

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020



N°.....

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

THESE

**Evaluation du Comportement Sexuel des
adolescents en milieu scolaire dans la
commune I du district de Bamako en 2019**

Présentée et soutenue publiquement le 26 /05/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Atoï DOLO

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : Pr Maiga Ababacar

Membre : Dr Diarra Bakary

Co-Directrice: Dr Djéneba coulibaly

Directeur : Pr Akory Ag Iknane

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dedie ce travail

A Dieu, le tout puissant et à son prophète Mohamed paix et salut sur lui.

A mon père feu Assolou DOLO :

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils, homme de vertu, vous resterez pour moi un exemple à servir. J'aurais toujours présent à l'esprit que je ne dois pas trahir votre mémoire. Votre sens de responsabilité, votre esprit de sacrifices, de biens faisances, et de famille ont fait de vous un père que tout père désire avoir.

Père vous aviez rendu l'âme à Dieu mais les fruits de votre travail continueront à nous servir. C'est un jour de pensées profondes pour nous que Dieu le tout puissant vous accorde dans sa miséricorde « Amen ».

A ma chère mère feu Ibem DOLO :

J'aurai aimé que tu sois là aujourd'hui pour voir le couronnement de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, le destin de la mort t'a arrachée à l'affection de nous tous.

A ma tante : Yaiguere GUIROU

Ce resultat est l'œuvre de tes prières, de tes bénédictions et de ton amour pour moi. Je suis très fier de toi pour l'éducation donnée.

A ma défunte sœur Mariam DOLO et à mes défunts frères : Amodié DOLO, Amanidiou DOLO, Pangalé DOLO, Bary DOLO :

Mon choix d'opter pour les études médicales était une décision pour vous. Aucun mot ne saurait exprimer vos soutiens pour moi quand vous étiez de passage sur cette terre. Puisse Dieu vous accueillir dans son paradis et vous accorder un repos éternel.

A mes Frères et Sœurs :

Apanga dit Idrissa DOLO, Baïre DOLO, Amadiguin DOLO, Yadomou DOLO, Yessa DOLO, Adegné DOLO, Noelle YALCOUYE, Pasteur Fousseyni COULIBALY :

Je vous remercie pour votre soutien et vos différentes prières pour moi. Longue vie à nous cher frère et chère sœurs.

A ma femme Yanai DOLO :

Tu as été d'un soutien énorme pour moi tout au long de ma formation. Tu es la femme que n'importe quel homme au monde aimerait avoir à ses côtés. Puisse le Tout puissant nous aider à grandir dans la sagesse.

REMERCIEMENTS

A mes amis

Je m'abstiens de citer de noms pour ne pas en oublier. Merci pour tout ce que nous avons vécu ensemble.

A tout le corps Professoral de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et odontostomatologie pour leur amour dans la transmission du savoir.

A tous les personnels du cabinet Médical Jiguiya-soba

Vous avez rendu mon séjour très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensembles et de votre soutien. Je n'oublierai jamais les instants passés avec vous.

Mes remerciements particuliers à **Dr Bangaly SIDIBE**, Médecin chef et promoteur qui ma accompagné du début à la fin.

Merci pour votre encouragement, votre conseil et votre soutien que Dieu le tout puissant renforce l'amour qui nous lie. Dieu vous donne longue et bonne santé.

A Madame la Directrice de l'Académie de la Rive Gauche ainsi que tous les proviseurs de trois lycées et à tous les personnels de l'administration merci de nous avoir accepté pour notre introduction dans vos écoles dans le but de mes enquêtes.

Retrouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux membres du jury

- A notre maître et président du jury
- Professeur **Ababacar MAIGA**,
- Professeur Titulaire de toxicologie à la Faculté de Pharmacie ;
- Directeur général adjoint de l'Institut National de Santé Publique.
- Ancien vice doyen de la Faculté de Pharmacie ;
- Ancien directeur adjoint de la direction de la pharmacie et du médicament ;

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de presider ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect. Que le tout puissant vous accorde longue vie (AMEN).

A notre maître et Membre du Jury

Docteur Bakary DIARRA,

- Médecin en santé publique, spécialiste en assurance qualité des soins et gestion des services de santé ;
- Maître Assistant en Santé Publique au DERSP ;
- Chef de département nutrition et sécurité des aliments de l'Institut National de Santé Publique ;
- Ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé et du développement Social ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale de l'Evaluation des Hôpitaux ;
- Ancien Médecin Directeur du CSCOM de Seyla dans le district sanitaire de Koulikoro, région de Koulikoro ;
- Ancien Médecin chef du district sanitaire de Niono dans la région de Ségou ;
- Ancien Médecin chef du district sanitaire de Tominia dans la région de Ségou ;
- Médaillé de mérite National avec effigie Abeille.

Cher maître, nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie. Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements nous ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

A notre maître et Co-Directrice

- Docteur **Djénéba COULIBALY**,
- Assistante en nutrition à la faculté de pharmacie (FAPH)/DERSP ;
- Chercheure à l'Institut National de Santé Publique.
- Ancienne Directrice Technique de Centre (DTC) de santé communautaire de Dougouolo ;
- Ancien médecin d'appui au point focal Nutrition de la région de Ségou ;

Cher Maître,

Vous vous êtes investis à fond pour la réalisation de ce travail. Votre disponibilité constante, votre modestie, votre rigueur scientifique dans le travail bien fait font de vous un maître admiré. Nous certifions d'avoir beaucoup appris à vos côtés. Trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde affection.

A notre maître et Directeur de Thèse

- Professeur **Akory Ag IKNANE**,
- Professeur Titulaire en santé publique/nutrition à la Faculté de pharmacie (FAPH),
- Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique ;
- Ancien chef de service de nutrition à l'Institut National de Santé Publique
- Ancien conseiller technique à la Division de Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle à Koulouba (DSSAN) ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale d'Investissement pour Collectivité Territoriale (ANICT) ;
- Ancien Directeur Général de l'Agence Nationale de la Sécurité Alimentaire (ANSSA) ;
- Premier médecin Directeur de l'ASACOBA.
- Président du réseau malien de nutrition (REMANUT) ;

Honorable Maître,

- Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.
- Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.
- Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Sommaire	
Sigle et liste des abreviations	XIV
Liste des tableaux	XV
Introduction	1
1.2. Objectifs spécifiques	4
2. Généralités.....	5
2.1. Définition des concepts :.....	5
2.2. Le concept de la sexualité :	7
2.2.1. L’approche biologique de la sexualité :.....	8
2.2.2. L’approche psychosociale :.....	8
2.2.3. L’approche érotique :.....	9
2.3. L’ambiguïté de la sexualité	10
2.4. L’orientation sexuelle.....	10
2.5. Le genre et les rôles sexuels.....	11
2.6. Les dimensions de la sexualité.....	12
2.6.1. La dimension biologique.....	13
2.6.2. La dimension psychoaffective	13
2.6.3. La dimension comportementale	14
2.6.4. La dimension sociale et culturelle	15
2.6.5. La dimension morale.....	15
2.7. Facteurs expliquants les comportements sexuels des adolescents en Afrique subsaharienne :.....	16
3. Méthodologie :	22
3.1. Lieu d’étude [16].....	22
3.1.1. Situation, limites et superficie :	22

1.1.2. Relief – Climat – Végétation - Hydrographie :	23
1.1.3. Démographie :	24
3.2. Type et période d'étude.....	26
3.3. Population d'étude	26
3.4. Critères d'inclusion	26
3.5. Critère non inclusion.....	26
3.6.Échantillonnage.....	26
3.7. Variables étudiées	27
3.8. Technique de collecte.....	28
3.9. Gestion des données.....	29
3.10. Considération éthique	29
4. Résultats :	30
4.1. Caractéristiques sociodémographiques :.....	30
4.2. Comportements sexuels.....	32
4.3. Facteurs associés aux comportements sexuels.....	37
4.4. Facteurs associés au niveau de connaissance des adolescents.....	40
5. Commentaires et discussion	43
5.1. Atteintes des objectifs et Limites	43
5.1.1. L'atteinte des objectifs de l'étude	43
5.2. Caractéristiques sociodémographiques :.....	43
5.3. Comportements sexuels :	44
5.4. Facteurs associés aux comportements sexuels :	45
5.5. Facteurs associés au niveau de connaissance des adolescents :	45
6. Conclusion :.....	47

7. Recommandations	48
References Bibliographiques.....	49

Sigle et liste des abreviations

EDSM	Enquete Demographique et de Santé du Mali
GNS	Grossesse Non Souhaitée
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
SIDA	Syndrome d'Immuno-Deficiente Acquise
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus de l'immunodeficienne Humaine
RDC	République Democratique de Congo

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de la population de la Commune I par quartier en 2013	23
Tableau II: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les caractéristiques sociodémographiques en 2019.....	31
Tableau III : Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les caractéristiques liés aux comportements sexuels en 2019	32
Tableau IV: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les facteurs liés à l'éducation sur la santé sexuelle en 2019	34
Tableau V: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon le fait d'avoir contracter une IST et un traitement adapté en 2019.....	35
Tableau VI: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako qui ont fait une grossesse non souhaitée et leur gestion.....	36
Tableau VII : Relation entre l'âge du premier rapport des élèves et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels).....	37
Tableau VIII: Relation entre la pratique d'avortement et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels).....	38
Tableau IX: Relation entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels).....	39
Tableau X: Répartition des élèves qui ont affirmé connaître une GNS selon les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)	40
Tableau XI: Répartition des élèves qui ont affirmé connaître une IST en fonction des autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)..	41
Tableau XII: Répartition des élèves qui connaissaient au moins une méthode contraceptive en fonction des autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)	42

Liste des figures

Figure 1 : carte de la commune I : Source : PDSEC commune I 2014-2019	25
Figure 2: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon le sexe en 2019	30
Figure 3: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon la connaissance et l'utilisation d'une méthode contraceptive en 2019.	33
Figure 4: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon la méthode contraceptive utilisée en 2019	33
Figure 5: Répartition des adolescents selon leurs connaissances en matière d'IST et de grossesse non souhaitée en 2019	35

Introduction

La santé de la reproduction a une importance capitale d'autant plus qu'elle s'intéresse aux adolescents et aux jeunes considérés comme le système nerveux de la société [1]. L'adolescence et la jeunesse sont deux périodes de transition séparant l'enfance de l'âge adulte. La différence entre les deux est qu'à l'adolescence, l'enfant est encore sous la dépendance des parents, alors qu'à la jeunesse, il acquiert une forme d'indépendance, même si elle n'est le plus souvent que partielle. Les adolescents sont donc, selon la même source, les individus âgés de 10-19 ans, et les jeunes, ceux âgés de 20-24 ans. Une personne sur quatre dans le monde soit plus d'un milliard de personnes est âgée de 10 à 24 ans et quatre adolescents et jeunes sur cinq vivent dans les pays en développement [2].

On estime respectivement à 260 et 280 millions le nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 19 ans dans les pays en développement.

Quelque 70% des adolescentes vivent dans les régions d'Afrique subsaharienne (45 millions), d'Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est (113 millions) et d'Amérique latine et Caraïbes (45 millions) [3].

Les adolescentes représentent environ un cinquième de la totalité des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de ces régions : 23% en Afrique subsaharienne, 19% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 17% en Amérique latine et Caraïbes. La plupart des femmes âgées de 15 à 19 ans en Afrique subsaharienne environ 83% vivent dans des pays à faible revenu [3].

Cependant, sous l'influence de plusieurs facteurs notamment l'urbanisation, la scolarisation et, plus récemment, de la crise économique et financière qui frappe plus durement les pays de cette région, d'importantes mutations se sont opérées dans l'adolescence en Afrique sub-Saharienne. Ces mutations ont entraîné un certain nombre de problèmes de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents comme l'augmentation de la sexualité pré-nuptiale, avec pour corollaires les grossesses non désirées, les avortements, etc [2].

Le taux d'utilisation des condoms au cours des rapports sexuels à hauts risques est de 54,7 % à 15-19 ans et 70,1 % à 20-24 ans au Kenya et respectivement de 54,4 % et 75,6 % à Zimbabwe. Alors que dans les pays francophones, ces proportions sont largement plus basses dans la plupart des pays ; en RDC (21,9 % et 31 %), en Guinée (34 % et 39,7 %), au Mali (30,8 % et 39,4 %), au Niger (31 % et 42,3 %), au Sénégal (44,1 % et 59,6 %), au Tchad (20,2 % et 30,1 %) et à Madagascar (12,3 % et 12,2 %). Parmi les filles, les différences vont dans le même sens (Kenya : 41,0 % et 38,2 % ; Zimbabwe : 40,7 % et 43,7 % ; RDC : 12,5 % et 22,8 % ; Guinée : 24,3 % et 28,9 % ; Mali : 13,7 % et 20,5 % ; Sénégal : 31,2 % et 39,2 % ; Tchad : 12,8 % et 23,2 % ; Madagascar : 5,4 % et 5,3 %) [2].

Environ trois adolescentes non mariées sur 10 en Afrique subsaharienne et près d'une sur quatre en Amérique du Sud ont eu des rapports sexuels [3].

Près de 16 millions de femmes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année, ce qui représente 11 % de l'ensemble des naissances dans le monde, et malheureusement 23 % de la charge globale de la morbidité. Plus spécifiquement, en Afrique subsaharienne, près de 50 % des naissances ont lieu dans cette période de l'âge que l'on nomme « adolescence » dans les pays du Nord et dans le vocabulaire médical qui en émane. La plupart des grossesses d'adolescentes non planifiées concernent les jeunes femmes qui ne pratiquent aucune méthode contraceptive ou qui en pratiquent une traditionnelle (92% en Afrique subsaharienne) [4].

Faute de soutiens économiques ainsi que d'aides sociales et médicales, chaque année, parmi les 19 millions d'avortements illégaux, de 2,2 à 4 millions concernent des adolescentes. Des avortements qui sont de plus, très souvent, « clandestins » et/ou pratiqués dans de mauvaises conditions [5]. Le rapport de l'EDSM-VI montre que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 17% ont déclaré

utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête et la plupart utilise une méthode moderne (16% contre 1% pour les méthodes traditionnelles). Parmi les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées figurent les implants (7%) et les injectables (6%) [6]. Devant ces faits socialement et normalement dérangeant les thèmes de recherches sur la sexualité des jeunes sont devenus une priorité. Surtout que l'environnement (contexte socio économique défavorable, polygamie, foyer mono parental) etc. Dans lequel nous évoluons devient de plus en plus permissif entraînant ainsi une augmentation de l'activité sexuelle parmi les jeunes célibataires. La question principale de cette recherche est celle de connaître les facteurs qui influencent les comportements sexuels des jeunes dans notre milieu. Nous pensons, cependant, que les facteurs qui influenceraient les comportements sexuels des jeunes seraient entre autres : La pauvreté, les médias, l'âge, l'internet et le milieu de vie.

1 .Objectif

1.1. Objectif général

Etudier le comportement sexuel des lycéens en milieux scolaires de la commune I du district de Bamako en 2019

1.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des adolescents de la Commune I du district de Bamako en 2019 ;
- Identifier les comportements sexuels des adolescents de la commune I du district de Bamako ;
- Identifier les différents facteurs associés aux comportements sexuels des adolescents de la Commune I du District de Bamako.

2. Généralités

2.1. Définition 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'adolescent¹ le développement de la maturation sexuelle et de nombreuses autres transformations [7].

Sexualité : [8]

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

- l'absence de la préparation adéquate
- les grossesses non-désirées
- les interruptions volontaires de la grossesse
- les MST et leurs complications

Comportement à Risque :

Tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autre aux risques de contracter une infection à VIH ou IST, par exemple des relations sexuelles sans protections [7].

Mariage précoce :

Est considéré comme mariage précoce tout mariage conclu et consommé a un âge inférieur à 18 ans pour la fille, à ce stade n'est pas arrivé à la maturation complète de ses organes [9].

Avortement clandestin :

C'est l'interruption volontaire de la grossesse sans nécessité médicale : suite à des manœuvres instrumentales, d'action médicamenteuse ou traumatisantes [10].

Infections Sexuellement Transmissibles :

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels. L'ancienne dénomination de maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies sexuellement transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées infections sexuellement transmissibles (I.S.T). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers. Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Les IST sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus. Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celles qui sont fréquemment rencontrées chez les jeunes [11]

Éducation sexuelle :

Est une éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et éthiques du comportement sexuel humain [11].

Santé sexuelle :

Santé sexuelle "est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, d'une manière qui sont positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour." Elle comprend des éléments qui reconnaissent les droits de santé sexuelle et reproductive, la santé sexuelle et mentale et émotionnelle, en plus de la santé sexuelle physique [12]

Santé de la reproduction :

La santé Reproductive implique que les gens soient capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et qu'ils ont la capacité de se reproduire et

la liberté de décider si, quand et combien de fois de le faire. La définition de la santé reproductive comprend également la santé sexuelle, dont le but est l'amélioration de la vie et des relations personnelles, et non pas seulement à dispenser conseils et soins liés à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles [12].

Avortement :

Est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante. C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180ème jour de grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer [13].

Contraception :

Est l'ensemble des méthodes ou moyens employés pour prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances [10].

Sexualité précoce :

Est un terme employé par des spécialistes en psychologie de l'enfant, sexologie ou sociologie, pour désigner la tendance observée depuis la révolution sexuelle des années 1960 à une commercialisation et médiatisation de la sexualité [14].

Grossesse non désirée/souhaitée :

Une grossesse non désirée est une grossesse non prévue au moment de la conception [14].

2.2. Le 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 [15].

2.2.1. L'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 23ème 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 [15].

2.2.2. L'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 nait 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 » [15].

2.2.3. L'approche érotique :

L'approche érotique de la sexualité fait référence au sexe, autrement dit au plaisir sexuel. En ce sens, « la sexualité est ce qui permet d'attirer et d'être attiré, de désirer et d'être désiré, de communiquer et d'échanger. Elle est liée à l'amour sexuel, mais peut aussi se vivre de façon totalement indépendante de tout lien affectif. ». Cette sexualité liée au plaisir est vécue dès l'enfance et se poursuit tout au long de la vie. Elle prend alors plusieurs formes et ne fait pas référence uniquement à la génitalité.

Bien que Courtois prévoie d'autres approches de la définition de la sexualité (anthropologique, sociologique...), les trois approches présentées ci-dessous sont fondatrices des différentes définitions de la sexualité que propose la

littérature. Ainsi, « 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 » (OMS, 2008) [15].

2.3. L'ambigüité de la sexualité

La sexualité est finalement une notion ambigüe. Elle sépare pour unir dans la reconnaissance mutuelle et l'amour (Laupies, 2000). Brenot traduit clairement cette ambigüité de la sexualité par cette réflexion : sur le plan étymologique, la sexualité est ce qui sépare l'espèce en deux catégories d'individus, les mâles et les femelles. Sur un plan relationnel et affectif, la sexualité est ce qui rapproche les individus et qui les unit. Premier paradoxe, mais dans un premier temps, premier témoin de sa complexité, la sexualité est à la fois ce qui nous sépare et ce qui nous unit. La sexualité est l'altérité de l'humain qui le sépare de Dieu, mais qui est nécessaire pour se multiplier et peupler la terre. Elle sépare non seulement de Dieu, mais empêche aussi le service de Dieu. Cette dualité de la sexualité qui sépare en même temps qu'elle unit, qui est source de malheur et de bonheur, qui éloigne en même temps qu'elle rapproche est un véritable paradoxe dont il n'est pas toujours facile de parler [15].

2.4. L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle est à la base du choix de "l'objet du désir" de l'individu. Elle est définie comme le fait d'être attiré par un sexe ou par l'autre, ceci indépendamment de l'identité sexuelle définie par le sexe psychique. Pour Baruffol, « l'identité sexuelle semble être le résultat d'une construction progressive qui fait intervenir plusieurs dimensions ». D'après lui, quatre éléments sont à la base de cette construction de l'identité sexuelle : le sexe génétique-chromosomique, l'environnement hormonale pré et périnatal, la morphologie différentielle du cerveau, l'environnement psychosocial. « On suppose actuellement que chacun de ces quatre éléments qui interviennent dans la construction de l'identité sexuelle dispose d'une autonomie, limitée certes

mais suffisante, pour conduire à des identités sexuelles subjectives, comportementales, émotionnelles et cognitives, irréductibles à la bipartition masculin-féminin ». Toutefois, l'hypothèse d'une prédisposition génétique de l'orientation sexuelle reste controversée, l'influence de l'environnement psychosocial étant l'hypothèse la plus évoquée dans l'explication de la construction de l'orientation sexuelle.

L'orientation sexuelle qui traduit cette attirance que peut avoir une personne vers des personnes de l'autre sexe (hétérosexualité), vers des personnes du même sexe (homosexualité) ou vers des personnes des deux sexes (bisexuelle) ne doit pas être confondue avec l'identité sexuelle [15].

2.5. Le genre et les rôles sexuels

Le genre est un concept élaboré dans le milieu médical durant la première moitié du XXe par une équipe de médecins engagée dans le traitement médical de l'intersexualité consistant à réassigner un sexe à un enfant présentant une ambiguïté sexuelle de naissance. Cette ambiguïté sexuelle traduit non pas le fait d'une absence de sexe (sexe gonadique) et encore moins un corps non sexué (sexe hormonale), mais un mal fonctionnement du processus physio-anatomique n'ayant pas conduit à une identité sexuelle identifiable comme mâle ou femelle. C'est pourtant le Psychiatre Robert Stoller qui va vulgariser le concept de genre dans les années 50 à travers la Gender Identity Research Clinic qu'il fonde en 1954 (Dorlin, 2008). Pour ce psychiatre, le sexe biologique doit être distingué de l'identité sexuelle, le sexe biologique ne déterminant pas l'identité sexuelle. Ses travaux sont corroborés par les prouesses médicales de John Money, spécialiste de l'intersexualité, qui réussit à réassigner sexuellement un enfant resté sans pénis suite à un accident de circoncision, faisant de ce dernier une fille. Se basant sur les travaux de Stoller et Money, Ann Oakley, sociologue britannique distingue le sexe du genre, dans son ouvrage « sex, Gender and Society » publié en 1972. Cette distinction est à la base du concept de genre dans la théorie féministe. En sciences sociales, le concept de genre définit « les

identités, les rôles (tâches et fonctions), les valeurs, les représentations ou les attributs symboliques, féminins et masculins, comme les produits d'une socialisation des individus et non comme les effets d'une "nature" ». Le concept de genre laisse ainsi penser qu'on n'est pas le même "homme" ou la même "femme" suivant l'époque, le groupe social dans lequel on évolue ou encore le niveau d'étude atteint. Contrairement au sexe biologique qui est universel et considéré comme immuable, le genre est variable dans le temps et l'espace. C'est la part mouvante de l'identité sexuelle, c'est le sexe social. Il est lié à un mode de transmission par des processus de socialisation (famille, école, médias...), des manières d'être, de penser, d'agir orientant chaque individu vers des rôles sociaux, historiquement attribués à l'un ou l'autre des sexes et avec l'idée d'un fort déterminisme biologique. « Les rôles sexuels constituent la traduction en actes et en comportements de l'identité sexuelle, des attitudes et conduites qu'une culture considère comme appropriées pour un homme ou une femme », avec des variations importantes selon les sociétés et leurs réalités historiques, religieuses, économiques et culturelles. Ils définissent dans toute société, la répartition des tâches selon le sexe anatomique. Ainsi, une tâche est attribuée à une personne suivante qu'elle soit homme ou femme. La notion de rôles sexuels définit alors d'une part, un ensemble de comportements prescriptifs et d'autre part une structure hiérarchique des rôles sexuels liée à la définition des attributs du masculin et du féminin [15].

2.6. Les dimensions de la sexualité

Plusieurs auteurs se sont penchés sur cette notion sans qu'un consensus ne soit toutefois trouvé, bien qu'il n'y ait pas de contradiction fondamentale entre leurs propositions. Ceci tient du fait qu'il existe des relations indéniables entre les différentes dimensions possibles de la sexualité, des relations dont les frontières sont parfois difficiles à établir. Le découpage est finalement établi suivant la sensibilité des auteurs.

Enfin, parmi les auteurs que nous avons retenus, Desaulniers propose une sexualité humaine en cinq grandes dimensions : - Une dimension physique - Une dimension psychologique - Une dimension sociale - Une dimension comportementale (associée aux risques liés aux comportements sexuels des adolescents) - Une dimension morale [15].

2.6.1. La dimension biologique

La dimension biologique de la sexualité concerne tout ce qui a trait à l'anatomie et à la physiologie du corps humain sexué. Elle fait également référence aux mutations anatomiques et physiologiques se produisant à la puberté, à la relation sexuelle et à la procréation. Généralement, la dimension biologique de la sexualité est associée à la génitalité, qui renvoie elle-même aux relations coïtales, aux actes sexuels, aux manipulations des organes génitaux et aux jeux sexuels. Contrairement aux autres dimensions de la sexualité, la dimension biologique a été très vite prise en compte dans les programmes scolaires, notamment dans les programmes de Sciences et Vie de la Terre où des notions sont proposées aux adolescents dès l'école primaire. Elle se limite dans ce cas à une information, une transmission de savoirs scientifiques sur la sexualité. « Descriptive, agrémentée de schémas, elle permet à tout un chacun, de comprendre, de savoir, de voir comment le corps sexué fonctionne ». Toutefois, même si elle est utile, cette information sur la sexualité est insatisfaisante et incomplète tant dans son contenu limité à la reproduction, que dans son approche pédagogique qui ne laisse que peu de place à l'échange entre le formateur et les apprenants [15].

2.6.2. La dimension psychoaffective

La dimension psychoaffective est la dimension de la sexualité liée à la construction psychique de chaque individu et au développement de ses compétences psychosociales en matière de sexualité. Elle fait ainsi référence aux attitudes, à l'émotion, ainsi qu'aux sentiments éprouvés à l'égard de soi et de l'autre, et constitue ce qui fait l'immatérialité de la sexualité (Mels, 2005). Si la

dimension biologique est formellement identifiable et facilement acceptable par les enseignants comme objet d'éducation parce que conçue autour des concepts scientifiques certains, la dimension psychoaffective de la sexualité se repère de façon implicite et est difficile à aborder car son curriculum ne se prête pas à des réponses formelles a priori. La prise en compte de la dimension psychoaffective de la sexualité permet de mener avec les adolescents, une réflexion subjective au sujet de leur vie affective et sexuelle, et de la façon dont ils envisagent une relation sexuelle épanouissante. Cette démarche de réflexion intégrative sur la sexualité vise à réfléchir avec ceux-ci sur les diverses façons qui leur sont offertes d'exprimer leur sexualité avec un partenaire, dans le respect aussi bien de l'autre que de leurs propres besoins, leurs désirs, leurs préférences, leurs peurs et leurs limites. Il s'agit entre -autre de réfléchir avec les jeunes sur l'impact de la pression des pairs et du désir de conformité sur l'expression de soi et de sa sexualité [15].

2.6.3. La dimension comportementale

La dimension comportementale de la sexualité fait référence aux risques liés à l'agir sexuel et aux moyens de se prémunir. Plusieurs auteurs incluent les éléments constitutifs de cette dimension dans la dimension biologique de la sexuelle. Mais pour les raisons énoncées plus haut, nous avons fait le choix de distinguer la dimension comportementale de la sexualité des autres dimensions. Elle prend en compte aussi bien les infections transmissibles sexuellement (ITS), le VIH/sida, les grossesses non désirées, les interruptions volontaires de grossesse, que tous les autres dangers biopsychosociaux auxquels peuvent être confrontés les adolescents dans l'expression de leur sexualité. La dimension comportementale de la sexualité est le produit de l'intégration des quatre autres dimensions de la sexualité auxquelles elle est étroitement liée. Sa perception et son vécu par les adolescents dépendent totalement de l'harmonie avec laquelle ils appréhendent les autres dimensions de la sexualité. La dimension comportementale constitue ainsi un véritable baromètre de l'intégration de la

réalité multidimensionnelle de la sexualité par l'adolescent. Il va sans dire qu'une bonne perception et un bon ancrage des éléments de base des dimensions biologique, psychoaffective, morale et sociale/culturelle contribuent à une réalisation positive de la dimension comportementale. Puisque les sujets liés à cette dimension sont régulièrement énoncés pour justifier l'intérêt de l'éducation à la sexualité, on ne peut donc y agir efficacement que dans la mesure où on prend en compte toutes les autres dimensions de la sexualité [15].

2.6.4. La dimension sociale et culturelle

« La sexualité est en partie régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus... Elle dépend du contexte social, historique et culturel d'une société ». Le comportement sexuel de l'individu est ainsi influencé entre autres, par les codes culturels véhiculés sur la sexualité dans la société où il évolue. Ces codes culturels relatifs à la sexualité transparaissent dans tous les supports de socialisation notamment les médias. L'influence culturelle et religieuse, les normes et règles du groupe social et leurs aspects juridiques et politiques ont un impact sur la vie sexuelle. Ils sont générateurs de stéréotypes, de rôles sexuels et de normes comportementales et affectives. La prise en compte de la dimension socioculturelle de la sexualité s'avère ainsi nécessaire, pour permettre aux adolescents de structurer leur identité sexuelle sans se limiter aux modèles sociaux sur la sexualité souvent idéaliste, normalisant et générateurs d'angoisses et de frustrations [15].

2.6.5. La dimension morale

La dimension morale de la sexualité représente l'ensemble des valeurs, croyances et principes liés à l'expression de la sexualité. Elle va contre l'idée d'une sexualité libre et sauvage, et permet de recadrer la sexualité des adolescents. Loin d'être une vision normalisée de la sexualité, la dimension morale appelle à la responsabilisation de l'agir sexuel [15].

2.7. Facteurs expliquants les comportements sexuels des adolescents en Afrique subsaharienne :

Cette explicitation des facteurs affectant le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne s'avère nécessaire, dans la mesure où une éducation à la sexualité efficace ne peut être pensée sans une prise en compte de ces facteurs.

Une mutation du modèle social africain :

Très longtemps en Afrique subsaharienne, c'est à la société traditionnelle qu'était confiée la mission de proposer des règles en matière de comportement sexuel. Ces règles étaient alors suivies par la majorité des individus. Grâce à l'existence de ces normes sexuelles, les sociétés traditionnelles africaines connaissaient au niveau de la sexualité, un équilibre que le développement social est venu perturber. Les cas de "déviation" sexuelles étaient alors rares dans l'Afrique traditionnelle. Cependant, ce modèle social africain a connu depuis le début du régime colonial, une mutation profonde qui s'est accentuée après les indépendances, entraînant la dégradation de cette gestion traditionnelle de la sexualité. Cette mutation du modèle social de l'Afrique subsaharienne est attribuée par plusieurs auteurs à l'influence occidentale, la scolarisation, l'urbanisation, les médias occidentaux, les besoins économiques et aujourd'hui à la mondialisation. Les facteurs mis en cause ont entraîné une érosion des normes traditionnelles et des mécanismes de contrôle social des comportements, un recul des structures traditionnelles, une réorganisation de la hiérarchie sociale et la diminution du contrôle social en matière de sexualité. Les structures traditionnelles africaines responsables de la préparation des jeunes à la vie relationnelle et sexuelle ont été fortement affectées par cette diminution du contrôle social en matière de sexualité, avec une triple conséquence : d'abord la disparition des rituels initiatiques destinés à l'éducation sexuelle et à la préparation à la vie maritale des jeunes ; ensuite d'un point de vue

communautaire, la perte de l'enjeu de socialisation et de construction de l'identité sociale que pouvait avoir les rites d'initiation sexuelle sur les membres de la communauté ; et enfin le recours des jeunes à de nouvelles sources d'informations sexuelles de qualité incertaine comme les magazines et les films pornographiques d'origine occidentale.

Une adaptation aux réalités socioéconomiques de la région

Si le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne connaît une forte influence de la culture occidentale, il est aussi une réponse au bouleversement socioéconomique actuel dans les sociétés africaines. En effet la sexualité des jeunes est aujourd'hui corrélée à un intérêt économique (financier ou matériel) et/ou social (accès au mariage, réponse à la curiosité et à la pression des pairs). Au delà de toute considération éducative, on ne peut minimiser le fait qu'aujourd'hui, peut-être plus qu'hier, l'intérêt économique et/ou matrimonial motive et oriente amplement la vie sexuelle des jeunes dans les pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement celle des filles. Si ce constat date d'une quarantaine d'année déjà, il est pourtant plus actuel que jamais pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne. Pour clore cette analyse, comment ne pas relever la pression sociale exercée autant sur les garçons que les filles pour accéder à un mariage qui socialement est synonyme de "personne responsable" et de dignité pour le garçon, d'une "charge en moins" pour la famille de la fille et de sécurité matérielle pour la fille.

La construction sociale de la masculinité et de la féminité :

Le comportement sexuel des jeunes est aussi déterminé par la construction sociale de la masculinité et de la féminité. Cette construction repose en grande partie sur les représentations sociales de la sexualité. Dans la société traditionnelle africaine, notamment dans la tradition Beti au Cameroun, l'éducation sexuelle traditionnelle contribue à la construction d'inégalités de genre en matière de sexualité. Cette éducation sexuelle concerne notamment l'entraînement de l'individu à la pleine acceptation de son sexe, et vise à

confirmer l'homme comme la femme dans son identité sexuelle, à cultiver la répartition sexuelle des tâches, des comportements, du savoir social et des dispositions psychologiques et affectives. Cette éducation sexuelle traditionnelle renforce l'idée de l'homme physiquement plus fort que la femme, viril, combatif, énergique et endurant dans les épreuves physiques. Ainsi, « la caractéristique essentielle du mâle réside dans l'aptitude à se défendre, à produire et à acquérir les biens nécessaires à l'existence, et à assurer la sécurité de ceux qui sont à sa charge . Tout chez l'homme doit être bravoure, noblesse et dureté ». En ce qui concerne la confirmation de la femme dans son identité sexuelle, le premier élément de l'acquisition de la féminité repose sur l'acceptation réaliste de son "infériorité" physique par rapport à l'homme. Cette "infériorité" physique exige de la femme une soumission à l'homme et l'acceptation de sa position dominante. Son comportement en public doit être empreint de délicatesse, de réserve et de pudeur. Sa "valeur" de femme s'évalue à sa capacité à s'occuper de son ménage, et à soigner convenablement son mari et ses enfants.

Un autre axe de cette éducation sexuelle concerne la définition claire du statut et du rôle du sujet dans la société. Elle vise ainsi à établir le statut de l'homme et de la femme, c'est-à-dire la place qu'ils occupent respectivement dans la société, et leurs rôles respectifs c'est-à-dire l'ensemble des modèles culturels associés à leur statut. A cet effet, l'idée que la destinée d'une fille s'accomplit dans le mariage et la procréation est dominante, tandis que le garçon ne devient un "vrai homme" que dans la mesure où il se marie, se construit un logis, se constitue une source régulière de revenus, et lorsqu'il a des enfants, les élève et les éduque convenablement. Il est alors "normal" que l'homme soit celui qui travaille et que la place de la femme soit au foyer.

✚ L'influence du cadre familial :

Ce comportement sexuel est notamment lié au capital financier, humain et au cadre social de la famille. Ainsi, les jeunes dont les possibilités financières des

parents sont conséquentes, et qui bénéficient alors de la part de leurs parents d'un encadrement et d'une prise en charge globale ont moins tendance à mener une sexualité préconjugale. Par contre, lorsqu'ils sont issus d'une famille pauvre, les jeunes sont plus enclins à s'adonner à la sexualité, notamment pour les raisons que nous avons évoquées en présentant ci-dessus la théorie du comportement sexuel des jeunes liée à l'adaptation socioéconomique. Lorsqu'on considère les caractéristiques humaines de la famille comme le niveau d'études des parents, leur profession, leur degré de croyance, leur appartenance ethnique ; le comportement sexuel des jeunes est une fois encore différent. En effet, les jeunes dont le niveau d'études des parents n'est pas élevé (niveau scolaire inférieur au second cycle), tout comme ceux dont les parents sont sans emploi, ouvriers ou paysans, sont aussi plus portés à une sexualité précoce. S'agissant du cadre social de la famille, la constitution de la famille (structure et taille du ménage) semble aussi avoir un effet sur le comportement sexuel des jeunes. On observe notamment que les jeunes issus des familles polygames sont plus exposés à une sexualité préconjugale que ceux des familles monogamiques. De même plus la taille de la famille (nombre d'enfants) est élevée plus les enfants ont une sexualité précoce. Le cadre familial constitue ainsi un déterminant du comportement sexuel des jeunes, même si cette considération présente la limite de ne pas prendre en compte les caractéristiques individuelles des jeunes qui peuvent parfaitement amoindrir cet effet lié au cadre familial.

Les considérations d'ordre psychologique :

Ces considérations d'ordre psychologique sont à la base du comportement sexuel puisque les filles comme les garçons justifient souvent leur premier rapport sexuel par la peur de faire l'objet de moqueries de la part de leurs amis. La virginité paraissant alors comme la preuve même de "l'ignorance, de la naïveté, de la laideur ou du caractère retro" du jeune. La pression des pairs joue ici un rôle fondamental, puisque le jeune ne se sent intégré à un groupe que dans la mesure où il se comporte comme le reste du groupe. D'autres jeunes par contre

adoptent un comportement sexuel précoce ou à risque comme réponse à un mal-être ressenti.

Cet auteur relève également une catégorie de jeunes pour qui l'expérience sexuelle est utile pour se rassurer de bien "fonctionner", l'incertitude et la curiosité étant pour eux une pression bien trop dure à supporter. De même une sexualité précoce ou l'adoption des comportements sexuels à risque (multiplicité de partenaires) est souvent liée à une faible estime de soi. Des études ont ainsi montré qu'une faible estime de soi chez les filles peut entraîner des grossesses précoces non désirées et la prise de risques, tandis que l'amélioration de l'estime de soi contribue plutôt à améliorer leur santé sexuelle.

✚ Les facteurs cognitifs (connaissances, conceptions, croyances) :

Entre autres facteurs, les recherches ont établi que le niveau et la qualité des connaissances des jeunes déterminaient leur comportement sexuel. Très souvent taboue, la sexualité n'est certainement pas le sujet de discussion privilégié en famille encore moins à l'école.

Le facteur "connaissances" n'est cependant pas suffisant pour permettre aux jeunes d'adopter des comportements sexuels responsables. En effet, d'autres études ont pu montrer l'impact des conceptions individuelles et des croyances socialement véhiculées sur le comportement sexuel des jeunes. En effet, la décision du jeune d'adopter un comportement dépend de la conception qu'il a de son importance pour sa santé. De même la perception que le jeune a de la menace à laquelle il s'expose, des avantages et des inconvénients associés à l'adoption ou non d'un comportement plutôt qu'un autre, sont à la base de sa décision d'agir.

✚ Le cadre institutionnel des pays africains :

Le cadre institutionnel a une influence sur le comportement sexuel des individus parce qu'il régit plusieurs aspects de la vie sexuelle, notamment en ce qui concerne l'entrée en sexualité des adolescents. En effet, dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, il existe une législation régissant entre autres l'âge

légal d'entrée en sexualité et l'âge légal du mariage. Des dispositions légales encadrent un certain nombre d'activités relatives à la vie sexuelle. C'est le cas de l'homosexualité, de l'interruption volontaire de grossesse, de la prostitution, des abus sexuels, de l'atteinte à la pudeur ou aux mœurs...

D'une part, dans beaucoup de ces pays, coexiste une législation coutumière et une législation moderne. Ces deux législations ne se subordonnent pas notamment dans certains domaines comme celui du mariage ou du partage de l'héritage [15].

3. Méthodologie :

3.1. Lieu d'étude [16]

Notre étude a été menée dans la commune I du district de Bamako.

La Commune I, comme toutes les Communes du District de Bamako, a été créée par l'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 août 1978, abrogée par la loi n° 96-025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako.

Elle est une collectivité administrative décentralisée disposant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière, conformément aux dispositions de la Loi n° 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.

3.1.1. Situation, limites et superficie :

Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger, dans la partie Est du District de Bamako. Elle est limitée :

- Au Nord par les Communes rurales de Djalakorodji et de Sangarébourgou (cercle de Kati) ;
- Au Sud par une portion du fleuve Niger ;
- À l'ouest par le marigot Banconi (limite avec la Commune II);
- À l'Est par le marigot de Faracoba (limite avec la Commune de N'Gabacoro Droit, cercle de Kati).

Elle couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,83% de la superficie totale du District 267 Km².

La carte sanitaire prévoit 13 aires de santé dans le PDSC (2003-2007; réparties entre les neuf quartiers de la Commune à savoir : Banconi, Boulkassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Korofina Nord, Korofina Sud, Mékin Sikoro et Sotuba.

Tableau I : Répartition de la population de la Commune I par quartier en 2013

QUARTIERS	POPULATION	POURCENTAGE
Banconi	110 490	28,46
Boukassoumbougou	56 602	14,51
Djelibougou	43 320	11,16
Djoumanzana	35 470	9,14
Fadjiguila	28 255	7,28
Korofina Nord	28 275	7,36
Korofina Sud	23 135	5,96
Mekin Sikoro	56 601	14,56
Sotuba	6 078	1,57
COMMUNE I	388 226	100

Source : PDSEC commune I 2014-2019

1.1.2. Relief – Climat – Végétation - Hydrographie :

➤ Le relief

Le relief est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique ; ce relief représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement.

Les hauteurs dominantes sont : le Sikoro - Koulou ou Papère situé à Sikoro, le Djékoulouni à Djoumanzana et le Djekouna koulouni ou le Sirabilenogo koulou à Nafadji.

Ces différentes collines sont soumises à l'exploitation de carrière. Les carrières les plus exploitées sont celles de moellons à Nafadji et à Sikoro et la carrière de sable à Banconi – Razel. L'activité est très importante et rentable pour la commune et permet de dégager des surfaces importantes prêtes à être aménagées pour l'habitation.

➤ Le climat

Le climat de type tropical est caractérisé par :

Une saison sèche : froide de novembre à janvier et chaude de février à mai et ;
Une saison humide : chaude de juin à octobre avec une pluviométrie très variable.

➤ La Végétation

Elle est de type soudano sahélien dominée par les grands arbres comme Caïcédra, Karité, Manguier.

➤ L'hydrographie

Le réseau hydrographique de la commune est constitué par quatre cours d'eau (marigots) et une partie du Fleuve Niger comprise dans son territoire. Les cours d'eau qui traversent la commune sont : le Tienkolé ou le Farakoni, le Banconi, le Farakoba et le Molobalini.

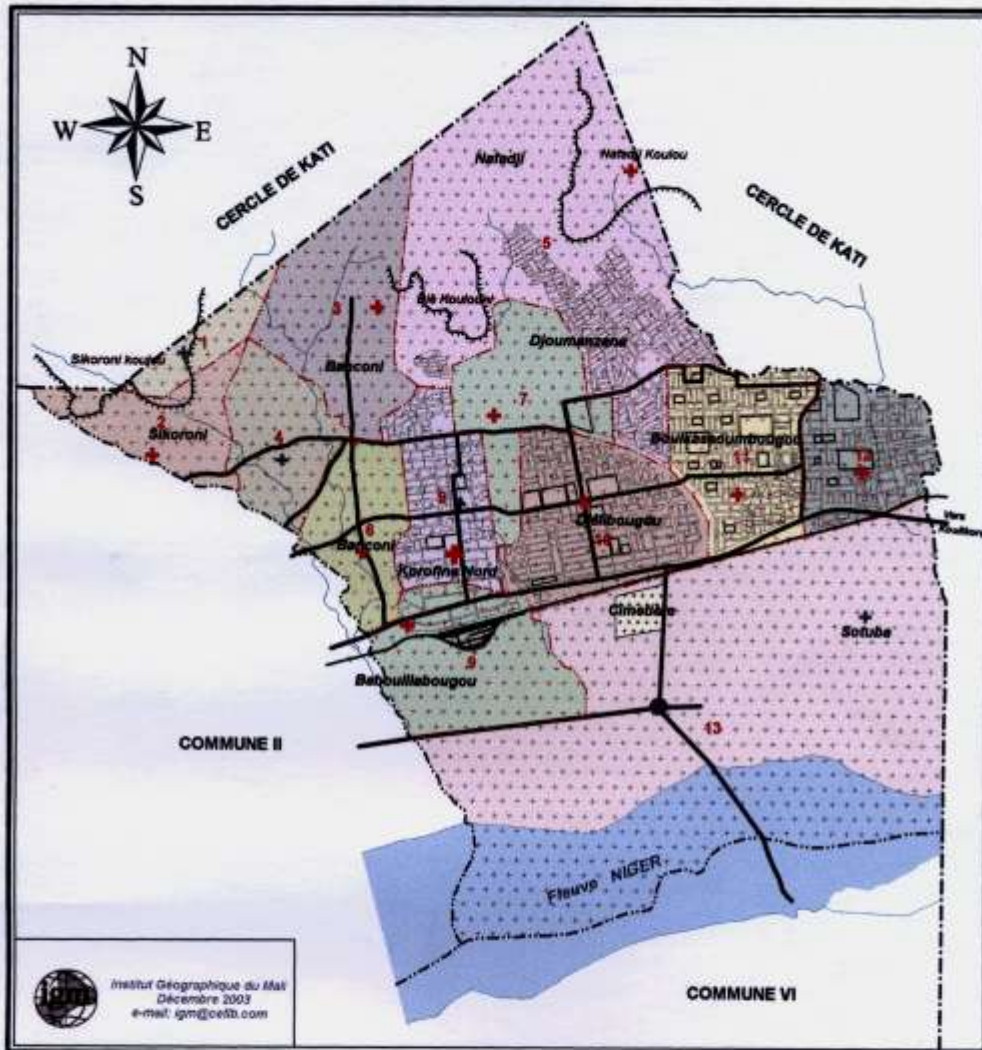
1.1.3. Démographie :

La Commune I compte 388 226 habitants en 2013 (source recensement général de la population et de l'habitat de 2009 actualisée source DNSI). Sa densité est de 11 331 habitants au km².

Toutes les ethnies se retrouvent dans la population de la commune I. Il s'agit principalement de Bambaras, de Peuhls, de Soninkés, de Sonraïs, de Dogons, de Senoufo et de Bobo.

La Commune est divisée en neuf quartiers dont deux sont entièrement lotis (Korofina Nord et Djélibougou), trois le sont partiellement (Boukassoumbougou, Korofina Sud et Djoumanzana), tandis que quatre sont en voies d'être lotis dans le cadre de l'opération « Sauvons Notre Quartier » (Fadjiguila, Sikoro, Banconi et Sotuba)

CARTE SANITAIRE THEORIQUE DE LA COMMUNE I




 Institut Géographique du Mali
 Décembre 2003
 e-mail: igm@ceitb.com

LEGENDE

- Limite du District
- Limite de Commune
- Axes principaux goudronnés
- Voie ferrée
- Talus de colline
- Merlot
- Giratoire ●
- Limite d'aire de santé
- Aire de santé opérationnelle
- Aire de santé à créer
- CSREF +
- CSCOM opérationnel +
- CSCOM à créer +

NUMEROS DES AIRES DE SANTE

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Soursabougou | 7. Fadjigula |
| 2. Mekin - Sikoro | 8. Korofina Nord |
| 3. Dianguinebougou | 9. Korofina Sud - Salembougou II |
| 4. Banconi Plateau - Layebougou | 10. Djélibougou |
| 5. Djourmazana - Nafadji | 11. Boukassoumbougou II |
| 6. ASACOBA (Banconi Flabougou, Salembougou I, Zekankorobougou) | 12. Boukassoumbougou I |
| | 13. Sotuba |

Echelle = 1 / 55 000

0 1 2 3 4 Km

Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSREF C I)

Figure 1 : carte de la commune I : Source : PDSEC commune I 2014-2019

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive dont la collecte s'est déroulée de 4 avril 2019 au 4 mai 2019.

3.3. Population d'étude

L'étude a concerné tous les lycéens de la commune I du district de Bamako.

3.4. Critères d'inclusion

Tout élève régulièrement inscrit dans l'un des trois lycées sélectionnés par l'étude et ayant accepté de participer librement à cette étude.

3.5. Critère non inclusion

Les élèves qui n'ont pas voulu participer à l'étude ou qui étaient absents lors de nos passages dans les différents lycées.

3.6.Échantillonnage

Nombre d'établissements scolaires

-école fondamentale publique : 40 dont 23 premiers cycles et 17 seconds cycles

-école fondamentale privée : 109 composée de 63 premiers cycles et 46 seconds cycles

-medersa : 34 dont 11 premiers cycles et 23 seconds cycles

-lycée public : 1 et privé : 75

Notre étude a concerné les lycées, nous avons choisi le seul lycée public (Lycée Fily Dabo SISSOKO) de la commune I puis nous avons fait un tirage au sort entre les 75 Lycées Privés pour en choisir 2 : Lycée Badra TOURE (Djanguinebougu). Lycée El-Moctar KONATE (Faraïda)

Nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire simple avec comme base de sondage la liste des élèves de 14 à 23 ans inscrits par classe pour l'année scolaire concernée. Nous avons ainsi tiré au sort sans remise le nombre d'élève requis pour cette étude.

Taille de l'échantillon : nous avons utilisé la formule de Daniel Schwartz pour calculer la taille de l'échantillon comme suit : $n = Z^2 p * q/i^2$

n : taille minimale de l'échantillon

z : paramètre lié au risque d'erreur, qui est de 1,96 sensiblement égal à 2 pour une erreur de 5%.

p : prévalence attendue du phénomène étudié, comme notre étude a regroupé plusieurs phénomènes (les comportements à risques et leurs conséquences sur la santé sexuelle : IST, VIH/SIDA, grossesses non souhaitées etc.) nous avons pris 50% de la prévalence en supposant qu'il y a dans la population autant de chance de trouver les phénomènes étudiés que de ne pas en trouver.

q : 1-p est la prévalence attendue de la population qui ne présente pas le phénomène étudié, dans notre contexte c'était 50% aussi.

i : la précision souhaitée, qui est de 5% pour notre étude.

En prenant en compte tous ces paramètres nous avons une taille d'échantillon à 385. Nous avons majoré cet échantillon à 5%, ce qui a donné 400 comme nombre d'élèves à enquêter. En fonction du nombre d'adolescent dans chaque lycée, nous avons appliqué la probabilité proportionnelle pour avoir le nombre d'élève à enquêter par établissements échantillonné. Ainsi notre échantillon était composé de 232 adolescents au Lycée Public Fily Dabo SISSOKO, 108 adolescents du Lycée El Moctar KONATE et 60 adolescents du Lycée Badrah TOURE.

3.7. Variables étudiées

- Caractéristiques sociodémographiques : Sexe, âge, niveau d'étude, ethnie, situation matrimoniale, personne à charge, professions des parents ;
- Caractéristiques en relation avec la connaissance sur la contraception et les comportements sexuels à risques : connaissance d'une IST et du VIH/Sida, de GNS, d'avortements clandestins, de méthodes contraceptives. L'expérience sexuelle, âge du premier rapport sexuel, usage de préservatif au cours des rapports sexuels, avoir déjà fait une IST ou une GNS.

Définition opératoire de certaines variables

Pour les besoins d'analyse, une définition opératoire a été donnée à certaines variables :

Avoir eu une relation sexuelle

Il s'agissait du fait d'avoir déjà eu au moins un rapport sexuel avant l'enquête. Cette variable avait pour objectif d'identifier les élèves qui avaient déjà eu un rapport sexuel avant notre enquête.

Connaissance

C'est l'action, le fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose.

Dans cette étude la connaissance faisait référence au fait que l'enquêté ait une notion du phénomène ou qu'il ait déjà entendu ou vécu le phénomène. Exemple la connaissance des IST faisait allusion aux enquêtés qui avait entendu parler des IST ou qui avait une connaissance quelconque sur les IST. Chaque fois que cette connaissance était supérieure à 70% elle était jugée bonne, entre 50 et 70% elle était jugée moyenne et inférieure à 50% elle était jugée moins bonne.

Discussion

Cette variable faisait référence au fait d'avoir en famille des discussions avec les membres sur différents thèmes y compris la sexualité.

Fait IST/GNS

Pour ne pas se limiter à vérifier la connaissance seule des élèves, on voulait aussi avoir une idée sur leur expérience par rapport aux IST et GNS. Cette variable renseigne sur le fait d'avoir déjà fait au moins une fois les IST ou une GNS avant l'enquête.

3.8. Technique de collecte

Nous avons procédé à des entretiens individuels avec les lycéens échantillonnés. Les entretiens étaient faits sur la base d'un questionnaire préétabli.

3.9. Gestion des données

Le questionnaire a été élaboré avec Epidata, sur le même logiciel nous avons saisi les données qui ont par la suite été analysées avec le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) Version 21.

Nous avons calculé la moyenne avec son écart type pour les variables quantitatives et les proportions avec les intervalles de confiance pour les variables qualitatives.

Pour identifier les associations entre deux variables nous avons procédé à des tests statistiques (test de khi carré de Pearson et le test exact de Fisher lorsqu'il y avait des effectifs théoriques inférieurs à 5% comme seuil de significativité).

3.10. Considération éthique

Avant le démarrage des activités, l'autorisation de la direction de l'academie d'enseignement de la rive gauche et des proviseurs des lycées échantillonnés a été obtenue. Le consentement libre, éclairé et verbal de chaque élève a été obtenu pour l'administration du questionnaire. Aussi, les informations sur l'étude comme les objectifs et le déroulement ont été fournis aux élèves au préalable les informations ont été recueillies dans l'anonymat et la confidentialité.

4. Résultats :

4.1. Caractéristiques sociodémographiques :

Au terme de notre étude nous avons interviewé 400 adolescents repartis comme suit

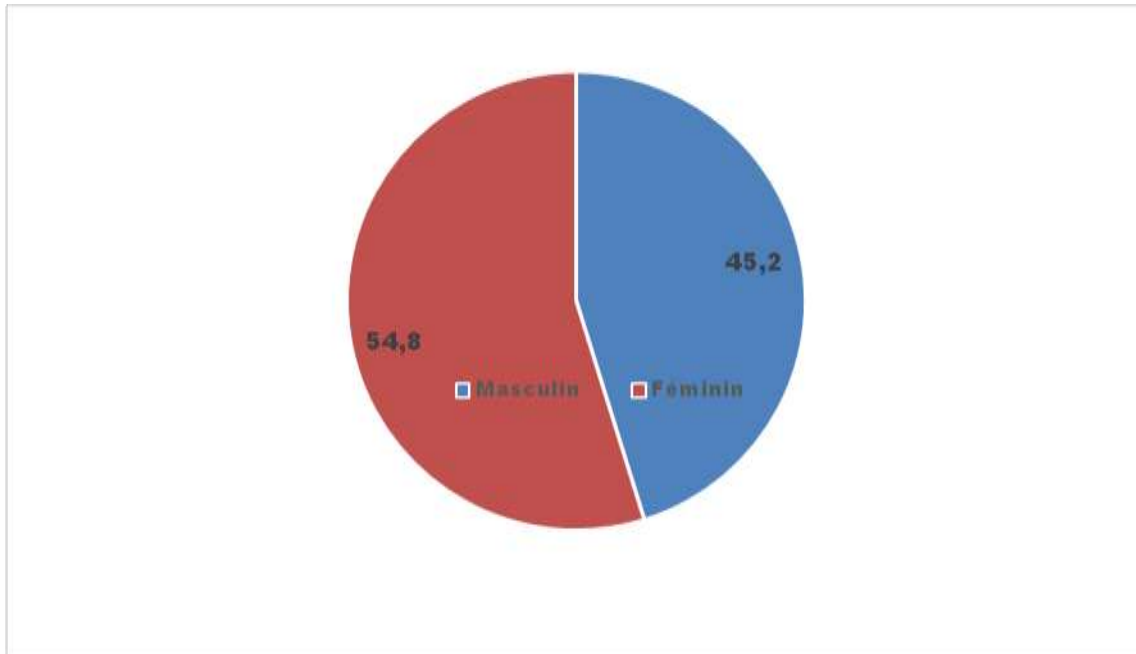


Figure 2: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon le sexe en 2019

Le sexe féminin était le plus représenté avec 54,8%.

Tableau II: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les caractéristiques sociodémographiques en 2019.

Caracteristiques	Effectif	Pourcentage	Ecart type
Age (année) (n=400)			0,50
14 – 17	236	59	
18 – 21	161	40,2	
22 ans et Plus	3	0,8	
Classe (n=400)			0,77
10 ^{ème} A	179	44,8	
11 ^{ème} A	138	34,5	
12 ^{ème} A	83	20,7	
Statut matrimonial (n=400)			0,30
Marié	42	10,5	
Célibataire	358	89,5	
Personnes à charge (n=400)			0,52
Chez ses propres parents	304	76	
Chez son tuteur	90	22,5	
Mari	6	1,5	
Statut professionnel des mères (n=400)			0,87
Actifs	173	43,2	
Chomages	219	54,8	
Retraités	8	2	
Statut professionnel des pères (n=400)			1,19
Actifs	269	67,2	
Chomges	83	20,8	
Rétraités	44	11,0	
Autres	4	1	

Les adolescents du groupe d'âge de 14 à 17 ans étaient les plus représentés dans notre étude, suivi des adolescents de 18 à 21 ans. Ils étaient majoritairement célibataires

4.2. Comportements sexuels

Tableau III : Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les caractéristiques liés aux comportements sexuels en 2019

Comportements sexuels	Effectif	Pourcentage	Ecart type
Avoir eu une relation sexuelle (n=400)			0,49
Oui	171	42,75	
Non	229	57,25	
Age du 1^e Rapport sexuel (n=171)			0,49
Moins de 16 ans	103	60	
16 ans et plus	68	40	
Raisons poussant au 1^{er} rapport (n=171)			0,76
Contrainte	6	4	
Imitation	32	19	
Amour	90	53	
Curiosité	43	24	

Dans notre étude, 42,75% ont eu au moins une relation sexuelle, 60% avaient commencé la relation sexuelle avant 16 ans et 53% ont déclaré avoir eu une relation amoureuse.

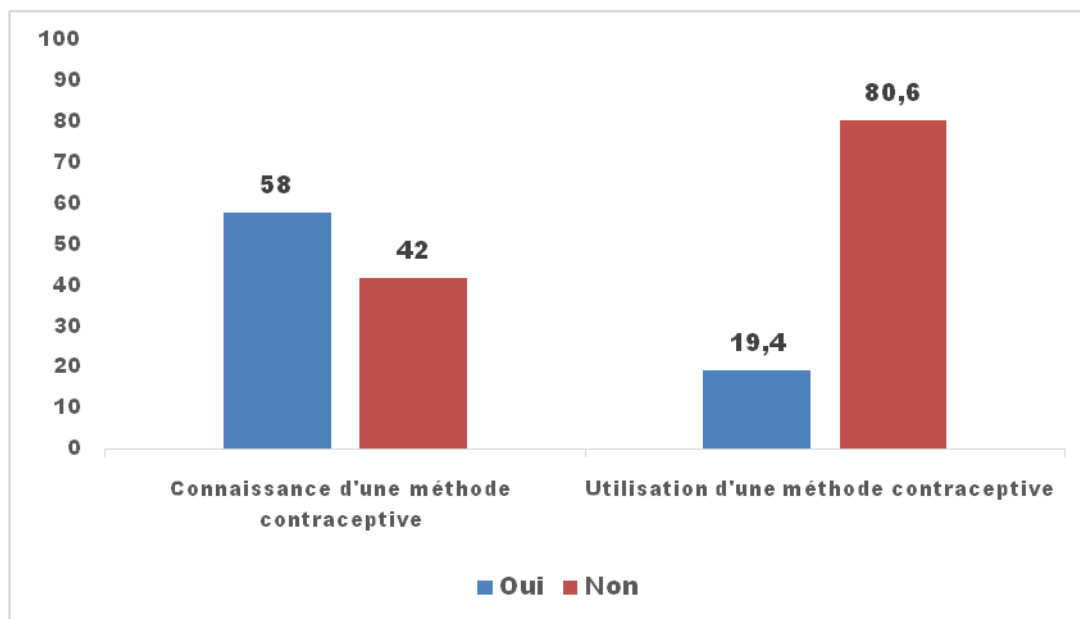


Figure 3: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon la connaissance et l'utilisation d'une méthode contraceptive en 2019.

Au moins une méthode contraceptive était connue par 232 adolescents soit 58% des adolescents et 187 adolescents soit 80,6% parmi eux n'utilisaient pas de méthode contraceptive.

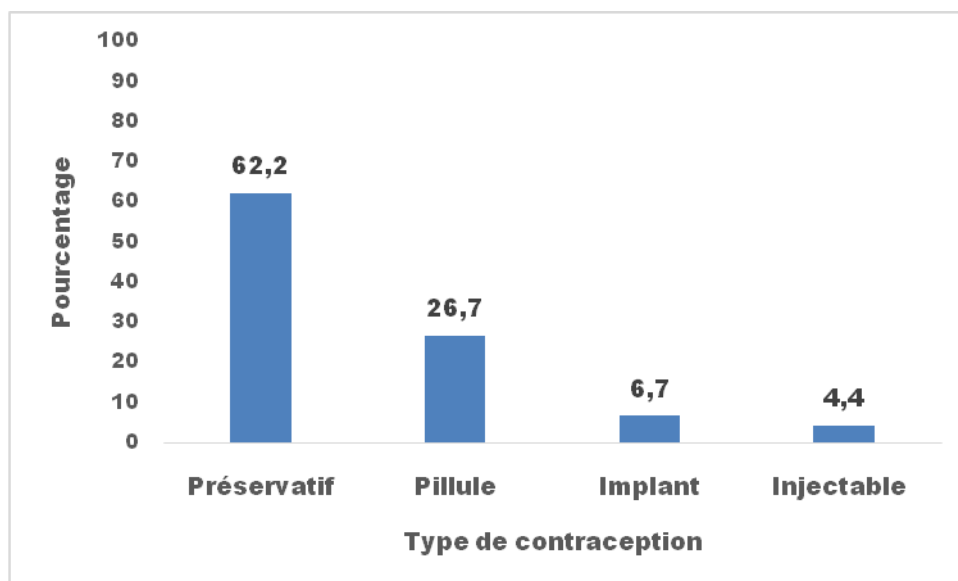


Figure 4: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon la méthode contraceptive utilisée en 2019

Parmi les méthodes contraceptives le preservatif était utilisé par 62,2% des élèves.

Tableau IV: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon les facteurs liés à l'éducation sur la santé sexuelle en 2019

Education sur la santé de reproduction	Effectif	Pourcentage	Ecart type
Discussions (n=400)			0,49
Oui	225	56,2	
Non	175	43,8	
Thèmes des discussions (n=225)			1,31
Sexualité	38	16,9	
Contraception	36	16,0	
Grossesse	19	8,4	
IST/VIH SIDA	106	47,1	
Autres	26	11,6	
Avec qui vous avez eu des discussions (n=225)			0,64
Pères	19	8,4	
Mères	51	22,7	
Amis	155	68,9	

L'éducation sur la santé de reproduction était faite dans 68,9 % par les amis. Les IST/VIH/SIDA étaient le thème le plus abordé lors des discussions avec 47,1%.

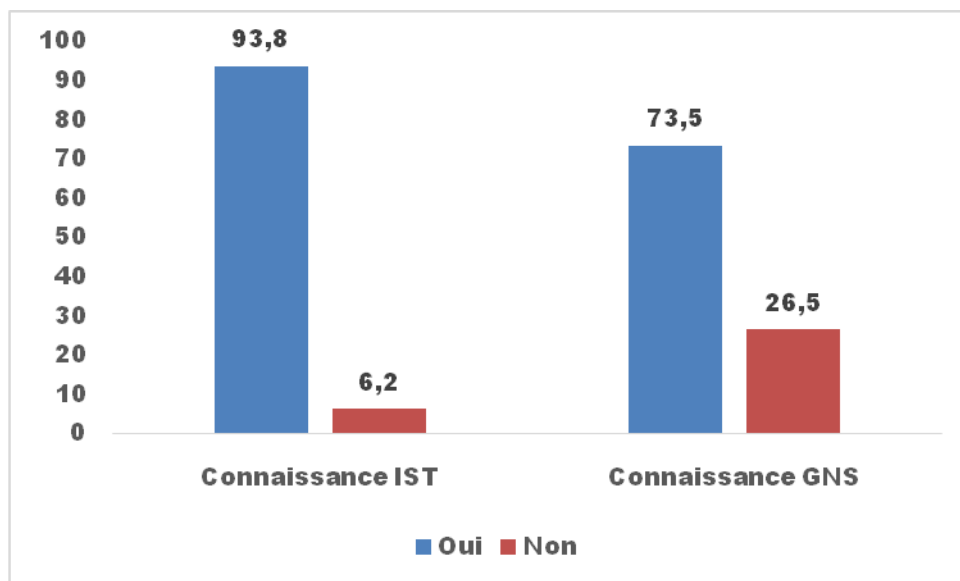


Figure 5: Répartition des adolescents selon leurs connaissances en matière d'IST et de grossesse non souhaitée en 2019

La majorité des élèves soit 93,8% avait une connaissance sur les IST et 73,5% pour les GNS.

Tableau V: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako selon le fait d'avoir contracté une IST et un traitement adapté en 2019

IST	Effectif	Pourcentage	Ecart type
Fait IST (n=375)			0,38
Oui	69	18,4	
Non	306	81,6	
Traitement IST (n=69)			0,86
Medical	36	52,2	
Traditionnel	12	17,4	
Non traite	21	30,4	

Dans notre étude, 18,4% des élèves avaient présenté d'IST et 52,2% ont eu recours au traitement médical.

Tableau VI: Répartition des élèves de la commune I du district de Bamako qui ont fait une grossesse non souhaitée et leur gestion

Grossesse non souhaitée/Gestion	Effectif	Pourcentage	Ecart type
Survenue d'une grossesse non souhaitée (n=294)			0,36
Oui	47	16,00	
Non	247	84,0	
Gestion de la grossesse (n=47)			0,73
Mener à terme	23	48,9	
Interrompue médicalement	17	36,2	
Interrompue traditionnellement	7	14,9	

Parmi les élèves 16% ont contracté une GNS et 48,9% de ces GNS sont arrivées à terme.

4.3. Facteurs associés aux comportements sexuels

Tableau VII : Relation entre l'âge du premier rapport des élèves et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Age premier rapport		P value
	Moins de 16 ans	16 ans et plus	
	Effectif	Effectif	
Sexe (n=171)			0,75
Masculin	48	30	
Féminin	55	38	
Connaissance IST (n=171)			0,26
Oui	100	63	
Non	3	5	
Connaissance GNS (n=171)			0,13
Oui	91	54	
Non	12	14	
Connaissance méthode contraceptive (n=400)			0,86
Oui	69	47	
Non	34	21	
Education sexuelle en famille (n=171)			0,19
Oui	62	48	
Non	41	20	
Pratique d'avortement (n=45)			0,67
Oui	13	9	
Non	15	8	
Utilisation méthode contraceptive (n=116)			0,87
Oui	23	15	
Non	46	32	

L'âge du premier rapport sexuel des élèves n'a aucune valeur statistiquement significative avec les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels).

Tableau VIII: Rélation entre la pratique d'avortement et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Pratique d'avortement		P value
	Oui	Non	
	Effectif	Effectif	
Sexe (n=47)			0,44
Masculin	11	8	
Féminin	13	15	
Tranche d'âge (n=47)			0,29
Moins de 18 ans	12	8	
18 ans et plus	12	15	
Connaissance IST (n=47)			1,000
Oui	23	23	
Non	1	0	
Connaissance de méthode contraceptive (n=47)			0,17
Oui	19	14	
Non	5	9	
Education sur la santé de reproduction (n=47)			0,83
Oui	16	16	
Non	8	7	

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le sexe, la connaissance des IST, la connaissance des méthodes contraceptives, l'éducation sur la santé de reproduction et la pratique d'avortement.

Tableau IX: Relation entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Utilisation de contraception		P value
	Oui Effectif	Non Effectif	
Tranches d'âge (n=231)			0,18
Moins de 18 ans	19	103	
18 ans et plus	25	84	
Sexe (n=231)			0,09
Masculin	15	91	
Féminin	29	96	
Education sur la sante de reproduction (n=231)			0,006
Oui	38	6	
Non	121	66	
Age première relation sexuelle (n=116)			0,87
Moins de 16 ans	23	46	
16 ans et plus	15	32	
Pratique d'avortement (n=33)			0,17
Oui	6	13	
Non	8	6	
Connaissance IST (n=231)			0,69
Oui	43	177	
Non	1	10	
Connaissance GNS (n=231)			0,16
Oui	38	142	
Non	6	45	

Hormis l'existence de lien statistiquement significatif entre l'éducation sur la santé de reproduction et l'utilisation des méthodes contraceptives avec la $p=0,006$. La tranche d'âge, la connaissance des Grossesse non souhaitée, la pratique d'avortement, l'âge de premier rapport sexuel, la connaissance des IST ne présentent aucun lien statistique.

4.4. Facteurs associés au niveau de connaissance des adolescents

Tableau X: Répartition des élèves qui ont affirmé connaître une GNS selon les autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Connaissance GNS		P value
	Oui Effectif	Non Effectif	
Tranches d'âge (n=400)			0,24
Moins de 18 ans	168	68	
18 ans et plus	126	38	
Sexe (n=400)			0,000
Masculin	116	65	
Féminin	178	41	
Connaissance IST (n=400)			0,001
Oui	283	92	
Non	11	14	
Connaissance méthode contraceptive (n=400)			0,02
Oui	181	51	
Non	113	55	
Utilisationcontraception (n=231)			0,16
Oui	38	6	
Non	142	45	
Avoir déjà eu une relation sexuelle (n=400)			0,000
Oui	115	26	
Non	149	80	
Education sur la santé de reproduction (n=400)			0,002
Oui	179	46	
Non	115	60	

Il existe une relation statistiquement significative entre la GNS et l'éducation sur la santé de reproduction $p=0,002$; l'expérience sexuelle $p=0,000$; la connaissance des méthodes contraceptives $p=0,02$ et celle des IST $p=0,001$; le sexe $p=0,000$.

Tableau XI: Répartition des élèves qui ont affirmé connaître une IST en fonction des autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Connaissance IST		P value
	Oui Effectif	Non Effectif	
Connaissance méthode contraceptive (n=400)			0,20
Oui	221	154	
Non	11	14	
Utilisation contraception (n=231)			0,69
Oui	43	1	
Non	177	10	
Avoir déjà eu une relation sexuelle (n=400)			0,30
Oui	163	8	
Non	212	17	
Education sur la santé de reproduction(n=400)			0,41
Oui	213	12	
Non	162	13	
Tranches d'âge (n=400)			0,09
Moins de 18 ans	217	19	
18 ans et plus	158	6	
Sexe (n=400)			0,02
Masculin	164	17	
Féminin	211	8	

Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre la connaissance des IST et l'éducation sur la santé de reproduction $p=0,41$; le sexe $p=0,02$ a une valeur significative avec la connaissance des IST.

Tableau XII: Répartition des élèves qui connaissaient au moins une méthode contraceptive en fonction des autres caractéristiques (sociodémographiques et comportements sexuels)

Autres caractéristiques	Connaissance méthode contraceptive		P value
	Oui	Non	
	Effectif	Effectif	
Avoir déjà eu une relation sexuelle) (n=400)			0,001
Oui	116	55	
Non	116	113	
Education sur la santé de reproduction (n=400)			0,000
Oui	160	72	
Non	72	103	
Tranches d'âge (n=400)			0,003
Moins de 18 ans	122	114	
18 ans et plus	110	54	
Sexe(n=400)			0,68
Masculin	107	74	
Féminin	125	94	

Il y'a une relation statistiquement significative entre la connaissance des méthodes contraceptives et l'éducation sur la santé de reproduction $p=0,000$; le sexe $p=0,68$ n'a pas de valeur statistiquement significative avec la connaissance des méthodes contraceptives.

5. Commentaires et discussion

5.1. Atteintes des objectifs et Limites

5.1.1. L'atteinte des objectifs de l'étude

Cette étude nous a permis de :

- ✓ Etudier le comportement sexuel des lycéens en milieu scolaire dans la commune I du district de Bamako ;
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des adolescents de la commune I du district de Bamako ;
- ✓ Identifier les comportements sexuels à risque des adolescents de la commune I du district de Bamako ;

5.1.2. Limites de l'étude

La principale limite était la méthode de collecte qui était l'interview des élèves, vu que c'était la seule source d'information on n'avait pas de moyen de vérification de ces informations. Cela pourrait constituer une limite car les élèves peuvent nous donner des informations incorrectes.

Nous avons également été confrontés à un certain nombre de problèmes pendant la réalisation de cette étude :

- ✓ La difficulté d'accès aux intéressés durant les périodes de cours.
- ✓ Le manque de temps suffisant pour avoir l'avis de grandes majorités des élèves.
- ✓ Le manque de ressources pour pouvoir enquêter un nombre plus important de lycées, ce qui allait augmenter la taille de notre échantillon.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques :

La tranche d'âge de 14 à 17 ans était la plus représentée soit 59% avec un âge moyen à 17,22ans \pm 1,5 pour des extrêmes de 14 à 23 ans ; une prédominance du sexe féminin (54,8%) et 89,5% des adolescents(es) étaient célibataires. Notre résultat est différent de celui de ROCARE et al en 2009 à Sikasso qui trouvent 36,9% pour la tranche d'âge de 15 à 16 ans ; 63,1% pour le sexe masculin [17]. Il ressort dans notre étude que 44,8% des élèves fréquentaient la 10^e année,

supérieur au 18,3% de ROCARE et al en 2009 à Sikasso. La majorité des adolescents(es) soit 89,5% étaient célibataires. Ce résultat est comparable à celui de Traore MM en 2008 dans la Commune III du District de Bamako qui trouve 95,0% des célibataires [18].

Plus de sept sur dix soit 76% des adolescents (es) vivaient avec leurs propres parents. Ce résultat est similaire à celui de Traore MM en 2008 dans la Commune III du District de Bamako qui trouve 70,3% des adolescents (es) vivaient chez leurs parents [18].

5.3. Comportements sexuels :

Dans notre étude 42,75% des adolescents ont eu au moins une relation sexuelle, ce résultat est inférieur aux ceux de TRAORE A en 2006 à Bamako et de TOURE B et al en 2000 à Abidjan qui trouvent respectivement 50% et 56,1% [11,19].

Six sur dix soit 60% d'adolescents avaient commencé la relation sexuelle avant 16 ans, ce résultat est différent de celui de TRAORE A en 2006 à Bamako qui trouve 83,5% [11].

Nous remarquons que nos élèves ont eu une activité sexuelle précoce dont les causes peuvent être multiples. La principale raison pourrait être le manque d'éducation sexuelle d'une part au sein des familles, dans la société et d'autres part à l'école où les cours traditionnels ne traitent de la Biologie et de l'anatomie.

En ce qui concerne les méthodes contraceptives, plus de la moitié de nos enquêtés (62,2%) utilisaient le préservatif. Ce taux est différent de ceux de TRAORE A en 2006 à Bamako ; de TOURE B 2000 à Abidjan et al et de BERTHE en 2000 à Bamako qui trouvent respectivement 39,2% ; 84,3% et 24,4% [11, 19, 20]. En voyant tous ces résultats, nous pouvons affirmer que nos élèves ont un comportement à risque.

La majorité des adolescents (es) soit 75,8% ont indiqué la pharmacie comme lieu de procuration des méthodes contraceptives. Ce résultat est supérieur au

70,9% de TRAORE A en 2000 à Bamako [11]. Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité des préservatifs dans la pharmacie.

Dans notre étude 56,2% des adolescents (es) abordaient avec leurs parents une discussion sur la santé de la reproduction. Ce résultat est supérieur à ceux de TRAORE A en 2006 à Bamako et de TRAORE MM en 2008 dans la Commune III du District de Bamako qui trouvent respectivement 41,1% et 30,3% [11, 18]. Il ressort de notre étude que ; 93,8% avaient une connaissance sur les IST. Notre résultat est similaire à ceux de TRAORE M en 2008 dans la Commune III du District de Bamako et de SACKO en 2000 au lycée Bah Aminata Diallo affichent respectivement 98,3% et 94,9% [18, 21]. Ceci pourrait s'expliquer par l'accent particulier porté sur la pandémie IST /VIH-SIDA lors des multiples campagnes de sensibilisations.

Dans notre étude, la grossesse non désirée a été évoquée dans 16,0% de cas. Notre résultat est inférieur à celui de MAIGA F en 2009 au Service de Gynécologie et d'obstétricale du CHU du Point G qui trouve 28,6% des cas [22]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos élèves recevaient plus d'informations sur l'éducation sexuelle.

5.4. Facteurs associés aux comportements sexuels :

Dans notre étude, l'éducation sur la santé de reproduction influençait positivement l'utilisation des méthodes contraceptives. Les adolescents (es) ayant bénéficiés une éducation sur la santé de reproduction ont plus de chance d'utiliser des méthodes contraceptives. Plus les adolescents sont sexuellement éduqués, plus leurs connaissances sur les méthodes contraceptives seront meilleures.

5.5. Facteurs associés au niveau de connaissance des adolescents :

Une association significative a été observée entre la connaissance des GNS et le sexe avec $p = 0,000$. Les filles avaient plus de connaissance sur GNS que les garçons ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que les filles recevaient plus d'information sur la santé de reproduction que les garçons.

Il existe une relation significative entre la connaissance des IST et celle des GNS avec $p=0,001$. Les adolescents (es) qui avaient une connaissance sur les IST ont plus de chance de connaître les GNS (283/375).

La connaissance sur les GNS influait positivement la connaissance des méthodes contraceptives. Les adolescents (es) qui avaient une connaissance sur les GNS, en revanche ont plus de connaissance sur les méthodes contraceptives.

6. Conclusion :

Au terme de cette étude qui a porté sur l'évaluation du comportement sexuel des adolescents(es) en milieu scolaire dans la commune I de Bamako, il ressort une sexualité précoce avec un âge au premier rapport à 16 ans, une bonne connaissance des IST ainsi que les moyens de leur prévention.

Nous avons constaté que la majorité des jeunes élèves n'ont pas eu recours aux préservatifs lors de leur premier rapport sexuel, ceci constitue une situation à risque. Que faudra-t-il faire pour introduire l'éducation sexuelle dans notre système éducatif ?

7. Recommandations

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

Pour les taux faibles d'utilisations des méthodes contraceptives, nous recommandons :

- **Aux autorités nationales et internationales**
 - Étendre et accroître les centres d'écoute, d'orientation et de conseil pour les jeunes
- **Aux personnels de santé, aux ONG**
 - Accentuer la sensibilisation sur les IST/SIDA surtout dans les lieux de regroupement des jeunes
- **Aux parents d'adolescents 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 et VIH/SIDA
- **Aux adolescents**

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

References Bibliographiques

1. Inoussa S. Amélioration de la santé de reproduction des jeunes et des adolescents : cas de « l'initiative –jeune » au Niger. M005-13. 2005. Sénégal. Accessible à : <http://www.beep.ird.fr/collect/inseps/index/assoc/MO05-13.dir/MO05-13.pdf> (Date d'accès : 28/01/2020)
2. Rwenge JRM. Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés. African Journal of Reproductive Health March 2013; 17(1)
3. International Planned Parenthood Federation (IPPF), GUTTMACHER Institute. Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement. Consulté le 20 juin en 2019 sur www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/FB-Adolescents-SRH-FR.pdf
4. Jaffre Y, Ahouangonou S, Dahounto A, Viayinon P. Ecole et Santé de la reproduction : Une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin (novembre 2014 – juillet 2015). NOTES TECHNIQUES – N°11 – DECEMBRE 2015 ; consulté en juillet 2019 sur <https://www.afd.fr/fr/ressources/ecole-et-sante-de-la-reproduction-une-recherche-action-dans-les-departements-du-littoral-et-de-latlantique-au-benin-novembre-2014-juillet-2015>
5. Guiella G. Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne: l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda. 2012. P222. Thèse : Université de Montréal : Faculté des Arts et des Sciences : Janvier 2012.
6. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du

Mali 2018. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

7. Camara F. Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés. 2017. P150. Mémoire : Université de LAVAL : Quebec 2017.
8. Sidibé B. Etude descriptive du comportement sexuel de la population de Mopti. 2010. P67. Thèse de médecine : USTTB : Bamako 2010.
9. UNICEF : Le mariage précoce. Les Points Essentiels .Digest Innocenti, no7 Mars 2001.
10. Traoré C T. Avortements provoqués clandestins : complications colligées au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. 2010. P 119. Thèse de médecine : USTTB : Bamako 2010.
11. Traoré A. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA. 2006. P 92. Thèse de pharmacie : USTTB : Bamako 2006.
12. Gerbase A. La santé sexuelle et reproductive : un enjeu international de santé publique : journée de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et promotion de la santé sexuelle. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes de la France. Mars 2015, 12p. France
13. Maïga F H. Les avortements à risque dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point G. 2009. P 109. Thèse de médecine : USTTB : Bamako 2009.
14. Larousse médicale 202. Consulté le 04 Octobre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
15. Wafo F. Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun.

- Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2012. Français. .
16. Gouvernorat du district de Bamako. Direction régionale de la santé. Plan de développement socio- sanitaire de la commune I 2014 – 2018. 2013 ; 89 P
 17. Dembélé N A, Coulibaly S, Cissé A, Coulibaly H B, Dao I. Impact de la connaissance du VIH et SIDA sur le comportement sexuel chez les élèves dans deux établissements scolaires de Sikasso. Edition 2009, Rapport d'étude, p 39
 18. Traore M. Comportements sexuels, connaissances et attitudes des lycéens face aux IST et VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la communes III du District de Bamako. 2009. 94P. Thèse de Médecine : USTTB : Bamako 2009.
 19. Touré B, Koffi K, Kouassi G V, Kokoun E, Angbo E O, Koffi N M, Diarra-Nam A J. Connaissances attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/sida. Médecine tropicale 2005 ; 65 :346-348
 20. Tantchou Yakam J C. Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. Natures Sciences Sociétés [en ligne] 2009 [consulté le 10/04/2019] 17, 18-28 consultable sur <http://dx.doi.org/10.1051/nss/2009004>
 21. Vodiena G N. Coppieters Y, Dimonfu Lapika B, Kalambayi P K, Gomis D, Piette D. Adolescents' and young people's perceptions of sexual and reproductive health in the Democratic Republic of Congo. Santé publique 2012, volume 24, n° 5, pp. 403-415
 22. Pettifor A, O'Brien K, Mac Phail C, Miller W C, Rees H. Précocité des premiers rapports sexuels et facteurs de risque de contraction du VIH associés chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique du Sud.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2010, pp. 29–37

QUESTIONNAIRES

Questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques

- 1- Age de l'enquêté ? / ____ / ____ /
- 2- Sexe de l'enquêté ? / ____ / 1- M 2- F
- 3- Quel est votre classe ? / ____ / 1-10^e 2-11^e 3-12^e
- 4- Quel est votre ethnie ? / ____ /
 - 1- Bambara
 - 2- Peulh
 - 3- Minianka
 - 4- Senoufo
 - 5- Bozo
 - 6- Sonrhai
 - 7- Autres
- 5- Quel est votre statut matrimonial ? / ____ /
 - 1- Marié (e)
 - 2- Célibataire
 - 3- Divorcé
 - 4- Veuf
- 6- Votre résidence ? / ____ /
 - 1- chez ses propres parents
 - 2- chez un tuteur
 - 3- autres à préciser
- 7- Votre étude est financée par qui ? / ____ /
 - 1- Parent
 - 2- Copain
 - 3- Fiancé
 - 4- Autres
- 8- Quel est la profession des parents ?
 - Mères / ____ /

- 1-Actifs
- 2-Chômage
- 3-Retraité
- 4-Autres

I- Pères /____/

- 1-Actifs
- 2-Chômage
- 3-Retraité
- 4-Autres

Questions relatives aux caractéristiques sanitaires

9- Avez-vous déjà entendu parler d'une IST ? /____/ 1-Oui 2-Non

10- Si oui vous pouvez nous définir?/____/

- 1-une infection / maladie sexuellement transmissible
- 2-maladie qu'on attrape après un rapport sexuel non protégé
- 3- autres à préciser

11- Pouvez-vous nous citer quelques exemples d'IST ?

.....
.....
.....

12- Au cours des 6 derniers mois avez-vous fait une IST ? /____/ 1-oui

2- non

13- Comment avez-vous traité cette IST /____/

- 1-traitement médical
- 2-traitement traditionnel
- 3-non traité
- 4-autres à préciser

14- connaissez vous une grossesse non souhaitée ? /____/ 1-Oui 2-Non

- 15- Si Oui, est ce que vous pouvez nous expliquer ? /____/
- 1-grossesse qu'on a pas souhaitée ou désirée
 - 2-conséquences de rapport non protégé
 - 3-autres à préciser
- 16- Avez-vous déjà vécu une situation pareille ? /____/ 1-Oui 2-Non
- 17- Si oui Comment l'avez-vous géré ?/____/
- 1-grossesse mener à terme
 - 2-grossesse interrompue médicalement
 - 3-grossesse interrompue traditionnellement
 - 4-autres à préciser

Questions relatives aux comportements sexuels ?

- 18- Avez-vous déjà eu une relation sexuelle ? /____/1-Oui 2-Non
- 19- Si oui à quel âge /____/
- 20- Donnez les raisons /____/
- 1-Contrainte
 - 2-Imitation
 - 3-Amour
 - 4-Curiosité
 - 5-Autres
- 21- Connaissez-vous au moins une méthode contraceptive moderne ? /____/ 1-Oui 2-Non
- Si _____ oui citez?.....Utilisez-vous une de ces méthodes /____/1-oui 2-non
- 22- Si oui laquelle
- 23- Avez-vous l'attitude de discuter de certains sujets en famille ?/____/1-Oui 2-Non
- Si Oui quels sujets vous abordez ?/____/

1-sexualité

2-contraception

3-grossesse (y compris les grossesses non souhaitées et ses conséquences)

4-IST/VIH SIDA

5-autres à préciser

24- Avec qui abordez –vous ces questions /____/

1-père

2-mère

3-amis(es) (y compris copains et copines)

4-autres à préciser

Indiquer les lieux ou vous pouvez vous procurer de préservatif en cas de besoin ? /____/

1-Pharmacie

2-Marché

3-Kiosque de vente de médicament

4-Centre de santé intégrée

5-Autres

25- Quelles sont les raisons d'utilisations des méthodes contraceptives ?

/____/

1-Plaisir

2-Protéger des MST

3-Craintes de grossesses

4-Ne sait pas

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : DOLO

Prénom : Atoï

Titre de la Thèse : Evaluation du comportement sexuel des adolescents en milieu scolaire dans la commune I du district de Bamako en 2019.

Année de soutenance : 2020 - 2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Résumé : Notre étude de type transversale portant sur 400 élèves âgées de 14 à 23ans s'est réalisé du 04 Avril 2019 au 4 Mai 2019 aux lycées Fily Dabo SISSOKO, El Moctar KONATE, Badarah TOURE. Elle avait pour objectif d'étudier le comportement sexuel des lycéens en milieu scolaire dans la commune I du district de Bamako en 2019.

La majorité des élèves soit 93,8% avait une connaissance sur les IST et 73,5% pour les grossesses non souhaitée.

L'utilisation du préservatif (62,2%) à été le moyen de prévention le plus répandu.

Malgré leur bonne connaissance sur les IST, SIDA, les adolescents ont un comportement à risque élevé pour cela 80,6% des adolescents n'ont pas eu recours aux contraceptions lors de leur 1^{er} rapport sexuel.

Mots clés : Adolescents, IST/SIDA, Grossesse non désirée, Contraception.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, **je promets et je jure**, au nom de **l'Être 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.

Admis 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 moeurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !