelle et les unités voisines étaient écartées jusqu'à la cinquième. Etaient incluses dans l'étude, les adolescentes employées dans ces unités de production depuis au moins un an. L'entretien à l'aide d'un questionnaire semi structuré était la technique de collecte utilisée. L'anonymat et la confidentialité des données étaient respectés. La collecte des données était précédée de l'obtention d'une autorisation d'enquêteur fournie par la Direction Régionale de la Santé du Centre. Le consentement éclairé de chaque participante était un préalable à son inclusion dans l'étude. Pour les adolescentes mineures (moins de 18 ans), le consentement d'au moins un parent ou du tuteur légal a été sollicité en plus de l'assentiment de l'intéressée.

II. RESULTATS

1. Caractéristiques des adolescentes

L'âge moyen des adolescentes était de 16,6 ans \pm 1,8 avec des extrêmes de 10 et 19 ans. Elles n'avaient aucun niveau de scolarisation dans 528 cas (73,3 %) et menaient déjà une vie maritale dans 58 cas (8 %). Cent dix-neuf adolescentes (16,5 %) avaient déjà été enceintes au moins une fois avec un nombre total de grossesse de 168. L'âge moyen à la première grossesse était de 16 ans \pm 1 avec des extrêmes de 14 et 19 ans. Les grossesses étaient non désirées dans 82,7% des cas (139/168). Un antécédent d'avortement provoqué clandestin était noté dans 56 cas (7,8 %) et concernait 33,3 % des grossesses (56/168). Soixante-quatre (8,8 %) adolescentes avaient déjà accouché au moins une fois. Les caractéristiques des adolescentes sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des adolescentes du secteur informel dans la ville de Ouagadougou (n = 720)

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (Années)		
10-13	40	5,5
2-13	114	15,8
14-15	175	24,2
16-17	203	28,4
18-19	188	26,1
Niveau de scolarisation		
Analphabètes	528	73,3
Primaire	117	16,3
Secondaire	72	10
Supérieur	3	0,4
Statut Marital		
Mariées	21	2,9
Concubines	37	5,1
Célibataires	662	92,0
Nombre de grossesse		
0	601	83,5
1	80	11,1
2	29	4
3	10	1,4
Parité		
0	656	91,1
1	41	5,7
2	23	3,2
Antécédent d'avortement à risque		
Oui	56	7,8
Non	664	92,2

2. Pratiques sexuelles et contraceptives

Les adolescentes sexuellement actives étaient au nombre de 379 (52,6%). Elles seraient toutes hétérosexuelles. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans \pm 1,3 avec des extrêmes de 12 et 19 ans.

Le nombre moyen de partenaire sexuel cumulé étaient 2 \pm 1. Cent huit des trois cent soixante-dix-neuf adolescentes sexuellement actives déclaraient avoir un seul partenaire (28,5%) tandis-que 71,5 % en avaient au moins deux.

Cinquante-six adolescentes (7,8 %) dont quarante-trois aide-ménagères déclaraient avoir déjà été violées.

Deux cent soixante-cinq adolescentes déclaraient avoir déjà utilisé une méthode moderne de contraception. Elles représentaient 69,9 % des adolescentes sexuellement actives (265/379) et 36,8 % de l'effectif total (265/720).

La figure 1 résume la répartition des adolescentes selon l'utilisation de méthodes de contraception.

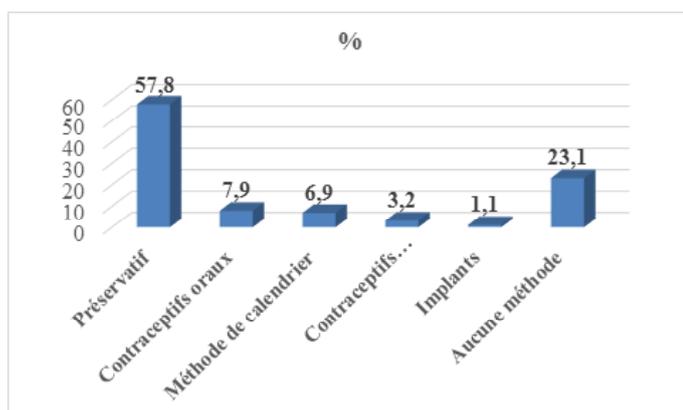


Figure 1 : Répartition des adolescentes du secteur informel de Ouagadougou selon l'utilisation de méthodes de contraception (n = 379)

3. Accès à l'information et aux services de soins en santé sexuelle et reproductive

La moitié des adolescentes n'avaient que leurs amies comme source d'information en matière de santé de la reproduction soit 50% (360). Parmi elle, 54,2% (195) avaient eu leur premier rapport sexuel entre 10 ans et 14 ans. Les adolescentes ayant eu leurs parents comme source d'information en SR étaient utilisatrices de méthode contraceptive dans 91% (60/66) des cas.

Les filles déclaraient avoir accès aux prestations de soins en santé de la reproduction dans 17,5% (126/720) des cas. Parmi les adolescentes ayant accès aux prestations de soins en SR, la tranche de 10 ans à 14 ans représentait 6,3% contre 93,7% pour les adolescentes dont l'âge était entre 15 ans et 19 ans. Les causes de non accessibilité aux prestations de soin en SR figuraient dans le tableau II. Les suggestions des adolescentes pour améliorer les

pratiques sexuelles et contraceptives figuraient dans le tableau III.

Tableau II : Répartition des causes de non accessibilité en SR

Raisons de non accessibilité aux prestations de soins en SR	Effectifs	%
Barrières sociales (stigmatisation de la santé sexuelle et la contraception)	279	47
Manque de moyens financiers	96	16,2
Distance	219	36,8

Tableau III : Suggestions des adolescentes pour l'amélioration de la pratique sexuelle et contraceptive

Suggestions	Effectifs	%
Sensibilisation sur la SR	434	60,2
Prestations de soin en SR à domicile	143	19,8
Gratuité des soins et contraceptifs	89	12,4
Centre d'écoute pour adolescentes	54	7,6
Numéro vert pour consultation par appel téléphonique	102	14,2

III. DISCUSSION

Du fait du caractère sensible du sujet de la sexualité longtemps considérée comme tabou surtout dans le milieu des adolescents, certaines filles éprouvaient de la gêne lors de l'entretien. Cela pourrait contribuer à biaiser certaines réponses aux questions posées. Toutefois, cette limite a été minimisée en rassurant les adolescentes de la stricte confidentialité de l'enquête et en réalisant l'entretien à l'écart. Aussi, la collecte des données était uniquement fondée sur du déclaratif.

Les adolescentes étaient sexuellement actives dans 52,6 % des cas et l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16 ans. Ces résultats traduisent la précocité des rapports sexuels en opposition aux principes religieux et ceux de la société traditionnelle africaines qui préconisent l'abstinence jusqu'au mariage. La précocité des rapports sexuels est rapportée dans la littérature et ce dans diverses contrées [3,5,6]. Elle est plus particulièrement une réalité en Afrique subsaharienne [19]. Le mariage précoce peut y être considéré comme un facteur contributif [13]. Dans notre contexte, presque une adolescente sur 10 menait une vie maritale. L'analphabétisme (73,3%) et les conditions socioéconomiques défavorables dans lesquelles vivent ces adolescentes les rendent vulnérables. Cela pourrait contribuer à les pousser à avoir des relations sexuelles avec des sujets plus âgés dans l'espoir de percevoir de l'argent ou des cadeaux comme relevé dans la littérature [4,10,15,19,20].

Aussi, les violences sexuelles dont sont sujettes des adolescentes sans défense pourraient contribuer à expliquer la précocité des rapports. En effet 7,8 % des filles dont essentiellement des aide-ménagères ont déclaré avoir déjà été victimes d'abus sexuel.

Les conséquences de la précocité des rapports sexuels sont multiples, dominées par les grossesses le plus souvent non désirées. En effet 16,5 % des adolescentes signalaient au moins un antécédent de grossesse et il s'agissait surtout de grossesses non désirées (82,7 %) comme relevé dans la littérature [6,17]. Les conséquences des grossesses précoces sont nombreuses [7,12]. Le recours à l'avortement provoqué clandestin avec les risques de complications multiples est fréquent. Cette pratique concernait 33,3% des grossesses dans notre série.

Bien que les jeunes et les adolescents soient reconnus plus actifs sexuellement que n'importe quel sous-groupe de la population [11], la prévalence contraceptive en leur sein reste faible [18]. Dans notre série, seulement 36,8 % des adolescentes et 69,9 % de celles sexuellement actives déclaraient avoir utilisé au moins une méthode contraceptive dont essentiellement le préservatif qui est le plus connu des moyens de contraception [1]. Vu la prépondérance des grossesses non désirées, on pourrait s'interroger sur la qualité de l'utilisation de ces moyens de contraception. Un renforcement de la sensibilisation à l'égard des adolescentes du secteur informel sur la bonne et constante utilisation des moyens contraceptifs pour éviter les grossesses non désirées s'avère nécessaire. Un accent particulier serait à mettre sur le port de préservatif, à défaut de l'abstinence ce qui permettrait de préserver aussi cette frange de la population des maladies sexuellement transmissibles auxquelles elle est fortement exposée.

Aussi, vu le profil particulier de ces adolescentes du secteur notamment leur faible pouvoir financier et de décision, il serait pertinent de s'interroger sur leur accès à l'offre de service de santé sexuelle et reproductive y compris la contraception. La scolarisation des filles et leur maintien à l'école pourraient contribuer à améliorer leur santé sexuelle et reproductive [2].

Environ 16% des adolescentes n'avaient aucune source d'information en matière de santé de la reproduction et plus de la moitié n'avaient que leurs amis comme source d'information.

Seulement 9,2% des filles affirmaient avoir reçu des informations de la part de leurs parents en ce qui concerne la sexualité. Cela s'expliquerait par le fait que l'embauche des adolescentes dans le secteur informel les oblige à quitter leurs parents et loger dans les familles d'accueil.

Les adolescentes qui n'avaient que leurs amis comme source d'information, avaient eu leur premier rapport sexuel entre 10 ans et 14 ans dans 54,4%

(71/131) des cas contre 6,8% (9/131) pour celles qui étaient informées par leurs parents. Molina Cartes [21] notait dans son étude que les jeunes ayant le moins d'informations sur le sexe et la reproduction avaient le début de l'activité sexuelle le plus tôt et les relations sexuelles les plus fréquentes. Ce constat donne à conclure que les rapports sexuels seraient moins précoces si les parents étaient la source d'information des adolescentes. Les familles d'accueil devraient d'avantage s'impliquer dans l'éducation et la sensibilisation des adolescentes en matière de la sexualité et de la contraception.

Seulement 17,5% des adolescentes déclaraient avoir accès aux prestations de soin en santé de la reproduction. La stigmatisation était la principale cause du non accès des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes dans 47% (279). En effet, Sychareun [22] avait constaté une ambivalence et une gêne chez les prestataires de services pour communiquer avec les jeunes non mariés et leur fournir des contraceptifs. Aussi une faible priorité est accordée à leur droit à la vie privée et à la confidentialité.

CONCLUSION

Les rapports sexuels précoces avec souvent une multiplicité des partenaires sexuels constituent une réalité chez les adolescentes du secteur informel dans la ville de Ouagadougou. On observe une faible fréquentation des services de santé et une méconnaissance des centres d'écoute pour jeunes qui offrent des services de planification familiale. Les principaux obstacles cités par les adolescentes sont ceux relatifs à la stigmatisation, à l'accessibilité à l'information et le manque de moyen financier. Il est alors nécessaire de définir des stratégies spécifiques et adaptées pour contribuer à améliorer la santé sexuelle et reproductive de ces adolescentes. Des efforts de scolarisation des filles et de leur maintien à l'école sont à renforcer.

REFERENCES

1. **Addo VN, Tagoe-Darko ED.** Knowledge, practices, and attitude regarding emergency contraception among student at a university in Ghana, *International Journal of Gynecology and obstetrics*, 2009 ;105 :206-9.
2. **Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B.** The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Econ.* 2010;19 (suppl 1):55-68.
3. **Bott S, Jejeebhoy S, Shah I, Puri C.** The reproductive health situation of adolescents. *Progress*, 2013; 64: 29-38.

4. **Chatterji M, Murray N, London D, Anglewicz P.** The factors influencing transactional sex among young men and women in 12 sub-Saharan African countries. *Soc Biol.* 2005;52(1-2):56-72.
5. **Gale R, Klein M.** Missed Opportunities for sexually transmitted Diseases, Human immunodeficiency Virus, and Pregnancy Prevention service during. *Adolescent health Supervision Visits Pediatrics.*2013; 111 (5):996-97.
6. **Guiella G, Bambara Vanessa, Banza B, Ouedraogo Christine, Yaro Yacouba.** Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso: Un Etat des Lieux. Occasionnal report 12 Mai 2004; 12: 20.
7. **Iloki LH, Koubaka R, Itoua C.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Congo à propos de 276 cas au CHU de Brazzaville. *J Gynecol Obstet Bio Reprod,* 2004 ; volume 33 : 37-42.
8. **Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso.** Enquête Module Démographie et de Santé (EMDS). 2015.
9. **Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso.** Enquête 1-2-3. Premier résultats de la phase 2: Le secteur informel dans l'agglomération de Ouagadougou performances, insertion, perspectives. 2013 ; 3:10-13.
10. **Kaufman C, Stavrou S.** "Bus fare please": the economics of sex and gifts among young people in South Africa. *Cult Health Sex.* 2004;6(5):377-91.
11. **Kobelembi F.** Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). *African Population Studies/Etude de la Population Africaine,* Vol. 20, No. 2, 2005, pp. 65-99.
12. **Lankoande J, Ouedraogo C M R, Ouedraogo A** La mortalité maternelle chez les adolescentes au CHU-YO Rev Med Brux 2005 ; 2 :87-9.
13. **Lloyd CB, Mensch BS.** Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Popul Stud (Camb).* 2008;62(1):1-13.
14. **Luhete PK, Mukuku O, Tambwe AM, Kayamba PKM.** Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, République Démographique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2017 ; 26 :182.
15. **Moore AM, Biddlecom AE, Zulu EM.** Prevalence and meanings of exchange of money or gifts for sex in unmarried adolescent sexual relationships in sub-Saharan Africa. *Afr J Reprod Health.* 2007; 11(3):44-61.
16. **Moyo S, Rusinga O.** Contraceptives: Adolescents' Knowledge, Attitudes and Practices. A Case Study of Rural Mhondoro-Ngezi District, Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health,* Vol. 21, No. 1, 2017, pp. 49-63.
17. **Owusu D, Olayinka B, Osho A:** Changes in attitude, sexual behavior and the risk of HIV/AIDS transmission in informal sector Ghana. *E Afr Med J,* 2007; 74; 554-60.
18. **Somé DT, Somé DA, Hien H, Diallo R.** Santé sexuelle et reproductive des adolescents de Bobo Dioulasso, Burkina- Faso : Place de la communication parents-adolescents pour la réduction des risques. *Pan Afr Med J.* 11(1), 2012.
19. **Sommer M, Mmari K.** Addressing Structural and Environmental Factors for Adolescent Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *Am J Public Health.* 2015 October; 105(10): 1973–1981.
20. **The Alan Guttmacher Institute.** Les adolescents au Burkina Faso: Santé sexuelle et reproductive. Recherche en bref. 2004 ; série 3. [En ligne] <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/rib/2004/12/20/rib3-04fr.pdf>. Consulté le 26 décembre 2019.
21. **Molina Cartes R.** Is there risk of AIDS among adolescents? *Bol Asoc Chil Prot Fam.* 1988 Jan-Jun;24(1-6):6-9.
22. **Sychareun V.** Meeting the contraceptive needs of unmarried young people: attitudes of formal and informal sector providers in Vientiane Municipality, Lao PDR. *Reprod Health Matters.* 2004 May;12(23):155-65.