

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

SCIENTIFIQUE

**Université des Sciences, des Techniques et  
Des Technologies de Bamako**



**Faculté de Médecine et D'Odonto-stomatologie**



Année universitaire : 2023- 2024

**Thèse N ° .....**

# THESE

**Connaissances et Pratiques de la Sexualité des Elèves de  
la 9<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> Année à Barouéli, Ségou, Mali**

**Présentée et soutenue publiquement le 25/01/2024 devant le jury  
de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**Par :**

**Mme Tolo Saratou Andogoly Moro**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**JURY :**

**Président : M. Sory Ibrahima Diawara, *Maitre de recherche***

**Membre : M. Mody Cissé, *Maitre de Conférences***

**Membre : M. Bourama Keita, *Médecin***

**Co-directeur : M. Modibo Sangaré, *Maitre-assistant***

**Directrice : Mme. Djènèba Konaté, *Maitre de conférences***

## DEDICACES

A **Allah** tout Puissant, le Miséricordieux, l'omniscient, l'omnipotent de m'avoir montré ce jour, et de m'accorder sa miséricorde. Continuez de nous bénir et de nous assister pleinement dans tout ce que nous entreprenons

Au **Prophète Mohamed** paix et salut sur lui, de nous avoir montré la voie de la guidance

## REMERCIEMENTS

### **A mon père feu Andogoly Moro**

Je ne t'ai vraiment pas connu mais je suis fière de l'héritage que tu m'as laissé à travers mes frères et sœurs à savoir, la bonté, la droiture, l'honnêteté, la dignité et surtout les valeurs religieuses islamiques. Ce rêve de porter la blouse blanche est inspiré de toi et j'espère être à la hauteur.

Tu m'as été trop tôt arraché mais tu vis à travers chacun de nous grâce aux valeurs que vous nous avez inculquées. J'espère que tu es fier de la femme que je suis et je prie pour qu'Allah t'accorde sa miséricorde.

### **A ma mère Oumou Guindo**

Qu'aurai-je puis faire sans toi ? Merci pour les nuits blanches, ton éducation, tes conseils et tes sacrifices. Qu'Allah le tout puissant te préserve, te garde très longtemps à nos côtés et te récompense par la meilleure des récompenses.

### **A mon oncle et père Docteur Moro Yessa et sa femme Awa Bourama Coulibaly**

Merci à vous pour l'accompagnement, l'encadrement et le soutien, que le tout puissant vous récompense.

### **A mes enfants : Ibrahim Koné, Adam Pergourou, Fatoumata Mèba Tolo, Kadidia S Poudiougou, Abdoulaye Ambagouno Youssouf Tolo, Kadidia Sekou Moro**

Vous m'avez apporté la force et l'affection qu'il me fallait pour que le courage et la détermination soient au RDV. Qu'Allah vous fasse grandir en sagesse et en bonne santé

### **A mes frères et sœurs : Soumaila Moro, Amadou Moro, Sekou Moro, Aly Moro, Birama Andogoly Moro, à leurs épouses et enfants**

Merci pour l'accompagnement, pour le soutien en tout genre, merci d'être frères, pères et amis pour moi

### **A Dombia Fatoumata Guindo, Pergourou Kadidia Andogoly Moro et Poudiougou Fatoumata Moro, à leurs époux et enfants**

Je ne pourrai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi

Qu'Allah vous récompense tous par la meilleure des récompenses

### **A mon époux Dr Tolo Youssouf**

Merci pour le soutien et l'accompagnement, de me supporter chaque jour et de toujours me pousser vers le haut

Qu'Allah te récompense pour tout.

**A ma sœur d'une autre mère Dr Coulibaly Djelika Coulibaly**

Merci à toi ma poupou pour ton amour, tes conseils, ta disponibilité du début à la fin, qu'Allah te récompense par la meilleure des récompenses

**A mon ami et frère feu Bakary Camara dit Bass**

J'aurai voulu que tu passes cette étape aussi mais la vie en a décidé autrement. Gentil, altruiste, tu étais, qu'Allah te récompense pour tout et t'accorde le repos éternel

**A ma tante et mère Sidibé Binta Guindo, son mari Amadou Sidibé et à toute la famille Sidibé**

Merci d'avoir fait de moi un membre à part entière de la famille Sidibé, Qu'Allah vous garde longtemps à nos côtés et vous récompense par la meilleure des récompenses.

**A mon beau-frère Pr Guindo Ilias et à sa femme ma cousine Fatoumata Guindo**

Merci à vous pour le soutien, qu'Allah vous récompense

**A mes belles-sœurs Fatoumata Dembélé, Aissa Touré, Goundo Diarra, Mariam Konaré**

Merci à vous pour tout, mes first ladys. Qu'Allah vous récompense

**A mes oncles maternels Hassana Guindo, Dr Moussa Guindo, feu Bourama Guindo, Bourama dit Tino Guindo, à leurs familles respectives ainsi qu'à toute la grande famille GUINDO**

**A mes oncles paternels Abdoulaye Moro, Nouhoum Moro, Oumar Moro, Yaya Moro, Hamidou Moro, Drissa Moro, à leurs épouses et enfants ainsi qu'à toute la famille Moro**

**A ma tante et mère de cœur feu Kadidia Guindo**

J'aurai voulu t'avoir à mes côtés aujourd'hui mais la vie en a décidé autrement, merci pour ces moments merveilleux de l'enfance que je n'oublierai jamais, que je chéris chaque jour et qui m'ont forgé, qu'Allah t'accorde le repos éternel  
maman Aya

**A toutes mes mamans GUINDO : Feue Fatoumata Dicko Guindo, feue Aissata Guindo, feue Mariam Guindo, feue Kadidia Guindo, feue Assou Guindo, Djènèba Guindo, Batoma Guindo, Oumou Guindo**

Je suis fière de chacune de vous, Qu'Allah garde longtemps à nos côtés celles qui sont là et accorde le repos éternel à celles qui nous ont devancé

**A tous mes amis : Madina Bah, Mamadou Diarra, Dr Tellou Louckman, Dr Djiteye Oumou Coulibaly, Dr Koloma Isaac, mes sœurs de Moussoya So ainsi qu'à tous les autres**

**A mon ami et frère Dr Khatry Mohamedou dit Khatrino**

Merci pour le soutien l'aide et l'accompagnement du début à la fin

**A mes frères et sœurs de la famille allurienne**

Dr Koné Martin, Dr Samaké Kalifala, Dr Koné Marck, Dr Cissao Chaka, Dr Fané Bakary ainsi qu'à tous

Merci de m'avoir donné une famille qui a su me guider et me soutenir

**A tout le personnel du CSRef de Baroueli**

Principalement à **Dr Oumar Nouhoum Traoré, Dr Ousmane Oumar Konipo, et Mme Haoua Draba**

A monsieur **Modibo Tangara**, censeur du lycée public de Barouéli

A monsieur **Julien Dembélé**, directeur de l'école fondamentale A (second cycle) de Barouéli

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du jury : Pr Sory Ibrahima Diawara**

- Maître de Recherche à la FMOS ;
- Médecin Chercheur au MRTC ;
- Master en Santé Publique.

PhD en épidémiologie

Cher Maître,

Nous avons beaucoup apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Cela démontre l'intérêt que vous portez non seulement sur ce travail mais aussi votre souci constant dans l'encadrement des étudiants. Votre simplicité et votre générosité nous ont beaucoup marqués tout au long de ce travail. En espérant que par ce travail nous avons comblé vos attentes, veuillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

## **A notre Maître et juge : Dr Mody CISSE**

- Docteur en Pharmacie de l'université de Bamako ;
- Enseignant chercheur à la FAPH, USTTB, Bamako, Mali ;
- Maître-Assistant en chimie thérapeutique à la FAPH.

Cher Maître,

C'est un réel plaisir d'être parmi vos élèves. Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre humanisme font de vous un Maître exemplaire. Cher Maître, que ce travail soit le moyen de vous réitérer notre respect et considération.

**A notre maitre et juge : Dr Bourama KEITA**

- Docteur en Médecine ;
- Master en épidémiologie ;
- Investigateur clinique au MRTC.

Cher maitre,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maitre respecté et respectable. Réitérez notre respect et considération. Que DIEU vous prête longue vie.

## **A notre Maître et Co-directeur de thèse : Dr Modibo SANGARE**

- Spécialiste en Médecine Moléculaire
- Maître Assistant en Anglais à la FMOS
- Ancien Secrétaire Principal à la FMOS

### **Cher maître,**

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Directrice du Jury : Pr Djénéba Konaté**

- Spécialiste en néphrologie pédiatrique ;
- Médecin militaire Pédiatre et praticienne hospitalière au département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré ;
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie de Bamako (FMOS).

### **Chère Maître,**

Votre esprit scientifique, votre simplicité et votre abord facile font de vous un Maître exemplaire. Veuillez accepter ici chère Maître, notre profonde gratitude. Que le Seigneur dans son infini bonté vous accorde une longue vie et vous récompense.

## Sigles et Abréviations

<b>ASDAP</b>	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
<b>DC-PNSSU</b>	Direction de la Coordination du Programme National de la Santé et Universitaire
<b>ENSP</b>	Enquête nationale sur la santé de la population
<b>FBR</b>	Fonds Basés sur le Résultat
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de la Grossesse
<b>MENET</b>	Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>ONU-SIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PMA</b>	Procréation Médicalement Assistée
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des élèves selon la classe .....	19
Tableau II: Répartition des élèves selon leur statut matrimonial.....	21
Tableau III : Répartition des élèves selon ceux qui ont contracté une grossesse ou enceinté une fille .....	21
Tableau IV : Répartition des élèves selon ceux qui ont des enfants .....	22
Tableau V : Répartition des élèves selon leur information sur les infections sexuellement transmissibles (IST) .....	23
Tableau VI : Répartition des élèves selon la connaissance des IST .....	24
Tableau VII : Répartition des élèves selon la manière de transmission des IST .....	25
Tableau VIII: Répartition des patients selon la manière de protection contre les IST .....	25
Tableau IX : Répartition des élèves selon la connaissance sur la planification familiale (PF).....	26
Tableau X : Répartition des élèves selon la connaissance sur les méthodes de planification familiale (PF). .....	27
Tableau XI : Répartition des élèves selon la connaissance des lieux d'accès de planification familiale. ....	28
Tableau XII : Répartition des élèves selon la manière d'utilisation de la pilule contraceptive. ....	29
Tableau XIII : Répartition des élèves selon la connaissance la pilule du lendemain. ....	29
Tableau XIV : Répartition des élèves selon la manière d'utilisation du préservatif. ....	30
Tableau XV : Répartition des élèves selon la faisabilité des rapports sexuels. ....	30
Tableau XVI : Répartition des élèves selon l'âge du premier rapport sexuel. ....	31
Tableau XVII : Répartition des élèves selon la présence d'un partenaire. ....	31
Tableau XVIII : Répartition des élèves selon le nombre de partenaire. ....	32
Tableau XIX : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif. ....	32
Tableau XX : Répartition des élèves selon l'utilisation de la pilule contraceptive : .....	33
Tableau XXI : Répartition des élèves selon l'obtention de grossesse non désirée : .....	33
Tableau XXII : Répartition des élèves selon l'obtention de grossesse après un viol : .....	34
Tableau XXIII : Répartition des élèves selon la méthode préférée de PF. ....	34
Tableau XXIV: répartition des élèves selon ceux qui ont été forcés sous l'effet de pairs : ....	35
Tableau XXV : Répartition des élèves selon ceux qui regardent les films pornographiques. ..	35
Tableau XXVII : Répartition des élèves selon que les parents soient très religieux ou non. ...	36

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : carte du district sanitaire de Barouéli. ....	14
Figure 2 : Répartition des élèves selon le sexe. ....	19
Figure 3 : Répartition des élèves selon la tranche d'âge. ....	20

## Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	2
3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	3
3.1. Objectif général.....	3
3.2. Objectifs spécifiques.....	3
4. GENERALITES.....	4
4.1. Définitions des concepts.....	4
4.2. Approche biologique de la sexualité.....	5
4.3. Approche psychosociale.....	5
4.4. Approche érotique.....	6
4.5. Tendances des comportements sexuels chez les adolescents.....	7
4.6. Santé sexuelle des adolescents.....	8
4.7. Sexualité précoce des adolescents scolarisés.....	11
5. METHODOLOGIE.....	14
5.1. Site de l'étude.....	14
5.1.2. Historique et Démographie.....	14
5.1.3. Climat et végétation.....	14
5.1.4. Culture et Religion.....	15
5.1.5. Géographie sanitaire.....	16
5.2. Type d'étude.....	16
5.3. Durée de l'étude.....	16
5.4. Population d'étude :.....	16
5.4.1. Critères d'inclusion :.....	17
5.4.2. Critères de non-inclusion.....	17
5.5. Déroulement de l'étude.....	17
5.6. Calcul de la taille de l'échantillon.....	18
5.7. Saisie et analyse des données.....	18
5.8. Aspects éthiques.....	18
6. Resultats.....	19
6.1. Données sociodémographiques.....	19
6.2. Données descriptives.....	21
6.2.1. Données sur les connaissances.....	23
6.2.2. Données sur les pratiques.....	31
7. Commentaires et Discussions.....	37

7.1. Données sociodémographiques.....	37
7.2. Connaissances sur les IST.....	38
7.3. Connaissances de la planification familiale .....	39
7.4. Pratiques de la sexualité .....	40
7.5. Viol et Grossesse chez les enfants et adolescentes.....	42
8. Conclusion.....	44
9. Recommandations .....	45
10. References .....	46
11.1. Fiche signalétique (Français).....	49
11.2. Fiche signalétique (Anglais) .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Serment d’Hippocrate.....	57

## 1. INTRODUCTION

La sexualité humaine « renvoie à la globalité de l'être humain dans ses *dimensions aussi bien biologique, psychoaffective que sociale* »(1). Elle touche à l'image de soi, à la capacité à communiquer et entrer en relation avec l'autre, de passer de la pulsion au désir(3). Actuellement, l'initiation sexuelle est une expérience à part entière de l'adolescence, de plus en plus déconnectée d'un projet conjugal et à fortiori nuptial. Avec l'évolution des mentalités, la transformation des structures familiales et du marché de l'emploi ainsi que les modifications des rapports garçons-filles, l'interdit de la sexualité pré maritale a presque disparu (2).

En Afrique, dans certains pays comme la Tunisie, la sexualité est un aspect central de la personne humaine qui, devant des problèmes sexuels, va fréquemment se tourner vers une source qu'elle considère compétente et bien informée, son médecin(3). Au Cameroun l'éducation à la sexualité est une réponse opposable au comportement sexuel à risque des jeunes (4).

En fin 2014, ONUSIDA avait enregistré 220 000 nouvelles infections au VIH chez les adolescents, dont plus de 60 % chez les jeunes filles ou jeunes femmes. Les adolescents et les jeunes sont aussi les plus touchés par les grossesses non désirées et les avortements clandestins(5). Depuis de nombreuses années, les actions de prévention portent principalement sur les IST et le VIH/sida en occident et particulièrement en France (6).

Au Mali pour illustration, selon le nouveau Code de la famille, l'âge légal du mariage est de 18 ans pour l'homme et de 16 ans pour la femme. Par ailleurs, dans certains cas, le mariage peut être autorisé à partir de 15 ans (7). Baroueli dans la région de Ségou et Banamba dans la région de Koulikoro sont deux zones très culturellement religieuses avec l'apprentissage et la pratique du coran au centre

de la vie quotidienne. Notre travail avait pour but d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques sur la sexualité chez les élèves de la 8<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année dans la ville de Baroueli.

### **Questions de recherche**

- Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques sur la sexualité des élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année dans la ville de Baroueli ?
- Quels sont les facteurs déterminants de la sexualité précoce chez les élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année dans la ville de Baroueli ?

### **3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

#### **3.1.Objectif général**

- Etudier la sexualité des élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année à Baroueli.

#### **3.2.Objectifs spécifiques**

1. Déterminer les connaissances sur la planification familiale et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) des élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année à Baroueli
2. Déterminer les attitudes et les pratiques sur la sexualité des élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année à Baroueli

## **4. GENERALITES**

### **4.1. Définitions des concepts**

#### **- Adolescence**

L'adolescence est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la tranche d'âge qui se situe entre 10 et 19 ans, c'est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence est une période au cours de laquelle la personne est soumise à de profonds changements physiques et psychologiques, émotionnel et social. Les changements physiologiques qui surviennent à cet âge déclenchent chez l'adolescent le développement de la maturation sexuelle et de nombreuses autres transformations (8).

#### **- Sexualité**

La sexualité se définit comme l'ensemble des attributs anatomique et philologique qui caractérise chaque sexe, différents problèmes qui lui sont associés parmi lesquels :

- l'absence de la préparation adéquate

- les grossesses non-désirées - les interruptions volontaires de la grossesse

- les infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs complications(9).

#### **- Concept de la sexualité**

Parler de la sexualité exige un minimum d'éclairage sur le concept dont la complexité est à la base des différentes approches de l'éducation de la sexualité.

« Dans le sens commun, la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir, etc. ». Définir ce qu'est la sexualité est donc un exercice

périlleux. La définition de la sexualité est en effet affectée par les facteurs socioculturels, elle varie selon le champ d'étude du chercheur, et les savoirs interrogés. Desaulniers (2001) envisage une définition de la sexualité suivant trois approches : biologique, psychosociale, érotique (4).

#### **4.2. Approche biologique de la sexualité**

D'un point de vue biologique, la sexualité est ce qui nous différencie homme et femme. Elle est inscrite dans le patrimoine génétique de chaque personne et est portée par la 23<sup>ème</sup> paire de chromosomes (XX chez la femme ou XY chez l'homme) responsable de la différenciation sexuelle (c'est le sexe génétique), et définissant le sexe masculin ou le sexe féminin correspondant au sexe anatomique. Généralement perçue par sa matérialité liée aux organes sexuels externes de l'homme ou de la femme, la différenciation sexuelle relative à la dimension biologique de la sexualité est également traduite par le sexe gonadique ou hormonal qui joue un rôle prépondérant dans l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires. C'est davantage le sexe biologique qui détermine le rôle ou le comportement sexuel de l'homme et de la femme. Bien que cette approche biologique de la sexualité soit celle qui aiguise le plus la curiosité, elle n'est pourtant qu'une vue étroite de la sexualité dont l'aspect psychologique constitue une dimension à la fois fascinante et troublante pour les jeunes (4).

#### **4.3. Approche psychosociale**

Si le sexe biologique constitue la matérialité visible de la sexualité, elle ne traduit pour autant pas la perception et l'acceptation que l'individu a de lui-même comme être sexué et qui va déterminer son sexe psychique. Il y va ainsi des transsexuels ou des transgenres qui montrent de manière irréfutable le paradoxe existant entre le sexe biologique et le sexe psychique. Cette singularité du sexe psychique définit l'identité sexuelle qui est la perception que chaque personne se

fait d'elle-même et particulièrement du fait de se sentir profondément homme ou femme. C'est « le sentiment profond d'être un homme ou une femme, et d'être reconnu comme tel socialement. L'identité sexuelle vient en quelque sorte, confirmer biologiquement l'identité de genre ». L'identité sexuelle peut ainsi mettre en cause ou pas le sexe biologique dans la mesure où le sentiment d'appartenance qu'a l'individu de lui-même coïncide avec son sexe biologique ou le contredise. Contrairement au caractère inné du sexe génétique, le sexe psychique est le fruit d'une construction. En effet, « le sexe biologique ne détermine pas l'identité sexuelle des individus (de genre et de sexualité), celle-ci est reconvertible, et partant, constructible, déterminable, via une intervention technique exogène ». Cette acquisition progressive de l'identité sexuelle est largement influencée par différents facteurs, notamment : « le sexe génétique, les caractéristiques corporelles sexuelles de la personne, la représentation que les parents ont pu en avoir ("le bébé imaginaire"), la façon dont elle se sent perçue par les autres, son état civil, l'éducation, la société dans laquelle elle vit ». Cette nature de l'identité sexuelle construite est précisément explicitée par cette célèbre phrase de Simone De Beauvoir (1949) : « On ne naît pas femme, on le devient », qui relativise un déterminisme absolu du sexe psychique par le sexe génétique. Ce que confirment bien Pelège et Picod (2010) pour qui « l'identité est bien un processus, une construction identitaire et non pas uniquement un état naturel ou biologique »(4).

#### **4.4. Approche érotique**

L'approche érotique de la sexualité fait référence au sexe, autrement dit au plaisir sexuel. En ce sens, « La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction (4).

#### **4.5. Tendances des comportements sexuels chez les adolescents**

Dans presque tous les pays, les premières relations sexuelles ont lieu à un âge de plus en plus précoce(10). Cette évolution est en partie due à l'abaissement progressif de l'âge de la puberté, mais surtout à des facteurs sociaux et diffusion des modèles culturels prônant la liberté sexuelle, relâchement du contrôle social et familial sur les jeunes, recherche de satisfaction immédiate. Même dans les sociétés où les relations sexuelles pré maritales sont traditionnellement proscrites, on assiste à une augmentation considérable de l'activité sexuelle de très jeunes gens (11).

Au Canada, certains chercheurs ont montré que les jeunes canadiens commencent à avoir des relations sexuelles à un âge relativement précoce. Dans l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996, 25,6% des participantes de 15 à 19 ans disaient avoir eu des relations sexuelles à l'âge de 15 ans ou avant. Près de 20% des jeunes garçons dans ce groupe d'âge disaient également avoir eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans ou avant (12).

En France, au cours de ces dernières décennies, l'âge au premier rapport sexuel des hommes et femmes s'est abaissé modérément pour les hommes, bien plus fortement pour les femmes (12). Les jeunes ont leur premier rapport sexuel quasiment au même âge (l'âge médian à la première pénétration est de 17 ans et 3 mois pour les garçons et de 17 ans et 6 mois pour les filles). Cet auteur note que dans chaque génération, il existe des facteurs sociaux qui expliquent la diversité des comportements. L'âge au premier rapport est toujours plus précoce dans les milieux populaires, à toutes les époques ; le fait d'être engagé dans des études longues contribue, *a contrario*, à retarder l'initiation sexuelle. Il souligne le fait que certains individus qui connaissent un âge précoce ou tardif au premier rapport sexuel, préfigure une attitude durable à l'égard de la sexualité, et plus largement à l'égard du couple, voire de la vie familiale. D'après le même chercheur, les plus

précoces sexuellement mènent par la suite une vie moins « rangée») et plus complexe. Ils ont plus de partenaires sexuels tout au long de leur vie, dans leur adolescence d'abord, mais également pendant les périodes où ils sont en couple. Des styles de vie sexuelle se dessinent donc assez tôt et ont un impact sur le comportement à risques liés à la sexualité (13).

La plupart des études effectuées ces dernières années en Afrique subsaharienne sont des analyses réalisées à partir des données des enquêtes démographiques et de santé. C'est ainsi qu'Akoto et al montrent qu'au Burkina Faso, les schémas de la sexualité et de la reproduction sont assez diversifiés chez les jeunes Burkinabè de 14-24 ans (12). Près de deux tiers (63%) de jeunes de cette tranche d'âge, ont déjà fait l'expérience des premiers rapports sexuels. Cependant les adolescentes sont sexuellement plus actives que les jeunes gens. Un adolescent sur deux entre en vie sexuelle avant l'âge de 15 ans. L'activité sexuelle précoce est surtout le fait des adolescentes en milieu rural au contraire de la ville où les jeunes gens entrent plus précocement en activité sexuelle.

#### **4.6. Santé sexuelle des adolescents**

##### **Dans le monde**

De nombreux pays ont mis en place des programmes d'éducation à la santé sexuelle dans les écoles, pour sensibiliser les adolescents aux risques liés à leur sexualité et promouvoir des comportements responsables. Ces programmes abordent des sujets tels que la contraception, les infections sexuellement transmissibles, les relations saines et le consentement.

Il est également important d'améliorer l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle adaptés aux jeunes, de protéger leur confidentialité et de les rendre accessibles, abordables et non discriminatoires.

En ce qui concerne la transmission des infections sexuellement transmissibles, il existe des programmes de dépistage et de vaccination contre le papillomavirus

humain (HPV), qui peuvent réduire la prévalence de ces infections chez les adolescents.

Au Costa Rica, petit pays d'Amérique centrale, offre un accès universel aux soins de santé et une éducation sexuelle complète dans les écoles secondaires, les services de santé existants et l'éducation à la sexualité et aux droits des enfants manque malgré tout de qualité, d'inclusion et de prise en compte de la diversité culturelle.

Selon la Seconde Enquête Nationale sur la Santé Sexuelle et Reproductive (Costa Rica), l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes (11). Cependant 20% des hommes et 14% des femmes déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Parmi les adolescents ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, 30% des hommes et 60 % des femmes le font avec une personne plus âgée de 5 ans ou plus.

Ces chiffres suggèrent que les adolescents, en particulier les filles, sont susceptibles de commencer leur vie sexuelle très jeune, parfois dans le cadre de relations abusives.

Le taux de grossesse chez les adolescentes est de 56 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans (11).

En Europe la santé sexuelle des adolescents est un sujet qui attire l'attention des professionnels de la santé, des éducateurs et des décideurs politiques. Les adolescents sont confrontés à de nombreux défis liés à leur santé sexuelle, notamment l'éducation, l'accès aux services santé et la prévention des infections sexuellement transmissibles.

## **En Afrique**

Les soins et les offres de santé ne sont pas adaptés aux besoins des jeunes adultes.

La contraception n'est pas disponible, l'accès aux soins est gratuit est limité, il n'y a pas de programme de prévention et la législation est restrictive en ce qui concerne le dépistage chez les mineurs.

Les statistiques montrent que 28% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont déjà donné naissance avant l'âge de 18 ans, 60% des enfants sont déjà épouses, avec 4 filles sur 10 mariées avant l'âge de 18 ans, et qu'une fille sur 4 ayant été mariée a subi une violence physique, émotionnelle ou sexuelle. En outre la région connaît le taux de fécondité le plus élevé au monde avec 129 naissances pour 1000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, et l'utilisation la plus faible de la contraception moderne, seulement 16% parmi toutes les femmes(14).

## **Au Mali**

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 39% de l'ensemble des nouveaux cas d'infection par le VIH.

Les jeunes représentent donc un enjeu stratégique dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, d'autant plus que le risque accru d'infection est souligné du fait de connaissances limitées en matière d'IST/VIH, d'un déficit d'accès à une information de qualité, de facteurs socio-culturels liés aux tabous autour de la sexualité, aux inégalités de genre, et à la place limitée des jeunes au sein de la société ,ainsi qu'une demande et une offre de services limitées en matière de santé sexuelle et reproductive. Par ailleurs, le dépistage du VIH est extrêmement faible, l'utilisation de préservatif est rare et peu d'adolescents bénéficient de services de conseil. Il n'existe pas de référentiel national, ni de protocole national de prise en charge adapté aux adolescents (14,15).

## **4.7. Sexualité précoce des adolescents scolarisés**

### **Dans le monde**

En 2002, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a étudié les tendances sexuelles d'élèves âgés de 15 ans de 35 pays(16). L'étude a montré que si le pourcentage des garçons ayant des rapports sexuels était plus élevé que celui des filles. De nouvelles tendances qu'un nombre égal ou supérieur de filles avaient des rapports sexuels à l'âge de 15 ans. Toutefois, alors que cette nouvelle tendance était prise en compte, la plupart des garçons continuaient d'avoir leur premier rapport sexuel à un âge plus précoce que les filles, montrant que la sexualité des adolescents est différente selon les sexes. L'étude indiquait aussi que l'âge moyen du premier rapport sexuel dans la plupart des pays était de 16 à 19 ans pour les filles et de 17 à 19 ans pour les garçons.

### **En Afrique**

Dans certaines parties d'Afrique, la prévalence du viol et la coutume du mariage précoce jouent un grand rôle dans l'activité sexuelle(17). En Afrique du Sud par exemple, 116 femmes sur 100000 ont déclaré avoir été violées, et dans le reste de l'Afrique 42% des femmes entre 15 et 24 ans sont mariées avant d'avoir 18 ans, souvent à des hommes qui ont 15 ans de plus qu'elles (18).

L'Afrique subsaharienne présentait des statistiques qui contredisaient les données recueillies par l'OMS selon lesquelles les filles ont des rapports sexuels au même âge ou un peu plus tardivement que les garçons.

Notamment en Côte d'Ivoire, au cours de la période 2000-2010, le pays a été confronté à la précocité sexuelle des jeunes. En effet, située à 18 ans dans les années 1970, l'âge du premier rapport sexuel est passé à 9-10 ans en 2010, selon les données statistiques du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement technique (MENET). En outre, des études menées par le

ministère de Lutte contre le Sida, ces dernières années, ont révélé que les jeunes âgés de 10 à 24 ans sont une frange vulnérable, car elle constituait 2/3 des nouveaux d'infection à VIH, en 1998. Un an plus tard, en 1999, 6427 nouveaux cas ont été enregistrés (16).

Cette précocité des rapports sexuels induit une autre réalité tout aussi préoccupante, en l'occurrence les grossesses non désirées, plus particulièrement dans la catégorie des jeunes filles scolarisées. En effet 4035 cas de grossesse ont été décelés par le MENET dans les écoles primaires et secondaires sur l'ensemble du territoire ivoirien en 2013-2014(19). Au Tchad les filles avait leur premier rapport sexuel à 15,9 ans et les garçons à 18,8 ans (20).

Le paradoxe de ce phénomène de grossesses en milieu scolaire vient du fait que les autorités éducatives, prenant en compte la précocité des premières menstruations ont opté pour la vulgarisation de l'éducation sexuelle dès la classe de CM1 (confère le livre d'éducation civique et morale CM1, école et nation, frat mat éditions pp84-91). Mais c'est justement à partir de cette classe que nous avons la tranche d'âge du début de l'activité sexuelle avec un fort taux (77% au CM et en 3<sup>ème</sup>) selon les données statistiques de la Direction de la Coordination du Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire (DC-PNSSU) (21).

Face à l'ampleur du problème, les grossesses en milieu scolaires sont considérées comme un problème de santé publique.

### **Au Mali**

La société malienne est caractérisée par un contexte économique difficile, une emprise croissante de la religion musulmane et une augmentation sensible des inégalités économiques et des espaces de non-droit. Le manque de disponibilité des parents, leur désarroi face au constat d'un délitement des principales

références coutumières d'éducation se traduisent par une tentation de démission concernant l'éducation des enfants et un fort sentiment d'impuissance.

D'une manière générale communiquer entre parents et enfants, informer ou chercher à s'informer, ne sont pas des pratiques valorisées dans la société malienne, quel que soit le milieu, familial ou professionnel.

Par exemple chez les sonrhaïs, on dit que causer avec les enfants fait qu'ils ne respectent pas les adultes. Quand la mère parle à ses pairs elle chasse tous les enfants autour d'elle. On dit que cela rend les enfants impolis envers les personnes plus âgées. (Adolescente de 21 ans).

De la part des cadets sociaux (jeunes, femmes), questionner est un signe de manque de respect, et même à l'école, la curiosité et le souci de s'informer n'est pas un comportement encouragé. Informer, c'est concéder à quelqu'un du pouvoir. Chercher à s'informer, c'est à l'inverse manifester une velléité de sortir du rang et de son statut.

## 5. METHODOLOGIE

### 5.1. Site de l'étude

L'étude s'est déroulée à Barouéli.

#### 5.1.2. Historique et Démographie

Le cercle de Barouéli est une collectivité territoriale du Mali dans la région de Ségou. Situé à 20 Km de Konobougou et du goudron de la route de Bamako-Ségou, Barouéli est le parent pauvre des cercles qui composent la région de Ségou. Situé dans un bas-fond, la position géographique de la localité crée beaucoup de problèmes aux actions de développement de la ville.

Il fut créé entre 1854 et 1856 par un peulh Diallo qui avait son hameau à lassidanbougou à environs 2 Km et sa seconde épouse dans le hameau (bara ka wèrè) qui deviendra Barouéli.

Il est composé de 11 communes : Barouéli , Boidié, Dougoufé, Gouendo, Kalaké, Konobougou, N'Gassola, Sanando, Somo, Tamani, Tesserela et 43 villages.

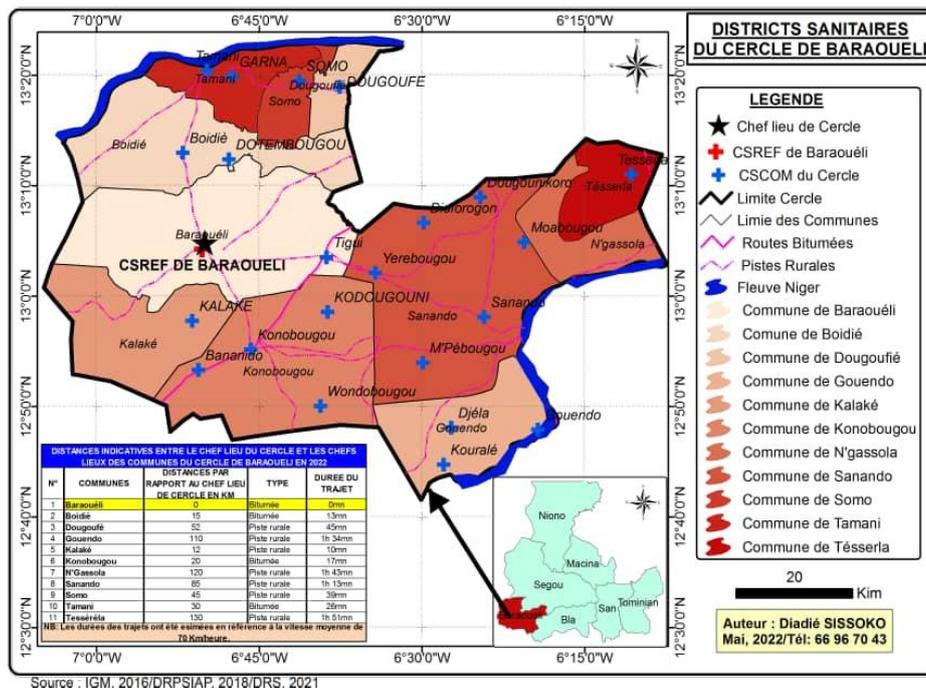


Figure 1 : Carte du district sanitaire de Barouéli. 5.1.3. Climat et végétation

Le village de Barouéli est situé dans une zone soudano-sahélienne avec une amplitude thermique variant de 35°C et 40°C en saison chaude, et en saison froide entre 20°C et 30°C. Les formations forestières naturelles rencontrées sont généralement les savanes arborées, les savanes arbustives et les steppes arborées à steppes arbustives. Le cercle compte deux forêts classées : celle de Diofrongo et Koulala. On y trouve des animaux tels que : des chacals (Koulala), des lièvre (Kalaké), des phacochères et singes rouges (Somo, Boidié) (source Eaux Et Forêts).

On y cultive du mil, du sorgho et un peu de riz dans la zone de Somo, Tamani ; qui est irrigué par le fleuve Niger.

#### **5.1.4. Culture et Religion**

Le village de Barouéli a une population estimée à de 22 250 habitants (source mairie), majoritairement sarakolé

L'islam est la principale religion, ainsi l'éducation islamique prime. Il abrite une medersa qui est une référence au Mali en matière d'éducation islamique. Ville jumelle de Banamba, ils ont pour culture de faire des mariages collectifs chaque année

L'économie repose sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. L'élevage des ovins, caprins et bovins y est pratiqué comme activité économique secondaire. On y trouve aussi quelques équidés (ânes et chevaux) utilisés comme animaux de trait. Une foire hebdomadaire a lieu chaque lundi à laquelle les villages environnants et même certaines villes (Sikasso) y participent. Elle facilite les échanges commerciaux et booste ainsi l'économie locale.

### **5.1.5. Géographie sanitaire**

L'aire de santé de Barouéli est composé d'un CSRef et de 27 CSCom : Barouéli central, Boidié, Bananindo, Djella, Diofrongo, Dougoufé, Dotembougou , Dougouninkoro, Garna, Guendo, Kalaké, Kroualé, Nianzana, Suèguèla, Sanando, Somo, Tamani, N'Djilla, Konobougou, M'Pèbougou, Moabougou, Yérébougou, wondobougou, N'Gassola, Tesserela, Tigui, Kodougouni (source CSRef de Barouéli)

Il possède beaucoup de partenaire :

Terre Des Hommes : qui est là pour protéger la vie des enfants et leurs droits, et à favoriser leur bien-être ;

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) est chargé de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement ;

FBR (Fonds Basés sur le Résultat) qui récompense le travail bien fait du personnel de santé...) qui interviennent dans le domaine sanitaire.

Le village possède deux jardins d'enfants publiques, deux écoles fondamentales, un lycée public et des infrastructures administratifs.

### **5.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude longitudinale analytique.

### **5.3. Durée de l'étude**

De Mars - Aout 2021.

### **5.4. Population d'étude**

Les élèves de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année dans la ville de Baroueli.

#### **5.4.1. Critères d'inclusion**

- Etre élève de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année dans la ville de Baroueli
- Etre disponible pendant toute la durée de l'étude pour le pré-test, l'intervention et le post test à Baroueli au moment de l'étude ;
- Avoir donné l'assentiment ou le consentement éclairé pour participer volontairement à l'étude ;

#### **5.4.2. Critères de non-inclusion**

- Etre élève du premier cycle ou dans une école professionnelle et étudiant (e) à l'université ;
- Etre élève de la 9<sup>eme</sup> année à la 12<sup>eme</sup> année en vacances dans la ville de Baroueli.

#### **5.5. Déroulement de l'étude**

Il s'agissait d'une étude dans le format Pré-test-Intervention-Post test. Un questionnaire pré-test et un questionnaire post test ont été conçus. Un numéro ID (numéro identifiant), qui a été reporté sur les deux questionnaires, attribué à chaque participant à l'entrée dans la salle de présentation. Le questionnaire pré-test a été distribué dans les salles de classe de la 9<sup>eme</sup> année à l'école fondamentale A et de la 10<sup>eme</sup> à la 12<sup>eme</sup> année au lycée public de la ville de Baroueli. Le questionnaire a été rempli sur place et ramassé au fur et à mesure que les élèves finissaient de répondre à toutes les questions. Après le pré-test, une communication verbale sera organisée pour les participants potentiels à l'étude sur la planification familiale et les IST. Une discussion de groupe a été organisée pour 20 élèves pré-testés par séance soit 18 groupes au total. Les questions de discussion étaient les suivantes : quelles sont les méthodes de planning familial (PF) que vous connaissez ou que vous utilisez ? Doit-on avoir le sexe avant le

mariage (sexualité pré-nuptiale) ? Pourquoi les élèves sont-ils très actifs précocement dans la ville de Baroueli ?

Les questionnaires pré-test et post test ont été agrafés ensemble. A la fin de discussion, le questionnaire post test a été remis aux participants pour le remplir sur place et le rendre immédiatement.

Pour un groupe de participants donné, le pré-test, la communication orale et la discussion et le post test ont eu lieu le même jour au même endroit (la salle de spectacle de Baroueli).

### **5.6. Calcul de la taille de l'échantillon**

En utilisant l'application ClinCal.Com (<https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>) avec une puissance de 95%, une marge d'erreur de 5%, 60% de filles contre 40% de garçons, nous avons trouvé une taille minimale de l'échantillon de 107.

### **5.7. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies dans Microsoft Excel 2013 et analysées avec le logiciel SPSS version 20. Le seuil de signification statistique  $p < 0,05$ .

### **5.8. Aspects éthiques**

Les groupes de discussion ont été exclusivement faits d'élèves de la même classe pour bénéficier du fait que les élèves sont pairs et se connaissent très bien. Ils ont pu discuter ouvertement sans craindre d'être stigmatisés. Les fiches d'enquête ont été anonymisées, seulement le numéro du questionnaire a été utilisé comme identifiant. Les données recueillies pour cette étude ont été gardées dans la confidentialité. La base de données Excel a été partagée seulement par l'impétrante, son co-directeur et le directeur de thèse.

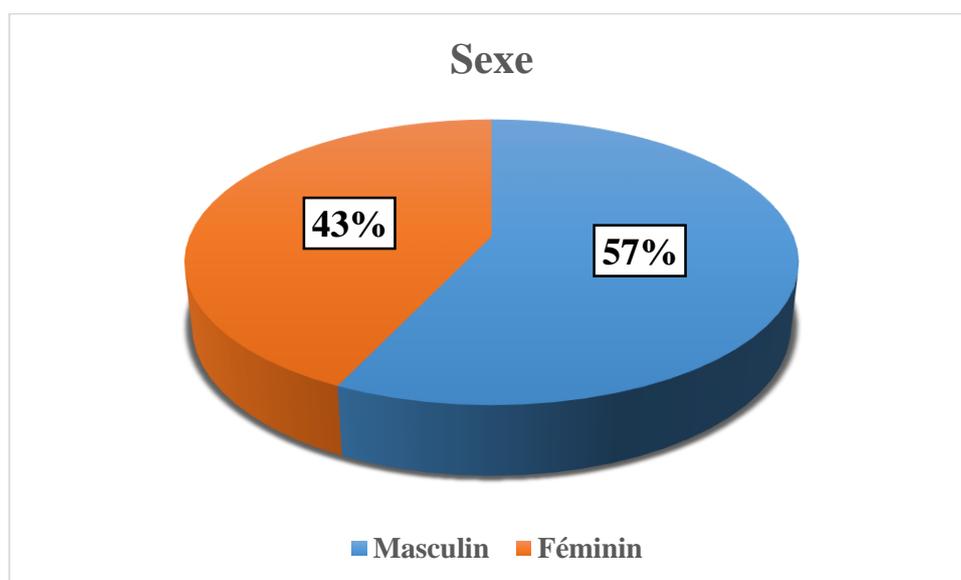
## 6. RESULTATS

### 6.1. Données sociodémographiques

**Tableau I : Répartition des élèves selon la classe d'étude**

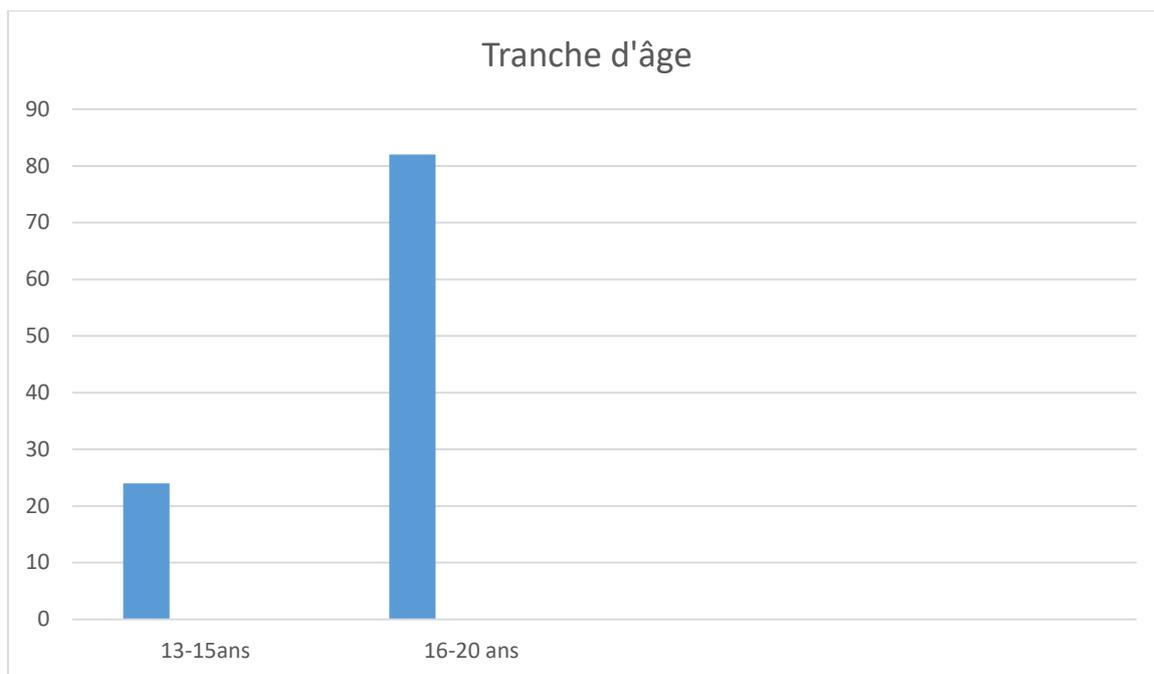
Classe	Effectif	Pourcentage
9 <sup>ème</sup> année	48	44,9
10 <sup>ème</sup> année	14	13,1
11 <sup>ème</sup> année	20	18,7
12 <sup>ème</sup> année	25	23,3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

La classe de 9<sup>ème</sup> année prédominait avec 44,9% (48/107) des cas.



**Figure 2 : Répartition des élèves selon le sexe.**

Le sexe masculin était majoritaire avec 57% des cas.



**Figure 3 : Répartition des élèves selon la tranche d'âge.**

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 20 ans avec 76,6%. Avec un âge moyen de 16,64 + ou - 1,76 et des extrêmes de 13 et 20 ans.

## 6.2. Données descriptives

**Tableau II: Répartition des élèves selon leur statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataires	99	92,5
Mariés	08	7,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves étaient mariés dans 7,5% (8/107) des cas.

**Tableau III : Répartition des élèves selon ceux qui ont contracté une grossesse ou enceinté une fille**

<b>Elèves</b>	<b>Prétest n(%)</b>	<b>Posttest n(%)</b>
Non	99 (92,5)	99 (92,5)
Oui	08 (7,5)	08 (7,5)
<b>Total</b>	<b>107 (100)</b>	<b>107 (100)</b>

Les élèves ayant contractés la grossesse ou ceux ayant enceintés une fille étaient de 7,5% des cas.

**Tableau IV : Répartition des élèves selon ceux qui ont des enfants**

	<b>n(%)</b>
N'ayant pas d'enfant	99 (92,5)
Ayant un enfant	05 (5,6)
Je ne sais pas.	03 (2,8)
<b>Total</b>	<b>107 (100)</b>

Les élèves étaient père ou mère d'un enfant dans 5,6% (5/107).

### 6.2.1. Données sur les connaissances

**Tableau V : Répartition des élèves selon leur information sur les infections sexuellement transmissibles (IST)**

<b>Entendu parler d'IST</b>	<b>Prétest n(%)</b>	<b>Posttest n (%)</b>
Oui	91 (85,1)	105 (98,1)
Non	13 (12,1)	00 (0)
Non répondu	03 (2,8)	02 (1,9)
<b>Total</b>	<b>107 (100)</b>	<b>107 (100)</b>

Les élèves ayant entendu parler d'IST étaient de 85,1% (91/107) au prétest et 98,1% (105/107) au posttest. La différence était statistiquement significative entre le post-test et le prétest pour le « OUI »  $p=0,001$  avec un  $\text{Khi}^2 = 14$ .

**Tableau VI : Répartition des élèves selon la connaissance des IST**

<b>Types d'IST</b>	<b>Prétest</b>	<b>Post test</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
Virus d'immunodéficience humaine (VIH)	45(42)	67(62,6)
VIH, Covid-19	18(16,8)	13(12,1)
VIH, COVID-19, Ebola	16(15)	0(0,1)
VIH, gonococcie, trichomonas, chlamydia, syphilis, herpès génital	14(13,1)	17(15,9)
Non répondu	14(13,1)	10(9,3)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Le VIH était l'IST la plus connue par les élèves avec 62,6% (67/107) des cas.

**Tableau VII : Répartition des élèves selon la manière de transmission des IST**

<b>Manière de transmission des IST</b>	<b>Prétest</b>	<b>Post test</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
Rapport sexuel non protégé	70(65,4)	76(71,0)
Objets tranchants	2(1,9)	17(16,0)
Contacts corporels	19(17,7)	13(12,1)
Non répondu	16(15,0)	1(0,9)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Le rapport sexuel non protégé était le plus connu avec 65,4% (70/107) en prétest et 71% (76/107) en posttest.

**Tableau VIII: Répartition des élèves la manière de protection contre les IST**

<b>Moyens de protection contre les IST</b>	<b>Pré test</b>	<b>Post test.</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
Préservatif	62(58 ,0)	78(72,9)
Abstinence	7(6,5)	8(7,5)
Préservatif + abstinence	5(4,7)	10(9,3)
Hygiène corporelle	9(8,4)	0(0)
Eviction objet souillé	14(13,1)	9(8,4)
Non répondu	10(9,3)	2(1,9)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Les élèves savaient que le préservatif était un moyen de protection contre les IST dans 57,9% (62/107) au prétest et 72,9% (78/107) au posttest.

**Tableau IX : Répartition des élèves selon la planification familiale (PF)**

<b>Entendu parler de PF</b>	<b>Prétest</b>	<b>Post test</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Oui	87 (81,3%)	89 (83,2%)
Non	13 (12,1%)	11 (10,3%)
Non répondu	07 (6,5%)	07 (6,5%)
<b>Total</b>	<b>107 (100%)</b>	<b>107 (100%)</b>

La majorité des élèves avaient entendu parler de PF avec 81,3% en pré test et 83,2% en post test

**Tableau X : Répartition des élèves selon la connaissance sur les méthodes de planification familiale (PF).**

Méthodes de PF	Prétest	Post test
	n (%)	n(%)
Préservatif	09 (8,4%)	11 (10,3%)
Abstinence	06 (5,6%)	14 (13,1%)
Implant	09 (8,4%)	10 (9,3%)
Injectable	03 (2,8%)	07 (6,5%)
Pilule	05 (4,7%)	10 (9,3%)
Imp, inj, présrv, pil	53 (49,5%)	55 (51,4%)
Non répondu	22 (20,6%)	-
<b>Total</b>	<b>107 (100%)</b>	<b>107 (100%)</b>

Les méthodes de PF les plus connus étaient le préservatif, l'abstinence, la pilule et les injectables avec 49,5% en pré test et 51,4% en post test.

**Tableau XI : Répartition des élèves selon la connaissance des lieux d'accès de planification familiale.**

<b>Lieux d'accès au PF</b>	<b>Prétest</b>	<b>Post test</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>
Structure sanitaire	34(31,8)	41(38,3)
Structure sanitaire, pharmacie	10(9,3)	10(9,3)
Agent de santé	14(13,1)	17(15,9)
Structure sanitaire, agent de santé	32(29,9)	39(36,4)
Non répondu	17(15,9)	17(15,9)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Le lieu d'accès au PF le plus connu était structure sanitaire, agent de santé avec 31,8% en pré test et 38,3% en post test.

**Tableau XII : Répartition des élèves selon la manière d'utilisation de la pilule contraceptive.**

<b>Utilisation de la pilule contraceptive</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post test</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>
Sait utiliser	16(15,0)	16(15,0)
Ne sait pas utiliser	86(80,3)	89(83,1)
Non répondu	5(4,7)	2(1,9)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Seul 15% des élèves savaient comment utiliser la pilule du lendemain en pré et post test.

**Tableau XIII : Répartition des élèves selon la connaissance la pilule du lendemain.**

<b>Connaissance de la pilule du lendemain</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post test</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>
Oui	13(12,1)	13(12,1)
Non	94(87,9)	94(87,9)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Seul 12% des élèves connaissaient la pilule du lendemain.

**Tableau XIV : Répartition des élèves selon la manière d'utilisation du préservatif.**

	<b>Pré-test</b>	<b>Post test</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>
Sait utiliser	47(43,9)	47(43,9)
Ne sait pas utiliser	60(56,1)	60(56,1)
<b>Total</b>	<b>107(100)</b>	<b>107(100)</b>

Les élèves qui pensaient savoir comment utiliser le préservatif représentaient 43,9%.

**Tableau XV : Répartition des élèves selon la faisabilité des rapports sexuels.**

<b>Rapports sexuels</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fait	24	22,4
Non fait	76	71,0
Non répondu	07	6,5
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui avaient fait des rapports sexuels étaient de 22,4%.

### 6.2.2. Données sur les pratiques

**Tableau XVI : Répartition des élèves selon l'âge du premier rapport sexuel.**

<b>Age (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
15	04	16,7
16	04	16,7
17	07	29,1
19	09	37,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Les élèves qui ont fait leur premier rapport sexuel à l'âgés de 19 ans étaient nombreux avec 37,5%.

**Tableau XVII : Répartition des élèves selon la présence d'un partenaire.**

<b>Partenaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	35	32,7
Non	67	62,6
Non répondu	05	4,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui avaient des partenaires représentaient 32,7%.

**Tableau XVIII : Répartition des élèves selon le nombre de partenaire.**

<b>Nombre de partenaire (s)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Zéro	67	62,6
Un	24	22,4
Deux	08	7,6
Trois	02	1,9
Quatre	01	0,9
Non répondu	05	4,6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui avaient un seul partenaire étaient les plus nombreux avec 22,4%.

**Tableau XIX : Répartition des élèves selon l'utilisation du préservatif.**

<b>Préservatif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Utilisé	18	16,8
Non utilisé	89	83,2
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui n'utilisaient pas de préservatif étaient les plus nombreux avec 83,1%.

**Tableau XX : Répartition des élèves selon l'utilisation de la pilule contraceptive :**

<b>Pilule contraceptive</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Utilisée	05	4,7
Non utilisée	85	79,4
Non répondu	17	15,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Seul 4,7% des élèves utilisaient la pilule contraceptive.

**Tableau XXI : Répartition des élèves selon l'obtention de grossesse non désirée :**

<b>Grossesse non désirée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	02	1,9
Non	85	79,4
Non répondu	20	18,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Seul 1,9% des élèves avaient contracté une grossesse non désirée.

**Tableau XXII : Répartition des élèves selon l'obtention de grossesse après un viol :**

<b>Grossesse non désirée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	02	1,9
Non	85	79,4
Non répondu	20	18,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Seul 1,9% des élèves avaient contracté une grossesse après un viol.

**Tableau XXIII : Répartition des élèves selon la méthode préférée de PF.**

<b>Méthode de PF</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Abstinence	75	70,1
Préservatif	26	24,3
Injectable	06	5,6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui s'abstenaient étaient les plus nombreux avec 70,1%.

**Tableau XXIV: répartition des élèves selon ceux qui ont été forcés sous l'effet de pairs :**

<b>Forcé sous l'effet de pairs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	02	1,9
Non	85	79,4
Non répondu	20	18,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui ont été forcés sous l'effet de pair étaient de 1,9%.

**Tableau XXV : Répartition des élèves selon ceux qui regardent les films pornographiques.**

<b>Films pornographiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Regarder	29	27,7
Non regarder	78	72,3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Les élèves qui ne regardaient de films pornographiques étaient les plus nombreux avec 72,3%.

**Tableau XXVI : Répartition des élèves selon ceux qui regardent les films pornographiques avec leurs partenaires.**

<b>Films avec partenaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	11	37,9
Non	18	62,1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Les élèves qui regardaient de films pornographiques avec leurs partenaires étaient minoritaires avec 37,9%.

**Tableau XXVII : Répartition des élèves selon que les parents soient très religieux ou non.**

<b>Parents très religieux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	06	5,6
Non	71	66,4
Non répondu	30	28
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100</b>

Les parents qui étaient très religieux étaient majoritaires avec 5,6%.

Il n'y a pas eu de cas de fiançailles ni de mariage précoce ni de parents conservateurs de ces actes. Aucun élève ne s'était prostitué c'est-à-dire sexe contre l'argent. Aucun élève n'avait aussi échangé le sexe contre les notes.

## **7. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **7.1. Données sociodémographiques**

#### **❖ Sexe**

Le sexe masculin était majoritaire avec 57% des cas figure 2. Ce résultat est différent de celui de CISSE C T qui a trouvé 57,2% des cas de prédominance féminine (22).

#### **❖ Tranche d'âge**

La tranche d'âge la plus représentée était 16-20 ans avec 76,6% figure 3. L'âge moyen était 16,82 ans avec des extrêmes de 14ans et 22 ans. Ce résultat est similaire à celui de ADOHINZIN et al qui ont rapporté une tranche d'âge 15-19 ans la plus représentée (5).

#### **❖ Statut matrimonial**

Les célibataires étaient les plus fréquents avec 92,5% tableau II. Ce résultat est conforme à ceux de CISSE C T et KONATE M qui ont rapporté respectivement 94% et 91,2% des cas (22,23). Cela peut s'expliquer par le milieu d'étude (milieu scolaire) et la population ciblée (adolescents). Cette prédominance de célibataire était également observée dans les études de KONATE M, DIBO D et DEMBELE A avec des pourcentages inférieurs au nôtre qui sont respectivement 82,6%, 84,7% et 73% (23–25).

#### **❖ Niveau d'études ou classe**

La classe de 9<sup>ème</sup> année prédominait avec 44,9% des cas tableau I. KANTE F a trouvé une prédominance de la classe de 8<sup>ème</sup> année avec 30,3 % des cas (26). Cela peut s'expliquer par le fait que l'étude de KANTE concernait les classes de la 7<sup>ème</sup> année à la 12<sup>ème</sup> année alors la nôtre concernait les classes de la 9<sup>ème</sup> année à la 12<sup>ème</sup> année (26).

## 7.2. Connaissances sur les IST

Les élèves ayant entendu parler d'IST avant notre test représentaient 85,1% et après le test ils représentaient 98,1% tableau V. Ce résultat post test est identique à celui de CISSE C T qui a eu 98% des élèves connaissaient les IST (22). A noter que CISSE n'a pas fait de prétest (22).

Le VIH/SIDA était l'IST le plus connu par les élèves avec 42,1% avant le test et 62,6% tableau VI après le test VIH, gonococcies (28%) VIH, gonococcies, trichomonas, chlamydia, syphilis, herpès génital (15,9%). Les IST les plus citées dans l'étude de et CISSE C T étaient le SIDA (100%), la Syphilis (91,2%) ; la Gonococcie (92,4%) et herpès génital (90,8%) (22). KONATE M, DEMBELE A ont trouvé respectivement 48,1% et 73% de VIH/SIDA List le plus connu (23,25). Cette prédominance élevée de VIH/SIDA parmi les autres IST peut s'expliquer par la sensibilisation importante de la population par les ONG et les institutions sur le VIH, ses voies de transmissions, ses conséquences néfastes et dangers qu'il procure à la société.

Le rapport sexuel non protégé était la manière de transmission des IST le plus connu avec 65,4% (tableau VII) en post test et 71% en post test. KONATE M a obtenu 67,5% des élèves qui connaissaient cette voie de transmission (23). Les autres voies de transmission étaient les objets tranchants souillés (1,9 et 16,0%) et transmission mère-enfant 12,1%.

L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels était la manière de se protéger contre les IST qui prédominait avec 57,9% en pré test et 72,9% en post (tableau VIII). Ce résultat est identique à celui de KAR Segbedji et al en terme de moyen de protection mais différent en terme de pourcentage qui avait trouvé 93% des élèves qui connaissaient ce moyen de protection (27). Cela peut s'expliquer par la sensibilisation de la population sur le port du préservatif pour se protéger contre les IST et en particulier le VIH/SIDA.

### **7.3. Connaissances de la planification familiale**

La majorité des élèves avaient entendu parler de PF avec 81,3% en pré test et 83,2% en post test (tableau IX). ADOHINZIN et al avaient trouvé 96,9% ; KONATE M a trouvé 82,4% et KANTE F a trouvé 98,1% des élèves qui avaient entendu parler des contraceptifs (5,23,26).

Les méthodes de PF les plus connus en pré et post test étaient le préservatif (57,7 % et 61,7%), l'implant (57,7 % et 61,7%), la pilule (54,2 % et 60,7%), et les injectables (52,3 % et 56,9%). ADOHINZIN et al avait trouvé préservatif (87,9%), suivi des pilules contraceptives (81,5%), des injectables (44,9%), les implants (28,6%) (tableau X). Cette prédominance élevée du préservatif peut s'expliquer le double rôle qu'il joue (moyen de protection contre les IST et méthode de PF) (5). Dans l'étude de KAR Segbedji et al c'est l'abstinence qui prédominait avec 72,4% des cas (27).

La méthode préférée de PF : Les élèves aimaient l'abstinence et étaient de 70,1% (. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart de nos élèvent ne faisaient pas de rapport sexuels (71%). DIBO D a obtenu 31% des élèvent aimaient la pilule. Les autres méthodes préférées étaient le préservatif (24%) et les injectables (5,6%) (24). KANTE F a trouvé le jadel (62,2%), l'injectable (24,5%), le DIU (9,4%) et le préservatif (3,8%) (26).

Le lieu d'accès au PF le plus connu en pré test et post test était la structure sanitaire (71% et 84%) et l'agent de santé (43% et 52,3%) (tableau XI). KANTE F a rapporté 74,5% des élèves qui connaissaient le centre de santé comme lieu d'approvisionnement de méthode de contraception (26). Dans l'étude KONATE M c'était l'agent de santé qui était reconnu par les élèves comme source d'accès avec 20,7% des cas (23). Cela peut s'expliquer par le fait que la planification faisant partir des domaines de la santé humaine, alors les principales sources d'accès et d'information ne sauront que les structures sanitaires et les agents de santé qui sont fréquemment retrouvé dans ces structures sanitaires.

#### ❖ **Pilule contraceptive**

Seul 15% des élèves savaient comment utiliser la pilule contraceptive (tableau XII). DIBO D a rapporté 36,5% des élèves suggéraient savoir connaître la manière d'utilisation de la pilule contraceptive. Cela peut s'expliquer par le fait dans l'étude de seul 4,7% des élèves utilisaient la pilule contraceptive (24). ADOHINZIN et al a rapporté 21,4% des élèves qui avaient utilisé la pilule contraceptive (5). Cela peut s'expliquer par la meilleure connaissance de la pilule contraceptive par l'échantillon de ADOHINZIN (5).

#### ❖ **Pilule du lendemain**

Seul 12% des élèves connaissaient la pilule du lendemain (tableau XIII). Ce résultat est identique à celui de DIBO D qui a rapporté 12,16% des élèves qui connaissant exactement la pilule du lendemain. Cela peut par le désintérêt des élèves à l'application de cette méthode (24).

#### ❖ **Préservatif**

Les élèves qui savaient comment utiliser le préservatif représentaient 43,9% (tableau XIV). DIBO D a rapporté 56,5% des élèves suggéraient savoir utiliser le préservatif (24). Cela peut s'expliquer par la sensibilisation massive de l'utilisation du préservatif avec l'avènement du VIH.

### **7.4. Pratiques de la sexualité**

Les élèves qui avaient de partenaires représentaient 32,7% (tableau XV). Ce résultat est inférieur à celui de KOBEMBI F et al qui a rapporté 84,4% des élèves avaient de partenaires. Cela peut s'expliquer par le fait que les lieux d'études diffèrent donc une différence de culture et de traditions des populations en la matière (28). Par contre dans l'étude CISSE C T a obtenu 44,6% et DIBO D a rapporté 87,4% des adolescents avaient affirmé avoir un partenaire sexuel régulier (22,24).

Les élèves qui avaient un seul partenaire étaient de 22,4% (tableau XVIII). KOBEMBI F et al a trouvé 48,4% dans son étude des adolescents qui avaient un seul partenaire (28).

Les élèves qui avaient fait des rapports sexuels étaient de 32,7% (tableau XVII). KONATE M a trouvé 30,8% des élèves qui avaient fait des rapports sexuels (23). Cette différence peut s'expliquer par la taille de l'échantillon d'une part et l'autre part le lieu d'étude (Bamako milieu plus urbain que Baraouli). Dans l'étude de CISSE C T 38,8% ont déclaré avoir le rapport sexuel (22).

Les élèves qui ont eu leur 1<sup>er</sup> rapport sexuel avant l'âge de 15 ans étaient de 16,7% (tableau XVI). Notre résultat concorde avec ceux de la littérature. Dans l'étude de KOBEMBI F et al et KAR Segbedji et al (27,28). Les élèves ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans avec respectivement 48 % et 17,8%. Une étude au Togo en 2007 a montré que 20% de femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (27). Au Nigeria, il ressort dans une étude menée dans une université que l'âge moyen des rapports sexuels étaient de 16,4 ans pour les filles et 18,9 ans pour les hommes (29). Les rapports sexuels précoces s'expliquaient par une curiosité dès le jeune âge de faire le rapport sexuel.

Les élèves qui regardaient de films pornographiques étaient de 27,7% (tableau XXV) parmi lesquels 10,3% d'eux le faisaient avec leurs partenaires. Dans les études de CISSE C T et 34% des élèves ont confirmé d'avoir parlé de la sexualité avec leurs partenaires sexuels (22).

Seul 16,8% des élèves utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels (tableau XIX). DIBO D a trouvé 19,6%, DEMBELE A a obtenu 29,36% et KAR Segbedji et al ont obtenu 7,1% des élèves qui avaient utilisés des préservatifs lors des rapports sexuels (24,25,27). Dans la littérature une même étude menée au sud du

Nigeria auprès des élèves du secondaire montrait que 16,2% d'entre eux utilisaient le préservatif. L'utilisation du préservatif est un réel problème chez les adolescents malgré leur niveau d'instruction, les informations reçues ou connues et malgré la vulgarisation et l'accessibilité des préservatifs (29). La faible utilisation du préservatif lors des rapports sexuels s'explique par le fait que élèves perçoivent le préservatif plus comme une méthode contraceptive plutôt qu'un moyen de prévention contre les IST.

### **7.5. Viol et Grossesse chez les enfants et adolescentes**

- ✓ Les élèves qui n'avaient pas contracté de grossesse ou enceinté une fille étaient les plus nombreux avec 92,5% (tableau IV). Ce résultat est identique à celui de KANTE F qui a eu 93,8% d'élèves contractés une grossesse (26). Cela peut s'expliquer par le fait que la majeure partie des élèves sont célibataires et nos cultures et traditions sont contre la grossesse de célibataire.
- ✓ Seul 1,9% des élèves avaient contracté une grossesse non désirée (tableau XXI). ADOHINZIN et al a rapporté que 36,1% des élèves dont 16,7% filles et 19,4% garçons qui avaient contracté une grossesse non désirée et enceinté une fille (5). Cela peut s'expliquer par le fait que l'acte sexuel était élevé chez ADOHINZIN (54,3%) (5). Aucun garçon n'a enceinté une fille dans notre étude.
- ✓ Les élèves qui avaient d'enfants représentaient 5,6% (tableau IV). Ce résultat est conforme à celui de KANTE F qui a eu 3,5% d'élèves qui avaient des enfants, mais inférieur à celui de DEMBELE A qui a eu 21,3% d'élèves qui avaient des enfants (25,26).
- ✓ Seul 1,9% des élèves avaient contracté une grossesse après un viol (tableau XXII). Celles-ci étaient des élèves qui avaient contracté une grossesse non désirée et avaient été forcées sous l'effet de pairs.

- ✓ Aucun élève n'a échangé le sexe contre les notes et aucun élève ne s'est prostitué. Cela peut s'expliquer d'une part par l'éducation des parents et d'autres parts la fidélité et le côté religieux des élèves.
- ✓ Il n'y a pas eu de cas de fiançailles ni de mariage précoce ni de parents conservateurs de ces actes. Cependant 5,6% étaient très religieux (tableau XXVII). Cela peut s'expliquer par la sensibilisation faite par les ONG et institutions sur les conséquences des mariages précoces et surtout en milieu scolaire qui encoure à l'abandon de l'école.

### **7.6. Limites de l'étude**

Nous avons pris le consentement de l'administration des écoles. Les élèves ont été avisés pour demander l'avis de leurs parents avant de participer à notre étude. Nous aurions pu contacter directement les parents des élèves de moins de 18 ans. L'objectif était de mener l'étude chez 360 mais les contraintes ont fait que nous n'avons pu avoir que 107 élèves.

## **8. Conclusion**

Au terme de cette étude il ressort que les participants avaient une large connaissance des IST avant et après le test ainsi que leurs moyens de prévention. La majorité des élèves ont eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 15 ans. Les méthodes contraceptives utilisées étaient principalement constituées de préservatif, la pilule contraceptive et les injectables.

En vue de ces résultats une étude supplémentaire de type transversale analytique serait nécessaire enfin d'identifier les associées à la non utilisation des moyens de contraception.

## **9. Recommandations**

Les problèmes soulevés par notre étude nous permettent de formuler les recommandations suivantes :

Pour le taux faible de connaissances des méthodes contraceptives, nous recommandons :

### **Aux autorités nationales et internationales**

- Etendre et accroître les centres d'écoute, d'orientation et de conseil pour les jeunes

### **Aux personnels de santé et aux ONG intervenants à Barouéli**

- Accentuer la sensibilisation sur l'utilisation des méthodes contraceptives, surtout dans les lieux de regroupement des jeunes

### **Aux parents d'adolescents, aux enseignants et aux leaders communautaires (religieux, coutumiers et opinions)**

- Sensibiliser et encourager les parents à discuter avec leurs enfants des questions relatives à la santé reproductive et aux IST

### **Aux adolescents**

- Participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé par tout (école, lieux de loisir, regroupements)

## 10. REFERENCES

1. Ferrand A. L'Éducation nationale française: de l'égalité à la «libération sexuelle». *Nouvelles questions féministes*. 2010;29(3):58-74.
2. Maillochon F, Ehlinger V, Godeau E. L'âge «normal» au premier rapport sexuel. *Agora débats/jeunesses*. 2016(4):37-56.
3. Baati I, Ellouze S, Jedidi J, Sellami R, Trigui D, Damak J, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en médecine en matière de sexualité. *The Pan African Medical Journal*. 2020;35.
4. Wafo F. Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne: L'exemple du Cameroun: Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II; 2012.
5. Adohinzi CCY. Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Annales des Sciences de la Santé*. 2016;1(9):35-59.
6. Berger 1 D, Rochigneux 2 J-C, Bernard 3 S, Morand 4 J, Mougnotte 5 A. Éducation à la sexualité: conceptions des élèves de 4 e et 3 e en collège et SEGPA. *Santé publique*. 2015(1):17-26.
7. Auvergnon P. Etude sur les sanctions et mesures correctives de l'inspection du travail: le cas de la France: ILO; 2011.
8. Camara F. Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée: exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés: Université Laval; 2017.
9. Sidibé B. Etude descriptive du comportement sexuel de la population de la commune urbaine de Mopti: Université de Bamako; 2010.
10. Deschamps C. Prostitution de rue en France: splendeur et misère de la prévention du sida. *MS Médecine sciences*. 2008;24(SUPPL. 2):122-8.
11. Fuentes Belgrave L. L'influence politique des discours chrétiens sur les droits reproductifs au Costa Rica et au Nicaragua. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos Nouveaux mondes mondes nouveaux-Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds*. 2013.
12. Todem Djijou R. Facteurs associés à l'activité sexuelle pré maritale chez les adolescents du Cameroun: cas de Bandjoun. 2004.

13. Bajos N, Durand S. Comportements Sexuels et Reproductifs des Adolescents Comparaison entre Pays Développés. Occasional Report (9) New York: AGI. 2001.
14. Codina M, Marielle Le Mat K. L'éducation à la santé sexuelle et reproductive au Mali, Burkina Faso et Niger.
15. OnuSida sur l'épidémie WR. mondiale de sida, 2012. Geneve: OnuSida. 2012.
16. Ehlinger V, Spilka S, Godeau E. Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014. Agora. 2016(4):7-22.
17. Ouedraogo A, Karfo K, Siranyan S, Ouango JG. L'histoire de Salamata ou l'impact psychopathologique d'un mariage précoce. Perspectives Psy. 2007;46(4):349-53.
18. mondiale de la Santé O, de la Santé OP. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: conséquences sur la santé. Organisation mondiale de la Santé; 2012.
19. Chantal AAA, Claver VAP, Kévin DZA. précocité sexuelle des adolescents et grossesse en milieu scolaire. une étude réalisée dans la commune d'abobo (CÔTE D'IVOIRE). 2016.
20. Unicef. Le progrès des nations 2000: Unicef; 2000.
21. Bini KR. Marginalisation de l'éducation physique et sportive dans l'enseignement secondaire en Côte d'Ivoire: cas de lycées et collèges de la commune d'Abobo: UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET-BOIGNY D'ABIDJAN (RCI); 2016.
22. Cissé CT. Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissible. 2013.
23. Konaté M. Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la Santé de la Reproduction en milieu scolaire (Centre d'Enseignement Professionnel et Lycée) à Kalaban-coro. 2013.
24. Dibo D. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes filles de 15-24 ans dans les communes V et VI de Bamako en matière de contraception: USTTB; 2016.

25. Dembele A. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu scolaire dans la commune v du district de Bamako. 2018.
26. Kanté F. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
27. Segbedji KAR, Djadou KE, Tchagbele O-B, Azoumah KD, Geraldo A, Agbeko F, et al. ante sexuelle des adolescents collegiens: connaissances, attitudes, et pratiques face aux risques des infections sexuellement transmissibles a lome. Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé. 2016;4(2).
28. Kobelemi F. Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). African population studies. 2005;20(2).
29. La Revue Prescrire Fp--. Termes et expressions relatifs au conditionnement des spécialités. . 2007.

## **11. Annexes**

### **11.1. Fiche signalétique (Français)**

**NOM :** MORO

**PRENOM:** Saratou Andogoly

**TELEPHONE:** (+ 223) 76221722

**MAIL:** morosaratou@gmail.com

**TITRE :** Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la sexualité des élèves de la 9ème à la 12ème année dans la ville de Barouéli

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** Mali

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2022-2023

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la FMOS et FAPH

**SECTEUR D'INTERET :** Santé Sexuelle, Santé Publique.

## RESUME

**Introduction :** Les organisations mondiales et régionales continuent de déployer des efforts encourageant l'intégration de l'éducation sexuelle à l'école, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence des ITS et VIH/sida demeure élevée. Cette étude avait pour but d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques sur la sexualité chez les élèves de la 8<sup>ème</sup> année à la 12<sup>ème</sup> année dans la ville de Barouéli.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude longitudinale analytique avec la collecte de six (6) mois soit de Mars - Aout 2021 dans le village de Barouéli. Les données ont été saisies dans Microsoft Excel 2013 et analysées avec le logiciel SPSS version 20. Le seuil de signifiante statistique  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Notre étude a été portée sur 107 élèves dont la majorité était de sexe masculin avec 57%. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 20 ans avec 76,6%. Les élèves ayant entendu parler d'IST étaient de 85,1% au prétest et 98,1% au posttest, Le VIH était l'IST la plus connue avec 62,6%. Le préservatif était connu comme moyen de protection contre les IST dans 57,9% au prétest et 72,9% au posttest. La majorité avaient entendu parler de PF avec 81,3% en pré test et 83,2% en post test. Seul 15% savaient comment utiliser la pilule du lendemain en pré et post test. Ceux qui avaient fait des rapports sexuels étaient de 22,4%, ceux qui n'utilisaient pas de préservatif étaient les plus nombreux avec 83,1% et Seul 4,7% des élèves utilisaient la pilule contraceptive.

**Conclusion :** Au terme de cette étude, il ressort une large connaissance des IST et de leurs moyens de prévention. Nous avons constaté que la majorité des élèves ont eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 15 ans, et ont une faible connaissance sur l'utilisation des méthodes contraceptives.

**Mots clés :** contraception, planification familiale, élucidation sexuelle, santé sexuelle, Barouéli, Mali

## **Abstract**

**Introduction:** Global and regional organizations are continuing their efforts to promote the integration of sex education in schools, particularly in sub-Saharan African countries where the prevalence of STIs and HIV/AIDS remains high. However, in sub-Saharan African countries, this integration will need to be contextualized, taking into account socio-economic, cultural, institutional and religious specificities, as well as young people's individual conceptions of sexuality. The aim of this study was to investigate the knowledge, attitudes and practices of sexuality among pupils in grades 8 to 12 in the town of Barouéli.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study from March 2020 to January 2024 with the collection of six (6) months from March - August 2021 in the cercle of Barouéli among students in grades 9 to 12. In which we included all those who were available for the entire duration of the study for the pre-test, intervention and post-test in Barouéli at the time of the study and who had consented to participate. Data were entered into Microsoft Excel 2013 and analyzed with SPSS version 20 software. Statistical significance level  $p < 0.05$ .

**Results:** Our study included a total of 107 students, the majority of whom were male (57%). The most represented age group was 16 to 24 years (76.6%). Students who had heard of STIs were 85.1% at pre-test and 98.1% at post-test. HIV was the best-known STI, with 62.6%. Condoms were known as a means of protection against STIs in 57.9% of the pretest and 72.9% of the posttest. The majority had heard of FP: 81.3% pre-test and 83.2% post-test. Only 15% knew how to use the morning-after pill pre- and post-test. Those who had had sexual intercourse were 22.4%, those who did not use condoms were the most numerous at 83.1% and only 4.7% of students used the contraceptive pill.

**Conclusion:** At the end of this study, which focused on the knowledge and attitudes of pupils in grades 9 to 12 in the town of Barouéli, we found that they had a broad knowledge of STIs and how to prevent them. We found that the majority of pupils had had their first sexual intercourse after the age of 15, and had little knowledge of the use of contraceptive methods.

**Key words:** contraception, family planning, sexual elucidation, sexual health, Barouéli, Mali.

### 11.3. Fiche d'enquête

#### 11.3.1. Questionnaire PRETEST

Date : /...../

N°

/...../

#### A- Données sociodémographiques

Q1. Genre : Masculin /...../ Féminin /...../

Q2. Age : /...../ ans

Q3. Classe /...../

Q4. Statut matrimonial : Célibataire /...../ Marie /...../ Fiancé (e) /...../

Q5. Avez-vous déjà eu un enfant : Oui /...../ Non /...../ Je préfère ne pas dire /...../

Q6. Avez-vous déjà contracté une grossesse ou enceinte une fille ? Oui /...../ Non /...../

#### B. Connaissances sur la PF et la prévention des IST

Q7. Avez déjà entendu parler des IST ? Oui/...../ Non /...../

Q8. Quelles sont les IST que vous connaissez ?

.....

Q9. Comment se transmettent les IST ?

.....

Q10. Comment se protège t on contre les IST ?

.....

Q11. Avez déjà entendu parler de la planification familiale? Oui/...../ Non /...../

Q12. Quelles sont les méthodes de planification familiale que vous connaissez ?

.....

.....

Q13. Comment accéder aux méthodes de planification familiale ?

.....

.....

Q14. Savez-vous comment utiliser la pilule contraceptive ? Oui/...../ Non /...../

Q15. Connaissez vous la pilule du lendemain ? Oui/...../ Non /...../

Q16. Savez-vous comment utiliser le préservatif ? Oui/...../ Non /...../

### **C. Attitudes et Pratiques sur la sexualité**

Q17. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ? Oui/...../ Non /...../

Q18. Si Oui à la Q17, A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? /...../ ans

Q19. Avez-vous un (e) partenaire ? Oui/...../ Non /...../

Q20. Si Oui à la Q19, combien ?/...../

Q21. Utilisez-vous le préservatif ? Oui/...../ Non /...../

Q22. Utilisez-vous de la pilule contraceptive ? Oui/...../ Non /...../

Q23. Quelle est votre méthode préférée de planification familiale ?

Abstinence /...../ Préservatif /...../ Pilule /...../ Autre /...../ si autre :.....

### **D. Facteurs déterminants de la sexualité précoce**

Q24. Avez-vous déjà contracté une grossesse non désirée ? Oui/...../ Non /...../

Q25. Si Oui a la Q24, avez eu la grossesse après un viol ? Oui/...../ Non /...../

Q26. Avez-vous déjà échangé le sexe contre les notes Oui/...../ Non /...../

Q27. Avez-vous été force par l'effet de pairs Oui/...../ Non /...../

Q28. Avez-vous déjà eu à vous prostituer (sexe contre argent) Oui/...../ Non /...../

Q29. Regardez-vous des vidéos pornographiques ? Oui/...../ Non /...../



.....  
...

Q10. Comment se protège t on contre les IST ?

.....  
.....

Q11. Avez déjà entendu parler de la planification familiale? Oui/...../ Non /...../

Q12. Quelles sont les méthodes de planification familiale que vous connaissez ?

.....  
.....

Q13. Comment accéder aux méthodes de planification familiale ?

.....  
.....

Q14. Savez-vous comment utiliser la pilule contraceptive ? Oui/...../ Non /...../

Q15. Connaissez-vous la pilule du lendemain ? Oui/...../ Non /...../

Q16. Savez vous comment utiliser la préservatif ? Oui/...../ Non /...../

### **C. Attitudes et Pratiques sur la sexualité**

Q17. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ? Oui/...../ Non /...../

Q18. Si Oui à la Q17, A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? /...../ ans

Q19. Avez-vous un (e) partenaire ? Oui/...../ Non /...../

Q20. Si Oui à la Q19, combien ?/...../

Q21. Utilisez-vous le préservatif ? Oui/...../ Non /...../

Q22. Utilisez-vous de la pilule contraceptive ? Oui/...../ Non /...../

Q23. Quelle est votre méthode préférée de planification familiale ?

Abstinence /...../ Préservatif /...../ Pilule /...../ Autre /...../ si  
autre : .....

### **D. Facteurs déterminants de la sexualité précoce**

- Q24. Avez-vous déjà contracté une grossesse non désirée ? Oui/...../ Non  
/...../
- Q25. Si Oui a la Q24, avez eu la grossesse après un viol ? Oui/...../ Non  
/...../
- Q26. Avez-vous déjà échangé le sexe contre les notes Oui/...../ Non  
/...../
- Q27. Avez-vous été force par l'effet de pairs Oui/...../ Non  
/...../
- Q28. Avez-vous déjà eu a vous prostituer (sexe contre argent) Oui/...../ Non  
/...../
- Q29. Regardez-vous des vidéos pornographiques ? Oui/...../ Non  
/...../
- Q30. Si Oui à la Q29, le faites vous avez des pairs de même sexe ? Oui/...../ Non  
/...../
- Q31. Avez-vous été forcé (e) a vous fiancé ou a vous marié (e) ? Oui/...../ Non  
/...../
- Q32. Les jeunes filles sont fiancées dans notre famille des la vue des premières  
règles ? Oui/.../ Non /...../
- Q33. Si oui à la Q32, mes parents sont très religieux. Oui/...../  
Non /...../
- Q34. Si Oui à la Q32, mes parents sont très conservateurs en terme de mariage  
précoce. Oui/.../ Non /.../

## Serment d'Hippocrate

*En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale ne viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

*Je le jure !*