

CARACTÉRISTIQUES DE LA COMMUNICATION PARENTS- ADOLESCENTES SUR LA SEXUALITÉ ET LE VIH À BOBO- DIOULASSO, BURKINA FASO

Hervé Hien, Der Adolphe Somé, Nicolas Méda, Téléphore Somé, Ramata Diallo,
Dezemon Zingué, Ibrahim Diallo, Blami Dao, Serge Diagbouga, Jean-Bosco
Ouédraogo

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2012/4 Vol. 24 | pages 343 à 351

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-4-page-343.htm>

Pour citer cet article :

Hervé Hien *et al.*, « Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur
la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », *Santé Publique* 2012/4 (Vol.
24), p. 343-351.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Characteristics of parent-adolescent communication about sexuality and HIV in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Hervé Hien⁽¹⁾, Der Adolphe Somé⁽²⁾, Nicolas Meda⁽³⁾, Télesphore Somé⁽³⁾,
Ramata Diallo, Dezemon Zingué⁽³⁾, Ibrahim Diallo⁽³⁾, Blami Dao⁽²⁾,
Serge Diagbouga⁽⁴⁾, Jean Bosco Ouédraogo^(3, 4)

Résumé : Les adolescentes constituent une des principales cibles de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH en Afrique sub-saharienne. Le rôle des familles dans l'éducation et l'information des adolescentes est très faible en Afrique, suggérant un sujet encore tabou. L'objectif de la présente étude est d'aborder sous l'angle qualitatif la communication parents et adolescentes en explorant les caractéristiques et la qualité de cette communication. Une étude transversale a été réalisée d'avril à septembre 2009 à Bobo-Dioulasso. Elle a inclus 40 couples parents-adolescentes scolarisées et non scolarisées. Des entretiens individuels par un questionnaire et des focus group ont été réalisés. Les données ont été traitées par les logiciels Stata version 9.1 (données quantitatives) et QSR Nvivo 2.0 (données qualitatives). Il y avait 74 % (14/19) d'adolescentes non scolarisées qui communiquaient avec leurs parents par rapport aux adolescentes scolarisées (45 %) $p = 0,07$. La mère était la personne avec qui les échanges se réalisaient le plus souvent : 59 % (13/22) des familles où la communication au sujet de la sexualité et du VIH existait. Les facteurs d'une meilleure communication chez les adolescentes non scolarisées devraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie.

Mots-clés : Communication parent-enfant - sexualité - VIH.

Summary: Adolescent females are a key target audience in the fight against sexually transmitted infections and HIV in sub-Saharan Africa. One issue is that families in Africa play a very limited role in sex education. The objective of this study was to examine parent-child communication from a qualitative perspective by exploring the characteristics and quality of parent-child communication. A cross-sectional study was conducted between April and September 2009 in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). The study included 40 parent-child pairs (50% of in-school children and 50% of out-of-school children). Individual interviews and focus groups were conducted. The data were analyzed using Stata version 9.1 (quantitative data) and QSR Nvivo 2.0 (qualitative data). The study found that 74% (14/19) of out-of-school children communicated with their parents, compared to just 45% of in-school children ($p = 0.07$). Mother-child communication was found to be the most common type of parent-child communication, with 59% (13/22) of families who communicated about sexuality and HIV preferring mother-child communication. Further research is needed to identify the factors determining better communication among out-of-school children.

Keywords: Parent-child communication - sexuality - HIV.

(1) MD, MPH, Msc Qualité des soins et gestion des Services de Santé - Centre Muraz - 01 BP 390 Bobo-Dioulasso - Burkina Faso.

(2) Département de gynécologie et d'obstétrique de Bobo-Dioulasso - Burkina Faso.

(3) Unité de recherche VIH - Santé de la Reproduction - UFR-SDS & CRIS - Université de Ouagadougou - Burkina Faso.

(4) Programme National Tuberculose - Institut de recherche en science de la santé - Ouagadougou - Burkina Faso.

Introduction

En 2003, les chefs d'États s'étaient engagés à ce que les jeunes de 15 à 25 ans aient accès à l'information sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) avant fin 2010 [1]. Mais force est de constater que ce défi est loin d'être atteint. Les adolescents constituent l'un des groupes d'âge les plus touchés par les IST et le VIH [2, 3]. Cette population constitue une large tranche de la population totale dans la plupart des pays africains. En 2006, au Burkina Faso, la population des adolescents était estimée à 7 974 496, soit 57 % de la population totale [2]. Plusieurs sources montrent que les adolescents ont accès à l'information sur le VIH et la sexualité à travers les médias, les services de santé, les paires éducateurs et les familles [4-6]. La part des familles dans les sources d'information des IST/VIH est toujours très faible en Afrique suggérant que les IST/VIH restent un sujet encore tabou [7]. Pourtant tout porte à croire que la famille devrait être au centre de l'action pour réduire les risques sexuels chez les jeunes. La communication entre parent-enfant serait une porte d'entrée importante dans la stratégie de la prévention des risques chez les jeunes [8].

Plusieurs auteurs ont montré l'importance de cette communication parent-enfant. L'existence d'une communication parent-enfant positive qui s'exprime par des interactions de qualité est associée à une incidence moindre des comportements à risque, y compris ceux reliés à l'infection à VIH [9]. Un niveau élevé de communication entre les parents et les filles sur les risques sexuels est associé avec un retardement du premier rapport sexuel et des premiers rapports non protégés [10-12]. La communication a un effet protecteur sur les prises de risques sexuels des adolescentes [13]. Cependant, la plupart de ces études ont été réalisées en milieu scolaire et l'on dispose de peu de données sur les adolescentes non scolarisées. Or, au Burkina Faso par exemple, les adolescentes non scolarisées constituent une frange importante de la population vulnérable en matière de risque sexuel. En 2004, dans une étude réalisée sur les comportements sexuels des adolescents au Burkina Faso et dans trois autres pays africains (Ghana, Malawi et Uganda), 70 % des filles âgées de 12 à 14 ans incluses au Burkina Faso étaient non scolarisées et parmi elles, 5 % avaient déjà des petits copains tandis que 2 % avaient déjà eu des relations sexuelles.

La plupart des études ayant traité de la communication parents-adolescentes l'ont fait sur l'angle quantitatif. L'objectif de la présente étude est d'aborder l'angle qualitatif de la communication parents-adolescentes en explorant les caractéristiques et la qualité de cette communication.

Méthodes

Type d'étude, population d'étude

Nous avons conduit une enquête transversale à prédominance qualitative dans la ville de Bobo-Dioulasso d'avril à septembre 2009. Elle a concerné 20 adolescentes scolarisées avec leurs parents et 20 adolescentes non-scolarisées avec leurs parents. Les adolescentes étaient âgées de 13 à 17 ans. Les adolescentes scolarisées ont été recrutées dans trois établisse-

ments secondaires de la ville. Le choix de ces établissements était raisonné : un établissement public, deux établissements privés confessionnels catholique et protestant. Au sein de chaque établissement, les adolescentes étaient choisies de façon aléatoire à partir de la liste alphabétique des noms des élèves filles. Les adolescentes non scolarisées au moment de l'étude étaient recrutées de façon aléatoire, à proximité du domicile des adolescentes scolarisées. Ce choix a été fait pour conserver le même environnement de vie des ado-lescentes. Un des parents de chaque adolescente était recruté à domicile. La personne désignée librement à l'avance par la famille (père, mère ou tuteur) et présente au moment du passage des enquêteurs à domicile était celle qui était incluse. Les couples parents-adolescentes étaient inclus dans l'étude quand les parents avaient donné leur consentement éclairé et autorisaient également leurs adolescentes à participer à l'enquête.

Collecte des données

Des entretiens individuels directs ont été réalisés avec les adolescentes et les parents. Les entretiens avec les adolescentes scolarisées ont été réalisés au sein de leur établissement respectif dans un endroit identifié à cet effet. Pour les adolescentes non-scolarisées, les entretiens ont été réalisés à domicile sans la présence des parents. Un questionnaire a été utilisé pour les entretiens individuels. Ces entretiens ont été complétés par des focus group avec les parents et les adolescentes séparément. Ces focus group étaient constitués des parents dont les adolescentes avaient fait l'objet d'entretiens individuels à domicile. Nous avons réalisé un focus group avec 10 adolescentes scolarisées et un autre avec 10 adolescentes non scolarisées. Deux autres focus group ont été réalisés avec les 10 parents des adolescentes scolarisées et non-scolarisées. Des guides d'entretiens ont été utilisés pour les focus groups. Les principaux thèmes considérés dans ces outils étaient : i) la présence de communication dans le couple parent-adolescente, ii) les stratégies de communication dans la famille, iii) les principales sources d'information sur la sexualité chez les adolescentes, iv) les connaissances et les comportements des adolescentes.

Analyse des données

Des proportions avec des IC 95 % ont été utilisées pour apprécier les variables considérées. La proportion des adolescentes communiquant avec leurs parents a été estimée. Des comparaisons de proportions ont été faites en utilisant le test exact de Fisher avec un seuil de signification égal à 5 %. Les données quantitatives ont été traitées par le logiciel stata version 9.2. Toutes les discussions ont été transcrites en verbatim, préparées et importées dans le logiciel QSR Nvivo 2.0 pour codification et analyse.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'avis du Comité d'Éthique Institutionnel du Centre Muraz (Ref.010-2009/CE-CM du 20 mai 2009). Des autorisations administratives des départements de la santé et de l'enseignement secondaire de la ville ont été obtenues pour la mise en œuvre de l'étude.

Résultats

Caractéristiques de la population

Les adolescentes

L'âge médian des adolescentes était de 14,50 ans IQ [14-16]. L'âge médian des adolescentes scolarisées était de 14 ans [13-16] et celui des adolescentes non scolarisées de 15 ans IQ [13-17]. Les adolescentes scolarisées avaient toutes un niveau de scolarisation du premier cycle du secondaire. Trente pour cent des adolescentes non-scolarisées au moment de l'enquête avaient un niveau d'étude du primaire tandis que 35 % n'avaient jamais été scolarisées.

Les parents

L'âge médian des parents était 42,5 ans [34-49] (tableau I). Le sex-ratio (M/F) était de 0,17. Les parents des adolescentes non scolarisées étaient tous de sexe féminin. Il y avait 6 parents des adolescentes non-scolarisées sur les 20 qui étaient de sexe masculin. La forme matrimoniale la plus représentée était la monogamie (58,33 %).

Tableau I : Caractéristiques des parents des 40 adolescentes scolarisées et non scolarisées à Bobo-Dioulasso, en 2009

Caractéristiques	Parents d'adolescentes		Total
	scolarisées	non scolarisées	
Âge	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
Médian, IQ	41,5 [34,50-49]	43,50 [31,50-52,50]	42,5 [34-49]
Sexe, H/F	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
	6/14	0/20	6/34
Affiliation avec l'adolescente	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
Parent biologique, n %	13 (65)	7 (35)	20 (50)
Tuteur, n %	7 (35)	13 (65)	20 (50)
Religion n, %	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
Musulman	11 (55)	14 (70)	25 (62,50)
Chrétienne (Catholique/Protestant)	9 (45)	6 (30)	15 (37,50)
Occupation principale n, %	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
Salariés	8 (40)	0 (0)	8 (20)
Travailleurs du secteur informel	7 (35)	6 (30)	13 (32,50)
Sans emploi	5 (25)	14 (70)	19 (47,50)
Niveau d'instruction n, %	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 40
Primaire	1 (5)	3 (15)	4 (10)
Secondaire et plus	11 (55)	3 (15)	14 (35)
Alphabétisée/Coranique	4 (20)	4 (20)	8 (20)
Non scolarisée	4 (20)	10 (50)	14 (35)
Statut matrimonial n, %	<i>N</i> = 19	<i>N</i> = 17	<i>N</i> = 36
Polygame/coéreuse	5 (26,31)	6 (35,3)	11 (30,55)
Monogame	11 (57,89)	10 (58,8)	21 (58,33)
Divorcé	0 (0)	1 (5,9)	1 (2,78)
Veuf (ve)	3 (15,8)	0 (0)	3 (8,33)

De la fréquence de la communication entre les adolescentes et les parents

Parmi les adolescentes interrogées, 59 % (23/39) avaient déclaré avoir réalisé au moins un échange avec leurs parents sur la sexualité et le VIH au cours des 12 derniers mois. Il y avait 74 % (14/19) IC 95 % [45,7 ; 88,1] d'adolescentes non-scolarisées qui communiquaient avec leurs parents par rapport aux adolescentes scolarisées 45 % (9/20) IC 95 % [23,1 ; 68,5]. Mais la différence n'était pas significative ($p = 0,07$). Les parents avec un niveau de scolarisation peu élevé communiquaient plus avec leurs adolescentes : alphabétisés/école coranique (87,5 %), non-scolarisées (78,5 %), études de niveau primaire (75 %), études secondaire (57,14 %). Mais la différence n'était pas significative.

Selon le statut professionnel des parents, il y avait plus d'échanges sur la sexualité et le VIH avec les parents quand ceux-ci n'avaient pas d'emploi (78,95 %) ou travaillaient dans le secteur privé/informel (66,67 %). La différence n'était pas significative. Dans les familles où la communication sur la sexualité et le VIH existait, la forme matrimoniale était représentée par 65 % (13/20) de monogames et 47 % (7/15) par les autres (polygames, divorcés, veufs).

De la gêne à propos de la sexualité et des stratégies utilisées pour communiquer

Les parents avaient déclaré parler peu de sexualité avec leurs filles car pour eux, leurs filles étaient encore « trop jeunes et pas encore sexuellement actives ». La plupart des parents ne savaient pas si leurs filles avaient vu leurs premières menstrues. La gêne était perceptible dans les propos des parents comme l'exprime cette mère d'une adolescente non scolarisée « *C'est une causerie qui fait honte. Il faut attendre jusqu'à ce que ta fille atteigne un certain âge ; sinon ce n'est pas bon* ».

Quand la communication était initiée par les parents, cela se produisait à l'occasion d'une faute répréhensible. Les parents profitaient de la situation pour faire des reproches à l'adolescente et lui donner en même temps des conseils en rapport avec la sexualité « *Parfois, je laisse lorsqu'elle est couchée, je la réveille pour lui parler* » (mère d'une adolescente non scolarisée). La télévision était présentée comme un outil qui permettait à certains parents de discuter de sujets délicats avec les adolescents. « *Les mauvais sujets* » tels que le sexe, les rapports sexuels n'étaient pas systématiquement abordés par les parents. Donc, la télévision leur donnait souvent l'occasion d'aborder certains faits et comportements avec les adolescentes. « *Généralment à la télé, il y a des actes qui se posent, qui ne sont pas tout à fait, (euh, euh)... c'est inhumain ; quoi... ou disons asocial, donc, en ce moment, vous profitez de l'occasion... voilà* » (Mère d'une adolescente scolarisée). Les moments de discussion avec les parents ne variaient pas selon le statut scolaire des adolescentes. Les moments privilégiés pour les échanges étaient la nuit, au cours du repas ou après. C'était ces moments que les adolescentes choisissaient aussi pour poser leurs questions ou leurs inquiétudes.

De la présence des mères, de la fratrie et des paires dans la communication

De l'avis des adolescentes, la mère était la personne avec qui les échanges se réalisaient le plus souvent : 59 % (13/22) des familles où le sujet de la

sexualité était abordé. Le recours à la mère était dû à la peur de voir leur secret divulgué « *parce que si tu le dis au dehors, ça peut se propager, c'est pourquoi je préfère ma mère. Là s'il y a des conseils à prodiguer, elle me les dit* ». Les autres confidentes des adolescentes ont été les aînés (grand frère ou grandes sœurs), la tante, les amies. Les confidentes ne variaient pas selon le statut scolaire de l'adolescente.

De l'absence des pères

Les pères étaient absents des échanges avec les adolescentes. Pendant les échanges avec les adolescentes, aucune n'avait évoqué le père comme un confident. Quand le père a été évoqué par les adolescentes dans le processus de la communication, elles avaient dit avoir été satisfaites des échanges avec celui-ci : « *ça m'a plu parce que c'était la première fois que je me suis entretenu avec mon père, et puis il n'y a pas eu de problème. On a bien causé ensemble, et puis c'est le jour aussi qu'il m'a offert un cadeau. On a parlé de l'avenir (...). Il est toujours en déplacement. (...) souvent aussi quand il y a quelque chose tu as besoin de lui parler, mais, il est loin de vous* » (adolescente scolarisée).

De la connaissance du VIH et des comportements sexuels des adolescentes

Les adolescentes avaient des connaissances sur le VIH. Les sources de connaissances étaient la télévision, les paires et amies et les parents. Les modes de transmission et les moyens de prévention cités étaient les rapports sexuels, la transmission de la mère à l'enfant et le sang : « *c'est avec les hommes qu'on peut avoir le sida* », « *c'est à travers les rapports sexuels* », « *si quelqu'un a le sida et se coupe avec une lame, si toi à ton tour tu te coupes avec la même lame, il paraît que tu peux avoir le sida* ». Focus groups adolescentes non scolarisées : « *si une femme tombe enceinte et qu'elle est infectée du sida, si elle ne suit pas un traitement à l'hôpital, à l'accouchement, l'enfant peut être infecté* » (...). *C'est pourquoi en se tressant, il faut apporter ton aiguille, ta lame sinon si tu utilises la même lame avec quelqu'un qui a le sida, tu peux avoir le sida* » (adolescente non scolarisée). Le moyen de protection cité par les adolescentes qu'elles soient scolarisées ou non était le préservatif. Il n'a pas été fait mention de l'abstinence ou de la fidélité. Au cours des discussions, certaines adolescentes non scolarisées avaient avoué ne pas connaître la signification du VIH. Elles n'en avaient jamais entendu parler et n'en avaient jamais discuté avec quelqu'un « *je n'ai jamais entendu parler du sida* » (adolescente non scolarisée). Au total, 4 adolescentes sur 36 (11 %), âgées de 15 à 17 ans, ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels avec des garçons. Ces rapports sexuels auraient été protégés. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans (écarts 13-17 ans). Elles étaient toutes non scolarisées et vivaient dans des familles où il y avait des échanges sur la sexualité.

Discussion

Notre étude a noté que 59 % (23/39) des adolescentes ont eu au moins un échange avec leurs parents sur la sexualité au cours des 12 derniers mois. Il y avait 74 % d'adolescentes non scolarisées qui ont communiqué avec leurs

parents contre 45 % de leurs paires scolarisées. Les parents ont déclaré parler peu de sexualité avec leurs filles. La mère était la personne avec qui les échanges se réalisaient le plus souvent, dans 59 % (13/22) des familles où l'on communiquait sur la sexualité et le VIH. Les pères étaient quasi absents des échanges avec les adolescentes. Notre échantillonnage était raisonné pour le choix des établissements, mais la sélection aléatoire des adolescentes dans notre étude a permis de garantir une certaine représentativité des adolescentes dans la population.

Les résultats montrent qu'il y avait une insuffisance de la communication entre les parents et les adolescentes. En effet, 41 % des adolescentes n'ont eu aucun échange avec leurs parents sur la sexualité et le VIH au cours des 12 derniers mois. Les parents lors des focus group ont confirmé communiquer peu avec leurs adolescentes. Des résultats différents ont été retrouvés dans la littérature africaine : 70,5 % en Côte d'Ivoire en 2007 [6]. Ces résultats ont été obtenus sur des échantillons plus grands. Malgré tout, on constate une évolution des proportions des adolescentes communiquant avec leurs parents. Au Burkina Faso, cette proportion est passée de 5,8 % en 2004 [5] à 59 % en 2009 dans notre présente étude. Les raisons qui peuvent expliquer ces faiblesses de la communication dans notre étude étaient la gêne, le sujet de la sexualité restant toujours tabou, le manque de stratégie et de plan de communication avec les adolescentes, et probablement le manque d'information et de formation des parents à communiquer sur la sexualité et le VIH. Globalement, remarquons que le contexte du Burkina et de l'Afrique de l'Ouest est dominé par une insuffisance de scolarisation des filles. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les adolescentes scolarisées et les non scolarisées concernant les échanges avec les parents sur la sexualité et le VIH. La taille de notre échantillon faible peut expliquer ce constat. Cependant, il y a une tendance à une plus de communications chez les adolescentes non-scolarisées. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles étaient plus souvent à la maison, donc plus en contact avec leurs mères qui étaient des ménagères ou des parents sans emploi. Les mères étaient les premières interlocutrices des adolescentes. Des constats similaires [14, 15] font penser que la mère habituellement ménagère joue toujours un rôle important dans le processus d'acquisitions des connaissances des adolescentes sur la sexualité.

D'autres travaux ont établi le constat que les pères sont quasi absents dans ce processus, alors que les échanges avec ces derniers sont plus appréciés et considérés plus rassurants par les adolescentes [6, 13, 16]. Nous avons noté dans la littérature que les pères ne parlent pas avec leurs adolescentes parce qu'ils ne savent pas quoi leur dire, d'autres ne trouvent pas d'intérêt à leur parler de sexualité ou du VIH, ou ne trouvent pas d'opportunités pour parler à leurs filles [13]. Cependant, nous partageons l'avis de ceux qui pensent que c'est parce que le sujet est encore tabou dans nos sociétés traditionnelles africaines que les pères sont jusqu'à présent absents de la communication avec leurs adolescentes. Communiquer avec les adolescentes est source de malheur, les adolescentes doivent préserver avant tout leur virginité [6, 7]. La communication sur la sexualité est alors laissée aux mères qui introduisent le sujet par les événements de la vie comme les menstrues. Les conséquences de l'absence du père peuvent être

énormes : le recours à d'autres sources d'informations pas toujours de bonne qualité (paires éducatrices, amies). Bien que les autres voies d'apprentissage (médias, scolaires, paires éducatrices) de la sexualité et des connaissances du VIH aient été suggérées pour développer des programmes d'éducation des adolescentes pour la réduction des risques, toutes les adolescentes en Afrique n'y ont pas accès, la plupart des adolescentes étant non scolarisées. Nos résultats sont intéressants dans la mesure où ils montrent clairement la vulnérabilité des adolescentes non scolarisées à Bobo-Dioulasso : elles sont non scolarisées, les pères sont absents de la communication et ce sont elles qui ont eu les premiers rapports sexuels. Ces résultats doivent susciter la proposition des programmes complémentaires de réduction des risques ciblés sur ce groupe vulnérable d'adolescentes non-scolarisées. Une future recherche est nécessaire pour explorer les facteurs qui peuvent expliquer une meilleure communication chez les adolescentes non-scolarisées afin de confirmer nos résultats.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

REMERCIEMENTS

Nos remerciements sont adressés à la Direction Régionale de la Santé des Hauts-Bassins, et à la Direction Régionale de l'Enseignement Secondaire Supérieur et de la Recherche scientifique, Bobo-Dioulasso. Nous remercions les responsables des établissements secondaires de la ville de Bobo-Dioulasso : Lycée Ouezzin Coulibaly, Collège Yahvé Giré, Collège Sainte Marie de Tounouma. Nos sincères remerciements sont adressés aux adolescentes et à leurs parents qui ont bien voulu participer à l'étude. Nous remercions les enquêtrices et le Centre Muraz qui ont contribué à faciliter la mise en œuvre de cette recherche. Nous remercions enfin l'organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS), pour son appui technique et financier.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNICEF. Les jeunes et le VIH. Fiche de synthèse. 2003 : 2 p.
2. UNAIDS. Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2009 - UNAIDS. 100p unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_fr.pdf
3. Ministère de l'économie et des finances : Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) du Burkina Faso en 2006 : 52 p. www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Resultats_definitifs_RGPH_2006.pdf
4. Sidibé T, Sangho H, Traoré MS, Cissé MB, Diallo B, Keïta MM et al. Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et de prévention des IST. *Mali Médical* 2006. T XXI N° 1.
5. Bankole A, Biddlecom A, Guiella G, Singh S, Zulu E. Sexual Behavior, Knowledge and Information Sources of Very Young Adolescents in Four Sub-Saharan African Countries. *Afr J Reprod Health* 2007;11(3):28-43.
6. Dimi DT. État de la communication parents enfants au sujet des IST/sida avant la crise militaro-politique de septembre 2002 en Côte d'Ivoire. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2/2007.
7. Kaly E. Communication Parents-Enfants : les tabous sur la sexualité persistent. <http://www.xibar.net>. Septembre 2007.
8. Hopkin G. Développer des comportements positifs chez nos jeunes. *Santé Illimitée*, octobre 2010, Volume 4, Numéro 10.
9. Holtzman D, Rubinson R. Parent and peer communication effects on AIDS-related behavior among U.S. high school students. *Fam Plann Perspect* 1995; Nov-Dec 27(6):235-40.
10. Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, Braverman P, Fong GT. The Role of Mother-Daughter Sexual Risk Communication in Reducing Sexual Risk Behaviors Among Urban Adolescent Females: A Prospective Study. *Journal of adolescent health* Aug 2003; 33(2): 98-107.

11. Fasula AM, Miller KS. African-American and Hispanic adolescents' intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(3): 193-200.
 12. DiClemente RJ, Wingood G M, Crosby R, Cobb BK, Harrington RNK, Davies SL. Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *J Pediatr* 2001;139(3):407-12.
 13. Barbosa MS, Da Costa PNP, Vieira FC. Stages of change in parents' discussions with their children about HIV/AIDS prevention. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 novembro-dezembro; 16(6):1019-24.
 14. Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risktaking. *Fam Plann Perspect* 2001;33(6):276-81.
 15. Ingham P. The role of parents in sex education. Glasgow: Health Education Board for Scotland; 2002. Available at: URL: www.hebs.scot.nhs.uk/researchcentre/pdf/youngpeopleandsexualhealth.pdf.
 16. Poulsen MN, Miller KS, Lin C, Fasula A, Vandenhoudt H, Wyckoff SC et al. Factors associated with parent-child communication about HIV/AIDS in the United States and Kenya: a cross-cultural comparison. *AIDS Behav* 2010 Oct; 14(5):1083-94.
-