

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNEE 2019

N° 02

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par

Julie GARAUD

Présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 2019

**Prévention et Prise en charge des Grossesses
Non Désirées chez les filles scolarisées dans
les districts sanitaires de Soubré et Méagui en
Côte d'Ivoire en 2018**

Président du jury : Pr Jean-Michel ROBERT, Professeur en Chimie Médicinale & Dug & Discovery, Faculté de Pharmacie de Nantes

Directeur de thèse : Pr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie à la Faculté de Pharmacie de Nantes

Membre du jury : Dr Michèle Tétart, Pharmacien Responsable chez Médecins Sans Frontières Logistique

Dr Stéphanie Durand, Pharmacien d'officine

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ACRONYMES	7
TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX	9
INTRODUCTION	11
PARTIE I : Contexte Géographique, Sanitaire, Scientifique de la Côte d'Ivoire et Justification de l'enquête sur les Grossesses Non Désirées	14
CONTEXTE GENERAL	15
I. Contexte géographique	15
1.1. Situation géographique	15
1.2. Organisation politique et administrative	15
1.3. Démographie et développement	16
1.4. Ressources économiques	16
II. Contexte sanitaire	16
2.1. Le système de santé ivoirien	16
2.2. Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire	19
III. Contexte scientifique et justification	20
3.1. Santé sexuelle et reproductive : états actuels des connaissances.....	20
3.2. Etats des lieux sur la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux soins.....	21
3.2.1. Les adolescents et jeunes et la santé.....	21
3.2.2. Les grossesses chez les adolescentes et jeunes : épidémiologie, déterminants et conséquences	23
3.3. La santé sexuelle et reproductive des élèves dans le contexte Ivoirien	26
3.4. Etats des lieux sur la santé sexuelle et reproductive à Soubré	27
PARTIE II : Objectifs, Méthodologie et Organisation de la mission terrain	29
OBJECTIFS	30
I. Objectif principal	30
II. Objectifs spécifiques	30
METHODOLOGIE	31
I. Définition des termes	31
II. Cadre de l'étude.....	31
III. Méthodologie de l'enquête quantitative	32
3.1. Volet 1 : Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives	32

3.1.1.	Schéma et période d'étude.....	32
3.1.2.	Population d'étude	32
3.1.3.	Echantillonnage.....	33
3.2.	Volet 2 : Satisfaction des 3 structures sanitaires offrant des services pour les adolescentes et les jeunes filles	34
3.2.1.	Schéma et période d'étude.....	34
3.2.2.	Population d'étude	34
3.2.3.	Echantillonnage.....	35
3.3.	Outils et Modes de recueil	35
3.4.	Aspect éthique et réglementaire	35
3.5.	Analyse des données	36
3.5.1.	Saisie et fusion des données.....	36
3.5.2.	Analyse statistique	36
IV.	Méthodologie de l'enquête observationnelle	39
4.1.	Population d'étude	39
4.2.	Sélection des enquêtées	39
4.3.	Mode et outils de recueil	39
4.4.	Données collectées	39
4.5.	Plan d'analyse.....	40
	ORGANISATION DE LA MISSION TERRAIN	41
I.	Préparation de l'enquête	41
II.	Recueil et traitement des données	43
III.	Travail personnel	44
	PARTIE III : Résultats, Discussion et Recommandations de l'enquête.....	45
	RESULTATS	46
	Volet 1 : Connaissance et Utilisation des méthodes	46
I.	Description de la population d'enquête	46
1.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	46
1.1.1.	Structure par âge	46
1.1.2.	Niveau d'instruction, religion, statut matrimonial et âge des partenaires.....	46
1.2.	Lieu d'habitation des élèves enquêtées.....	49
1.3.	Activités sexuelles	49
1.3.1.	Premiers rapports sexuels et les raisons poussant à ce premier rapport.....	49
1.3.2.	Utilisation des méthodes contraceptives lors du premier rapport sexuel.....	51

1.3.3.	Etude du lien entre le milieu de vie des élèves et l'entrée en activité sexuelle	52
1.3.4.	Sexualité des 6 derniers mois et multipartenariat sexuel	53
1.4.	Grossesses, issues des grossesses et pratique de l'avortement	54
1.4.1.	Survenue des grossesses et leurs issues	54
1.4.2.	Pratique de l'avortement	55
1.5.	Utilisation des services de Santé Sexuelle et Reproductive	56
II.	Connaissance des méthodes contraceptives par les filles	58
2.1.	Méthodes contraceptives citées	58
2.2.	Facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives modernes (moins de 3 méthodes contraceptives connues)	61
III.	Utilisation d'une méthode contraceptive moderne	65
3.1.	Prévalence contraceptive et type de contraception utilisé	65
3.2.	Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les filles scolarisées	67
Volet 2 : Satisfaction des structures sanitaires		70
I.	Satisfaction des filles enquêtées après une consultation en SSR	70
1.1.	Caractéristiques sociodémographiques des filles enquêtées	70
1.2.	Mesure de la satisfaction des filles en sortie de consultation en SSR	72
Volet 3 : Observation dans les structures sanitaires		75
I.	Analyse de l'organisation des 3 structures sanitaires	75
II.	Analyse des consultations des 3 structures sanitaires	77
2.1.	Structure sanitaire A	77
2.2.	Structure sanitaire B	80
2.3.	Structure sanitaire C	81
DISCUSSION		84
I.	Rappel des principaux résultats	84
II.	Validité de l'enquête	85
2.1.	Validité interne (force et principales limites)	85
2.2.	Validité externe	86
III.	Recommandations	90
CONCLUSION		93
REFERENCES		95
ANNEXES		102

REMERCIEMENTS

Au **Pr Jean-Michel Robert**, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Au **Pr Alain Pineau**, qui a su prendre le temps d'examiner mon travail et qui a accepté de diriger cette thèse.

Au **Dr Michèle Tétart**, qui me fait l'honneur d'être membre du jury, MSF Logistique est mon premier emploi et je suis ravie de vous avoir rencontré pour cette expérience riche en découverte pour moi. Merci de faire partie de ce jury.

Au **Dr Stéphanie Durand**, qui a été la première pharmacienne avec son associée Mme Chesneau, à me faire confiance pour mon stage de 2^{ème} année d'officine dans sa pharmacie à Pornic. Je la remercie de faire partie de mon jury.

Au **Dr Géraldine Colin**, ma maîtresse de stage, merci pour ton accompagnement depuis maintenant presque 2 ans, de m'avoir permis de travailler pour Médecins du Monde, de m'avoir fait confiance sur cette enquête et pour tous tes conseils dans la suite de ma carrière. J'ai appris énormément et c'est grâce à toi.

Au **Dr Didier Ekouevi**, directeur du programme PACCI, pour m'avoir accueilli au sein de votre organisme, merci pour vos conseils et votre bienveillance.

A toute **l'équipe de Médecins du Monde**, à Abidjan et à Soubré, merci de m'avoir réservé un accueil si chaleureux au sein de l'ONG, merci pour tous vos sourires et vos conseils.

A toute **l'équipe PACCIENNE**, Raoul, Patrick, Serge, Séverin, Philippe, Sylvain et d'autres encore, merci pour tous vos conseils, notamment sur la rédaction du mémoire et sur le logiciel R, merci pour votre soutien précieux durant mes 2 mois sur Abidjan.

A **Shino Arikawa**, ma tutrice de stage, merci d'avoir été présente à distance et d'avoir répondu à mes questions par mail.

A tous **ceux qui ont participé à cette enquête**, merci aux enquêteurs et au superviseur, mais aussi aux jeunes filles et aux prestataires de santé, sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu.

A **Anthony**, mon doudou, pour avoir été d'un parfait soutien que se soit de France ou même sur place. Tu m'as toujours suivi dans tout ce que j'ai entrepris, tu es d'une aide si précieuse. Mille fois merci.

A ma **Famille**, qui accepte mes choix de vie et mes décisions malgré la distance que cela impose, merci pour votre soutien et tout votre amour !

A toute **l'équipe pédagogique du Master 2 Santé Internationale**, responsables et intervenants, merci pour votre accompagnement pour cette année qui fût riche en enseignements.

A ma **promo de Master**, pour tous les bons moments qu'on a partagé ensemble et pour avoir contribué à faire vivre une ambiance incroyablement chaleureuse tout au long de l'année. Merci à vous.

A mes **ami(e)s de pharmacie, Marion, Charlotte, Cassou, Mathilde, Stella, Chloé, Eloïse, Mathilde V., Bertan, Wassim** et tous mes copains de fac, merci pour tout : les fous rires, les TP, les soirées, les pharmagirls...

LISTE DES ACRONYMES

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSU	Centre de Santé Urbain
CU	Contraception d'Urgence
DDS	Directions Départementales de la Santé
DMOSS	Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
DRS	Directions Régionales de la Santé
DRENET-FP	Direction Régionale de l'Enseignement National, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
DSSR	Droits en Santé Sexuelle et Reproductive
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EPN	Etablissements Publics Nationaux
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
FNSA	Filles Non Sexuellement Actives
FSA	Filles Sexuellement Actives
GND	Grossesse Non Désirée
IDH	Indice de Développement Humain
IIQ	Intervalle Interquartile
INS	Instituts Nationaux Spécialisés
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MdM	Médecins du Monde
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PF	Planification Familiale
PMT	Praticiens de Médecine Traditionnelle
PNPMT	Programmes National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSSU	Service de Santé Scolaire et Universitaire
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Carte géographique de la Côte d'Ivoire	15
Figure 2 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire	17
Figure 3 : Les différents niveaux où s'exercent des pressions favorisant la survenue des grossesses.....	23
Figure 4 : Formation des enquêteurs dans les locaux de Médecins du Monde	42
Figure 5 : Une enquêtrice interrogeant une élève d'un lycée, mai 2018, enquête mi-parcours sur le projet GND en Côte d'Ivoire.....	43
Figure 6 : Monitoring sur sites des questionnaires dans un lycée, avril 2018, enquête mi-parcours sur le projet GND en Côte d'Ivoire.....	43
Figure 7 : Entrée en vie sexuelle en fonction du milieu de vie chez les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	53
Figure 8 : Distribution du nombre de méthodes contraceptives modernes citées (avec préservatifs et CU) par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts de Soubré et de Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	60
Figure 9 : Distribution du nombre de méthodes contraceptives modernes citées (sans préservatifs et CU) par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts de Soubré et de Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	61

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description de la population des adolescentes et jeunes filles et calcul de l'échantillon par niveau scolaire dans les districts sanitaire de Soubré et Méagui, Côte d'Ivoire, 2018.	33
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	48
Tableau 3 : Conditions de vie des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	49
Tableau 4 : Activité sexuelle des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	50
Tableau 5 : Utilisation des méthodes contraceptives aux premiers rapports sexuels et les causes de cette utilisation ou non chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	52
Tableau 6 : Sexualité des 6 derniers mois et multipartenariat sexuel des adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	54
Tableau 7 : Survenue des grossesses et leurs issues chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	55
Tableau 8 : Fréquentation des services de Santé Sexuelle et Reproductive par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, 2018.	57
Tableau 9 : Connaissance des méthodes contraceptives des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles	

sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	59
Tableau 10 : Facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives modernes (moins de 3 méthodes de contraception connues) des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	63
Tableau 11 : Utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans (N=507) et plus particulièrement chez les filles sexuellement actives (N=215) en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018...	66
Tableau 12 : Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (hors préservatifs et contraception d'urgence) chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours sur le projet GND, 2018.	68
Tableau 13 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans enquêtées après une consultation dans une des 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui (N=212), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	71
Tableau 14 : Degré de satisfaction des filles enquêtées suite à une consultation en SSR dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui (N=212), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	74
Tableau 15 : Score d'observation concernant la gestion des méthodes contraceptives dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	75
Tableau 16 : Score d'observation concernant la mise en place d'une approche jeune dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	76
Tableau 17 : Score d'observation concernant les conditions de stockage des pharmacies dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.....	77
Tableau 18 : Différents motifs de visite dans la structure sanitaire A par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans dans les districts de Soubré et Méagui (N=26), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	78
Tableau 19 : Différents motifs de visite dans la structure sanitaire C par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans dans les districts de Soubré et Méagui (N=19), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.	81

INTRODUCTION

La Conférence internationale du Caire sur la population et le développement tenue en 1994, suivie en 1995 de la Conférence internationale de Beijing sur les femmes constituent des étapes essentielles, au niveau international, pour le plaidoyer en faveur du respect des droits des femmes en matière de procréation et la révision des lois pénalisant l'avortement (1,2). Depuis plus de 20 ans, les acteurs se mobilisent à tous les niveaux avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en 2000 puis en 2015 *les Objectifs* du Développement Durable (ODD) pour assurer notamment « l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale (PF), d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux » (3).

Sur le terrain, force est de constater qu'il est encore difficile pour les individus, et notamment les femmes, d'atteindre un état de bien être physique, émotionnel, mental et social concernant leur sexualité et leur santé reproductive. L'incidence de grossesses non désirées (GND) et des avortements à risques sont des éléments révélateurs de ces difficultés. Les adolescentes et les jeunes filles sont particulièrement vulnérables face à ces problématiques de santé sexuelle et reproductive (SSR). En effet, près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde et 95% de ces naissances surviennent dans des pays en développement (4). De nombreux facteurs contribuent à ces grossesses précoces. Les adolescentes peuvent subir des pressions pour qu'elles se marient et enfantent jeunes, d'autres ont un niveau de scolarité bas favorisant la survenue de grossesses (5,6). Certaines ne savent pas comment éviter une grossesse, tandis que d'autres ne sont pas en mesure d'obtenir des moyens de contraception.

Dans les pays à revenu faible et modéré, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la principale cause de décès chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. En 2008, il y a eu environ 3 millions d'avortements à risque chez les 15-19 ans (4).

Au-delà des risques sur leur santé physique comme les complications dûes au jeune âge de ces filles, les GND entraînent des risques psychosociaux importants pour les adolescentes tels que l'abandon de la scolarité, le rejet de la famille et de la communauté mais aussi au sein de leur groupe d'âge, etc.

Les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la prévention de la grossesse précoce et ses conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement présentent des interventions dans ce sens.

L'une d'entre elle est d'augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes qui risquent de tomber enceinte sans le vouloir. Cette thèse rapporte donc les résultats d'une enquête réalisée en Côte d'Ivoire permettant de documenter la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives et des services de SSR chez des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans scolarisées dans les districts sanitaires de Soubré et de Méagui situés à l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

Dans la première partie de ce travail, le contexte général et sanitaire de la Côte d'Ivoire, ainsi que le contexte scientifique concernant la SSR seront rappelés. Dans la seconde partie, les objectifs, la méthode et les résultats seront décrits et commentés, puis enfin une discussion des principaux résultats permettra de tirer des leçons de cette expérience et de formuler des recommandations pour la prévention et la prise en charge des GND chez les adolescentes.

PARTIE I

Contexte Géographique,
Sanitaire, Scientifique de la
Côte d'Ivoire et Justification de
l'enquête sur les Grossesses
Non Désirées

CONTEXTE GENERAL

I. Contexte géographique

1.1. Situation géographique

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km², limitée au Nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'Ouest par le Liberia et la Guinée Conakry, à l'Est par le Ghana, et au Sud par le Golfe de Guinée.

La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays situé à 248km d'Abidjan, la capitale économique (7). Les villes de Soubré et Méagui (Figure 1) sont situées à l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Les deux principaux ports sont à Abidjan et à San Pedro.



Figure 1 : Carte géographique de la Côte d'Ivoire
Source : Ministère des Affaires Etrangères



Soubré et Méagui

1.2. Organisation politique et administrative

Depuis le 7 août 1960, date de l'indépendance, la Côte d'Ivoire est dirigée comme une République, elle est dotée d'un régime présidentiel avec comme président actuel Mr Alassane OUATTARA. Le pays dispose également d'un vice-président, d'une assemblée nationale, d'un sénat et des collectivités décentralisées (conseils régionaux et conseils généraux). Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire est constituée de 12 districts, 30 régions, 108 départements et 509 sous-préfectures. Il faut rajouter à ce découpage 2 districts autonomes correspondant aux deux principales villes du pays que sont Yamoussoukro et Abidjan (7).

La Côte d'Ivoire a connu entre 2002 et 2011 une période de crise sociopolitique et militaire, malgré tout, le calme politique est de nouveau présent mais cette crise a eu des forts impacts sur le pays notamment dans la région de l'Ouest sur le contexte sanitaire et en particulier les villes des districts de Soubré et de Méagui.

1.3. Démographie et développement

Selon la Banque Mondiale, sur le plan sociodémographique, en 2017, la Côte d'Ivoire comptait 24 294 750 habitants (8). Cette même année, on dénombrait 49,3% de femmes (9), avec une densité de 76 habitants au kilomètre², inégalement répartie sur le territoire (10). Plus de la moitié de cette population (56%) vit en zone urbaine, principalement à Abidjan, qui recensait à elle seule, 4 707 000 habitants (11). A l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne, la population ivoirienne est jeune avec un peu plus de 41% des habitants qui ont moins de 14 ans et 34% qui ont entre 15 et 35 ans (12).

En 2016, selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Côte d'Ivoire avait un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,474 classant le pays au 171^e rang sur 188 pays (13).

1.4. Ressources économiques

La Côte d'Ivoire est le premier producteur de cacao depuis des années avec plus de 45% de la production mondiale en 2016. Soubré fait notamment partie de la boucle du cacao, ce qui en fait le 1^{er} producteur national. Le pays est également le 1^{er} producteur de noix de colas et d'hévéa (7). Le pays a donc une économie majoritairement agricole.

Après une phase de stagnation économique entraînée par près de dix années de crise, les perspectives économiques sont bonnes avec un taux de croissance qui devrait converger autour de 7,8 % pour l'année 2018 selon les estimations de la Banque Mondiale (14).

II. Contexte sanitaire

2.1. Le système de santé ivoirien

Le système sanitaire de la Côte d'Ivoire suit une structure pyramidale classique des pays en développement, organisée en trois niveaux (primaire ou central, secondaire ou intermédiaire et tertiaire ou périphérique) avec un versant administratif et un versant offre de soins (Figure 2).

L'organisation administrative du système assure la qualité des services de santé offerte à la population.

Au **niveau central** ou tertiaire, on retrouve le ministère de la santé, les directions et services centraux, les programmes de santé, chargés de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé.

Le **niveau intermédiaire**, également appelé niveau départemental/régional, est composé de 20 Directions Régionales de la Santé (DRS) qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire.

Le **niveau périphérique** est composé de 82 Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts sanitaires qui sont chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

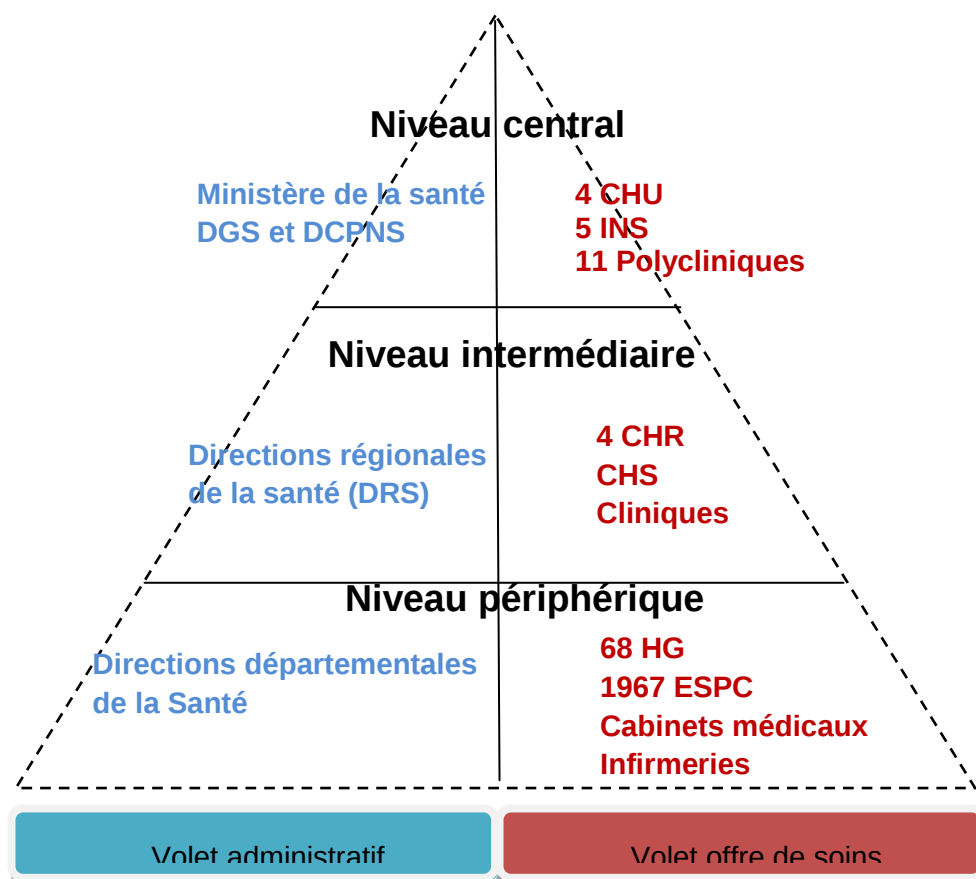


Figure 2 : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire

L'organisation de l'offre de soins en Côte d'Ivoire se subdivise en trois secteurs dominés par un secteur public prépondérant et un secteur privé en essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle.

Le **secteur public** est organisé en trois niveaux avec à sa base, au niveau primaire, des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), dont les centres de santé ruraux tenus par des infirmiers, les centres de santé urbains ou les formations sanitaires urbaines. Dans le pays, on en comptait 1967 en 2016. Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence composé d'Hôpitaux Généraux, de Centres Hospitaliers Régionaux et de Centres Hospitaliers Spécialisés, au nombre de 87. Enfin, le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence essentiellement composés d'Etablissements Publics Nationaux (EPN) avec quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et cinq Instituts Nationaux Spécialisés (INS).

Le **secteur privé** s'est développé ces dernières années avec l'émergence des établissements sanitaires privés, il est également organisé en trois niveaux. Au niveau périphérique, on retrouve les cabinets médicaux et les infirmeries, puis les cliniques au niveau intermédiaire et enfin au niveau central se sont les polycliniques qui sont essentiellement présentes dans les grandes agglomérations. Le secteur pharmaceutique occupe également une place prépondérante dans le système de santé (grossistes, officines privées, unités de production de médicaments).

Le **secteur de la médecine traditionnelle** a été mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) comme une alternative aux besoins en santé de la population pour améliorer la couverture sanitaire et réduire les inégalités en matière d'accès des populations à des soins de qualité. Ce secteur compte plus de 8500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementés par une loi datant de juillet 2015. Cependant, la qualité et la sécurité des médicaments traditionnels ainsi que la formation des tradi-praticiens restent un défi à réaliser (15).

2.2. Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est dominé par les maladies infectieuses qui constituent toujours une importante cause de morbidité et de mortalité dans le pays. Les maladies dites prioritaires sont le paludisme, la tuberculose et le Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (VIH/SIDA) (16). En 2016, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 23 700 cas pour 100 000 habitants (17) et ce sont les enfants de moins de 5 ans qui sont les plus touchés faisant du paludisme une des principales causes de morbidité et de mortalité dans cette population en Côte d'Ivoire. Cette même année, l'incidence de la tuberculose était estimée à 153 pour 100 000 habitants selon l'OMS (18) avec une mortalité (hors personnes vivants avec le VIH) de 23 pour 100 000 habitants. Des efforts ont été réalisés par le pays avec notamment l'intégration de la lutte conjointe TB/VIH effective à 100% dans les centres de prise en charge de la tuberculose.

Concernant le VIH, la Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de la région Ouest africaine malgré une diminution de la prévalence d'1% depuis 2012 avec une prévalence de 2,8% chez les 15-49 ans en 2017 selon l'ONUSIDA (19). L'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire est mixte, c'est-à-dire qu'elle combine une composante généralisée avec une composante caractérisée par des prévalences élevées dans certaines groupes de population plus exposés aux risques d'infection (les travailleuses du sexe et leurs partenaires, les prisonniers, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les usagers de drogues injectables) (20).

Les maladies non transmissibles représentent 31% des décès et sont essentiellement liées à la faiblesse du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. On note des prévalences et incidences élevées des cas de maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques avec 30,9% pour l'hypertension artérielle, 14,6% pour le tabagisme, 5,19% pour le diabète, 7,9% pour l'obésité. Ces prévalences élevées et les facteurs de risques sont le plus souvent liés à une insuffisance des actions préventives (15).

Les indicateurs en santé de la reproduction sont également alarmants. En ce qui concerne la santé de la mère, le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte

contre la mortalité maternelle passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016, plaçant la Côte d'Ivoire avec le plus haut taux de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest (21). Par ailleurs, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui est de 57,43% reste faible de même que le taux de femmes enceintes recevant les 4 visites prénatales est de 51,3% selon le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) de 2016 (22).

L'accès aux services de planification familiale reste limité dans les établissements sanitaires des régions avec des taux extrêmement faibles de fréquentation et d'usage. En 2014, bien que 81% des établissements de santé aient intégré la planification familiale dans la prise en charge de la santé de la mère, 71% offraient au moins 3 méthodes modernes et seulement 50,4% au moins 5 méthodes modernes de contraception (23).

Le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 7% en 2011 à seulement 14% en 2014 selon l'EDS 2011-2012 (23).

III. Contexte scientifique et justification

3.1. Santé sexuelle et reproductive : états actuels des connaissances

Selon les Nations Unies, la santé reproductive, qui inclue la santé sexuelle, est définie comme « un état de bien-être physique et mental, ne se résumant pas à une absence de maladie ou d'handicap, dans l'ensemble des domaines relatifs au système de reproduction et son fonctionnement » (24). Cette définition fut établie au Caire en 1994, à la 4^{ème} Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Au cours de cette conférence, les représentants de 179 pays et plus de 1200 Organisations Non Gouvernementales (ONG) s'accordaient pour suivre un programme d'action de 20 ans ayant pour objectif l'accès universel à la santé reproductive. Malgré cela, la santé sexuelle et reproductive est restée négligée et n'était que peu prise en compte dans les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement malgré son caractère essentiel (25). Désormais, seul le sous Objectif 3.7 de l'agenda pour le Développement Durable souligne l'importance de s'occuper des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive des adolescents, dont les grossesses non désirées et les avortements non sécurisés.

Le rapport 2015 des OMD ne révélait qu'une faible diminution des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans certaines parties du monde. En

Afrique sub-saharienne, la part des femmes en union ayant des besoins non satisfaits en planification familiale est passée de 28% à 24% entre 1990 et 2015 (26). Or, la satisfaction des besoins en contraception moderne dans les régions en développement permettrait d'éviter 67 millions de grossesses non désirées, 23 millions de naissances non planifiées, 36 millions d'avortements provoqués et préviendrait aussi 76 000 décès maternels (27).

3.2. Etats des lieux sur la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux soins

3.2.1. Les adolescents et jeunes et la santé

3.2.1.1. Définition et poids démographique mondial des adolescentes et jeunes

Selon l'OMS, les « adolescents » sont définis comme les personnes appartenant au groupe d'âge des 10-19 ans. L'adolescence est une étape importante de la vie, et nécessite une attention particulière. En effet, c'est une période de transition de l'enfance à l'âge adulte où surviennent d'importants changements physiques, psychologiques et sociaux. Les jeunes sont définis comme ceux appartenant au groupe d'âge de 15-24 ans. Ce sont ces deux groupes d'âge qui constituent la tranche des « jeunes » qui rassemble les personnes appartenant à la catégorie des 10-24 ans (28).

Au plan mondial, un nombre croissant de pays entre en transition démographique avec comme point de départ la chute du taux de mortalité infantile. Ainsi, de plus en plus d'enfants survivent et entrent dans l'adolescence, ce qui provoque soudainement une accumulation d'adolescents dans la pyramide des âges. En 2013, les jeunes de 10 à 24 ans constituent 25% de la population mondiale soit 1,8 milliards, dont près de 90% vivent dans les pays en voie de développement (29).

3.2.1.2. La mortalité chez les adolescentes et les jeunes

Sur les 2,6 millions de jeunes gens (10 à 24 ans) qui décèdent chaque année dans le monde, 97% surviennent dans les pays à faible et moyen revenu, dont la plupart pourraient être évités (28). Cette nouvelle jeune génération est marquée par des évolutions structurelles telles que l'allongement du temps passé dans le système scolaire, l'entrée tardive dans le monde du travail ainsi que le recul de l'âge du mariage et du premier enfant (30). L'ensemble de ces changements a modifié les comportements (relations sexuelles pré-maritales), pouvant avoir des répercussions sur la santé comme les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (incluant le

VIH), les grossesses non désirées et les avortements (31). Les jeunes sont d'ailleurs communément perçus plus vulnérables à la survenue de ces conséquences néfastes du fait de leurs pratiques à risques (32). D'après une étude de GORE *et al.* (2011), en Afrique, la majorité des années de vie perdue chez les jeunes de 15-24 ans était imputable aux comportements à risques et notamment aux relations sexuelles non protégées et au manque de contraception (33).

Concernant plus particulièrement les adolescents entre 10 et 19 ans, ils sont 1,2 milliards dans le monde, soit environ une personne sur 6 (34). L'OMS estime à 1,2 million le nombre d'adolescents décédés en 2015. Le plus souvent, ces décès auraient pu être évités ou traités (34).

Les principales causes de décès de ces jeunes dans les régions à faible et moyen revenus, sont les conditions maternelles (15%), l'infection à VIH/SIDA (11%), les accidents de la route (14% pour les garçons, 5% chez les filles) et le suicide (6%) (35).

3.2.1.3. La santé de la reproduction

Parmi les nombreux problèmes de santé auxquels doivent faire face les adolescents, la santé de la reproduction constitue un véritable défi mondial.

Selon l'OMS, la santé de la reproduction s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie (36). Cela suppose que les individus aient une vie sexuelle satisfaisante et sûre, la capacité de se reproduire et la liberté de décider quand et à quelle fréquence le faire. Implicitement, ceci repose sur les droits des individus à être informés et à accéder à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables, qu'ils peuvent choisir eux-mêmes. Ces questions reposent également sur l'accès à des services de soins appropriés qui garantiront aux femmes une grossesse et un accouchement sûrs.

La santé de la reproduction est une priorité de santé publique puisqu'elle participe à la réduction de la mortalité maternelle. En dépit du besoin de prise en charge et d'accès à l'information, le recours aux soins chez les jeunes semble peu étendu. En effet, les programmes de santé dans ce domaine sont insuffisamment adaptés aux adolescents et jeunes qui ont des besoins spécifiques (37). Les grossesses chez les adolescentes sont la conséquence d'une santé des jeunes négligée et d'une santé de la reproduction non adaptée à leurs spécificités. Elles

s'avèrent être un véritable problème de santé publique, tant en santé de la reproduction qu'en matière de santé maternelle. Les adolescentes de 15 à 19 ans sont la cible la plus vulnérable.

3.2.2. Les grossesses chez les adolescentes et jeunes : épidémiologie, déterminants et conséquences

3.2.2.1. *Epidémiologie des grossesses chez l'adolescente*

Chaque année, près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et près d'1 millions de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde un enfant (38). Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde (38). Dans les pays en développement, 19% des jeunes filles sont enceintes avant l'âge de 18 ans, et 3% avant l'âge de 15 ans. De plus, la majorité (95%) des enfants de mère adolescente naissent dans les pays en développement (38).

3.2.2.2. *Déterminants socioculturels des grossesses chez l'adolescente*

La grossesse chez l'adolescente est la conséquence d'un ensemble de facteurs imbriqués. Les facteurs de ces grossesses sont divers, complexes et multidimensionnels. Ils peuvent être classés selon plusieurs niveaux : national, communautaire, scolaire, familial et individuel. Des « pressions » s'exercent ainsi à tous les niveaux et favorisent la survenue de grossesses non désirées (Figure 3).



Figure 3 : Les différents niveaux où s'exercent des pressions favorisant la survenue des grossesses

Quelques études ont été menées en Afrique afin d'identifier les causes des grossesses chez les adolescentes et jeunes (39–42). Plusieurs facteurs émergent de ces études. On peut notamment citer le mariage précoce et l'absence de scolarisation des filles, le faible statut économique de la famille des filles et la taille du ménage, le manque d'éducation parentale, le faible niveau de connaissances et les idées reçues sur le planning familial, l'âge aux premiers rapports sexuels et les mauvaises fréquentations. Les facteurs qui retardent la maternité sont essentiellement le contrôle social et individuel, comme la surveillance parentale, la forte religiosité des filles, leurs attitudes positives envers la scolarité mais aussi la pratique de la planification familiale (40).

Médecins du Monde participe à l'élaboration de savoirs sur les GND afin d'améliorer l'application des droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR). Ainsi, début 2016, MdM a publié les résultats d'études socio-anthropologiques sur les déterminants socioculturels et communautaires des GND et des avortements menées dans quatre pays (Burkina Faso, Palestine, Pérou et République démocratique du Congo), en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans. Ces études ont démontré la prégnance des déterminants socioculturels et communautaires dans l'accès à la planification familiale/contraception ainsi que dans l'occurrence des GND et des avortements provoqués. Elles ont permis de montrer l'ensemble du système de contraintes que rencontrent les femmes lorsqu'elles essaient d'accéder à la PF/contraception. Elles ont souligné le manque de formation du personnel médical (personnel soignant empreint de valeurs personnelles encourageant la fécondité), ont montré que les structures de soins sont trop peu nombreuses et trop éloignées, qu'il existe des dysfonctionnements dans les structures, que les soins sont souvent de mauvaise qualité et qu'il y a un manque de confidentialité dans les échanges. Les jeunes femmes font donc face à une multiplicité de barrières (sociales, religieuses, économiques, culturelles) pour gérer au mieux leur vie sexuelle.

3.2.2.3. Conséquences sanitaires des grossesses chez l'adolescente

Les grossesses chez les adolescentes peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé de la jeune mère et de l'enfant à naître. Dans les pays en développement, on recense chaque année 70 000 décès d'adolescentes liés à la grossesse et à l'accouchement (43). Le jeune âge de la fille, son manque de maturité

physique, le manque d'accès aux soins sont autant de facteurs qui influencent le décès prématuré de ces jeunes filles. On retrouve également des facteurs environnementaux tels que la pauvreté, le manque d'éducation, le mariage d'enfants et la malnutrition (38).

La population adolescente est exposée à la fois aux risques obstétricaux qui sont liés à une grossesse précoce et à ceux qui sont inhérents aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Chaque année, il y a environ 3 millions d'avortements à risque chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans (4). Les complications dues à ces avortements peuvent entraîner des problèmes de santé durables, maladies ou invalidités encore plus graves que chez les femmes plus âgées (43). Par rapport aux femmes de 20 à 29 ans, les adolescentes de 10-15 ans meurent cinq fois plus des risques liés à la grossesse et à l'accouchement, et celles de 15-18 ans deux fois plus (4).

Ces grossesses ont également des conséquences sanitaires pour l'enfant. En effet, plus la mère est jeune et plus le risque est grand pour l'enfant. Les nouveau-nés de mères adolescentes naissent plus souvent avec un faible poids de naissance et, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants nés d'une mère de moins de 20 ans sont deux fois plus nombreux à mourir dans leur première année que ceux nés d'une mère de 20 à 29 ans (44).

3.2.2.4. Grossesses en milieu scolaire

L'éducation des filles est l'un des moyens de développement les plus sûrs, pour les filles elles-mêmes, mais également pour la société. Une meilleure éducation des filles garantit une meilleure santé maternelle, réduit la mortalité infantile et renforce la main d'œuvre potentielle ainsi que la croissance économique (45). En Afrique, des obstacles se dressent encore devant leur accès à l'éducation, leur maintien à l'école et leur évolution vers les différents niveaux d'éducation. Un de ces obstacles est la survenue des grossesses (45). Même si la scolarisation des adolescentes semble diminuer le phénomène de grossesses (46), néanmoins des grossesses surviennent chez les élèves.

Parallèlement aux risques sanitaires auxquels s'exposent la mère et l'enfant, les grossesses en milieu scolaire marquent généralement la fin de la scolarisation des filles. Une étude réalisée au Burundi révèle que 16% des abandons scolaires sont dûs à une grossesse, et que les élèves-mères mettent en moyenne 2 ans à

réintégrer l'école (47). Plus cette interruption est longue et moins il y a de chance que les jeunes filles reprennent un jour l'école (48). Les élèves-mères peuvent se voir aussi définitivement renvoyées de l'établissement scolaire parce qu'elles ont été enceinte ou ont eu un enfant (43). Les facteurs favorisant les grossesses en milieu scolaire sont principalement ceux liés à l'environnement socio-économique et culturel des jeunes filles, leur entourage, leur niveau d'information sur la santé sexuelle et reproductive et des facteurs psychologiques et sociaux (45,47,49).

3.3. La santé sexuelle et reproductive des élèves dans le contexte ivoirien

En Côte d'Ivoire, la situation en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est préoccupante avec une mortalité maternelle élevée en 2015 (645 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon le PNUD 2016), un taux de prévalence contraceptive faible (14 % selon l'EDS 2011-2012), un indice synthétique de fécondité à 5 enfants par femme, une forte prévalence d'avortements provoqués à risques (l'avortement est illégal en Côte d'Ivoire) et un nombre élevé des cas de grossesses non désirées et précoces (3 692 cas en milieu scolaire pour la période 2015-2016 selon la Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu scolaire) . Aussi un taux de VIH qui est parmi les plus élevés d'Afrique de l'Ouest (estimé à 2,7 % en 2016 pour les adultes de 15 à 49 ans) (15), et une forte prévalence des violences liées au genre (y compris les violences telles que les excisions ou autres mutilations génitales féminines et les mariages précoces forcés) (50). En 2017, 47% des femmes ont réalisé un avortement avant l'âge de 24 ans (51). Quelques études décrivent l'état en SSR des élèves ivoiriens. Une étude montrait une augmentation de la prévalence de l'avortement provoqué avec le niveau d'éducation, pouvant traduire un manque de contraception au sein de cette population et une moindre désirabilité de garder l'enfant (52). L'EDS révélait en 2012 des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez 27% des adolescentes entre 15 et 19 ans et 33% des jeunes entre 20 et 24 ans. Cette étude mettait aussi en évidence des fréquences plus élevées d'IST déclarées parmi les populations les plus jeunes ou ayant un niveau d'instruction élevée. Enfin, une autre étude sur les pratiques de l'avortement chez les lycéennes de Yamoussoukro, nous montrait l'itinéraire des jeunes filles pour pratiquer un avortement, le plus courant étant l'automédication puis en cas d'échec les tradi-praticiens et enfin les agents de

santé (53). Dans un contexte où la Côte d'Ivoire multiplie les efforts afin de poursuivre l'augmentation de la disponibilité de la PF dans les établissements de santé publics et privés, d'accroître les ressources allouées à l'achat de méthodes contraceptives et de renforcer l'offre des services de PF dans les établissements sanitaires, scolaires et universitaires, il semble pertinent de se questionner sur les modalités de l'offre de soins qui répondrait au mieux à leurs besoins et notamment sur la planification familiale (54).

Enfin, l'UNFPA s'est engagé à accompagner le Ministère de l'éducation en Côte d'Ivoire à élaborer et à mettre en œuvre un plan accéléré de réduction des grossesses en milieu scolaire sous la forme d'une campagne zéro grossesse à l'école depuis 2013.

La satisfaction des élèves sur les consultations en rapport à la PF, leurs attentes et les barrières qu'ils rencontrent permettra d'émettre des recommandations et des actions sur l'offre la plus adaptée aux besoins en SSR des élèves ivoiriens.

3.4. Etats des lieux sur la santé sexuelle et reproductive à Soubré

Soubré est une ville du sud-ouest de la Côte d'Ivoire avec une population estimée en 2015 à 175 163 habitants. L'économie de Soubré repose essentiellement sur quatre cultures de rente en l'occurrence, le café, le cacao, le palmier à huile et l'hévéa. Elles représentent la principale source de revenu.

Beaucoup d'élèves collégiens et lycéens viennent de la zone rurale. Ces adolescent(e)s se retrouvent, une très grande partie de l'année, seuls hébergé(e)s chez un tuteur ou logé(e)s dans des « maisons entrées-couchées », leurs parents vivant dans les campements. De ce fait, plusieurs facteurs peuvent être responsables de GND en milieu scolaire comme :

- Un problème d'accès au logement car souvent peu de places ;
- Une promiscuité s'installe entre les adolescent(e)s (cours, chambres et douches communes) ;
- Un manque de moyens financiers entraînant des rapports sexuels transactionnels ;
- Une pression de l'environnement extérieur pour l'acquisition de connaissances et de valeurs en terme de SSR ;

- Un isolement/éloignement de la cellule familiale rendants les adolescent(e)s plus vulnérables.

Des périodes spécifiques sont relevées comme vulnérables chez les adolescent(e)s notamment lors de grandes précarités financières, lors du bal de fin d'année, pendant les vacances scolaires etc.

Le taux de natalité à Soubré y est élevé avec un taux de 3,97% et notamment chez les adolescentes. En effet, d'après des études précédentes entreprises par Médecins du Monde, le district sanitaire de Soubré enregistre une forte dominance des cas de grossesses chez les élèves dont l'âge varie entre 15 et 19 ans. Pour l'année scolaire 2014-2015 : 111 cas de grossesses sont enregistrés dont 2 filles âgées de 11 ans et en 2017, 132 cas de grossesses ont été identifiés. La prévalence contraceptive est très faible à Soubré, évaluée à moins d'1%.

Il ressort des causes identifiées comme la disponibilité inadéquate de l'offre des services SSR, le manque d'accès à des informations exactes sur la PF, le poids des valeurs socio-culturelles ou encore les normes et les inégalités de genre.

Faisant suite à l'étude socio-anthropologique sur les déterminants socio-culturels des GND en 2016, dont l'objectif était d'identifier les facteurs de vulnérabilité des adolescent(e)s et leur profil socio-économique, une enquête baseline débutée en 2017 a été entreprise par MdM pour évaluer les connaissances des adolescent(e)s et jeunes (10 à 24 ans) des lycées et collèges publics de Soubré et Méagui en matière de santé sexuelle et reproductive et sur l'utilisation des services de planification familiale. Cette enquête a fait ressortir plusieurs points comme la faible connaissance des méthodes contraceptives par ces jeunes (seulement 30% d'entre eux ont pu citer au moins 3 méthodes), une faible prévalence de la contraception (seulement 3,1% des jeunes filles utilisaient une méthode contraceptive moderne) et enfin une faible fréquentation des services de SSR par les adolescent(e)s (1,4%).

Pour MdM, il paraissait donc important de mettre en place une enquête à mi-parcours en vue d'évaluer de nouveau les connaissances et les pratiques des adolescentes vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement la planification familiale. Cette fois-ci, cette enquête était seulement basée sur les filles, et évaluait les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives mais aussi évaluait le taux de satisfaction des adolescentes et jeunes filles suite à une consultation SSR dans les structures sanitaires proposant la planification familiale.

PARTIE II

Objectifs, Méthodologie et Organisation de la mission terrain

OBJECTIFS

I. Objectif principal

L'objectif principal de notre enquête était de décrire les connaissances et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les services de planification familiale chez les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui en Côte d'Ivoire en 2018.

II. Objectifs spécifiques

Afin de répondre à cet objectif, quatre objectifs spécifiques ont été réalisés :

1. Estimer le **taux de prévalence d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne** chez les adolescentes et jeunes filles.
2. Décrire les **connaissances** et les **comportements** des adolescentes et jeunes filles vis-à-vis du recours aux services de **planification familiale**.
3. Evaluer la **satisfaction** des adolescentes et jeunes filles vis-à-vis des services de planification familiale.
4. Evaluer la **qualité des services de planification familiale** proposés aux adolescentes et jeunes filles par les structures de santé.

METHODOLOGIE

I. Définition des termes

Il est important de définir les principaux termes :

- **Les adolescentes** : les filles appartenant au groupe d'âge des 10-19 ans (56).
- **Les jeunes filles** : les filles appartenant au groupe d'âge des 20-24 ans (28).
- **Grossesses non désirées** : « des grossesses qui n'ont pas été planifiées et qui perturbent le projet de vie de la femme ou du couple. Elles peuvent survenir au mauvais moment, ne pas être voulues au moment de la conception » (57). Toute grossesse survenue en milieu scolaire est définie par MdM comme non désirée.
- **Milieu scolaire** : le niveau d'enseignement secondaire, incluant le 1^{er} cycle et le 2nd cycle de formation.
- **Rapports sexuels** : la pénétration du pénis dans le vagin.
- **Fille sexuellement active** : une fille qui a déjà eu un ou des rapport(s) sexuel(s) au cours de sa vie.
- **Contraception** : « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (OMS).
- **Prévalence contraceptive** : proportion de femmes utilisant une méthode de contraception à un moment t (23).

II. Cadre de l'étude

Cette enquête a été portée par l'ONG internationale Médecins du Monde qui œuvre depuis 2012 dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Cinq axes d'interventions structurent l'action de MdM : les crises et urgences, la réduction des risques, les migrants et les déplacés, la santé et l'environnement et enfin la santé sexuelle et reproductive. Depuis avril 2017, MdM a initié son projet « Go&Mogo Yêrê » sur la SSR chez les adolescent(e)s et les jeunes des districts de Soubré et Méagui afin de prévenir et de prendre en charge les grossesses non désirées en milieu scolaire.

La partie scientifique de l'enquête (analyse statistique et rédactionnelle) a été réalisée avec le soutien du programme PAC-CI, site ANRS en Côte d'Ivoire, situé dans le CHU de Treichville à Abidjan. Depuis sa création il y a plus de 20 ans, les travaux du programme PAC-CI tournent autour de trois thèmes principaux de

recherche : la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'amélioration de la prise en charge de l'adulte et de l'enfant infectés par le VIH. Ces dernières années, le programme a élargi ses recherches à d'autres maladies infectieuses, comme par exemple la Maladie à Virus Ebola et aux hépatites virales. Aujourd'hui, la structure compte 99 employés et 32 projets en cours.

III. Méthodologie de l'enquête quantitative

3.1. Volet 1 : Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives

3.1.1. Schéma et période d'étude

Une étude descriptive transversale a été menée auprès des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans dans 5 établissements scolaires publics (collèges et lycées) de Soubré et Méagui. L'inclusion des participantes s'est déroulée du 23 avril jusqu'au 2 mai 2018.

3.1.2. Population d'étude

- ***Population cible***

La population cible était représentée par l'ensemble des adolescentes et des jeunes filles âgées de 10 à 24 ans scolarisées dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui.

- ***Population source***

La population source était représentée par les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans scolarisées entre la sixième et la terminale dans les 5 établissements scolaires publics des districts sanitaires de Soubré et Méagui pendant la période du 23 avril au 2 mai 2018.

- ***Critères d'inclusion***

Les critères d'inclusion de l'enquête étaient :

- Être inscrite dans l'un des 5 établissements scolaires publics des districts sanitaires de Soubré et Méagui
- Être âgée de 10 à 24 ans
- Donner son consentement libre, éclairé et écrit de participation à l'enquête pour les majeurs et un assentiment libre, éclairé et écrit pour les mineurs.

3.1.3. Echantillonnage

3.1.3.1. Méthode d'échantillonnage

Un sondage aléatoire stratifié par établissement puis par niveau scolaire a été réalisé à partir des listes des élèves des 5 établissements. Les listes des élèves ont été récupérées par Médecins du Monde auprès de la Direction Régionale de l'Enseignement National, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (DRENET-FP). Ces 5 établissements publics étaient les mêmes que pour l'enquête baseline réalisée par Mdm.

3.1.3.2. Calcul de la taille de l'échantillon

Pour la sélection des filles, la base de sondage utilisée a été la liste des filles pour chaque niveau que j'ai reconstitué à partir de la liste des élèves scolarisés de chaque établissement.

Le nombre de filles à sélectionner par établissement et par niveau était proportionnel à l'effectif total de filles de chaque établissement. C'est-à-dire que la probabilité d'inclusion d'une fille a été proportionnelle à l'effectif total de filles de l'établissement dans lequel elle est inscrite. Cette sélection des filles a été faite de façon aléatoire en calculant un pas de sondage.

Selon le Rapport final de l'enquête baseline, 3,1% des adolescentes et jeunes filles de 10 à 24 ans enquêtées en milieu scolaire étaient sous méthodes contraceptives modernes hors préservatifs en 2017 à Soubré et Méagui. La taille de l'échantillon a donc été déterminée, pour chaque niveau, à partir de la formule

suivante :

$$n_{6\text{ème}} = \frac{\mu_{\alpha}^2 * N_{6\text{ème}} * \pi * (1-\pi)}{(N_{6\text{ème}} - 1) * \Delta^2 + \mu_{\alpha}^2 * \pi * (1-\pi)}$$

Ainsi, en tenant compte de cette prévalence de 3.1% ($\pi=0.031$), avec une précision de 4% ($\Delta=0.04$) et un risque de 5% ($\alpha=0.05$), au moins 118 filles en classe de 6^{ème} devaient être incluses dans l'étude si on estime en plus un taux de non-réponse de 10%.

Tableau 1 : Description de la population des adolescentes et jeunes filles et calcul de l'échantillon par niveau scolaire dans les districts sanitaire de Soubré et Méagui, Côte d'Ivoire, 2018.

Strates	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}	2 ^{nde}	1 ^{ère}	Terminale
Population	1373	1 154	834	915	660	492	378
Echantillon	118	100	72	80	57	43	33

Au total, il fallait donc inclure 503 adolescentes et jeunes filles pour l'enquête réparties sur les 5 établissements scolaires des districts sanitaires de Soubré et Méagui.

3.2. Volet 2 : Satisfaction des 3 structures sanitaires offrant des services pour les adolescentes et les jeunes filles

3.2.1. Schéma et période d'étude

Une enquête transversale a été effectuée portant sur la satisfaction des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans se présentant dans une des 3 structures sanitaires (Services de Santé Scolaire et Universitaire/médico-scolaire (SSSU) de Soubré et Méagui et au Centre de Santé Urbain (CSU) de Méagui) pour une consultation en SSR (planification familiale, consultation pré-natale, IST...). Cette partie de l'enquête a été réalisée du 7 au 25 mai 2018 inclus.

3.2.2. Population d'étude

- ***Population cible***

La population cible était représentée par l'ensemble des adolescentes et des jeunes filles âgées de 10 à 24 ans fréquentant les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui pour des consultations sur la SSR.

- ***Population source***

La population source était représentée par les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans scolarisées ou non scolarisées se présentant dans une des 3 structures sanitaires (SSSU de Soubré, SSSU de Méagui et au CSU de Méagui) des districts de Soubré et Méagui pour des consultations portant sur la SSR pendant la période du 7 mai au 25 mai 2018.

- ***Critères d'inclusion***

Les critères d'inclusion de l'enquête étaient :

- Être venue en consultation pour la SSR et avoir été reçue par un prestataire de santé
- Être âgée de 10 à 24 ans
- Donner son consentement libre, éclairé et écrit de participation à l'enquête pour les majeurs et un assentiment libre, éclairé et écrit pour les mineurs.

3.2.3. Echantillonnage

3.2.3.1. Méthode d'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillon de convenance. On proposait d'interroger toutes les adolescentes et jeunes filles qui sortaient de consultation en rapport avec la SSR durant la période de l'enquête.

3.3. Outils et Modes de recueil

Un questionnaire standardisé (Annexe 1) a été administré à chaque participante en face à face en français par les enquêteurs et par moi-même. Les principaux thèmes abordés dans le questionnaire étaient :

- Informations sociodémographiques
- Connaissance et Utilisation des méthodes contraceptives
- Activité sexuelle
- Expérience d'une grossesse
- Connaissances et Sources d'informations sur la Santé Sexuelle et Reproductive
- Utilisation des services de santé
- Satisfaction des structures sanitaires

3.4. Aspect éthique et réglementaire

L'enquête a été autorisée par le Ministre de l'éducation Nationale, de l'enseignement technique et de la formation Professionnelle (DMOSS) ainsi que du Directeur de la direction régionale de l'enseignement national, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle (DRENET-FP) de la Nawa.

Les chefs des établissements scolaires ainsi que le directeur du SSSU de Soubré qui était aussi l'investigateur de l'enquête, le Dr Attobra, ont également donné leur accord pour la réalisation de cette enquête.

Les enseignants de chaque classe ont ensuite été informés de notre présence au sein des établissements scolaires.

Une note d'information a été présentée à chaque adolescente et jeune fille enquêtée (Annexe 2) et leur consentement ou assentiment écrit a été obtenu avant chaque début d'entretien (Annexe 3).

3.5. Analyse des données

3.5.1. Saisie et fusion des données

Les données recueillies ont d'abord été monitorées sur les sites (établissements scolaires et structures sanitaires) afin d'en vérifier la complétude et l'absence de données aberrantes. Elles ont ensuite été saisies dans une base de données créée via Access® (Microsoft Access 2007). Une fois saisie, les données ont été transférées sous Excel® (Microsoft Excel 2007) pour procéder à une vérification minutieuse et au nettoyage de la base finale.

3.5.2. Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel R (version 3.4.1). En analyse descriptive, les variables qualitatives sont présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages, tandis que les variables quantitatives sont présentées sous forme de médianes avec leurs Intervalles Interquartiles (IIQ). La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test exact de Fisher ou le test de Chi2 de Pearson en fonction de la valeur des effectifs théoriques. L'ensemble des tests étaient bilatéraux et le seuil de significativité des tests a été fixé à 0,05.

- ***Analyses principales***

Une description globale des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude a été réalisée, avec une comparaison entre le sous-échantillon des Filles Sexuellement Actives (FSA) et des Filles Non Sexuellement Actives (FNSA). Cette comparaison entre les 2 sous-populations a également été faite sur les connaissances des méthodes contraceptives.

- ***Analyses complémentaires***

Des analyses de régressions logistiques univariées et multivariées ont été réalisées afin de déterminer : (i) les facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives modernes chez les filles enquêtées et (ii) les facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les filles enquêtées sexuellement actives.

L'ensemble des modèles multivariés ont inclus le statut matrimonial, ainsi que toutes les variables significatives dans les modèles univariés au seuil de 20%. Une procédure pas à pas descendante, en éliminant les p-value avec les plus grandes valeurs, a été utilisée pour obtenir les modèles finaux.

(i) Facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives chez les filles enquêtées en milieu scolaire

○ Variable dépendante

Il a été demandé aux filles de citer toutes les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient et ensuite cette variable a été catégorisée en succès et échec. Ainsi, le succès consiste à avoir réussi à citer au moins 3 méthodes contraceptives modernes prédéfinies sur le questionnaire, et l'échec consiste à ne citer que moins de 3 de celles-ci.

○ Variables explicatives

Les caractéristiques individuelles concernaient l'âge (entre 10 et 14 ans/entre 15 et 19 ans/entre 20 et 24 ans), le niveau d'étude (entre la 6^{ème} et la 5^{ème}/entre la 4^{ème} et la 3^{ème}/entre la 2^{nde} et la terminale), la religion (christianisme/islam/sans religion), le statut matrimonial (célibataire/en couple), le milieu de vie (chez les parents ou tuteur ou petit-ami/loue une maison) et l'assistance à des cours d'éducation sexuelle (Oui/Non).

Les habitudes sexuelles concernaient le fait pour la fille d'être sexuellement active (Oui/Non), le multipartenariat sexuel au cours des 6 derniers mois (un partenaire/plusieurs partenaires), le fait d'avoir eu au moins une grossesse (Oui/Non) et le fait d'avoir pratiqué un avortement (Oui/Non).

(ii) Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les filles enquêtées sexuellement actives en milieu scolaire

○ Variable dépendante

Il a été demandé aux filles si elles utilisaient en ce moment une méthode contraceptive (Oui/Non), si elles répondaient Oui, on leur demandait laquelle elles utilisaient pour ensuite classer celles qui étaient sous méthode moderne (pilule, implant, injectable, stérilet) sans inclure les préservatifs et celles qui étaient sous méthodes naturelles (retrait, comptage des jours, température).

○ Variables explicatives

Les caractéristiques individuelles concernaient l'âge (entre 10 et 14 ans/entre 15 et 19 ans/entre 20 et 24 ans), le niveau d'étude (entre la 6^{ème} et la 5^{ème}/entre la 4^{ème} et la 3^{ème}/entre la 2^{nde} et la terminale), la religion (christianisme/islam), le statut matrimonial (célibataire/en couple), le milieu de vie (chez les parents ou tuteur ou petit-ami/loue une maison), la tranche budgétaire reçue par mois (moins de 5000

FCFA/ entre 5000 et 10000 FCFA/ Plus de 10000 FCFA) et l'exercice d'un travail rémunéré (Oui/Non).

La connaissance des méthodes contraceptives modernes concernait le fait pour la fille de citer au moins 3 méthodes contraceptives modernes (Oui/Non) mais aussi la connaissance sur le processus de reproduction. La question était de savoir si une femme pouvait tomber enceinte dès le premier rapport sexuel (Oui/Non).

Les habitudes sexuelles concernaient le fait pour la fille d'avoir plusieurs partenaires sexuels (un partenaire/plusieurs partenaires), le fait d'avoir eu une grossesse (Oui/Non), le fait d'avoir fait un avortement (Oui/Non) et enfin d'avoir eu des rapports sexuels contre services et/ou argent (Oui/Non).

- **Degré de satisfaction**

Un pourcentage de satisfaction des adolescentes et jeunes filles sur les prestations des 3 structures sanitaires appuyées par MdM a été décrit. Les items à évaluer s'inspiraient directement d'une autre enquête de satisfaction sur les « Usagers du Centre de Santé de Main de Dieu en République Démocratique du Congo » réalisée par MdM mais aussi dans plusieurs mémoires concernant des enquêtes de satisfaction des usagers des centres de santé (58–60). Selon le contexte et le motif de consultation de chaque fille, ces dernières répondaient aux items leur correspondant compris entre 14 et 20 questions. Les réponses étaient réparties en 4 modalités : Oui, correspondant à la réponse Satisfaite ; Plus ou moins, correspondant à la réponse Moyennement satisfaite; Non, correspondant à la réponse Insatisfaite et Ne se prononce pas, si l'enquêtée ne souhaitait pas répondre à la question posée.

Les possibilités de réponse étaient volontairement limitées à quatre en raison de la difficulté d'interpréter fidèlement le ressenti des filles lors des analyses statistiques.

Dans un souci de confidentialité, les 3 structures sanitaires ont été anonymisées en structures sanitaires A, B et C.

IV. Méthodologie de l'enquête observationnelle

4.1. Population d'étude

Notre population d'étude était toutes les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans qui se présentaient dans les 3 structures sanitaires (SSSU de Soubré et Méagui et CSU de Méagui) appuyées par MdM pour des consultations abordant la SSR.

4.2. Sélection des enquêtées

Les consultations en SSR de toutes les adolescentes et jeunes filles se présentant dans les structures sanitaires ont été observées pendant la période du 28 mai au 22 juin.

4.3. Mode et outils de recueil

Des grilles descriptives pour chaque structure sanitaire (Annexe 4) et des grilles d'observation pour chaque consultation (Annexe 5) ont été élaborées pour l'enquête. Durant six jours consécutifs, je me suis rendue dans chaque structure sanitaire pour observer le fonctionnement de la structure ainsi que les pratiques professionnelles des prestataires de santé. Cette observation sur 6 jours a permis d'avoir une image la plus complète possible de la réalité.

4.4. Données collectées

Deux grilles ont été développées, la première plutôt descriptive détaillait les points suivants :

- La gestion des stocks en méthodes contraceptives (fiche de stock, rupture, gamme de produits PF disponibles)
- Une application d'une approche « jeune » dans la structure sanitaire (horaires, sensibilisation des jeunes via des affiches, accueil, gratuité)
- La gestion de la pharmacie (condition de stockage des intrants PF, propreté des locaux, étiquetage...)

La deuxième concernait les observations des consultations en SSR :

- Le motif de la consultation
- L'environnement de la consultation (salle calme et discrète)
- La qualité de l'accueil par le prestataire de santé
- La confidentialité de l'entretien

- Une aide visuelle de présentation des méthodes contraceptives
- La fiabilité des informations délivrées sur les différentes méthodes contraceptives
- Les normes d'hygiène du prestataire de santé

4.5. Plan d'analyse

Un score d'observation des consultations ainsi qu'un score décrivant la gestion des structures ont été créés pour chaque item avec des critères de notation expliquant l'attribution des scores par l'observateur (Annexe 4 et 5).

Les informations collectées à chaque consultation en SSR ont été renseignées dans un tableau Excel® grâce à l'attribution d'un code pour chaque structure. Des commentaires et un pourcentage, correspondant au score de qualité de la consultation, étaient présentés pour chaque consultation observée. Ainsi l'indicateur, signifiant qu'une structure sanitaire est de qualité, est fixé par MdM à un score final supérieur à 70%.

ORGANISATION DE LA MISSION TERRAIN

Mon travail en Côte d'Ivoire s'est organisé en quatre parties. La première du 29 mars au 22 avril a été la préparation des différents outils de l'enquête sur les 2 sites de Médecins du Monde à Abidjan et à Soubré. La mission de terrain, avec les enquêteurs pour la collecte des données dans les établissements scolaires et les structures sanitaires, s'est déroulée du 23 avril au 25 mai. Et les données concernant l'observation dans les structures de santé ont été recueillies du 28 mai au 22 juin. Ensuite, à partir du 7 mai jusqu'au 22 juin la création de la base de données a été réalisée, les données ont été saisies sur le site de Médecins du Monde à Soubré puis analysées sur le site du programme PAC-CI, au CHU de Treichville d'Abidjan. Enfin, la phase de rédaction a débuté à Abidjan au programme PAC-CI jusqu'au 24 août pour se finir à Bordeaux au mois de septembre. Le chronogramme est présenté en Annexe 6, page 109 et un tableau des acteurs des différentes étapes de l'enquête est disponible en Annexe 7.

I. Préparation de l'enquête

A mon arrivée sur Abidjan, il a été question dans un premier temps de rencontrer les équipes de Médecins du Monde pour me présenter et expliquer mon rôle au sein du projet GND.

J'avais commencé l'écriture du protocole de l'enquête en janvier 2018. Une fois sur place, après des échanges avec ma maître de stage et la coordinatrice de site à Soubré, nous avons pu finaliser son élaboration pour une validation. La rédaction du questionnaire a également été commencée avant mon arrivée sur le terrain. Après des modifications, il a été validé ensuite par les différents acteurs de terrain. Une note d'information et un consentement écrit ont aussi été développés pour répondre aux exigences éthiques.

Avant le début de l'enquête, des lettres d'autorisation ont été rédigées puis envoyées au Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (DMOSS) ainsi qu'au Directeur de la Direction Régionale de l'Enseignement National, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (DRENET-FP) de la Nawa afin qu'ils soient informés de l'enquête et qu'ils puissent transmettre ce courrier signé aux différents proviseurs des

établissements publics sélectionnés pour l'enquête. Une note d'information à l'intention des enseignants des différentes classes a aussi été rédigée puis signée par chaque proviseur pour que chaque enseignant soit mis au courant de notre arrivée dans les différentes classes.

Durant 2 jours, les 19 et 20 avril, j'ai formé, avec mon collègue chargé du suivi-évaluation de l'enquête, 5 enquêteurs et 1 superviseur aux objectifs de l'enquête et à l'administration du questionnaire. Une phase de simulation a été effectuée entre eux : 3 binômes ont été constitués où un jeu de rôle a été mis en place. A tour de rôle, les enquêteurs jouaient le rôle de l'enquêtée et d'autres le rôle de l'enquêteur. La partie satisfaction était un volet en plus par rapport à l'enquête initiale, il a donc fallu insister sur cette partie du questionnaire pour une meilleure compréhension de la part de ces derniers. Cette formation était essentielle pour diminuer les biais de compréhension.

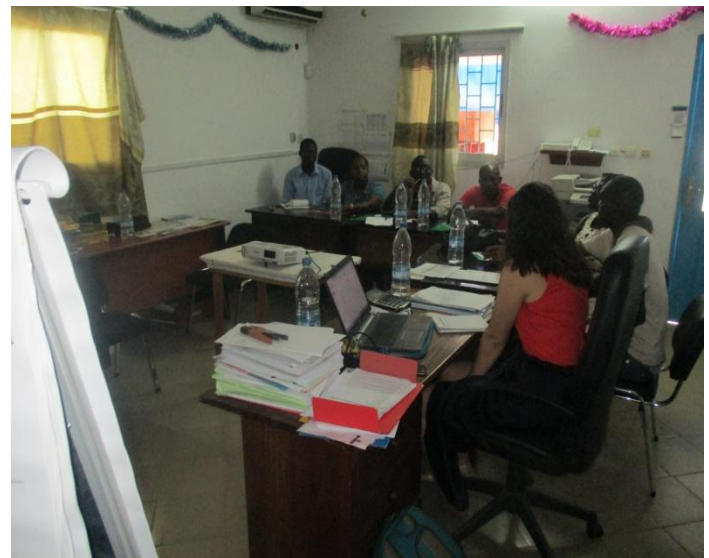


Figure 4 : Formation des enquêteurs dans les locaux de Médecins du Monde

II. Recueil et traitement des données

Déroulement du recueil de la partie quantitative dans les établissements scolaires

Au préalable, j'ai rencontré chaque proviseur et censeur de chaque établissement scolaire pour leur présenter l'objet de notre venue et nous avons récupéré les emplois du temps des élèves pour chaque classe.

Ensuite, tous les matins nous nous retrouvions, les enquêteurs, le superviseur et moi-même au bureau de MdM pour partir sur le terrain. Nous arrivions dans l'établissement où nous nous installions, soit dans le jardin, soit dans le foyer, pour ensuite se retrouver en face à face avec les élèves. Les enquêteurs étaient placés à distance pour garantir la confidentialité de leurs échanges. Le superviseur, à partir de la liste des filles de chaque niveau, allait chercher les enquêtées par vague de 5-6. Si la jeune fille tirée au sort n'était pas présente le jour du recueil ou n'était tout simplement plus à l'école, alors le superviseur prenait au hasard une fille de la même classe pour la remplacer. La collecte de données pouvait débuter.

Avant de commencer, le sujet de l'enquête et ses objectifs étaient exposés, et le consentement ou assentiment verbal et écrit de l'enquêtée devait être obtenu. Les enquêteurs posaient les questions une par une. Si la jeune fille ne comprenait pas la question, l'enquêteur reformulait la question pour une meilleure compréhension. En moyenne, l'administration du questionnaire tournait autour de 20-25min selon les réponses données par l'enquêtée.

A chaque instant libre, j'allais récupérer les questionnaires remplis par les enquêteurs, et je faisais le monitoring directement sur site. Cela m'a permis de rattraper certaines données manquantes.



Figure 5 : Une enquêtrice interrogeant une élève d'un lycée, mai 2018, enquête mi-parcours sur le projet GND en Côte d'Ivoire.



Figure 6 : Monitoring sur site des questionnaires dans un lycée, avril 2018, enquête mi-parcours sur le projet GND en Côte d'Ivoire

Déroulement du recueil de la partie quantitative pour le volet satisfaction dans les structures sanitaires

Pour la partie « satisfaction en sortie de consultation », les mêmes enquêteurs ont participé à cette enquête qui a débuté le 7 mai pour s'achever le 25 mai. Durant cette période, ils ont travaillé en binôme et le superviseur, allait à la rencontre des jeunes filles pour leur expliquer notre souhait de les interroger en fin de consultation. Le superviseur, un enquêteur spécifiquement embauché pour sa mobilité et moi-même étions plutôt basés sur Méagui dans le SSSU et le CSU.

➔ L'ensemble des questionnaires a ensuite été saisi dans la base de données. Puis j'ai réalisé les analyses à l'aide du logiciel R (version 3.4.1).

Déroulement du recueil de la partie qualitative observationnelle

Concernant la partie observationnelle de l'enquête, je me suis rendue dans les 3 structures sanitaires en commençant par le SSSU de Soubré du 28 mai au 4 juin puis au CSU de Méagui du 5 juin au 12 juin et enfin au SSSU de Méagui du 13 juin au 22 juin pour observer les consultations en rapport avec la SSR. Pour la dernière structure de santé, j'y suis restée 2 jours de plus en raison de la très faible affluence des jeunes filles afin de maximiser mon recueil de données.

➔ Les scores ont été rentrés dans une feuille Excel avec des verbatims pour chaque consultation observée et un pourcentage de qualité a ensuite été calculé.

III. Travail personnel

Mon apport à la réalisation de cette enquête mi-parcours a été de :

- Réaliser la recherche bibliographique
- Elaborer le protocole d'enquête ainsi que les différents outils de collecte
- Ecrire la note d'information et le consentement éclairé
- Former les enquêteurs
- Superviser et collecter sur le terrain les données
- Créer la base de données sur Access®
- Analyser les données statistiques
- Restituer les résultats à PAC-CI et sur le site de Médecins du Monde à Soubré et au siège à Paris
- Rédiger mon mémoire de master 2 et ma thèse de docteur en pharmacie

PARTIE III

Résultats, Discussion et Recommandations de l'enquête

RESULTATS

Volet 1 : Connaissance et Utilisation des méthodes

I. Description de la population d'enquête

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Au total 507 adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans scolarisées dans les établissements scolaires ciblés par le projet ont été incluses, 4 de plus que l'échantillon prévu. Les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le Tableau 2.

1.1.1. Structure par âge

L'âge médian des filles de notre échantillon était de 16 ans [14 – 18]. La tranche d'âge des 15-19 ans était la tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon avec 61,1% des filles. Leurs aînées de 20 à 24 ans représentaient 9,7% de l'échantillon et leurs cadettes de 10 à 14 ans 29,2%.

L'âge médian des filles était significativement différent selon qu'elles aient déjà ou non eu un rapport sexuel. En effet, l'âge médian des filles sexuellement actives était significativement supérieur à l'âge des filles non sexuellement actives (18 ans [17 – 19] vs 15 ans [13 – 16]), $p < 0,001$).

1.1.2. Niveau d'instruction, religion, statut matrimonial et âge des partenaires

Presque un quart des élèves enquêtées (23,5%) étaient inscrites en classe de 6^{ème} tandis qu'un autre quart (26,4%) fréquentait une classe de second cycle. Cette répartition était représentative de la population, en effet, beaucoup plus d'élèves étaient inscrites en premier cycle par rapport au second cycle dans les 5 établissements scolaires publics.

La majorité des filles enquêtées indiquait être catholique (70,0%), les autres se déclaraient musulmanes (27,8%).

Un peu plus de la moitié des filles (57,0%) était célibataire, contre un peu moins de la moitié (41,2%) qui déclarait avoir un petit ami lorsque 1,4% de celles-ci avaient des relations occasionnelles. Ainsi, pour les élèves ayant des petits amis ou

des relations occasionnelles, l'âge de leur partenaire variait entre 11 et 30 ans avec une médiane estimée à 21 ans [18 – 23]. L'analyse des écarts d'âge, entre l'âge des élèves et celui de leurs partenaires, pour celles qui se souvenaient de l'âge (sur un total de 148), indiquait une tendance globale au choix de partenaires plus âgés car dans près de 62,8% des cas, l'écart s'élevait entre 0 et 3 ans de plus et dans près de 37,2%, cet écart était de 4 à 11 ans de plus.

De plus, 7 enquêtées ont eu chacune 1 enfant soit 1,4% de l'ensemble de l'échantillon.

Le niveau d'étude, la situation matrimoniale et l'âge médian des partenaires étaient également différents entre les deux sous-populations. La proportion d'élèves sexuellement actives en classe de 2^{ème} cycle était supérieure à celle des élèves non sexuellement actives (47,0% vs 11,3%, $p<0,001$). De même que la proportion de « célibataires » était plus élevée chez les filles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels comparée à celles ayant déjà eu au moins un rapport sexuel (88,0% vs 14,9%, $p<0,001$).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018

Caractéristiques sociodémographiques	Total N = 507		FSA ¹ N = 215		FNSA ² N = 292		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Age réel (années)							<0,001
Médiane [IIQ] ³	16	[14 – 18]	18	[17 – 19]	15	[13 – 16]	
Tranche d'âge							<0,001
10 – 14 ans	148	29,2	9	4,2	139	47,6	
15 – 19 ans	310	61,1	166	77,2	144	49,3	
20 – 24 ans	49	9,7	40	18,6	9	3,1	
Niveau d'étude							<0,001
Sixième (6 ^{ème})	119	23,5	14	6,5	105	36,0	
Cinquième (5 ^{ème})	102	20,1	34	15,8	68	23,3	
Quatrième (4 ^{ème})	72	14,2	23	10,7	49	16,8	
Troisième (3 ^{ème})	80	15,8	43	20,0	37	12,7	
Seconde (2 ^{nde})	55	10,8	39	18,1	16	5,4	
Première (1 ^{ère})	45	8,9	32	14,9	13	4,5	
Terminale	34	6,7	30	14,0	4	1,4	
Religion							0,8845
Islam	141	27,8	45	20,9	96	32,9	
Christianisme	355	70,0	166	77,2	189	64,7	
Sans religion	11	2,2	4	1,9	7	2,4	
Statut matrimonial							<0,001
Célibataire	289	57,0	32	14,9	257	88,0	
Petit-ami	209	41,2	175	81,4	34	11,6	
Mariée	2	0,4	2	0,9	0	0,0	
Relations occasionnelles	7	1,4	6	2,8	1	0,3	
Age des partenaires (années)							<0,001
Médiane [IIQ]	21	[18 – 23]	22	[20 – 24]	18	[17 – 20]	
Différence d'âge avec le partenaire (N=148)							0,2012
De 0 à 3 ans de plus	93	62,8	73	59,3	20	80,0	
De 4 à 11 ans de plus	55	37,2	50	40,7	5	20,0	
Nombre d'enfants							--
Aucun	500	98,6	208	96,8	-	-	
1	7	1,4	7	3,2	-	-	

1 Filles Sexuellement Actives

2 Filles Non Sexuellement Actives

3 Intervalle Interquartile

1.2. Lieu d'habitation des élèves enquêtées

L'enquête s'est intéressée aux conditions de vie familiale des adolescentes et jeunes filles pendant l'année scolaire. Il ressort que la proportion d'élèves vivant avec leurs parents (40,2%) était sensiblement supérieure à celle des élèves qui résidaient chez un tuteur (38,7%) de même que celles vivant dans une maison prise en location (20,1%) au cours de l'année. Plus de la moitié des jeunes filles enquêtées (58,8%) ne résidait pas chez leurs parents durant l'année scolaire (Tableau 3).

Ce milieu de vie des filles différait selon la pratique d'un rapport sexuel : 34,4% des filles sexuellement actives vivaient chez les parents contre 44,5% chez les filles non sexuellement actives ($p=0,0006$).

Tableau 3 : Conditions de vie des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Milieu de vie	Total N = 507		FSA N = 215		FNSA N = 292		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'habitation							0,0006
Chez les parents	204	40,2	74	34,4	130	44,5	
Loue une maison ¹	102	20,1	60	27,9	42	14,4	
Chez un tuteur ou tutrice ²	196	38,7	78	36,3	118	40,4	
Avec petit-ami ou mari	2	0,4	2	0,9	0	0,0	
Autre ³	3	0,6	1	0,5	2	0,7	

1 Dans des « entrée/couchée », seule ou avec des camarades

2 Oncle, tante, frère, sœur, grand-mère

3 Dans la cours familiale avec un parent

En considérant uniquement les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon, les deux sous-populations présentaient des différences.

1.3. Activités sexuelles

1.3.1. Premiers rapports sexuels et les raisons poussant à ce premier rapport

Concernant la pratique des rapports sexuels, toutes les adolescentes et jeunes filles ont répondu à la question « Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ? », soit un taux de réponse de 100%. Sur ces 507 filles, 215 filles ont déclaré avoir déjà eu au moins un rapport sexuel, soit une proportion de 42,4%. L'âge médian au premier rapport sexuel était de 16 ans [15 – 17], d'où 3 adolescentes sexuellement actives sur 4 (soit 75%) ont eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre l'âge de 18 ans (Tableau 4).

L'âge médian de l'auteur du premier rapport sexuel était de 19 ans [17 – 21]. Les partenaires du premier rapport sexuel étaient donc majoritairement plus âgés que les jeunes filles.

Chez les filles sexuellement actives, la réponse la plus citée à la raison qui pousse ces filles à avoir un rapport sexuel est le sentiment amoureux (52,1%) suivi par la curiosité (12,8%). Cependant, 11,4% des filles ont donné comme réponse « on m'a forcé » pour leur premier rapport sexuel.

Cette enquête s'est également intéressée à savoir si certaines filles avaient eu recours à des rapports sexuels contre des services ou de l'argent. Chez les filles sexuellement actives, 31 (14,4%) ont répondu oui à cette question.

Tableau 4 : Activité sexuelle des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Activité sexuelle	Total N = 507	
	n	%
Premier rapport sexuel		
Oui	215	42,4
Non	292	57,6
Age au premier rapport sexuel (en années)		
Médiane [IIQ]	16 [15 – 17]	
Age de l'auteur au premier rapport sexuel (en années)		
Médiane [IIQ]	19 [17 – 21]	
Raison(s) du premier rapport sexuel		
Viol/On m'a forcé	25	11,4
Curiosité	28	12,8
Faire comme les amies	20	9,1
Besoin d'argent / nourriture	18	8,2
Amoureuse	114	52,1
Autre	14	6,4
Total des réponses ¹	219	100,0
Rapport sexuel contre services/argent		
Oui	31	14,4
Non	184	85,6
Total FSA	215	100,0

1 Plusieurs réponses possibles, 4 élèves ont cité deux raisons

1.3.2. Utilisation des méthodes contraceptives lors du premier rapport sexuel

Près de 60% des filles sexuellement actives ont utilisé une méthode contraceptive lors de ce premier rapport sexuel (Tableau 5). Le préservatif masculin a été la méthode contraceptive quasi exclusivement utilisée pour la protection lors du premier rapport sexuel, et cela dans 98% des cas de rapports protégés.

Pour celles qui ont répondu qu'elles avaient utilisé une méthode contraceptive, à savoir le préservatif, lors de leur premier rapport sexuel, il leur a été demandé de nous donner les principales raisons qui les ont poussé à cette utilisation. La réponse la plus citée était pour éviter les grossesses (44,4%), venait ensuite l'éviction du VIH/SIDA (28,8%) puis l'éviction des IST comme la gonorrhée à 24,3%. L'usage du préservatif témoigne ici d'une bonne compréhension des problèmes à éviter.

Pour celles qui n'avaient pas utilisé de méthodes contraceptives lors de leur premier rapport sexuel, la question inverse leur avait été posée. Et les réponses citées ont été quasi équiprobables notamment l'absence de préservatif (25,3%), le refus du partenaire (22,9%) et l'absence de connaissance sur l'utilisation du préservatif (22,9%).

Tableau 5 : Utilisation des méthodes contraceptives aux premiers rapports sexuels et les causes de cette utilisation ou non chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Usage des méthodes contraceptives aux premiers rapports sexuels	Total N = 215	
	n	%
Utilisation d'une méthode contraceptive		
Oui	127	59,1
Non	84	39,1
Ne se prononce pas	4	1,8
Type de méthode contraceptive utilisé		
Pilule	1	0,8
Préservatif masculin	125	98,4
Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours	1	0,8
Raison(s) de l'utilisation d'une méthode contraceptive		
Eviter les IST	59	24,3
Eviter le VIH/SIDA	70	28,8
Eviter les grossesses	108	44,4
A la demande du partenaire	5	2,1
Autre ¹	1	0,4
Total des réponses	243	100,0
Raison(s) de la non utilisation d'une méthode contraceptive		
Absence de méthode contraceptive	21	25,3
Absence de connaissance sur l'utilisation	19	22,9
Refus de l'enquêtée	7	8,4
Refus du partenaire	19	22,9
Autre ²	17	20,5
Total des réponses ³	83	100,0

1 « J'ai supplié »

2 Rapport sexuel imprévu/viol, « je n'y ai pas pensé », « je ne voyais pas l'utilité », « je suis mariée ça sert à rien »

3 Une FSA n'a pas voulu répondre

1.3.3. Etude du lien entre le milieu de vie des élèves et l'entrée en activité sexuelle

Le statut de résidence des élèves durant l'année scolaire est un élément clé dans l'appréhension des comportements à risque chez ces derniers et en particulier leur entrée précoce dans la sexualité. De ce fait, il convient d'explorer les relations éventuelles entre le milieu de vie des élèves et la précocité de l'entrée en activité sexuelle de celles-ci.

Il en ressort donc que les filles qui vivaient chez un tuteur ou dans une maison prise en location avaient une plus grande propension à être sexuellement actives par

rapport aux jeunes filles qui vivaient avec leurs parents (Figure 7). L'analyse des comparaisons effectuées chez les filles sexuellement actives montre au seuil de 5% qu'il existe une différence statistiquement significative dans l'entrée en vie sexuelle entre les filles résidant chez leurs parents durant l'année scolaire et celles habitant chez un tuteur ou dans une maison en location (p-value = 0,0002). Une régression logistique a permis d'aller dans le sens de ce résultat. Indépendamment de l'âge, les filles habitant chez un tuteur ou dans une maison en location avaient une probabilité plus élevée d'avoir des rapports sexuels que celles vivant chez les parents au seuil de 5% avec un rapport de cote de 3,13 (p-value<0,001).

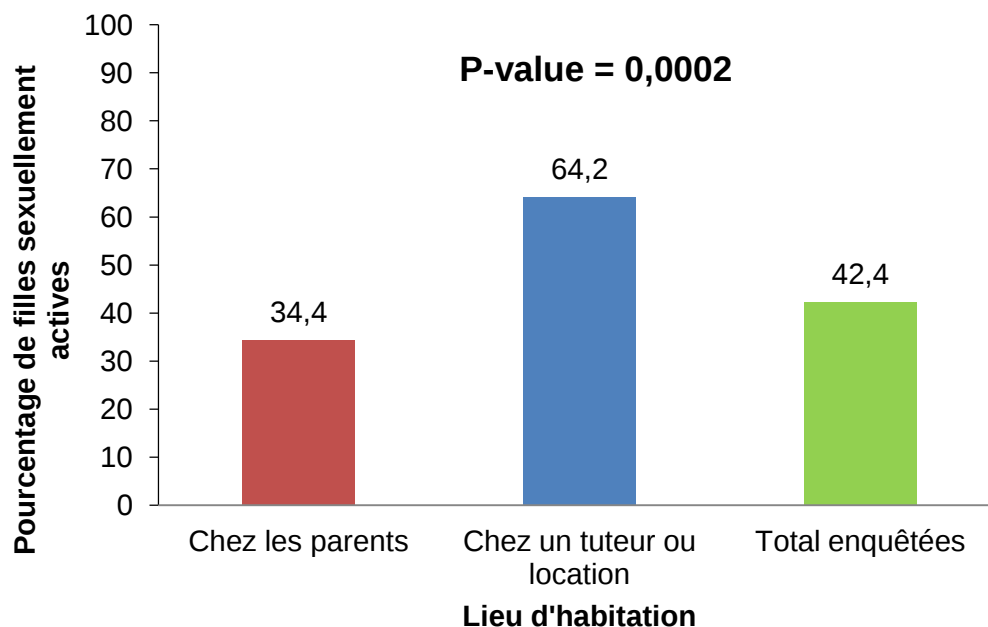


Figure 7 : Entrée en vie sexuelle en fonction du milieu de vie chez les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

1.3.4. Sexualité des 6 derniers mois et multipartenariat sexuel

Un peu plus de trois quarts des élèves sexuellement actives (75,8%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels le semestre précédant l'enquête. Près de 72% d'entre elles ont eu des relations sexuelles avec un seul partenaire (Tableau 6). L'utilisation d'une méthode contraceptive à chaque rapport sexuel au cours des 6 derniers mois n'a pas été systématique (45,4%) chez les filles et/ou leur partenaire.

Tableau 6 : Sexualité des 6 derniers mois et multipartenariat sexuel des adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Sexualité des 6 derniers mois et multipartenariat sexuel	Total N = 215	
	n	%
Sexualité des 6 derniers mois		
Oui	163	75,8
Non	52	24,2
Nombre de partenaires des 6 derniers mois (N=162)¹		
Un partenaire	116	71,6
Plusieurs partenaires ²	46	28,4
Utilisation d'une méthode contraceptive à chaque rapport sexuel au cours des 6 derniers mois		
Oui	74	45,4
Non	89	54,6

1 Une FSA n'a pas voulu répondre

2 De 2 à 5 partenaires

1.4. Grossesses, issues des grossesses et pratique de l'avortement

1.4.1. Survenue des grossesses et leurs issues

L'enquête a permis de révéler que 14,4% des filles interviewées ont été au moins une fois enceinte, parmi celles-ci 2 sont tombées enceinte deux fois (Tableau 7). L'âge médian de cette première grossesse chez les filles était de 17 ans [16 – 18]. A noter que dans 90% des cas, les auteurs de ces grossesses étaient les petits amis avec un âge médian de 21 ans [20 – 23].

Diverses situations caractérisent l'issue de ces premières grossesses contractées, 67,7% de celles-ci se sont terminées par un avortement, tandis que 7 naissances vivantes (22,6%), 2 grossesses en cours (6,5%) et 1 mort-né (3,2%) ont été déclarés par ces filles.

L'enquête permet également de faire ressortir des informations importantes relatives aux rapports sexuels non consentis, le plus souvent caractérisés par des violences sexuelles. Ainsi, on a pu remarquer que 28 jeunes filles parmi celles sexuellement actives (soit 13%) ont eu des rapports sexuels non consentis.

Tableau 7 : Survenue des grossesses et leurs issues chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=215), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Survenue des grossesses et leurs issues	Total N = 215	
	n	%
Grossesse		
Oui	31	14,4
Non	184	85,6
Nombre de grossesses		
Une	29	93,5
Deux	2	6,5
Age à la première grossesse (en années)		
Médiane [IIQ]	17 [16 – 18]	
Auteur de la première grossesse		
Petit ami ou mari	28	90,3
Partenaire occasionnel	3	9,7
Age de l'auteur de la grossesse (en années)		
Médiane [IIQ]	21 [20 – 23]	
Issue de la première grossesse		
Grossesse en cours	2	6,5
Avortement	21	67,7
Naissance vivante	7	22,6
Mort-né	1	3,2
Rapport sexuel consenti		
Oui	187	87,0
Non	28	13,0

1.4.2. Pratique de l'avortement

L'avortement peut être considéré comme une pratique courante chez les jeunes filles puisqu'au total 23 avortements ont été pratiqués par ces dernières sur les 31 grossesses recensées (75%). Les jeunes filles sont allées dans les mêmes proportions dans des boutiques informelles nommées par les jeunes filles « vendeurs de produits chinois » et dans des cliniques privées (40%).

Les élèves qui ont pratiqué un avortement nous ont exposé les moyens qu'elles ont utilisés. Par ordre de fréquence, on retrouve l'automédication par une prise d'un comprimé (66,7%), le curetage (16,7%) et enfin à proportion équivalente l'injection et les médicaments traditionnels (8,3%). Une jeune fille nous a relaté qu'elle avait fait deux tentatives d'avortement, la première était la prise d'un comprimé qui n'avait pas fonctionné puis elle s'était fait faire une injection.

Les raisons citées qui auraient incité les élèves à avorter sont la crainte des parents (40%), la volonté de poursuivre les études (36%), le refus de la grossesse par le partenaire (8%) et les moyens financiers (4%).

1.5. Utilisation des services de Santé Sexuelle et Reproductive

Comme le montre le Tableau 8, seulement 45 élèves (soit 8,9%) ont fréquenté une structure de santé au cours des 6 derniers mois pour solliciter des informations sur la sexualité, la contraception, la grossesse, l'avortement ou les IST. Ce chiffre était très faible surtout si l'on considère que 215 jeunes filles étaient sexuellement actives. Ainsi, sur les 45 élèves ayant fréquenté une structure sanitaire, les principaux types d'informations recherchés concernaient : la contraception (57,8%), les IST (20%) et les grossesses (15,6%). Les structures sanitaires principalement fréquentées pour ces informations étaient les SSSU (57,8%) et les cliniques privées (13,6%).

Cette faible fréquentation des structures sanitaires au cours des 6 derniers mois, mis au regard du nombre de filles sexuellement actives au cours du dernier semestre (N=163), indiquait un écart important entre le vécu de l'activité sexuelle et l'intérêt perçu d'un recours aux services de santé et notamment les services de santé sexuelle et de la reproduction.

Tableau 8 : Fréquentation des services de Santé Sexuelle et Reproductive par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, 2018.

Utilisation des services de SSR	Total N = 507 n	Pourcentage répondante %	Pourcentage réponses %
Fréquentation d'une structure pour information SSR au cours des 6 derniers mois			
Oui	45	8,9	8,9
Non	462	91,1	91,1
Type d'informations sur le SSR sollicité			
Sexualité	5	11,1	10,0
Contraception	26	57,8	52,0
Grossesse	7	15,6	14,0
Avortement	3	6,7	6,0
IST	9	20,0	18,0
Total des réponses	50	-	100,0
Type de structure sanitaire fréquenté			
Services de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU/Médico-scolaire)	26	57,8	55,3
Hôpital général de Soubré	2	4,4	4,3
Infirmierie du lycée	5	11,1	10,6
Centre de Santé Urbain (CSU) de Méagui	1	2,2	2,1
Cliniques privées	6	13,3	12,8
Autre ¹	7	15,6	14,9
Total des réponses	47	-	100,0

1 Clubs santé, hôpital de San Pedro

II. Connaissance des méthodes contraceptives par les filles

2.1. Méthodes contraceptives citées

La connaissance des méthodes contraceptives modernes est un aspect fondamental préalable à leur utilisation. L'enquête auprès des filles consistait à leur demander de citer toutes les méthodes contraceptives dont elles avaient entendu parler. La principale méthode connue des élèves était le préservatif masculin qui a été cité par les trois quarts (75%), ensuite venait la pilule (55,4%) et en 3^{ème} position le stérilet (20,5%) qui est pourtant non disponible dans les services médico-scolaires (SSSU).

L'implant (14,8%) et les contraceptifs injectables (14,4%) venaient respectivement en 4^{ème} et 5^{ème} position des méthodes contraceptives connues des filles enquêtées. En revanche, les préservatifs féminins (11,2%) et la « pilule du lendemain » (3,2%) demeuraient les méthodes contraceptives les moins connues (Tableau 9).

La connaissance des méthodes contraceptives différait également de manière significative selon l'activité sexuelle. Au total, les filles sexuellement actives pouvaient citer 3 [1 – 4] méthodes contraceptives en médiane par fille contre 2 [1 – 3] chez les filles non sexuellement actives ($p < 0,001$) (Tableau 9).

Tableau 9 : Connaissance des méthodes contraceptives des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507) et des deux sous-populations chez les filles sexuellement actives (N=215) et chez les filles non sexuellement actives (N=292), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Connaissance des méthodes contraceptives	Total N = 507		FSA N = 215		FNSA N = 292		p-value
	n	% répondante s	n	% répondante s	n	% répondante s	
Connaissance des méthodes contraceptives							<0,001
Préservatif masculin	380	75,0	197	91,6	183	62,7	
Pilule	281	55,4	168	78,1	113	38,7	
Stérilet ou Dispositif Intra-Utérin (DIU)	104	20,5	70	32,6	34	11,6	
Implant	75	14,8	54	25,1	21	7,2	
Contraceptifs injectables	73	14,4	51	23,7	22	7,5	
Préservatif féminin	57	11,2	38	17,7	19	6,5	
Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours	54	10,7	41	19,1	13	4,5	
« Pilule du lendemain »	16	3,2	13	6,0	3	1,0	
Retrait	16	3,2	14	6,5	2	0,7	
Autre	74	14,6	36	16,7	39	13,4	
Total des réponses	1 130	-	681	-	449	-	
Nombre de méthodes contraceptives citées							<0,001
Médiane [IIQ]		3 [1 – 4]		3 [1 - 4]		2 [1 - 3]	

L'analyse du nombre de méthodes contraceptives modernes citées par les élèves (pilule, contraceptifs injectables, implant, DIU, préservatifs et contraception d'urgence), permet de nous informer sur leur niveau de connaissance des différentes possibilités qui leurs sont offertes afin d'éviter les grossesses non désirées. Il en résulte que 181 jeunes filles, soit 35,7%, ont pu citer au moins 3 méthodes contraceptives modernes tandis que 106 n'ont pu nommer la moindre méthode moderne et ne connaissaient donc pas les préservatifs (Figure 8).

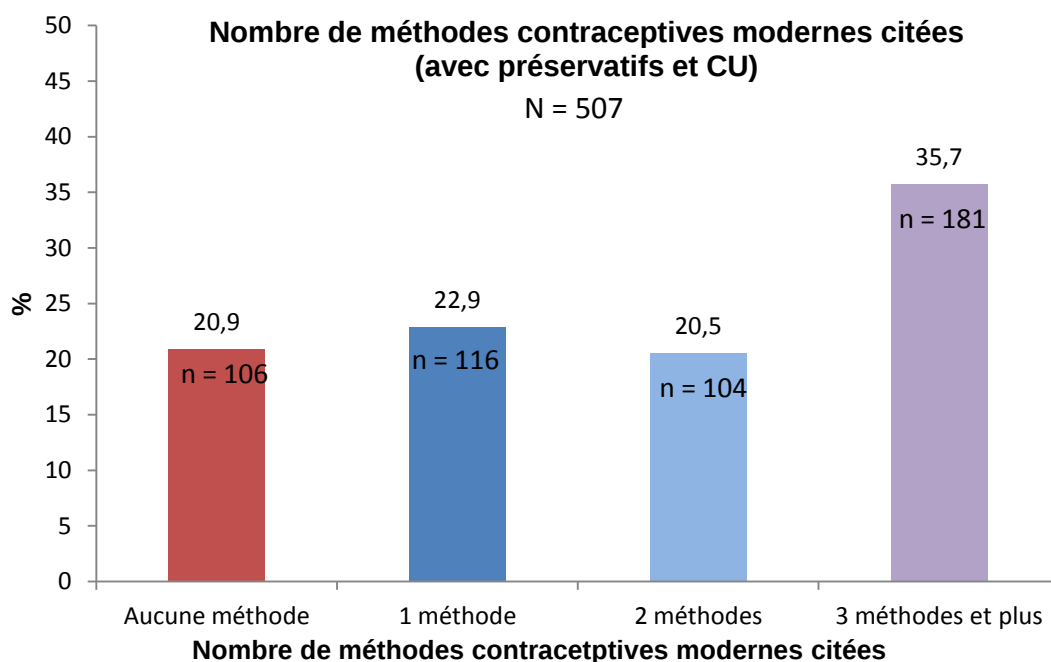


Figure 8 : Distribution du nombre de méthodes contraceptives modernes citées (avec préservatifs et CU) par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts de Soubré et de Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

En revanche, cette fois-ci en excluant les préservatifs et la contraception d'urgence, seulement 60 filles, soit 11,8%, étaient capables de citer au moins 3 méthodes modernes à savoir la pilule, l'injectable, l'implant ou le DIU. A noter, qu'en comparant les deux figures, on peut voir qu'environ 22% des jeunes filles ne connaissaient que les préservatifs comme méthode contraceptive moderne (Figure 9).

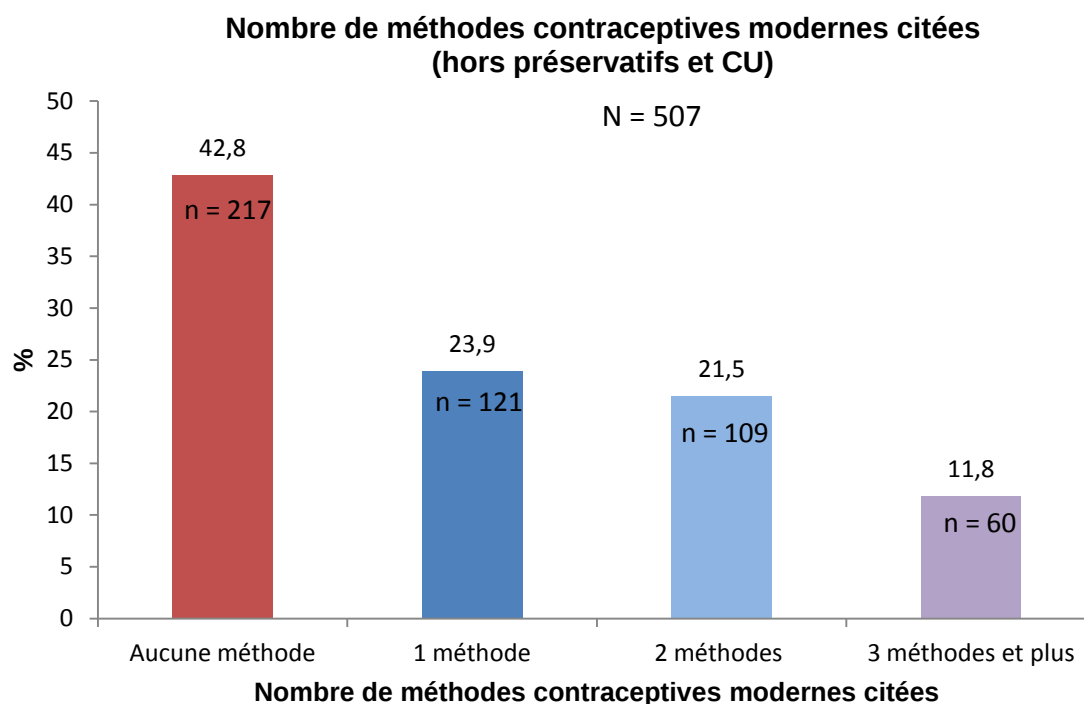


Figure 9 : Distribution du nombre de méthodes contraceptives modernes citées (sans préservatifs et CU) par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts de Soubré et de Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

2.2. Facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives modernes (moins de 3 méthodes contraceptives connues)

Analyse Univariée

Après l'analyse de la régression logistique univariée mesurant l'association de la non connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives modernes (variable dépendante) avec des caractéristiques socio-démographiques comme l'âge, le niveau d'éducation, le statut matrimonial, le lieu d'habitation; mais aussi le fait d'être sexuellement active, d'avoir suivi des cours d'éducation sexuelle à l'école, d'être déjà tombée enceinte et d'avoir déjà fait un avortement étaient les variables, avec une p-value inférieure à 0,20, retenues pour le modèle initial de la régression logistique multivariée (Tableau 10).

Analyse Multivariée

Dans l'analyse multivariée, les variables significativement associées, au seuil de 5%, à une non connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives modernes étaient le niveau d'éducation, le milieu de vie, le fait d'être sexuellement active mais aussi l'assistance aux cours d'éducation sexuelle à l'école (Tableau 10).

Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, moins les élèves étaient instruites moins elles étaient capables de connaître les méthodes contraceptives modernes. La probabilité de ne pas pouvoir citer plus de 2 méthodes contraceptives modernes était significativement plus élevée chez les élèves du premier cycle contrairement aux élèves du second cycle (6^{ème}-5^{ème} : RC = 23,56 [12,25 – 47,93] et 4^{ème}-3^{ème} : RC = 2,41 [1,44 – 4,08], $p < 0,001$).

Le lieu d'habitation des élèves durant l'année scolaire jouait un rôle dans la connaissance des méthodes contraceptives par les filles. En effet, les élèves qui vivaient seules ou à plusieurs dans une location de maison avaient une probabilité significativement plus élevée, toutes choses étant égales par ailleurs, de ne pas pouvoir citer plus de 2 méthodes contraceptives modernes que celles vivant avec des adultes comme leurs parents ou un tuteur (RC = 2,35 [1,30 – 4,33], $p = 0,0043$).

De même que, les jeunes filles sexuellement actives avaient plus de chance, toutes choses étant égales par ailleurs, de connaître au moins 3 méthodes contraceptives modernes par rapport à celles qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels (RC = 2,06 [1,26 – 3,35], $p = 0,0039$).

L'assistance au cours d'éducation sexuelle était également un facteur très important dans la diffusion du savoir des pratiques contraceptives et les possibilités qui sont offertes aux adolescentes et jeunes filles pour éviter des grossesses non désirées en milieu scolaire. Les élèves qui assistaient aux cours d'éducation sexuelle avaient significativement plus de chance, toutes choses étant égales par ailleurs, de connaître au moins 3 méthodes contraceptives modernes que d'autres qui ne suivaient pas ces cours (RC = 3,03 [1,12 – 9,74], $p = 0,0278$).

Tableau 10 : Facteurs associés à la non connaissance des méthodes contraceptives modernes (moins de 3 méthodes de contraception connues) des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui (N=507), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Variables	Echec à la connaissance des méthodes		Analyse univariée		Analyse multivariée	
	n/N	%	RC ¹ [IC ² à 95%]	p-value	RCa ³ [IC à 95%]	p-value
Tranche d'âge				<0,001		
10-14 ans	132/148	89,2	14,21 [6,66 – 31,81]			
15-19 ans	179/310	57,7	2,35 [0,22 – 0,78]			
20-24 ans	18/49	36,7	1,00			
Niveau d'étude				<0,001		<0,001
6 ^{ème} – 5 ^{ème}	206/221	93,2	32,27 [17,45 – 63,34]		23,56 [12,25 – 47,93]	
4 ^{ème} – 3 ^{ème}	83/152	54,6	2,83 [1,74 – 4,64]		2,41 [1,44 – 4,08]	
≥ 2 ^{nde}	40/134	29,9	1,00		1,00	
Religion				0,4456		
Christianisme	228/355	64,2	1,00			
Islam	92/141	65,2	1,05 [0,70 – 1,58]			
Sans religion	9/11	81,8	2,51 [0,63 – 16,61]			
Statut matrimonial				<0,001		
Célibataire	227/289	78,5	1,00			
En couple	102/218	46,8	0,24 [0,16 – 0,35]			
Lieu d'habitation				0,0657		0,0043
Chez les parents/tuteur/petit ami	255/405	63,0	1,00		1,00	
Loue une maison	74/102	71,6	1,55 [0,97 – 2,54]		2,35 [1,30 – 4,33]	
Sexuellement active				<0,001		0,0039
Oui	100/215	46,5	1,00		1,00	
Non	229/292	78,4	4,18 [2,85 – 6,18]		2,06 [1,26 – 3,35]	
Assistance au cours d'éducation sexuelle				<0,001		0,0278
Oui	285/458	62,2	1,00		1,00	

Non	44/49	89,8	5,34 [2,27 – 15,66]	3,03 [1,12 – 9,74]
Multipartenariat sexuel (N=163)				0,2661
Un partenaire	58/116	50,0	1,00	
Plusieurs partenaires	19/47	40,4	0,68 [0,34 – 1,34]	
Grossesse contractée				0,1798
Oui	11/31	35,5	1,00	
Non	89/184	48,7	1,70 [0,79 – 3,87]	
Avortement (N=31)				0,0677
Oui	6/23	26,1	1,00	
Non	5/8	62,5	4,72 [0,89 – 29,50]	

1 Rapport de côte

2 Intervalle de Confiance

3 Rapport de côte ajusté

III. Utilisation d'une méthode contraceptive moderne

3.1. Prévalence contraceptive et type de contraception utilisé

Sur les 507 filles enquêtées, on en dénombrait 141 (27,8%) qui étaient sous contraception au moment de l'enquête dont 133 (61,9%) parmi celles qui étaient sexuellement actives (Tableau 11). Les méthodes contraceptives utilisées par ces dernières étaient les préservatifs masculins (68,3%), la pilule et l'implant (7,6%) et les contraceptifs injectables (5,5%). En plus, sept d'entre elles (4,8%) déclaraient utiliser la méthode OGINO-KNAUS ou le comptage des jours, trois le préservatif féminin et le même nombre la « pilule du lendemain » (2,1%) et enfin une le retrait (0,7%). En considérant que les méthodes contraceptives modernes sont : les pilules (qui comprend la contraception d'urgence (CU)), les contraceptifs injectables, l'implant, les préservatifs masculins et féminins, nous avons recensé 128 filles qui utilisaient une méthode moderne sur les 215 sexuellement actives, soit 59,5%. Cependant, en dehors des préservatifs masculins et féminins et la CU, seulement 30 filles (14%) utilisaient soit la pilule, les contraceptifs injectables ou encore l'implant parmi les 215 sexuellement actives (Tableau 11).

Cette prévalence contraceptive était encore bien plus basse si on la rapportait à l'ensemble des filles interrogées qui étaient au nombre de 507, soit 6%.

Tableau 11 : Utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans (N=507) et plus particulièrement chez les filles sexuellement actives (N=215) en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018

Prévalence contraceptive et type de contraceptions utilisés	n	%
Actuellement sous contraception		
Oui	141 ¹	27,8
Non	344	67,9
Ne se prononce pas	22	4,3
Total participantes	507	100,0
Actuellement sous contraception chez les FSA		
Oui	133	61,9
Non	82	38,1
Total participantes	215	100,0
Méthodes contraceptives utilisées chez les FSA		
Pilule	11	7,6
Contraceptifs injectables	8	5,5
Implant	11	7,6
Préservatif masculin	99	68,3
Préservatif féminin	3	2,1
« Pilule du lendemain »	3	2,1
Retrait	1	0,7
Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours	7	4,8
Autre	2	1,4
Total des réponses	145	100,0
Utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les FSA		
Oui	128	59,5
Non	87	40,5
Total participantes	215	100,0
Utilisation méthodes contraceptives modernes hormis préservatifs (masculin et féminin) et la CU chez les FSA		
Oui	30	14,0
Non	185	86,0
Total participantes	215	100,0

1 Huit filles non sexuellement actives déclaraient utiliser une méthode contraceptive (6 utilisaient « l'abstinence », 1 le comptage des jours et 1 l'implant)

3.2. Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne chez les filles scolarisées

Analyse Univariée

Après l'analyse de la régression logistique univariée mesurant l'association de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne hormis les préservatifs et la contraception d'urgence (variable dépendante) avec des caractéristiques socio-démographiques comme le niveau d'éducation, la religion, le statut matrimonial mais aussi le fait de connaître au moins 3 méthodes contraceptives modernes et d'avoir contracté un jour une grossesse étaient les variables, avec une p-value inférieure à 0,20, retenues pour le modèle initial de la régression logistique multivariée (Tableau 12).

Il n'a pas été possible de faire des analyses sur les variables concernant l'assistance à des cours d'éducation sexuelle et les connaissances d'approvisionnement des méthodes contraceptives. En effet, la totalité des filles étant sous contraceptifs modernes à savoir 30, avait assisté à des cours d'éducation sexuelle mais aussi connaissait un endroit pour s'approvisionner en méthodes. Il n'y avait donc pas de comparaison possible à effectuer.

Analyse Multivariée

Dans l'analyse multivariée, les variables significativement associées, au seuil de 5%, à une utilisation actuelle d'une méthode contraceptive moderne étaient la connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives modernes et le fait d'avoir contracté une grossesse (Tableau 12).

Ainsi, une fille qui pouvait citer au moins 3 méthodes contraceptives modernes avait plus de chance, toutes choses étant égales par ailleurs, d'utiliser une méthode contraceptive moderne (RC = 0,15 [0,04 – 0,41], $p < 0,001$).

De même, qu'une fille qui a déjà contracté une grossesse au cours de son cursus scolaire, avait plus de chance, toutes choses étant égales par ailleurs, d'utiliser une méthode contraceptive moderne (RC = 0,28 [0,11 – 0,72], $p = 0,0093$).

Tableau 12 : Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (hors préservatifs et contraception d'urgence) chez les adolescentes et jeunes filles sexuellement actives âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours sur le projet GND, 2018.

Variables	Utilisation d'une méthode contraceptive moderne		Analyse univariée		Analyse multivariée	
	n/N	%	OR [IC à 95%]	p-value	ORa [IC à 95%]	p-value
Tranche d'âge				0,2591		
10-14 ans	1/9	11,1	0,43 [0,02 – 2,83]			
15-19 ans	20/166	12,0	0,47 [0,20 – 1,18]			
20-24 ans	9/40	22,5	1,00			
Niveau d'étude				0,0858		
6 ^{ème} – 5 ^{ème}	3/48	6,3	0,29 [0,07 – 0,90]			
4 ^{ème} – 3 ^{ème}	8/66	12,1	0,59 [0,23 – 1,41]			
≥ 2 ^{nde}	19/101	18,8	1,00			
Religion				0,0519		
Christianisme	27/166	16,3	1,00			
Islam	3/49	6,1	0,34 [0,08 – 1,01]			
Statut matrimonial				0,1379		
Seule	2/32	6,3	1,00			
En couple	28/183	15,3	2,71 [0,76 – 17,34]			
Milieu de vie				0,7842		
Chez les parents/tuteur/petit ami	21/155	13,5	1,00			
Loue une maison	9/60	15,0	1,13 [0,46 – 2,56]			
Budget par mois				0,6467		
Moins de 5000 FCFA	10/77	13,0	0,72 [0,28 – 1,76]			
Entre 5000 et 10 000 FCFA	7/59	11,9	0,65 [0,23 – 1,71]			
Plus de 10 000 FCFA	13/49	26,5	1,00			
Exercice d'un travail				0,4389		
Oui	7/39	17,9	1,00			
Non	23/176	13,1	0,69 [0,28 – 1,85]			

Connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives moderne				<0,001	<0,001
Oui	26/115	22,6	1,00		1,00
Non	4/100	4,0	0,14 [0,04 – 0,38]		0,15 [0,04 – 0,41]
Multipartenariat sexuel (N=163)				0,4650	
Un partenaire	19/116	16,4	1,00		
Plusieurs partenaires	10/47	21,3	1,38 [0,57 – 3,19]		
Connaissance enceinte dès le premier rapport sexuel				0,3172	
Oui	24/160	15,0	1,00		
Non	6/55	10,9	1,01 [0,32 – 2,70]		
Grossesse contractée				0,0040	0,0093
Oui	10/31	32,3	1,00		1,00
Non	20/184	10,9	0,26 [0,11 – 0,64]		0,28 [0,11 – 0,72]
Avortement (N=31)				0,6047	
Oui	8/23	34,8	1,00		
Non	2/8	25,0	0,63 [0,08 – 3,49]		
Rapports contre services/argent				0,3668	
Oui	6/31	19,4	1,00		
Non	24/184	13,0	0,63 [0,24 – 1,82]		

Volet 2 : Satisfaction des structures sanitaires

I. Satisfaction des filles enquêtées après une consultation en SSR

Au total, 185 jeunes filles ont été interrogées en sortant d'une consultation portant sur la SSR avec comme thématiques la planification familiale, la grossesse, les IST, la sexualité ou encore l'avortement. Chacune des jeunes filles abordées par les enquêteurs était libre d'accepter ou de refuser de participer à l'enquête mais elles ont toutes manifesté une grande disponibilité à répondre au questionnaire. A ces 185 enquêtées, se sont ajoutées 27 autres filles scolarisées et ayant répondu au questionnaire de satisfaction dans un des 5 établissements scolaires de la précédente enquête car elles avaient fréquenté il y a moins de 6 mois une des 3 structures sanitaires. Notre effectif final était donc de 212 jeunes filles interrogées sur leur satisfaction.

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des filles enquêtées

La majorité des filles interrogées faisait partie de la tranche d'âge de 15 – 19 ans (61,8%) avec une médiane d'âge de 19 ans [17 – 21]. Quant à l'enseignement reçu, celles qui étaient scolarisées représentaient 80,2% de notre échantillon. Les trois quarts des jeunes filles enquêtées ne travaillaient pas et 71,2% n'avaient pas encore d'enfants au moment de l'enquête (Tableau 13).

Tableau 13 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans enquêtées après une consultation dans une des 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui (N=212), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018

Caractéristiques socio-démographiques	Total N = 212		Structure A N = 116		Structure B N = 16		Structure C N = 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Age réel (années)								
Médiane [IIQ]	19 [17 – 21]		17 [15 – 20]		17 [15 – 19]		19 [17 – 22]	
Tranche d'âge								
10 – 14 ans	2	0,9	2	1,7	0	0,0	0	0,0
15 – 19 ans	131	61,8	87	75,0	13	81,3	31	38,7
20 – 24 ans	79	37,3	27	23,3	3	18,7	49	61,3
Niveau d'étude								
Non scolarisée	42	19,8	4	3,4	2	12,5	36	45,0
Primaire	16	7,5	0	0,0	0	0,0	16	20,0
1 ^{er} cycle	89	42,0	63	54,3	4	25,0	22	27,5
2 nd cycle	65	30,7	49	42,2	10	62,5	6	7,5
Nombre d'enfants								
Aucun	151	71,2	95	81,9	14	87,5	42	52,5
1	31	14,6	16	13,8	1	6,3	14	17,5
2	22	10,4	5	4,3	1	6,3	16	20,0
Plus de deux	8	3,8	0	0,0	0	0,0	8	10,0
Exercice d'un travail rémunéré								
Ne travaille pas	161	75,9	99	85,3	10	62,5	52	65,0
Petit commerce	31	14,6	11	9,5	3	18,7	17	21,2
Travail maquis/restaurant	2	0,9	2	1,7	0	0,0	0	0,0
Autre ¹	18	8,5	4	3,4	3	18,7	11	13,8

1 Coiffure, pharmacie, marketing, actrice, couturière, aide-soignante

La majorité des filles enquêtées se sont rendues dans ces 3 structures sanitaires pour une consultation portant sur la contraception (58,8%).

1.2. Mesure de la satisfaction des filles en sortie de consultation en SSR

Un seuil de satisfaction supérieur à 70% a été fixé pour juger de la satisfaction des adolescentes et jeunes filles sur les items demandés.

Comme nous le montre le tableau 14, concernant le fonctionnement et l'accueil des structures sanitaires, les filles enquêtées étaient globalement satisfaites des horaires d'ouverture (80,7%) et des différents accueils proposés par les personnels (75,9%) et les prestataires à leur arrivée (91,9%). Toutefois, concernant le temps d'attente avant d'être prise en consultation, les filles étaient mitigées et près d'un quart d'entre elles n'étaient pas satisfaites (25%).

Une fois qu'elles se retrouvaient dans la salle de consultation, on leur demandait si elles étaient satisfaites des conditions dans lesquelles on les recevait. Et pour 88,2% d'entre elles, elles se sentaient en confiance pour parler ouvertement avec le prestataire de santé de leurs besoins ou préoccupations tandis que le pourcentage de satisfaction n'atteignait pas les 70% concernant les conditions d'intimité et de confidentialité même si score était relativement bon.

Enfin, des questions relatives à la qualité des consultations reçues étaient posées selon le motif de consultation des filles enquêtées.

Les trois quarts d'entre elles avaient apprécié les explications et/ou les informations qui leurs avaient été fournies (76,4%) et la grande majorité des filles interrogées (88,6%) n'avaient pas ressenti qu'on les jugeait pendant leurs consultations. Interrogées sur l'écoute du prestataire de santé sur les demandes et préoccupations des filles, presque la moitié d'entre elles n'était pas satisfaites (46,7%).

Dans le détail de la consultation, il était demandé aux filles si elles étaient satisfaites des questions posées sur la SSR, en particulier les antécédents gynécologiques et les connaissances et pratiques courantes en PF. Dans le premier cas, elles étaient satisfaites pour 71,1% d'entre elles en revanche seulement la moitié l'était pour les questions posées sur leur connaissance et pratique en PF.

La quasi-totalité des filles interrogées ont été satisfaites des conditions d'hygiène qu'on leur proposait pour l'examen physique (90%) mais aussi concernant les gestes effectués par le prestataire de santé (90,9%).

Pour celles qui étaient venues pour des informations ou pour être mises sous méthodes contraceptives, des questions spécifiques leur étaient posées. Que ce soit

les informations données sur les différentes méthodes contraceptives (51,2%), leurs effets indésirables (46,5%) ou la démonstration de ces méthodes (36,8%), le pourcentage de satisfaction n'atteignait jamais les 70%. Toutefois, les filles étaient satisfaites à 84,9% car le prestataire de santé leur laissait choisir librement leur méthode contraceptive.

En fin de consultation, on demandait aux filles si les prestataires les avaient encouragées à poser des questions suite à leur consultation, et l'on note que 62,1% des filles étaient insatisfaites sur les conclusions de leur consultation.

Pour finir, dans la même proportion, environ 85% des filles étaient satisfaites en sortie de consultation car elles avaient obtenu l'information qu'elles étaient venues chercher et elles savaient désormais comment planifier une grossesse.

Ces résultats nous montrent qu'en moyenne environ 70% des filles étaient ressorties satisfaites de leur consultation.

Tableau 14 : Degré de satisfaction des filles enquêtées suite à une consultation en SSR dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui (N=212), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Items	Satisfaite n (%)	Moyennement satisfaite n (%)	Insatisfaite n (%)
Satisfaction de l'accueil			
Horaires de la structure	171 (80,7)	34 (16)	7 (3,3)
Temps d'attente	108 (50,9)	51 (24,1)	53 (25,0)
Accueil par le personnel à l'arrivée	161 (75,9)	30 (14,2)	21 (9,9)
Accueil par le prestataire de santé	194 (91,9)	15 (7,1)	2 (1,0)
Satisfaction des conditions de consultation			
Intimité & Confidentialité	144 (68,6)	20 (9,5)	46 (21,9)
En confiance avec le prestataire de santé	186 (88,2)	18 (8,5)	7 (3,3)
Satisfaction de la qualité de la consultation			
Ecoute du prestataire de santé	95 (44,8)	18 (8,5)	99 (46,7)
Explications claires du prestataire de santé	162 (76,4)	35 (16,5)	15 (7,1)
Questions sur les antécédents gynécologiques	150 (71,1)	25 (11,8)	36 (17,1)
Questions sur les pratiques en PF	118 (55,9)	28 (13,3)	65 (30,8)
Façon dont le prestataire s'est adressé à elle	187 (88,6)	13 (6,2)	11 (5,2)
Hygiène du prestataire de santé	71 (90,0)	2 (2,6)	5 (6,4)
Gestes du prestataire de santé	70 (90,9)	1 (1,3)	6 (7,8)
Informations données sur les méthodes contraceptives	64 (51,2)	24 (22,4)	37 (29,6)
Informations données sur les effets indésirables des méthodes	59 (46,5)	22 (17,3)	46 (36,2)
Démonstration des méthodes contraceptives	46 (36,8)	35 (28,0)	44 (35,2)
Choix libre de la méthode	107 (84,9)	4 (3,2)	15 (11,9)
Encouragement à poser des questions en fin de consultation	73 (34,6)	7 (3,3)	131 (62,1)
Informations obtenues à la fin de la consultation	181 (85,4)	10 (4,7)	21 (9,9)
Sait maintenant planifier une grossesse	181 (86,2)	6 (2,8)	23 (11,0)
Moyenne de satisfaction des items (%)	69,9	11,0	19,1

Volet 3 : Observation dans les structures sanitaires

I. Analyse de l'organisation des 3 structures sanitaires

Concernant la gestion des méthodes contraceptives dans les structures sanitaires, l'attribution des scores était comprise en 0 et 1 pour chaque item. La gamme de produits contraceptifs disponible au moment de l'observation ainsi que la présence de personnel de santé formé en planification familiale étaient retrouvés dans les 3 structures sanitaires. Toutefois, aucune structure n'avait au moment de l'observation la contraception d'urgence de disponible. La structure A obtenait un score plus bas que les deux autres structures (Tableau 15).

Tableau 15 : Score d'observation concernant la gestion des méthodes contraceptives dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Items	A	B	C
Existence de fiche de gestion de stock de produit contraceptifs dans la structure	1	0	1
Fiche de Stock à jour au moment de l'observation	0	0	1
Rupture de stocks en méthodes contraceptives (pilule, implant, injectable, DIU si applicable) au cours du mois précédent la visite	0	1	0
Rupture de stocks en préservatifs (masculin et féminin) au cours du mois précédent la visite	0	1	1
Gamme de produits contraceptifs disponible au moment de l'observation dans la structure sanitaire au cours du mois	1	1	1
Personnel de santé formé en PF dans la structure	1	1	1
Disponibilité de la contraception d'urgence	0	0	0
Score Total	3/7	4/7	5/7

L'observation s'est également portée sur la mise en place d'une approche jeune dans les 3 structures sanitaires. Les scores étaient compris entre 0 et 3 pour chaque item. Globalement, les 3 structures avaient un personnel accueillant et convivial pour ces jeunes mais aussi les structures sanitaires avaient mis en place la gratuité concernant les consultations en rapport avec la SSR. Cependant aucune structure n'avait de créneau horaire spécifique pour discuter avec les jeunes sur leurs préoccupations et besoins en SSR mais aussi il n'y avait pas de mesure de satisfaction à l'issue des consultations pour les jeunes (Tableau 16).

Tableau 16 : Score d'observation concernant la mise en place d'une approche jeune dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Items	A	B	C
La structure de santé a réorganisé ses horaires de travail pour s'adapter aux besoins des jeunes	2	0	3
Créneau horaire spécifique pour discuter et répondre aux besoins des jeunes et ados sur leur préoccupation en matière de santé	0	0	0
Affiches de sensibilisation, posters ou autres types de supports adaptés aux jeunes encourageant/valorisant l'utilisation de la structure de santé par les jeunes et adolescents	1	1	2
Le personnel de santé et le personnel d'appui sont sensibilisés et ouverts à un accueil convivial des jeunes dans la structure de santé	2	3	3
La structure de santé a mis en place un dispositif pour permettre de mesurer le degré de satisfaction des jeunes à l'issue des consultations	0	0	0
La structure de santé a appliqué le système de gratuité des consultations en SSR pour les jeunes et adolescents	2	3	3
Score Total	7/18	7/18	11/18

Mon cursus de pharmacie m'a permis dans mon observation d'évaluer la qualité de gestion de la pharmacie selon les bonnes pratiques de stockage. Les scores attribués étaient compris entre 0 et 3. Pour chaque structure sanitaire, les conditions de stockage en général étaient à revoir. Dans les pharmacies, on trouvait seulement des étagères avec beaucoup de poussières, les intrants étaient rangés sans ordre particulier, peu d'aération dans la pièce etc. Là encore, on remarque que la structure A obtenait un score plus faible que les autres structures (Tableau 17).

Tableau 17 : Score d'observation concernant les conditions de stockage des pharmacies dans les 3 structures sanitaires des districts de Soubré et Méagui, enquête mi-parcours du projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Items	A	B	C
<u>Local de la pharmacie conforme aux normes</u>			
1) Etagères 2) Local aéré 3) Protection contre la lumière directe du soleil 4) Protection contre les vols 5) Suivi de T° 6) Aération	1	1	1
<u>Propreté de la pharmacie</u> (absence de poussière sur les produits et les étagères, absence de nuisibles, de toiles d'araignée...)	1	2	2
<u>Stockage conforme aux normes</u>			
1) Rangement de tous les produits sur les étagères et non par terre 2) Ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique) 3) En fonction de la date de péremption 4) Avec étiquette sur l'étagère de la DCI 5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique	0	1	1
<u>Equipements et matériel disponibles</u>			
1) aiguilles 2) seringues 3) pansements 4) boîte d'insertion d'implant 5) gants 6) coton 7) haricot 8) alcool ...	2	3	3
Score Total	4/12	7/12	7/12

II. Analyse des consultations des 3 structures sanitaires

2.1. Structure sanitaire A

Sur une période de 6 jours, 26 consultations d'adolescentes et de jeunes filles âgées de 14 à 22 ans (médiane de 17 ans) portant sur la SSR ont été observées dans la structure sanitaire A. En moyenne, selon le motif des consultations, celles-ci duraient autour de 27 min. Sur ces 26 jeunes filles, seulement 3 n'étaient pas scolarisées tandis que les autres avaient un niveau d'éducation compris entre la 5^{ème} et la terminale. La plupart de ces filles qui étaient scolarisées provenait d'établissements publics.

Le principal motif de consultation était la mise sous une méthode contraceptive (42,4%) (Tableau 18). A noter, que la plupart des jeunes filles qui venaient se renseigner sur les méthodes finissait par repartir en ayant été mise sous méthode.

Tableau 18 : Différents motifs de visite dans la structure sanitaire A par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans dans les districts de Soubré et Méagui (N=26), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Motifs des consultations	Effectifs	%
Mise sous méthode	14	42,4
Informations sur les méthodes	7	21,2
Infos sur effets indésirables	3	9,1
RDV méthode (injectable)	3	9,1
Autres ¹	6	18,2
Total des réponses	33	100,0

¹ Test de grossesse, changement de méthode, retrait d'implant, test de dépistage VIH, consultation IST

Durant mon observation dans cette structure sanitaire, j'ai pu relever quelques points qui revenaient assez régulièrement.

Tout d'abord concernant l'accueil par les prestataires de santé, j'ai pu remarquer que dans l'ensemble, les infirmiers étaient assez froids et autoritaires avec les filles. Plusieurs fois, j'ai observé qu'ils ne disaient pas bonjour, demandaient aux filles « *toi t'es venue pour les méthodes ?* », et parfois avec des discours jugeants. Durant une de mes observations un des infirmiers a dit « *nous les professionnels de santé on vous pousse pas à avoir des rapports sexuels en vous mettant sous méthode, ce n'est pas bon, tu es jeune* ».

Sur d'autres consultations, certains infirmiers ont même eu des propos impliquant un jugement auprès des filles notamment sur des jumelles, une était fine et l'autre un peu plus grosse. Il a donc eu un fou rire en demandant « *comment toi t'es fine alors que ta sœur est grosse, toi là t'es grosse déjà, la méthode va te faire grossir encore plus !* ». Une autre consultation, une fille musulmane voulait se mettre sous méthode, un des infirmiers lui a donc dit « *normalement toi tu ne dois pas avoir de rapports sexuels à ton âge* ». Autre exemple, une fille était venue faire un test de grossesse car elle ne voyait plus ses menstrues, l'infirmier lui a donc dit après le test réalisé « *le test est positif, tu t'attends à quoi, tu as rapports sexuels sans préservatif, toi tu voulais enfant !* ». Il s'est avéré en fait que le test était négatif qu'il voulait juste lui faire peur.

Enfin, les infirmiers ne faisaient absolument pas confiance aux dires des filles. Notamment, une d'entre elle voulait se mettre sous méthode contraceptive. Quand il lui a demandé si elle avait eu ses règles, elle lui a répondu qu'elle les avait en ce moment. L'infirmier ne l'a pas cru et a demandé à ce que je regarde dans la culotte de la fille si elle avait bien ses règles, ce que j'ai refusé de faire. Il a donc été cherché

la fille de salle qui a imposé à la fille de baisser sa culotte ce qu'elle a fini par faire même si elle-même a trouvé cela très bizarre.

J'ai pu observer également que durant les consultations, la porte restait souvent ouverte avec du passage dans le couloir et quasi chaque entretien était interrompu avec des entrées/sorties d'autres prestataires de santé. Aucune intimité n'était donc respectée. Le médecin chef de la structure, rentrait plusieurs fois dans les salles de consultation pour assister aux entretiens et intervenir si jamais l'infirmier oubliait une information, ce qui a donc entraîné un biais de mon observation. Les infirmiers se retrouvaient dans une position délicate où leur patron écoutait ce qu'ils pouvaient dire aux filles.

Concernant l'entretien en lui-même avec les filles, notamment sur les méthodes contraceptives, l'observation majeure que j'ai pu remarquer était que chaque infirmier à chaque consultation insistait sur « *l'abstinence c'est la meilleure méthode pour éviter les grossesses* ». Ensuite ils présentaient vaguement les méthodes dans leur ensemble sans expliquer les possibles effets indésirables. Pour la constitution du dossier, les infirmiers passaient un temps plus important à remplir des informations qui paraissaient moins utiles comme le lieu d'habitation, la religion, le nom complet de la jeune fille etc. que les antécédents (nombre de grossesses, avortement, pratique antérieure d'une méthode etc.) propres aux filles.

A chaque consultation de mise sous méthode, les filles ont pu choisir la méthode qu'elle désirait à l'exception d'un entretien. La jeune fille voulait changer de méthode pour ne plus être sous contraceptif injectable car elle expliquait « *c'est contraignant de revenir tous les 3 mois* ». Cependant le prestataire de santé a refusé de la mettre sous implant car pour lui « *ça me fatigue de poser l'implant* », il a donc essayé de lui faire changer d'avis ce qu'il a réussi à faire. Il lui a donc fait sa piqûre de 3 mois et la fille est repartie chez elle.

L'hygiène des prestataires de santé était à revoir, en effet aucun infirmier durant mon observation ne s'est une fois lavé les mains et le port de gants n'était pas systématique pour chaque pose de méthode contraceptive ou pour un test de dépistage VIH.

Enfin, la gratuité a été respectée durant ma présence mais j'ai su que pour une fille, quand je n'étais pas là, un des prestataires de santé, a voulu faire payer un test de grossesse (1000F) à une élève qui avait un retard de règles de 2mois.

Après avoir noté chaque consultation selon le motif de la venue des filles, j'ai calculé un pourcentage pour chaque entretien et j'ai ensuite réalisé une moyenne de ces proportions. Ces scores jugeaient de la qualité des consultations portant sur la SSR (Annexe 5). Le pourcentage de score de qualité attribué à la structure A a été de 29,3% et donc inférieur à 70%, seuil fixé par Médecins du Monde, pour estimer la qualité d'une structure sanitaire.

2.2. Structure sanitaire B

Sur une période de 8 jours, 7 consultations d'adolescentes et de jeunes filles âgées de 15 à 24 ans (médiane de 19 ans) portant sur la SSR ont été observées dans la structure sanitaire B. En moyenne, selon le motif des consultations, celles-ci duraient autour de 30 min. Sur ces sept jeunes filles, deux n'étaient pas scolarisées tandis que les autres avaient un niveau d'éducation compris entre la 3^{ème} et la terminale.

Comme pour la précédente structure, le motif de consultation principal était la mise sous méthode des filles se présentant dans cette structure (62,5%), venait ensuite les informations sur les effets indésirables des méthodes (25%) et les rendez-vous pour leurs injections (12,5%).

L'accueil par les prestataires de santé, deux infirmiers, était très bon. Tous les deux étaient à l'écoute des demandes et des préoccupations des jeunes filles.

A chaque consultation sur la planification familiale, les infirmiers demandaient aux filles d'aller prendre leurs constantes (tension et poids) dans le hall d'entrée avec les filles de salle.

L'interrogatoire pour chaque fille était complet, avec des questions démographiques mais aussi en rapport avec la santé, à savoir si la fille prenait d'autres médicaments, si elle avait déjà eu des grossesses, fait un avortement, quand est-ce qu'elle avait eu ses dernières règles etc. Les explications des méthodes contraceptives étaient correctes et les infirmiers parlaient également des effets indésirables. Sur les consultations que j'ai pu observer aucun des infirmiers n'avait mentionné l'abstinence comme une méthode contraceptive. Chaque choix de la part des filles a été respecté.

Les infirmiers ne portaient que très rarement la blouse et les gants. Les tests de dépistage pour le VIH se faisaient sur le bureau.

Durant mon observation, le gros point noir de cette structure sanitaire était les horaires d'ouverture et de fermeture de celle-ci. En effet, le personnel arrivait à 8h au lieu de 7h30 mais aussi ils fermaient les midis de 12h à 15h et ensuite la fin de journée se terminait à 16h30. Ces horaires ne permettaient pas aux élèves de venir dans cette structure car elles correspondaient à leurs horaires de cours.

Dans la même démarche que précédemment, j'ai noté chaque consultation selon le motif de consultation des filles, j'ai calculé un pourcentage pour chaque entretien et j'ai ensuite réalisé une moyenne de ces proportions (Annexe 5). Le pourcentage de qualité attribué à la structure B a été de 56,8%, inférieur à 70%, la qualité est donc moyenne mais la structure était peu fréquentée.

2.3. Structure sanitaire C

Sur une période de 6 jours, 19 consultations d'adolescentes et de jeunes filles âgées de 16 à 24 ans (médiane de 20 ans) portant sur la SSR ont été observées dans la structure sanitaire C. En moyenne, selon le motif des consultations, celles-ci duraient autour de 37 min. Sur ces 19 jeunes filles, à l'inverse des 2 autres structures, seulement sept étaient scolarisées avec un niveau d'éducation compris entre la 4^{ème} et la terminale. Toutes les jeunes filles qui étaient scolarisées provenaient d'établissements privés.

Comme pour les 2 précédentes structures, le motif de consultation principal était la mise sous méthode contraceptive des filles se présentant dans cette structure (38,1%) (Tableau 19).

Tableau 19 : Différents motifs de visite dans la structure sanitaire C par les adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans dans les districts de Soubré et Méagui (N=19), enquête mi-parcours sur le projet GND, Côte d'Ivoire, 2018.

Motifs des consultations	Effectifs	%
Mise sous méthode	8	38,1
RDV méthode (injectable & pilule)	4	19,0
Infos sur effets indésirables	3	14,3
Retrait d'implant	2	9,5
Autres ¹	4	19,0
Total des réponses	21	100,0

1 Infos sur les méthodes, infos sur l'avortement, changement de méthodes, consultation IST

L'accueil par les prestataires de santé, en l'occurrence par les sages-femmes, était très agréable auprès de chaque fille. Elles ne pouvaient pas s'empêcher d'appeler les filles par « *ma chérie* », de les prendre par les épaules pour les guider d'une salle à l'autre, elles étaient toutes bienveillantes.

Deux sages-femmes s'occupaient spécifiquement de la planification familiale, elles s'aidaient d'échantillon visuel pour présenter chaque méthode contraceptive dans les détails avec notamment le DIU, qui était disponible dans cette structure. Elles expliquaient aussi dans les détails les possibles effets indésirables des méthodes tout en leur disant « *ça peut se régler, ma chérie, les problèmes des menstrues avec des comprimés* ». Systématiquement, avant chaque pose, les sages-femmes demandaient aux filles d'aller uriner dans un petit récipient en plastique pour faire un test de grossesse et la prise des constantes (poids, tension et test de dépistage VIH) était réalisée dans la salle d'accueil.

Dans cette structure, à chaque mise sous méthode, les sages-femmes réalisaient un examen physique (sein, vagin) de la fille pour vérifier si tout allait bien chez cette dernière. Le port de gants était systématique mais pas le lavage des mains.

Pendant mes observations, j'ai pu remarquer également qu'à chaque mise sous méthode, les sages-femmes, après avoir entendu le choix de la jeune fille, ne remplissait le dossier individuel qu'après la pose du DIU ou de l'implant ou encore la piqûre pour le contraceptif injectable. Des questions étaient donc posées à la fille alors qu'elles auraient dû être demandées avant la mise sous méthode.

La structure sanitaire était ouverte en non-stop, dès qu'il y avait des filles, les sages-femmes les recevaient sans faire de pause. Et si elles devaient s'absenter par moment, une garde était prévue avec les aides-soignantes qui prenaient la relève dans la salle d'accueil pour recevoir les filles qui venaient pour la planification familiale.

La porte était constamment ouverte lors de chaque entretien, car d'après les sages-femmes « *les filles se plaignent qu'il fait trop chaud, on a rien pas de ventilateur ni de climatiseur* ». Il y avait cependant un paravent qui empêchait la visibilité des filles une fois allongées sur le lit d'examen.

Les sages-femmes présentes à la structure C étaient parfois en sous effectifs et celles travaillant spécifiquement sur la planification familiale étaient appelées sur

des accouchements ou des soins post-avortement quand le besoin se faisait ressentir faisant parfois attendre plusieurs longues minutes voire heures les filles venues pour la PF.

Chaque consultation a également été notée selon le motif de la venue des jeunes filles, j'ai calculé un pourcentage pour chaque entretien et j'ai ensuite réalisé une moyenne de ces proportions (Annexe 5). Le pourcentage de score de qualité attribué à la structure C a été de 51%, inférieur à 70%.

DISCUSSION

I. Rappel des principaux résultats

Il s'agit de l'une des premières enquêtes évaluant les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les filles scolarisées au collège et au lycée dans la région Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire. Cette étude s'inscrit dans un projet de Médecins du Monde dont l'objectif final est de prévenir les grossesses non désirées en milieu scolaire. L'enquête a inclus 507 jeunes filles âgées en médiane de 16 ans dont plus de la moitié faisait partie de la tranche des 15 – 19 ans. L'âge au premier rapport sexuel était de 16 ans en médiane chez les 215 filles sexuellement actives. Chez ces filles sexuellement actives, 31 ont déclaré avoir eu au moins une grossesse et 23 d'entre elles ont pratiqué un avortement, bien qu'il soit illégal en Côte d'Ivoire sauf en cas de danger vital pour la mère.

Globalement, 36% des filles scolarisées avaient connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives modernes incluant les préservatifs. Les niveaux de scolarité du premier cycle, la location d'une maison, le fait d'être non sexuellement active et de ne pas assister à des cours d'éducation sexuelle étaient significativement associés à l'absence de connaissance des méthodes contraceptives modernes.

Concernant l'utilisation des méthodes contraceptives, 60% des filles déclaraient utiliser une méthode pour éviter une grossesse et parmi elles 14% de celles sexuellement actives utilisaient une méthode contraceptive moderne en ne prenant pas en compte les préservatifs. Les facteurs associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive étaient le fait de connaître au moins 3 méthodes contraceptives et aussi, d'avoir contracté une grossesse.

Sur la satisfaction des jeunes filles par rapport aux structures sanitaires proposant des consultations en SSR, 70% d'entre elles étaient satisfaites de leurs consultations proposées par les différentes structures. Toutefois, les pourcentages de scores de qualité de ces structures étaient moyens à faible avec des scores allant de 30% pour la structure A, 57% pour la structure B et 51% pour la structure C.

II. Validité de l'enquête

2.1. Validité interne (force et principales limites)

Notre enquête a permis de suivre l'évolution du projet GND entrepris par MdM depuis 2017. Bien que les résultats ne concernent que les adolescentes et jeunes filles de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, notre enquête est multicentrique permettant ainsi d'être le plus représentatif possible de la population des adolescentes et jeunes filles en milieu scolaire dans les établissements publics en Côte d'Ivoire.

Des biais dans notre enquête sont à notifier et à discuter, malgré toutes les précautions prises afin de les éviter. Tout d'abord, notre enquête s'est déroulée dans 5 établissements scolaires publics des districts sanitaires de Soubré et Méagui. Notre échantillon est représentatif des jeunes filles scolarisées dans un établissement public mais ne concerne pas les jeunes filles scolarisées dans un établissement privé.

Le questionnaire comportait 59 questions. Pour celles qui allaient jusqu'à la fin, selon les réponses données, il pouvait donc durer entre 25 et 30 minutes. Cette durée a pu entraîner une lassitude des jeunes filles mais aussi des enquêteurs qui administraient les questionnaires. L'administration du questionnaire se déroulant en face à face avec l'enquêteur, cela a pu entraîner des biais de déclaration et de mémorisation. Toutefois, la formation reçue par les enquêteurs et leur expérience précédente sur l'enquête baseline ont permis de réduire l'impact de ces biais sur nos résultats.

Pour la partie satisfaction, il a été rapporté par les enquêteurs qu'un prestataire de santé appartenant à une des 3 structures sanitaires ciblées par l'enquête, n'avait pas apprécié notre présence dans la structure et avait demandé à certaines filles qui sortaient de consultation de faire attention à ce qu'elles pouvaient dire sinon elles pouvaient s'attendre à des « représailles ».

Concernant l'enquête observationnelle, dans la même structure sanitaire, le médecin chef s'immisçait dans certaines consultations pour écouter et prendre la place des infirmiers dans l'objectif de vouloir « bien faire ». Cependant, la méthodologie utilisée, de se rendre pendant 6 jours consécutifs de 8h à 17h dans la structure, permettait une meilleure appréhension du fonctionnement de la structure car avec le temps, instinctivement, les habitudes revenaient.

De plus, de part mon cursus pharmaceutique et ma nationalité européenne, mon observation a pu être subjective. Toutefois, des scores avaient été établis en amont de l'observation avec des critères de remplissage ce qui a permis de donner une part d'objectivité à mon observation.

2.2. Validité externe

Population d'enquête : activité sexuelle, grossesse et pratique de l'avortement

Concernant la proportion de femmes sexuellement actives, dans notre échantillon 42,5% avaient déjà eu au moins un rapport sexuel ce qui diffère de l'EDS 2011-2012 avec une proportion de 61,3% en reprenant la même tranche d'âge des 15 à 24 ans (23). Dans notre enquête, aucune adolescente de 10 à 14 ans n'avait eu de rapports sexuels. Au sein de notre enquête, nous avons trouvé une prévalence de grossesses de 14,4% chez les filles sexuellement actives. Selon l'EDS 2011-2012, la prévalence des filles de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie féconde au Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire est de 38,7% (23). De plus, cette prévalence est inférieure à d'autres études trouvées dans des contextes similaires en Afrique (30% au Kenya et 21% en Afrique du Sud) (39,41)

Ces différences pourraient s'expliquer essentiellement par deux raisons :

- Le milieu scolaire dans lequel notre enquête a été menée, nous avons interrogé des adolescentes et des jeunes filles qui ont eu une grossesse mais qui ont aussi réintégré le milieu scolaire. De même que le phénomène de grossesses est probablement plus limité en milieu scolaire (61).
- La tranche d'âge incluant les adolescentes de 10 à 14 ans réduit certainement la probabilité de survenue d'une grossesse dans notre enquête, contrairement à l'étude d'Okigbo et al/ réalisée au sein d'une population d'adolescentes et de jeunes filles de 15 à 24 ans où la probabilité d'avoir une grossesse est plus élevée (39).

Toutefois, l'âge médian au premier rapport sexuel dans notre échantillon était semblable à celui estimé dans l'EDS 2011-2012 qui est de 16,1 ans (23). Cette importance de l'activité sexuelle des adolescentes et jeunes filles a été corroborée par d'autres études réalisées dans des conditions similaires (62). A savoir une entrée en activité sexuelle inférieure ou égale à 16 ans. De même, qu'une étude réalisée au Nigéria, indiquait que les adolescentes qui ne vivaient pas avec leurs parents étaient

plus susceptibles d'avoir une activité sexuelle précoce (63). Notre enquête est allée dans ce sens, les filles habitant chez un tuteur ou en location dans une maison étaient plus susceptibles d'être sexuellement actives que celles qui vivaient chez leurs parents indépendamment de l'âge (RC = 3,13, $p < 0,001$).

Près des trois quarts des grossesses n'arrivaient pas à leur terme chez les adolescentes et les jeunes filles enquêtées. Ce résultat indique que la pratique de l'avortement est une réalité chez cette population (64). Dans un contexte de forte stigmatisation de la jeune fille enceinte et d'enracinement des tabous autour de la sexualité adolescente, on peut comprendre que la majorité de ces grossesses n'arrivent donc pas à leur terme.

Une étude menée en Côte d'Ivoire, à Yamoussoukro, montrait que 61,7% des jeunes lycéennes ayant eu une grossesse avaient pratiqué un avortement. La méthode principale utilisée pour l'avortement fut l'automédication à l'aide de comprimé (70%) (53). Notre enquête va dans le même sens. La proportion de jeunes filles enceintes qui ont pratiqué un avortement est de 74% et dans 66,7% des cas ces dernières prenaient des comprimés pour faire « passer » la grossesse.

Connaissance méthodes contraceptives modernes

Le préservatif masculin et la pilule sont les principales méthodes connues des adolescentes et des jeunes filles. Ce constat a été également fait au Burkina Faso (65). Concernant le préservatif, on peut y voir le rôle positif des programmes de prévention contre le VIH/SIDA. En outre, les préservatifs et les pilules sont les produits les plus répandus, et les plus accessibles financièrement.

Une étude de Krugu *et al* réalisée au Ghana, parmi des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, avait montré une connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne semblable à notre enquête (76% contre 79%). Cependant, ces connaissances semblent superficielles car 21% de ces filles ne savaient pas que la pilule se prenait quotidiennement (66).

En comparant avec la précédente enquête réalisée par MdM en fin d'année 2017, la connaissance d'au moins trois méthodes contraceptives modernes incluant les préservatifs était de 30% contre 36% pour notre enquête. Il y a donc eu une augmentation de la connaissance par ces jeunes en milieu scolaire.

Les données recueillies dans le cadre de cette enquête indiquent que le niveau d'étude (2nd cycle) et l'assistance aux cours d'éducation sexuelle sont des facteurs associés à la connaissance des méthodes contraceptives modernes. L'analyse des données révèle que l'école est la première source de connaissance des méthodes contraceptives par les élèves. C'est ce que révèlent également dans une étude similaire au Burkina Faso (67). A la suite d'une étude transversale et descriptive dans 18 établissements secondaires, chez les 15-19 ans, ils ont noté que l'école constituait la première source d'information pour 55% des élèves loin devant les structures sanitaires (15%). Il est donc indispensable d'avoir des cours d'éducation sexuelle de qualité et de les dispenser précocement dans le cursus des élèves pour une meilleure efficacité.

Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Il ressort de l'enquête qu'aux premiers rapports sexuels, presque toutes les filles ayant utilisées une méthode contraceptive (60%) ont eu recours au préservatif (98%). Cette tendance s'explique par l'accessibilité élevée à cette méthode en Côte d'Ivoire, corollaire de la dynamique soutenue de la lutte contre le VIH/SIDA (68). Cependant, il faut noter que pour celles qui n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives lors du premier rapport sexuel, l'absence de méthodes lors du rapport (25%), l'absence de connaissance sur l'utilisation (23%) mais aussi la capacité limitée à négocier le port du préservatif par les jeunes filles (23%) sont les principales raisons citées par ces filles. Ces résultats sont en accord avec ceux obtenus par une étude réalisée au Burkina Faso (65).

Une autre étude d'Odimegwu *et al*, a également constaté que la connaissance de la contraception est plus élevée que l'utilisation même des méthodes contraceptives (69). Ce qui concorde avec notre étude, en effet l'utilisation des méthodes contraceptives en dehors des préservatifs est de 6,1% rapporté à l'ensemble de notre échantillon et de 14% chez les filles sexuellement actives.

Bien que notre population de filles sexuellement actives connaisse à plus de 90% les préservatifs masculins, 46% d'entre elles utilisaient le préservatif comme moyen de contraception et de protection. Il est donc nécessaire d'insister sans cesse sur la sensibilisation, notamment des garçons, au port de préservatif à chaque rapport sexuel.

Structures sanitaires

De plus la fréquentation d'une structure sanitaire pour avoir des informations sur les méthodes contraceptives était seulement de 8,9%. Une étude en Afrique du Sud auprès de jeunes femmes de 18-24 ans avait mis en évidence l'attitude de non soutien de la part des fournisseurs de méthodes contraceptives et les problèmes de communication comme pouvant être des barrières potentielles à l'accès à la contraception (70). Dans notre enquête il est probable que les lycéennes cherchaient des informations sur la contraception par d'autres circuits que le service de santé.

Les Services de Santé Scolaires et Universitaire de Soubré et de Méagui et le Centre de Santé Urbain de Méagui constituent les structures sanitaires partenaires de Médecins du Monde. La spécificité de leurs missions dans le projet GND est l'accès à la planification familiale gratuitement chez les élèves scolarisées, ce qui place la question de leur performance au cœur des préoccupations des acteurs nationaux et de leurs partenaires dont Médecins du Monde.

Il est reconnu qu'évaluer les activités et la qualité des prestations d'une structure sanitaire voir même un service, nécessite une évaluation régulière de la satisfaction de ses usagers.

C'est ainsi qu'un nombre important d'enquêtes (58–60,71,72), ont mis en évidence l'intérêt de la « satisfaction du patient » comme indicateur de la qualité des soins.

Dans notre enquête, 70% des jeunes filles ayant consulté pour ce motif s'estimaient globalement satisfaites de leur consultation portant sur la SSR. Les questions abordant les dimensions relationnelles avec le personnel et les prestataires recueillent de bons scores (respectivement 75,9% et 91,9% pour l'accueil) mais aussi 88,2% pour la relation de confiance avec le prestataire de santé et 88,6% pour le non-jugement de la jeune fille de la part du prestataire de santé. Aussi, malgré un score relativement bon sur la confidentialité et l'intimité de la consultation (68,6%) ce pourcentage de satisfaction n'atteignait pas le seuil des 70% fixé.

Ces résultats rejoignent ceux apportés par d'autres travaux. Différentes études menées sur la satisfaction des patients montrent que les items traitant de la confidentialité, de l'accueil du patient par le prestataire de santé, sont habituellement

mieux notés que d'autres qui sont souvent mal perçus comme le temps d'attente avant de voir un professionnel de santé (71,72).

Pendant l'enquête observationnelle, ces résultats sont ressortis. A l'exception d'une structure sanitaire, l'accueil des prestataires et la confidentialité obtenait des bons scores.

Cependant la satisfaction des jeunes filles diminuait quand il s'agissait d'informations plus précises comme celles en rapport avec les méthodes contraceptives. Notamment, 51,2% des jeunes filles étaient satisfaites des informations qu'ils leur ont été fournies par les prestataires de santé, 36,8% satisfaites de la démonstration des méthodes et enfin 46,5% satisfaites des informations données sur les effets indésirables des méthodes.

Ces résultats concordent avec ceux recueillis durant l'enquête observationnelle. En effet, aucune structure n'a obtenu un score de qualité supérieur à 70% et cela est principalement du au fait que les prestataires de santé avaient une explication limitée des différentes méthodes contraceptives. De plus, presque aucun prestataire ne cherchait à savoir si en fin de consultation l'adolescente ou la jeune fille avait compris les explications reçues, ce qui s'en ressent avec les résultats de satisfaction en effet seulement 34,6% des jeunes filles étaient satisfaites.

III. Recommandations

A l'issue de notre étude, nous pouvons émettre les recommandations suivantes en vue d'améliorer la connaissance et l'usage des méthodes contraceptives par les élèves mais aussi la qualité des structures sanitaires recevant ces jeunes. Ces recommandations permettront de répondre au mieux aux besoins des adolescentes et jeunes filles concernant la planification familiale dans le but de prévenir les grossesses en milieu scolaire.

Au niveau national : Ministère de l'éducation, de la santé et de la famille :

- Etendre les cours d'éducation sexuelle dès le début du 1^{er} cycle scolaire comme cela est recommandé dans l'éducation sexuelle complète.
- Travailler sur la mise à disposition gratuite des préservatifs pour les adolescents et les jeunes (car ne font plus partie de la population cible de prévention).

- Encourager le dialogue parent/adolescent sur la sexualité le plus tôt possible en prenant soin de préparer les parents à cet exercice.

Au niveau des districts sanitaires de Soubré et de Méagui :

- Augmenter les effectifs en personnel des structures sanitaires (sages-femmes dans les médico-scolaires) et élargir les horaires d'ouverture.
- Rendre disponible dans les structures médico-scolaires la contraception d'urgence.

Au niveau des structures sanitaires :

- Créer un espace dédié aux jeunes et adolescent(e)s dans les structures médico-scolaires afin qu'ils puissent avoir accès à de la documentation concernant la sexualité, le cycle reproductif, les grossesses, les méthodes contraceptives, les IST.
- Accompagner et prendre en charge les Violences Basées sur le Genre (VBG).
- Renforcer la sensibilisation des adolescentes ayant déjà eu une grossesse sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.
- Promouvoir les services des médico-scolaires auprès des élèves (exemples d'activités : visites médicales, affiches de sensibilisation, consultations foraines, journée porte ouverte etc).

Au niveau des établissements scolaires :

- Renforcer la sensibilisation sur l'utilisation du préservatif par les clubs santé présents dans les écoles.
- Identifier et mobiliser des jeunes de 1^{er} cycle pour être coachés par ceux du 2nd cycle à participer au club santé.

Au niveau de Médecins du Monde :

- Faire la restitution de l'enquête au niveau national et dans les districts.
- S'assurer de l'application de la feuille de route de l'intégration de cours d'éducation sexuelle complète.
- Accompagner et former les enseignants retenus par la DRENET-FP pour dispenser les cours d'éducation sexuelle.
- Poursuivre les visites dans les locations (« entrées-couchées ») qu'occupent certains élèves afin de poursuivre le lien social et de renforcer les attitudes et valeurs positives face à l'activité sexuelle et à l'usage du préservatif.

- Promouvoir les services proposés par les services médico-scolaires lors de causeries.
- Poursuivre des séances de causeries sur la sexualité et l'intérêt des méthodes contraceptives modernes dans les safe-space.
- Viser à l'amélioration des consultations PF dans les structures sanitaires (coaching, jeux de rôle) en formant de manière plus approfondie les prestataires de santé (infirmiers) sur les informations des méthodes contraceptives et la manière de les dispenser.
- Mettre en place des évaluations périodiques sur les interventions mises en place depuis le début du projet GND.
- Valorisation de l'enquête au niveau internationale (conférences).

CONCLUSION

Notre enquête a montré que la connaissance des méthodes contraceptives modernes hors préservatifs chez les jeunes filles scolarisées était relativement faible et leur utilisation encore plus. Toutefois, la connaissance ainsi que l'utilisation du préservatif dans le Sud Ouest de la Côte d'Ivoire étaient globalement correctes ce qui montre que ces jeunes ont malgré tout une connaissance quant aux risques auxquels ils s'exposent en cas de rapports sexuels non protégés.

La prévalence du fait d'avoir eu une grossesse chez les filles sexuellement actives en milieu scolaire est non négligeable dans notre enquête et les issues de ces grossesses sont alarmantes. La fréquence du recours aux avortements à risques peut participer à la surmorbi-mortalité maternelle et infantile lors d'une grossesse adolescente.

Une augmentation de la fréquentation des services de santé ainsi qu'un accompagnement amélioré de la part des prestataires de santé, en passant par un apport de connaissances, permettra certainement de faciliter la mise sous méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes et les jeunes filles en évitant ainsi la survenue de grossesse.

Notre enquête rejoint la campagne Zéro grossesse en milieu scolaire menée en Côte d'Ivoire depuis 2013 où il s'agissait d'envisager une éducation par les pairs dans les clubs scolaires en renforçant les capacités sur la santé sexuelle et reproductive. De plus, le pays fait parti du projet *Family Planning 2020* (FP2020) qui est un partenariat mondial qui promeut la contraception pour les femmes et les jeunes filles afin qu'elles décident « *librement et pour elles-mêmes, si, quand et combien d'enfants elles veulent avoir* ». L'objectif, fixé à Londres en 2012 lors du sommet de la planification familiale, est de permettre à 120 millions de femmes supplémentaires d'utiliser la contraception avant 2020.

A titre personnel, ce fût une première expérience dans le contexte ivoirien et ce stage m'a passionné et m'a beaucoup appris. J'ai pris plaisir à réaliser l'ensemble des différentes étapes de l'enquête depuis Bordeaux jusqu'en Côte d'Ivoire. En outre, vu le nombre de données à récolter pour cette enquête, il était nécessaire pour moi d'allier rigueur et organisation afin de rester dans les temps. J'ai notamment apprécié le fait de m'immerger dans les villes semi-urbaines que sont Soubré et Méagui mais aussi dans le milieu scolaire. Cela m'a permis d'appréhender les difficultés que rencontrent certaines jeunes filles notamment lorsqu'elles contractent une grossesse pour ensuite poursuivre leur cursus scolaire.

REFERENCES

1. ONU Femmes. Conférences mondiales sur les femmes [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
2. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. [Internet]. 1995 [cited 2018 Jul 17] p. 200. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
3. Nations Unies. Objectifs de développement durable [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>
4. World Health Organization. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, WHO Guidelines [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 14]. Available from: http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf
5. Amoran OE. A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and its prevention in a rural town in Western Nigeria. *Int J Equity Health*. 2012 Jul 30;11:37.
6. Izugbara C. Socio-demographic risk factors for unintended pregnancy among unmarried adolescent nigerian girls. *South Afr Fam Pract* [Internet]. 2015;57(2). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84930172519&doi=10.1080%2f20786190.2014.977042&partnerID=40&md5=34e2b576672432277e3d945c6b607090>
7. Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Portail officiel du Gouvernement - Fiche signalétique de la Côte d'Ivoire [Internet]. [cited 2018 Mar 30]. Available from: http://www.gouv.ci/_fiche-signalétique.php
8. Banque Mondiale. Population totale | Data [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?locations=CI>
9. Banque Mondiale. Population, femmes (% du total) | Data [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=CI>
10. Banque Mondiale. Densité de la population (personnes par kilomètre carré de superficie des terres) | Data [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/EN.POP.DNST?locations=CI>
11. Banque Mondiale. Population urbaine (% du total) | Data [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=CI>
12. Perspective Monde. Pyramide des âges en Côte d'Ivoire [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMPPagePyramide?codePays=CIV>
13. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain, Le développement humain pour tous. Annexe Statistique, Tableau 1 : l'indice de développement humain; 2016 p. 298.

14. Banque Mondiale. Croissance du PIB (% annuel) | Data [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=CI>
15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf
16. WHO. Côte d'Ivoire : statistical profile [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 8]. Available from: <http://www.who.int/gho/countries/civ.pdf?ua=1>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Côte d'Ivoire : Statistique sur le Paludisme [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 17]. Available from: http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_civ_en.pdf?ua=1
18. OMS. Côte d'Ivoire : Statistique sur la Tuberculose [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 17]. Available from: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=CI&outtype=html
19. ONUSIDA. Côte d'Ivoire : Données HIV and AIDS Estimates [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 8]. Available from: <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/ctedivoire>
20. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. Plan stratégique national de la surveillance du VIH/SIDA et des IST 2015 - 2019 en Côte d'Ivoire [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 8] p. 70. Available from: http://www.endasante.ci/images/dsn/psns_VIH_SIDA_IST2015_2019.pdf
21. WHO. Global Health Observatory : Maternal mortality [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en>
22. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2016 en Côte d'Ivoire [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://dipe.info/index.php/fr/component/jdownloads/send/6-rapport-annuel-sur-la-situation-sanitaire/52-rapport-annuel-sur-la-situation-sanitaire-rass?Itemid=0>
23. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, Institut National de la Statistique, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement : Abidjan, Côte d'Ivoire. Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS), 2011-2012 [Internet]. 2013 p. 591. Available from: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf>
24. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13 Septembre 1994. New York; 1995.
25. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. The Lancet. 2006 Nov 4;368(9547):1595–607.
26. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2015. [Internet]. New York; 2015 [cited 2018 Feb 13]. Available from: http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
27. Guttmacher Institute. Vue d'ensemble : Investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017. [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 14]. Available from:

<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017-fr.pdf>

28. WHO. Youth and health risks, report by the secretariat. [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 14]. Report No.: A64/25. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf
29. Population Reference Bureau. The World's Youth | Data Sheet [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf>
30. Nugent R. Youth in a Global World. Washington, DC : Population Reference Bureau [Internet]. 2006 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <http://www.prb.org/pdf06/YouthInAGlobalWorld.pdf>
31. Blum RW. Young people: not as healthy as they seem. *The Lancet*. 2009 Sep 12;374(9693):853–4.
32. WHO. Sexual Transmitted Infections (STIs) : The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf
33. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011 Jun 18;377(9783):2093–102.
34. OMS. Adolescents : risques sanitaires et solutions [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
35. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 2009 Sep 12;374(9693):881–92.
36. OMS. Santé reproductive [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 15]. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/
37. Patton GC, Ross DA, Santelli JS, Sawyer SM, Viner RM, Kleinert S. Next steps for adolescent health: a Lancet Commission. *The Lancet*. 2014 Feb 1;383(9915):385–6.
38. OMS. La grossesse chez les adolescentes [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
39. Okigbo CC, Speizer IS. Determinants of Sexual Activity and Pregnancy among Unmarried Young Women in Urban Kenya: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 Jun 5;10(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457813/>
40. BEGUY D, NDUGWA R, KABIRU CW. Entry into motherhood among adolescent girls in two informal settlements in Nairobi, Kenya. *J Biosoc Sci*. 2013 Nov;45(6):721–42.
41. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi L. Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. *Afr Health*. 2012;12(4):426–34.
42. Salami KK, Ayegboyin M, Adedemi IA. Unmet social needs and teenage pregnancy in Ogbomosho, South-western Nigeria. *Afr Health Sci*. 2014 Dec;14(4):959–66.

43. Fonds des Nations Unies pour la population. La mère-enfant, face aux défis de la grossesse chez l'adolescente. [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 16]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013.pdf>
44. McIntyre P. Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier [Internet]. 2007 [cited 2017 Dec 14] p. 28. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43650/1/9789242593785_fre.pdf
45. Plan Afrique de l'Ouest. Situation de la scolarisation des filles en Afrique : réalisations depuis 2000, défis et perspectives pour le futur. [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 16]. Available from: http://efc.idnet.net/publications/State%20of%20Girls'%20Education%20in%20West%20Africa_FR.pdf
46. Rosenberg M, Pettifor A, Miller WC, Thirumurthy H, Emch M, Afolabi SA, et al. Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *Int J Epidemiol*. 2015 Jun;44(3):928–36.
47. Fonds des Nations Unies pour la population Burundi. Etude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 19]. Available from: http://burundi.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RAPPORTFINALETUDEGROSSESSESENMIIEUSCOLAIREAUBURUNDI_0.pdf
48. Ardington C, Menendez A, Mutevedzi T. Early Childbearing, Human Capital Attainment, and Mortality Risk: Evidence from a Longitudinal Demographic Surveillance Area in Rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Econ Dev Cult Change*. 2015 Jan;63(2):281–317.
49. Grout-Smith J. Parce que je suis une fille : Rapport Afrique 2012 : Progrès et obstacles à l'éducation des filles en Afrique [Internet]. Nairobi, Kenya; 2012 [cited 2018 Feb 19] p. 52. Available from: <https://www.scribd.com/document/109695725/Progres-et-obstacles-a-l-education-des-filles-en-Afrique-Rapport-Afrique-2012>
50. ONUCI. Violence basée sur le genre en Côte d'Ivoire, bulletin La Force de la Paix. 2014 Dec [cited 2018 Jan 24];4(6). Available from: <https://onuci.unmissions.org/sites/default/files/Bulletin-Force-Paix-Th%C3%A9matique-VGB-2014.pdf>
51. DA. Côte d'Ivoire/Santé sexuelle et de la reproduction/Planification familiale [Internet]. Abidjan.net. 2017 [cited 2018 Jan 31]. Available from: <https://news.abidjan.net/h/625627.html>
52. Vroh JBB, Tiembre I, Attouh-Touré H, Kouadio DE, Kouakou L, Coulibaly L, et al. Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*. 2012 Jun 8;24(HS):67–76.
53. Sassor O, al. Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. 2017;29:711–7.
54. Gouvernement de la Côte d'Ivoire. Santé scolaire et universitaire : Dr Goudou-Coffie lance la visite médicale systématique [Internet]. Abidjan.net. 2014 [cited 2018 Feb 19]. Available from: <http://news.abidjan.net/h/515872.html>
55. Médecins du monde. Document de référence-GND. 2016.
56. OMS. Santé de l'adolescent [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 14]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

57. Médecins du monde. Formation Grossesses Non Désirées - Session SANTE. 2015 Août p. 118.
58. Diop SC. Enquête de satisfaction des patients VIH/SIDA du centre de traitement ambulatoire (CTA) de Nouakchott [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 19]. Available from: <http://docplayer.fr/30356625-Enquete-de-satisfaction-des-patients-vih-sida-du-centre-de-traitement-ambulatoire-cta-de-nouakchott.html>
59. Menez T. Evaluation multicentrique de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes selon le questionnaire BREAST-Q après reconstruction mammaire pour cancer par lambeau de DIEP ou lambeau de muscle grand dorsal [Internet]. Bordeaux 2 Victor Segalen; 2014 [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01111301/document>
60. Bruno RF, Doucet JG, Merisier E, Metayer L. Etude de satisfaction de la clientèle à l'Hôpital de Fort-Liberté [Internet]. 2009. Available from: www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/2009_satisfaction_clientele_HFL.pdf
61. Rosenberg M, Pettifor A, Miller WC, Thirumurthy H, Emch M, Afolabi SA, et al. Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *Int J Epidemiol*. 2015 Jun;44(3):928–36.
62. Tano-Ve, Gohou, Oga, Konan, Ake, Koffi, et al. Pratiques sexuelles des adolescents en milieu scolaire à Abidjan en 2003 à Abidjan, Cahier de Santé Publique. 2006 [cited 2018 Sep 2];5(2). Available from: [http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/rev_Ivoire/CSPv5-2/5-article\(41-48\).pdf](http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/rev_Ivoire/CSPv5-2/5-article(41-48).pdf)
63. Nwaorgu OC, Onyeneho NG, Onyegegbu N, Okolo M, Ebele O, Ugochukwu G, et al. Family life and HIV/AIDS education (FLHE) in schools in Enugu State: baseline study of reproductive health issues among in-school adolescents in Enugu State. *Afr J Reprod Health*. 2009 Jun;13(2):17–32.
64. Guiella G. Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : un état des lieux, Occasional Report, New York : The Alan Guttmacher Institute [Internet]. 2004 [cited 2018 Sep 2] p. 40. Report No.: 12. Available from: <http://share-net-burundi.org/wp-content/uploads/2017/06/Enquete-sur-les-adolescents-Guttmacher-1.pdf>
65. CCY A, Berthe A, N M, Belem A, GA O, B N, et al. Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Ann Sci Santé*. 2016 Jan 1;1.
66. Krugu JK, Mevissen F, Munkel M, Ruiter R. Beyond love: a qualitative analysis of factors associated with teenage pregnancy among young women with pregnancy experience in Bolgatanga, Ghana. *Cult Health Sex*. 2017 Mar;19(3):293–307.
67. N Rachel, Ouattara A, Ouedraogo, Thieba, Akotionga, Lankoande. Connaissance et pratiques de la contraception chez les adolescentes en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso [Internet]. 2006 [cited 2018 Sep 2]. Available from: <http://www.sago.sante.gov.ml/pdf2008/planning%20familial/CONNAISSANCES%20%20ET%20PRATIQUES%20DE%20LA%20CONTRACEPTION%20CHEZ%20LES%20ADOLESCENTES%20EN%20MILIEU%20SCOLAIRE%20DE%20LA%20VILLE%20DE%20OUGA.pdf>
68. Rwenge M. Facteurs contextuels des comportements sexuels: le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun). 1999.

69. Odimegwu CO, Solanke LB, Adedokun A. Parental characteristics and adolescent sexual behaviour in Bida Local Government Area of Niger State, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2002 Apr;6(1):95–106.
70. Lince-Deroche N, Hargey A, Holt K, Shochet T. Accessing Sexual and Reproductive Health Information and Services: A Mixed Methods Study of Young Women's Needs and Experiences in Soweto, South Africa. *Afr J Reprod Health*. 2015 Mar;19(1):73–81.
71. Canoui-Poitaine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire, Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary out-patient surgery unit. *Prat Organ Soins*. 2008;39(4):323–30.
72. Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, et al. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017 27 [cited 2018 Aug 16];28. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/267/full/>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire administré aux adolescentes et jeunes filles incluses dans l'enquête.....	103
Annexe 2 : Note d'information.....	117
Annexe 3 : Fiche de consentement.....	119
Annexe 4 : Grille descriptive des 3 structures sanitaires.....	120
Annexe 5 : Grille d'observation des consultations en SSR.....	126
Annexe 6 : Chronogramme de stage de Mars à Août 2018, Abidjan et Bordeaux.....	131
Annexe 7 : Tableau présentant les différents acteurs de chaque étape de l'enquête.....	132

Annexe 1 : Questionnaire administré aux adolescentes et jeunes filles incluses dans l'enquête

Enquête sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive et l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que des services de planification familiale chez les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans des collèges et lycées publics des districts sanitaires de Soubré et Méaqui

Date de recueil (JJ/MM/AAAA) :

Nom de l'enquêteur :

Code de l'enquêtée :

Section 1	Informations Sociodémographiques	Code
1	Quel est votre âge réel ? ans	
2	Quel est votre niveau d'étude ? ☐ Sixième (6 ^{ème}) ¹ ☐ Cinquième (5 ^{ème}) ² ☐ Quatrième (4 ^{ème}) ³ ☐ Troisième (3 ^{ème}) ⁴ ☐ Seconde (2 ^{nde}) ⁵ ☐ Première (1 ^{ère}) ⁶ ☐ Terminale ⁷	
3	Quelle est votre religion ? ☐ Islam ¹ ☐ Christianisme ² ☐ Sans religion ³ ☐ Autre ⁴ , précisez :	
4	Avec qui vivez-vous actuellement ? ☐ Avec mes parents ¹ ☐ Je loue une maison ou mes parents me louent une maison ² ☐ Chez un tuteur ou une tutrice (ou oncle, tante, frère, sœur...) ³ ☐ Avec mon petit-ami ou mon mari ⁴ ☐ Autre ⁵ , précisez :	
5	Je voudrais vous parler de votre situation amoureuse, quelle est la situation la plus appropriée pour vous (Enumérez les réponses) ☐ Je suis célibataire / sans petit ami ¹ ☐ J'ai un petit ami ² ☐ Je suis mariée ³ ☐ J'ai des relations occasionnelles ⁴ (avoir des rapports sexuels avec un garçon qui n'est pas votre petit ami et que vous ne voyez pas souvent) ☐ Autre ⁵ , précisez :	

5a	Si avec un petit ami ou mariée ou autre, quel est l'âge de votre partenaire ? _____ ans ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
6	Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°7)	_
6a	Si oui, Combien ? ☐ Un ¹ ☐ Deux ² ☐ Plus de deux ³	_
7	Combien recevez-vous d'argent par mois pour assurer vos besoins ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Moins de 5 000 CFA ¹ ☐ Entre 5 000 et 10 000 CFA ² ☐ Plus de 10 000 CFA ³ ☐ Ponctuel ⁴ , précisez : _____ CFA ☐ Ne sait pas ⁹⁹	_
8	De qui recevez-vous <u>principalement</u> de l'argent pour payer vos besoins au cours de l'année scolaire ? <i>(Plusieurs réponses possible)</i> ☐ Mère ¹ ☐ Père ² ☐ Autres membres de la famille ³ ☐ Tuteur ⁴ ☐ Partenaire ⁵ ☐ « Je paie moi-même » ⁶ ☐ Autre ⁷ , précisez : _____	_
9	En dehors des études, faites-vous quelque chose (d'autre) pour gagner de l'argent ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°10) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°10)	_
9a	Si oui, que faites-vous pour gagner de l'argent ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Petit commerce (vente de bonbons, de lait en poudre, de toffi) ¹ ☐ Travaille au bar/buvette (serveuse de boîte de nuit) ² ☐ Travaille hôtel ³ ☐ Travaille au restaurant/maquis ⁴ ☐ Autre ⁵ , précisez : _____	_

Section 2	Connaissances et Utilisation des méthodes contraceptives	Code
Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la contraception c'est-à-dire les méthodes permettant d'éviter une grossesse.		
10	Donnez moi toutes les méthodes contraceptives que vous connaissez. <i>(Plusieurs réponses possibles, Laissez l'élève répondre seule, Ne pas énumérer les réponses)</i> ☐ Pilule / comprimé à prendre tous les jours¹ ☐ Contraceptifs injectables / piqûre tous les 2-3 mois² ☐ Implant / bâton sous la peau³ ☐ Stérilet ou Dispositif Intra Utérin (DIU)⁴ ☐ Préservatif masculin / condom⁵ ☐ Préservatif féminin / femidom⁶ ☐ « Pilule du lendemain » / Pregnon®⁷ ☐ Le retrait / coït interrompu⁸ ☐ Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours⁹ ☐ Autre¹⁰, précisez : _____ ☐ Ne sait pas⁹⁹	_ _
11	Utilisez-vous actuellement/en ce moment une méthode contraceptive ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (si non, allez à la question n°13) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°14)	_ _
11a	Si oui, quelle méthode utilisez-vous ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Pilule / comprimé à prendre tous les jours¹ ☐ Contraceptifs injectables / piqûre tous les 2-3 mois² ☐ Implant / bâton sous la peau³ ☐ Stérilet ou Dispositif Intra Utérin (DIU)⁴ ☐ Préservatif masculin / condom⁵ ☐ Préservatif féminin / femidom⁶ ☐ « Pilule du lendemain » / Pregnon®⁷ ☐ Le retrait / coït interrompu⁸ ☐ Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours⁹ ☐ Autre¹⁰, précisez : _____	_ _
12	Vos parents savent-ils que vous utilisez une méthode contraceptive ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (si non, allez à la question n°14) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°14)	_ _

12a	Si oui, comment ont-ils réagis quand ils ont su que vous utilisiez une méthode contraceptive ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>) ☐ Soutien/encouragement¹ ☐ Réaction violente sans punition (colère, injures...)² ☐ Réaction violente avec punition (battue, privation d'argent...)³ ☐ Retrait/arrêt de la contraception⁴ ☐ Autre⁵, précisez : _____ ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	_ _
13	Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de méthode contraceptive ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>) ☐ Je n'ai pas encore eu de rapports sexuels¹ ☐ Je n'ai pas envie² ☐ Difficile à se procurer / Ne sais pas où se la procurer³ ☐ J'ai des préjugés (ça rend stérile, ça fait grossir, ça agit sur mes menstrues...)⁴ ☐ Le partenaire/parent/tuteur n'aime pas ou ne veut pas⁵ ☐ Autre⁶, précisez : _____	_
14	En dehors du préservatif, connaissez-vous un ou des endroit(s) où vous pouvez aller pour obtenir une méthode contraceptive? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (<i>si non, allez à la question n°15</i>) ☐ Ne sait pas⁹⁹ (<i>si ne sait pas, allez à la question n°15</i>)	_ _
14a	Si oui, dans quelle(s) structure(s) sanitaire(s) iriez-vous ? (<i>Plusieurs réponses possibles</i>) ☐ Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU/Médico-scolaire)¹ ☐ Hôpital général de Soubré² ☐ Infirmerie du lycée³ ☐ Centre de Santé Urbain (CSU) de Méagui⁴ ☐ Cliniques privées⁵ ☐ Pharmacie⁶ ☐ Autres⁷, précisez : _____	_

Section 3	Activité sexuelle	Code
Maintenant je voudrais vous poser des questions à propos de la vie sexuelle. Dans cette discussion, il y a rapport sexuel lorsqu'il y a pénétration du pénis dans le vagin. Souvenez-vous que les informations que vous nous donnerez aideront, Médecins du Monde, à mieux élaborer des programmes de santé au profit des adolescents et jeunes. Je voudrais discuter avec vous de votre propre situation. S'il vous plaît, veuillez répondre honnêtement à ces questions. Souvenez-vous que votre nom ne sera inscrit nulle part.		
15	Avez-vous déjà eu vos règles/ vos menstrues ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°16)	
15a	Si oui, depuis combien de temps ? (Enumérez les réponses) ☐ Moins d'1an ¹ ☐ Entre 1 an et 2 ans ² ☐ Plus de 2 ans ³ ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
16	Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°23) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°23)	
16a	Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? ans ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
17	Quel était l'âge de la personne avec laquelle vous avez eu votre premier rapport sexuel ? ans ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
18	Qu'est-ce qui vous a poussé à avoir votre premier rapport sexuel ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i> ☐ Il m'a forcé (ça n'était pas prévu) ¹ ☐ La curiosité (j'ai voulu découvrir ma sexualité) ² ☐ J'ai voulu faire comme mes amies ³ ☐ J'avais besoins d'argent / de nourriture ⁴ ☐ J'étais amoureuse ⁵ ☐ Autre ⁶ , précisez : _____	
19	Lors de ce premier rapport sexuel, avez-vous utilisé une méthode contraceptive ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°19c) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°20)	

19a	Si oui, laquelle ? ☐ Pilule / comprimé à prendre tous les jours ¹ ☐ Contraceptifs injectables / piqûre tous les 2-3 mois ² ☐ Implant / bâton sous la peau ³ ☐ Stérilet ou Dispositif Intra Utérin (DIU) ⁴ ☐ Préservatif masculin / condom ⁵ ☐ Préservatif féminin / femidom ⁶ ☐ « Pilule du lendemain » / Pregnon® ⁷ ☐ Le retrait / coït interrompu ⁸ ☐ Méthode OGINO-KNAUS ou comptage des jours ⁹ ☐ Autre ¹⁰ , précisez : _____	
19b	Si oui, pour quelle(s) raison(s) avez-vous utilisé une méthode contraceptive lors de votre premier rapport sexuel ? (Plusieurs réponses possibles) ☐ Eviter les IST ¹ (<i>chaude pisse, gono, chancre mou, pertes blanches...</i>) ☐ Eviter VIH/SIDA ² ☐ Eviter les grossesses ³ ☐ A la demande du partenaire ⁴ ☐ Autre ⁵ , précisez : _____ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
19c	Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas utilisé une méthode contraceptive ? (Plusieurs réponses possibles) ☐ Je n'avais pas de méthode contraceptive ¹ ☐ Je ne sais pas l'utiliser ² ☐ Je n'ai pas voulu ³ ☐ Le partenaire a refusé ⁴ ☐ Je n'avais pas l'argent ⁵ ☐ Le prestataire de santé (infirmier ou médecin) a refusé ⁶ ☐ Autre ⁷ , précisez : _____ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
20	Avez-vous eu un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (<i>si non, allez à la question n°22</i>) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ (<i>si ne se prononce pas, allez à la question n°22</i>)	
20a	Si oui, combien de partenaire(s) avez-vous eu ? _____ partenaire(s) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
21	Avez-vous utilisé, vous ou votre partenaire, une méthode contraceptive au cours des 6 derniers mois à <u>chaque</u> rapport sexuel ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	

22	Avez-vous déjà accepté des rapports sexuels avec des garçons ou hommes pour de l'argent, de la nourriture ou des cadeaux comme un téléphone, des vêtements, des mèches ... ? (partenaire commercial) ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
----	--	--------------------------------------

Section 4	Expérience d'une grossesse	Code
23	Vous est-il déjà arrivé de tomber enceinte alors que vous ne le vouliez pas ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ (si non, allez à la question n°34) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°34)	
23a	Si oui, combien de fois ? ☐ Une fois ¹ ☐ Deux fois ² ☐ Plus de deux fois ³	
24	Parlant de votre première grossesse, à quel âge l'aviez-vous eue ? ans ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
25	Parlant de votre première grossesse, qui en a été l'auteur ? ☐ Votre petit ami ou mari ¹ ☐ Un partenaire occasionnel ² (personne qui n'est pas ton petit ami et avec qui tu as eu des rapports sexuels) ☐ Un de vos enseignants ³ ☐ Un parent proche (père, cousin, oncle, beau-frère) ⁴ ☐ Votre tuteur ⁵ ☐ Autre ⁶ , précisez : _____ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
26	Parlant de votre première grossesse, quel était l'âge de l'auteur ? ans ☐ Ne sait pas ⁹⁹	
27	Parlant de votre première grossesse, étiez-vous d'accord pour avoir ce rapport sexuel qui a provoqué la grossesse ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui, j'étais d'accord ¹ ☐ Non, je n'étais pas d'accord ⁰ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	

28	Parlant de votre première grossesse, comment s'est-elle terminée ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Grossesse en cours ¹ <i>(allez à la question n°29)</i> ☐ Avortement ² <i>(allez à la question n°30)</i> ☐ Fausse couche ³ <i>(allez à la question n°29)</i> ☐ A terme avec naissance vivante ⁴ <i>(allez à la question n°29)</i> ☐ A terme avec mort-né ⁵ <i>(allez à la question n°29)</i> ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ <i>(allez à la question n°29)</i>	
29	Avez-vous déjà fait un avortement un jour dans votre vie ? ☐ Oui ¹ <i>(si oui, allez à la question n°30)</i> ☐ Non ⁰ <i>(si non, allez à la question n°33)</i> ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ <i>(si ne se prononce pas, allez à la question n°33)</i>	
30	Si avortement, pourquoi avez-vous décidé d'avorter ?	
31	Si avortement, où êtes-vous allé ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Chez une tata, une maman du quartier, une matrone ¹ ☐ Dans une boutique informelle « vendeur de produit chinois » ² ☐ Dans une clinique privée ³ ☐ A l'Hôpital Général de Soubré ⁴ ☐ Au centre de santé / maternité publique ⁵ ☐ Autre ⁶ , précisez : _____	
32	Si avortement, comment avez-vous procédé ? ☐ Curetage ¹ <i>(on introduit un appareil dans le vagin pour faire sortir le fœtus / bébé)</i> ☐ Prise d'un comprimé ² <i>(avalé un comprimé pour faire « passer » la grossesse)</i> ☐ Avec un bâton ³ <i>(enfoncer un morceau de bois pointu dans le vagin pour faire passer la grossesse)</i> ☐ Injection ⁴ <i>(une piqûre pour faire passer la grossesse)</i> ☐ Médicaments traditionnels ⁵ <i>(on vous fait purger ou on boit des feuilles, des racines ou écorces)</i> ☐ Autre ⁶ , précisez : _____	
33	Pendant votre grossesse, avez-vous arrêté d'aller à l'école ? ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ <i>(si non, allez à la question n°34)</i> ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹ <i>(si ne se prononce pas, allez à la question n°34)</i>	
33a	Si oui, combien de temps après votre grossesse avez-vous réintégré l'école ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Moins d'1an ¹ ☐ Entre 1an et 2ans ² ☐ Plus de 2ans ³ ☐ Ne sait pas ⁹⁹	

Section 5	Connaissances et sources d'informations sur la santé sexuelle et reproductive	Code
34	Que signifie pour vous l'écoulement de sang que les filles perdent chaque mois par le vagin ? (UNE seule réponse) ☐ Un signe de bonne santé¹ ☐ Un signe de mauvaise santé² ☐ Un signe de punition/malédiction³ ☐ Un signe de grossesse⁴ ☐ Ne sait pas⁹⁹	_ _
35	Une femme peut être enceinte dès le premier rapport sexuel ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ Ne sait pas⁹⁹	_ _
36	Est-ce qu'une femme peut tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant et deux semaines après ses règles ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ Ne sait pas⁹⁹	_ _
37	Avez-vous déjà assisté à des cours d'éducation sexuelle à l'école ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (si non, allez à la question n°38) ☐ Ne sait pas⁹⁹ (si ne sait pas, allez à la question n°38)	_ _
37a	Si oui, à partir de quel niveau avez-vous commencé à avoir des cours d'éducation sexuelle ? (Enumérez les réponses selon la classe de l'enquêtée) ☐ Primaire¹ ☐ Sixième (6^{ème})² ☐ Cinquième (5^{ème})³ ☐ Quatrième (4^{ème})⁴ ☐ Troisième (3^{ème})⁵ ☐ Seconde (2^{nde})⁶ ☐ Première (1^{ère})⁷ ☐ Terminale⁸ ☐ Ne sait pas⁹⁹	_ _

Section 6	Utilisation des services de santé	Code
38	Êtes-vous déjà allée dans un établissement de santé pour RECEVOIR DES INFORMATIONS concernant la <u>sexualité</u>, la <u>contraception</u>, la <u>grossesse</u>, <u>l'avortement</u> ou les <u>infections sexuellement transmissibles</u> (IST) au cours des 6 derniers mois ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (si non, fin du questionnaire) ☐ Ne sait pas⁹⁹ (si ne sait pas, fin du questionnaire)	
38a	Si oui, quelle(s) information(s) êtes-vous allée chercher ? (Plusieurs réponses possibles, Enumérez les réponses) ☐ Sur la sexualité¹ ☐ Sur la contraception² ☐ Sur la grossesse³ ☐ Sur l'avortement⁴ ☐ Sur les IST⁵	
38b	Si oui, dans quelle(s) structure(s) sanitaire(s) êtes-vous allée pour recevoir ces informations? (Plusieurs réponses possibles, Enumérez les réponses, si <u>COCHEZ SSSU</u> et/ou <u>CSU</u> allez à la question n° 39 <u>SI NON FIN DU QUESTIONNAIRE</u>) ☐ Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU/Médico-scolaire)¹ ☐ Hôpital général de Soubré² ☐ Infirmerie du lycée³ ☐ Centre de Santé Urbain (CSU) de Méagui⁴ ☐ Cliniques privées⁵ ☐ Autres⁶, précisez : _____	
Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre satisfaction concernant les <u>structures de santé du SSSU de Soubré et Méagui et du CSU de Méagui (selon la réponse de l'enquêtée)</u>. Répondez le plus honnêtement possible pour que Médecins du Monde puisse apporter des actions.		
Orientation dans la structure de santé		
39	Quelle est la date de votre dernière consultation au SSSU ou au CSU ? (Mois / Année)	
40	Êtes-vous satisfaite des <u>heures</u> d'ouverture de la structure de santé (SSSU ou CSU) ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ ☐ Plus ou moins² (ce qui est sur ça va, bon...) ☐ Non¹ ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	

41	Êtes-vous satisfaite du <u>temps d'attente</u> avant d'être prise en consultation ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui ³ ☐ Plus ou moins ² (<i>ça peut aller</i>) ☐ Non ¹ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
42	Êtes-vous satisfaite de <u>l'accueil reçu à votre arrivée</u> au SSSU ou au CSU ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui ³ ☐ Plus ou moins ² (<i>ça peut aller</i>) ☐ Non ¹ (<i>elle/il était aigri(e)</i>) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
Accueil par le soignant		
43	Êtes-vous satisfaite de <u>l'accueil offert par le prestataire de santé</u> (infirmier, sage-femme ou médecin) (était-il aimable) ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui ³ (<i>le médecin/infirmier m'a bien reçu, j'étais à l'aise</i>) ☐ Plus ou moins ² ☐ Non ¹ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
44	Est-ce que vous vous êtes sentie en <u>confiance</u> pour lui parler ouvertement ? ☐ Oui ³ (<i>avec le médecin/infirmier, j'ai pu parler sincèrement</i>) ☐ Plus ou moins ² ☐ Non ¹ ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
45	Êtes-vous satisfaite des <u>conditions d'intimité</u> pendant votre consultation ? (est-ce qu'il y a des gens qui pouvait vous entendre ou vous voir ?) <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui ³ (<i>porte fermée, fenêtre opaque, paravent, seule pendant l'entretien...</i>) ☐ Plus ou moins ² (<i>porte fermée mais une personne pouvait rentrer à tout moment...</i>) ☐ Non ¹ (<i>porte ouverte, des personnes entrent dans la pièce en permanence...</i>) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	
46	Êtes-vous satisfaite des <u>explications</u> du prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) pendant la consultation ? (les explications étaient-elles compréhensibles ?) <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui ³ (<i>très clair</i>) ☐ Plus ou moins ² (<i>je n'ai pas tout compris</i>) ☐ Non ¹ (<i>je n'ai rien compris, trop compliqué pour moi</i>) ☐ Ne se prononce pas ⁹⁹	

47	Êtes-vous satisfaite de l'écoute du prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) durant votre consultation? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ (il m'a mise à l'aise, il a cherché à comprendre mes préoccupations) ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ (toujours dissipé, répond au téléphone, n'écoute pas mes préoccupations) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
Votre Consultation – Anamnèse/Entretien		
48	Êtes-vous satisfaite des questions posées par le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) concernant vos <u>antécédents gynécologiques</u> (vous a-t-il demandé si vous avez eu des grossesses, combien d'accouchement, combien d'enfants vivants...) ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
49	Êtes-vous satisfaite des questions posées par le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) concernant votre <u>pratique courante en Planification Familiale (PF)</u> (vous a-t-il demandé si vous étiez sous méthodes contraceptives, depuis combien de temps...) ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
50	Est-ce que vous vous êtes sentie <u>jugée par le prestataire de santé</u> (infirmier, sage-femme ou médecin) concernant ta vie sexuelle ? (rapports sexuels, petit-ami, le fait de vouloir être sous contraceptif) (Enumérez les réponses) ☐ Oui¹ (il m'a fait comprendre que je n'étais pas une bonne fille de faire ce genre de chose) ☐ Plus ou moins² ☐ Non³ (il était très compréhensif avec moi, très gentil) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
Votre Consultation – Examen Physique		
51	Pendant votre consultation, est-ce que le prestataire de santé (infirmier ou médecin) a <u>touché certaines de vos parties intimes</u> (sein, vagin, cuisse) ? ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ (si non, allez à la question n°54) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹ (si ne se prononce pas, allez à la question n°54)	

52	Êtes-vous satisfaite des <u>conditions d'hygiène</u> prises par le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) lors de votre consultation pour réaliser votre examen ? (exemples : lavage des mains, port de gants...) (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ (cela me convenait pour moi) ☐ Plus ou moins² (il portait des gants mais ces gants étaient sales et usés) ☐ Non¹ (ce n'était pas propre pour moi) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
53	Êtes-vous satisfaite des <u>gestes</u> effectués par le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) pour votre examen physique ? (avez-vous aimé la manière dont il vous a examiné ?) (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ (les gestes ne m'ont pas dérangé) ☐ Plus ou moins² (je n'étais pas à l'aise lorsqu'il me touchait) ☐ Non¹ (non il m'a trop touché) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
Conclusion de votre consultation		
54	(Si la jeune fille N'EST PAS VENUE pour se renseigner sur les méthodes contraceptives, allez à la question n°57) Êtes-vous satisfaite des <u>informations</u> données par le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) sur comment marchent les différentes méthodes contraceptives (<u>mode d'emploi</u> avec aide visuelle et présentation) ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ (il m'a bien montré le mode d'emploi avec présentation visuelle) ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ (je n'ai vu aucune présentation visuellement d'une méthode contraceptive) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
54a	Êtes-vous satisfaite des <u>explications</u> données par le prestataire de santé sur les possibles <u>effets indésirables</u> des méthodes contraceptives (exemple : vous avez moins vos règles, cela peut faire grossir, vous pouvez être fatiguée ...) ? (Enumérez les réponses) ☐ Oui³ (il m'a décrit les possibles soucis de santé) ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ (je n'ai pas eu d'explications ou je n'ai rien compris maintenant j'ai peur d'utiliser une méthode contraceptive) ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	

55	Est-ce que le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) vous a laissé vous-même <u>choisir la méthode contraceptive qui vous satisfait ?</u> <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui³ <i>(je pu avoir la méthode contraceptive que je voulais)</i> ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ <i>(je n'ai pas pu avoir la méthode contraceptive que je voulais, exemple : je voulais l'implant à la place j'ai eu le stérilet, je n'ai pas choisi)</i> ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
56	Selon la méthode choisie, le soignant vous a montré l'<u>usage</u> et vous a <u>fait manipuler</u>, êtes-vous satisfaite de la démonstration ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui³ <i>(il m'a montré et il m'a fait manipuler)</i> ☐ Plus ou moins² <i>(il ne m'a pas fait manipuler, juste une explication)</i> ☐ Non¹ <i>(il ne m'a rien montré, rien expliqué)</i> ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
57	Est-ce que le prestataire de santé (infirmier, sage-femme ou médecin) vous a laissé ou vous a dit que pouviez lui <u>poser des questions</u> en fin de consultation ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui³ <i>(il a cherché à savoir si j'avais tout compris)</i> ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ <i>(il m'a dit c'est terminé tu peux partir maintenant)</i> ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
58	Avez-vous obtenu l'<u>information</u> que vous êtes venue chercher ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui³ <i>(je suis satisfaite de ma consultation, j'ai les réponses à mes questions)</i> ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ <i>(je n'ai pas obtenu les informations que je suis venue chercher)</i> ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	
59	Savez-vous maintenant ce qu'il faut faire pour <u>éviter une grossesse</u> ? <i>(Enumérez les réponses)</i> ☐ Oui³ ☐ Plus ou moins² ☐ Non¹ ☐ Ne se prononce pas⁹⁹	

Annexe 2 : Note d'information

Enquête sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive et l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que des services de planification familiale par les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans des collèges et lycées publics des districts sanitaires de Soubré et Méagui.

Titre du projet : Projet de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées chez les adolescent.e.s et jeunes des lycées et collèges publics des districts sanitaire de Soubré et Méagui en Côte d'Ivoire.

I. Contexte et Objectifs de l'étude

Médecins du Monde vous propose de participer à une enquête sur la Santé Sexuelle et Reproductive. Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées exécuté par Médecins du Monde dans le District sanitaire de Soubré dénommé « Go&Mogo ». Elle vient compléter une première enquête qui s'intéressait aux connaissances des adolescent.e.s et jeunes (10 à 24 ans) des lycées et collèges publics de Soubré et Méagui en matière de santé sexuelle et reproductive.

Cette nouvelle enquête a pour objectif :

- De décrire les barrières liées à l'utilisation des méthodes contraceptives entraînant des Grossesses Non Désirées (GND) ainsi que des services en matière de planification familiale chez les adolescentes et les jeunes filles âgées de 10 à 24 ans en milieu scolaire dans le District sanitaire de Soubré.
- Evaluer la satisfaction des adolescentes et des jeunes filles de 10 à 24 ans, utilisatrices des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les services de santé scolaires et universitaires (SSSU) de Soubré et Méagui et le Centre de Santé Urbain (CSU) de Méagui.

II. Déroulement l'enquête

L'enquête concerne les jeunes filles et les adolescentes de 10 à 24 ans.

L'enquête sera menée à l'aide un questionnaire qui sera rempli dans le cadre d'une interview (échange avec l'enquêteur) en face à face.

III. Participation volontaire et droit de retrait

En vous engageant dans cette enquête, vous contribuerez à répondre à certaines questions importantes, et à améliorer la prise en charge des adolescentes et des jeunes filles scolarisées sur la santé sexuelle et reproductive.

La participation à cette enquête ne présente pas d'inconvénient majeur si ce n'est le temps que vous passerez à répondre aux questions.

Vous pouvez décider de vous retirer de cette enquête à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser le superviseur de l'agent enquêteur et ce, par simple avis verbal.

IV. Responsabilité de l'équipe d'enquête

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez les enquêteurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

V. Gestion des données

Toutes les données vous concernant, c'est-à-dire les questionnaires remplis au cours de cette enquête resteront strictement confidentielles et ne pourront être consultées que par l'équipe en charge de l'enquête. Ces données sont anonymes c'est-à-dire qu'en dehors du consentement que vous allez signer, **vos nom et prénoms ne figureront sur aucun autre document ou papier de l'enquête et aucune information permettant de vous identifier ne sera enregistrée.**

Vous pouvez à tout moment demander à consulter les informations recueillies dans le cadre de cette enquête. Vous pouvez également demander à ce que les informations qui s'y trouvent soient rectifiées si elles ne sont pas exactes.

Vous pouvez dès maintenant poser toutes les questions complémentaires que vous souhaitez aux enquêteurs qui vous reçoivent et qui vous ont parlé de l'étude.

Si vous acceptez, il vous sera demandé de signer le « formulaire de consentement éclairé » et vous pourrez alors répondre au questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, cela n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos camarades et vos enseignants durant votre cursus scolaire.

VI. Personnes à contacter

Pour toutes informations ou réclamations liées à cette enquête, vous pouvez contacter :

Courriel : fieldco.soubre.cotedivoire@medecinsdumonde.net

Téléphone au +225 34 72 31 88

Annexe 3 : Fiche de consentement

Formulaire d'attestation de consentement de participation

Je soussignée :

Mademoiselle (Nom, Prénoms).....

Certifie que :

L'enquêteur.....a proposé que je participe à l'étude du projet « Go&Mogô », selon ce qui est décrit dans la note d'information (ci-jointe) :

J'ai lu cette note ou on m'a lu cette note et je l'ai comprise.

J'en ai discuté avec l'enquêteur qui m'a expliqué les avantages et les inconvénients de cette enquête « Go&Mogô ».

J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser cette proposition.

J'ai bien compris que si je m'engage dans cette enquête, je peux poser des questions à l'équipe du projet et exiger des réponses satisfaisantes.

Les données qui me concernent resteront confidentielles, y compris en cas de publication des résultats.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette enquête de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi en vigueur dans mon pays.

J'accepte de participer à cette enquête selon les conditions que j'ai lues.

Nom, Prénoms	Signature

Code de l'enquêtée	Date
____	____

Je soussigné(e)

L'enquêteur.....certifie avoir communiqué toute information utile concernant les objectifs et les modalités de cette enquête à Mademoiselle

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement afin de mener cette enquête dans les meilleures conditions en respectant les droits de l'enquêtée.

Fait à

Le

Signature de l'enquêteur

Annexe 4 : Grille descriptive des 3 structures sanitaires

FICHE DESCRIPTIVE DE LA STRUCTURE DE SANTE

Date de l'observation : __ / __ / ____

Lieu de l'observation : _____

Nombre de personnels : __

Personnels	Rôle dans la SS	Formation reçue	Durée dans la SS
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Activités de la SS	Observations	Gratuité	
		OUI	NON
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Structure de santé aidée par :

Si la SS est appuyée par un organisme, comment est-elle soutenue :

PROPORTION DE STRUCTURES DE SANTE PRETES (dotées de stocks = pas de rupture au cours du mois écoulé - et de prestataires qualifiés) A PROPOSER AU MOINS TROIS METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION ET LA CONTRACEPTION D'URGENCE				
N°	Items	Score		Critère de notation
		0	1	
1	Existence de fiche de gestion de stock de produit contraceptifs dans la SS	☐	☐	0= quelques produits seulement ont des fiches de stock 1= tous les produits contraceptifs ont une fiche de stock
2	Fiche de Stock à jour au moment de l'observation	☐	☐	0= quelques fiches de stock seulement sont mises à jour 1= toutes les fiches de stock sont à jour
3	Rupture de stocks en méthodes contraceptives (pilule, implant, injectable, DIU si applicable) au cours du mois précédent la visite	☐	☐	0= au moins un produit accuse une rupture au cours du mois 1= pas de rupture pour tous les produits durant le mois
4	Rupture de stocks en préservatifs (masculin et féminin) au cours du mois précédent la visite	☐	☐	0= au moins un produit accuse une rupture au cours du mois 1= pas de rupture pour tous les produits durant le mois
5	Gamme de produits contraceptifs disponible au moment de l'observation dans la SS au cours du mois	☐	☐	0= inférieur à 3 méthodes (en dehors du préservatif) 1= supérieur ou égale 3 méthodes (en dehors du préservatif)
6	Personnel de santé formé en PF dans la structure	☐	☐	0= un personnel seulement est formé sur la PF 1= ≥2 personnels sont formés sur la PF
7	Disponibilité de la contraception d'urgence	☐	☐	0= les pilules contraceptives pour la contraception d'urgence ne sont pas disponibles ou sont disponibles mais le prestataire ne connaît pas leur utilisation 1= les pilules sont disponibles et le prestataire connaît leur utilisation comme contraception d'urgence
TOTAL				
TOTAL /7				

Commentaires de l'observateur						
PROPORTION DE STRUCTURES APPUYEES QUI APPLIQUENT LES RECOMMANDATIONS D'UNE APPROCHE JEUNE (déterminer les critères: horaires, sensibilisation des jeunes via des affiches, ouverture d'esprit, accueil, séance de sensibilisation ...)						
N°	Items	Score				Critère de notation
		0	1	2	3	
1	La structure de santé a réorganisé ses horaires de travail pour s'adapter aux besoins des jeunes (consultation au-delà de 12h?, les soirs?..)	☐	☐	☐	☐	0= pas d'action spécifique 1= horaire décidée par les prestataires sans concertation avec les jeunes 2= horaire décidée en concertation avec les jeunes mais prestataires pas toujours disponibles 3 = réorganisation des horaires en concertation avec les jeunes, et personnel toujours disponible pour les jeunes aux horaires indiquées
2	Il est mis en place un créneau horaire spécifique pour discuter et répondre aux besoins des jeunes et ados sur leur préoccupation en matière de santé (espace de rencontre jeunes)	☐	☐	☐	☐	0 = pas d'action spécifique dans ce sens 1= créneau horaire imposé par les prestataires sans implication des jeunes 2= créneau horaire décidé en accord avec les jeunes mais prestataires pas toujours disponible 3 = plage de discussion fonctionnelle au moins une fois par semaine

3	Il existe dans le centre des affiches de sensibilisation, des posters ou autres types de supports adaptés aux jeunes encourageant/valorisant l'utilisation de la structure de santé par les jeunes et adolescents.	☐	☐	☐	☐	0= pas d'outils spécifiques attirant les jeunes dans la SS 1= disponibilité d'outils mais non adaptés ou pas spécifiques aux jeunes 2= disponibilité d'outils adaptés mais pas suffisamment exploités par la SS 3= disponibilité d'outils ou autres supports attirant les jeunes
4	Le personnel de santé et le personnel d'appui sont sensibilisés et ouvert à un accueil convivial des jeunes dans la structure de santé	☐	☐	☐	☐	0 = pas d'action spécifique (manque de sensibilisation), personnel hostile à l'accès de la contraception et services SSR aux jeunes 1= personnel de santé sensibilisé mais toujours réticents à l'accès des jeunes aux services SSR 2= le personnel de la SS sensibilisé est ouvert à l'accès des jeunes aux services SSR mais l'accueil des jeunes doit être amélioré 3= le personnel de santé et le personnel d'appui sont sensibilisés et ouvert à un accueil convivial des jeunes
5	La structure de santé a mis en place un dispositif pour permettre de mesurer le degré de satisfaction des jeunes à l'issue de consultation dans le centre et développe des mécanismes pour améliorer la qualité de l'accueil	☐	☐	☐	☐	0 = pas d'action spécifique dans ce sens 1= le système d'évaluation mis en place n'est pas connu par les jeunes 2 = le système mis en place est fonctionnel, mais pas exploité pour améliorer la qualité de l'accueil des jeunes dans le centre 3 = le dispositif d'évaluation mis en place est exploité pour améliorer la qualité des soins et l'accueil des jeunes dans la SS

6	La structure de santé à mis en place un mécanisme pour adapter la contribution financière aux capacités des jeunes (gratuité exclusive?...)	☐	☐	☐	☐	0 = pas d'action spécifique dans ce sens 1= le mécanisme de réduction des coûts pour les jeunes est théorique, 2 = le mécanisme de réduction des coûts existe mais l'information des jeunes est insuffisante 3 = le mécanisme de réduction des coûts existe et améliore l'accès des jeunes aux services de contraception
TOTAL/score						
TOTAL pondéré /18						
Commentaires de l'observateur						
GESTION DE LA PHARMACIE (conditions de stockage des intrants, propreté des locaux, étiquetage...)						
N°	Items	Score				Critère de notation
		0	1	2	3	
1	<u>Local de la pharmacie conforme aux normes</u> 1) Etagères 2) Local aéré 3) Protection contre la lumière directe du soleil 4) Protection contre les vols 5) Suivi de T° 6) Aération	☐	☐	☐	☐	0= aucun critère de rempli 1= seulement 1 ou 2 critère(s) de rempli 2= au moins 3 critères sont remplis 3= local remplissant tous les critères
2	Propreté de la pharmacie (<i>absence de poussière sur les produits et les étagères, absence de nuisibles, de toiles d'araignées...</i>)	☐	☐	☐	☐	0= négligence de la propreté 1= absence de nuisibles mais de la poussière partout 2= absence de nuisibles avec peu de poussières 3= la propreté est assurée

3	<u>Stockage conforme aux normes</u> 1) Rangement de tous les produits sur les étagères et non par terre 2) Ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique) 3) En fonction de la date de péremption 4) Avec étiquette sur l'étagère de la DCI 5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique	☐	☐	☐	☐	0= aucun des critères n'est rempli 1= seulement 1 ou 2 critère(s) de rempli 2= au moins 3 critères sont remplis 3= stockage remplissant tous les critères
4	<u>Equipements et matériel disponibles</u> 1) aiguilles 2) seringues 3) pansements 4) boîte d'insertion d'implant 5) gants 6) coton 7) haricot 8) alcool ...	☐	☐	☐	☐	0= aucun matériel de disponible 1= seulement 1 ou 2 matériels de disponible 2= au moins 3 matériels de disponibles 3= tout le matériel est disponible
TOTAL						
TOTAL /12						
Commentaires de l'observateur						

Annexe 5 : Grille d'observation des consultations en SSR

OBSERVATION D'UNE CONSULTATION SSR						
Date de la consultation : __ / __ / ____						
Code de l'observation 						
Heure de début : __h __						
Heure de fin : __h __						
Lieu de la consultation : _____						
<u>Informations sociodémographiques :</u>						
Age de la patiente : __ ans						
Etablissement scolaire fréquenté : _____						
Public ou privé : _____						
Motif de la consultation : _____						
PROPORTION DE CONSULTATIONS ABORDANT LA PF REALISEES SELON LES CRITERES DE QUALITE (information sur les différentes méthodes disponibles, information sur les effets secondaires, sur la conduite à tenir en cas d'effets secondaires et respect de la confidentialité).						
N°	Items	Score				Critère de notation
		0	1	2	3	
1	La consultation se déroule dans un endroit calme et discret (portes et/ou rideaux fermés) équipés de sièges	☐	☐	☐	☐	0 = la salle de consultation PF n'offre aucune discrétion car il y a un passage ou la salle de consultation PF est dans une même salle qu'un autre service et les deux sont séparées seulement par un paravent 1 = la salle de consultation PF est dans un bureau mais la porte reste toujours ouverte et pas de rideaux 2 = la salle de consultation PF est isolée (porte fermée) mais avec beaucoup passage (entrée/sortie) 3 = la salle de consultation PF ne reçoit pas de passage, la porte et fenêtre fermées avec des rideaux, assez équipée
2	Le prestataire a prévu des aides visuelles ou échantillons des différentes méthodes de contraception	☐	☐	☐	☐	0= aucune aide visuelle ni des échantillons pour présenter les différentes méthodes 1= il n'y a qu'une affiche pour présenter les différentes méthodes mais qui n'est pas utilisée par le prestataire

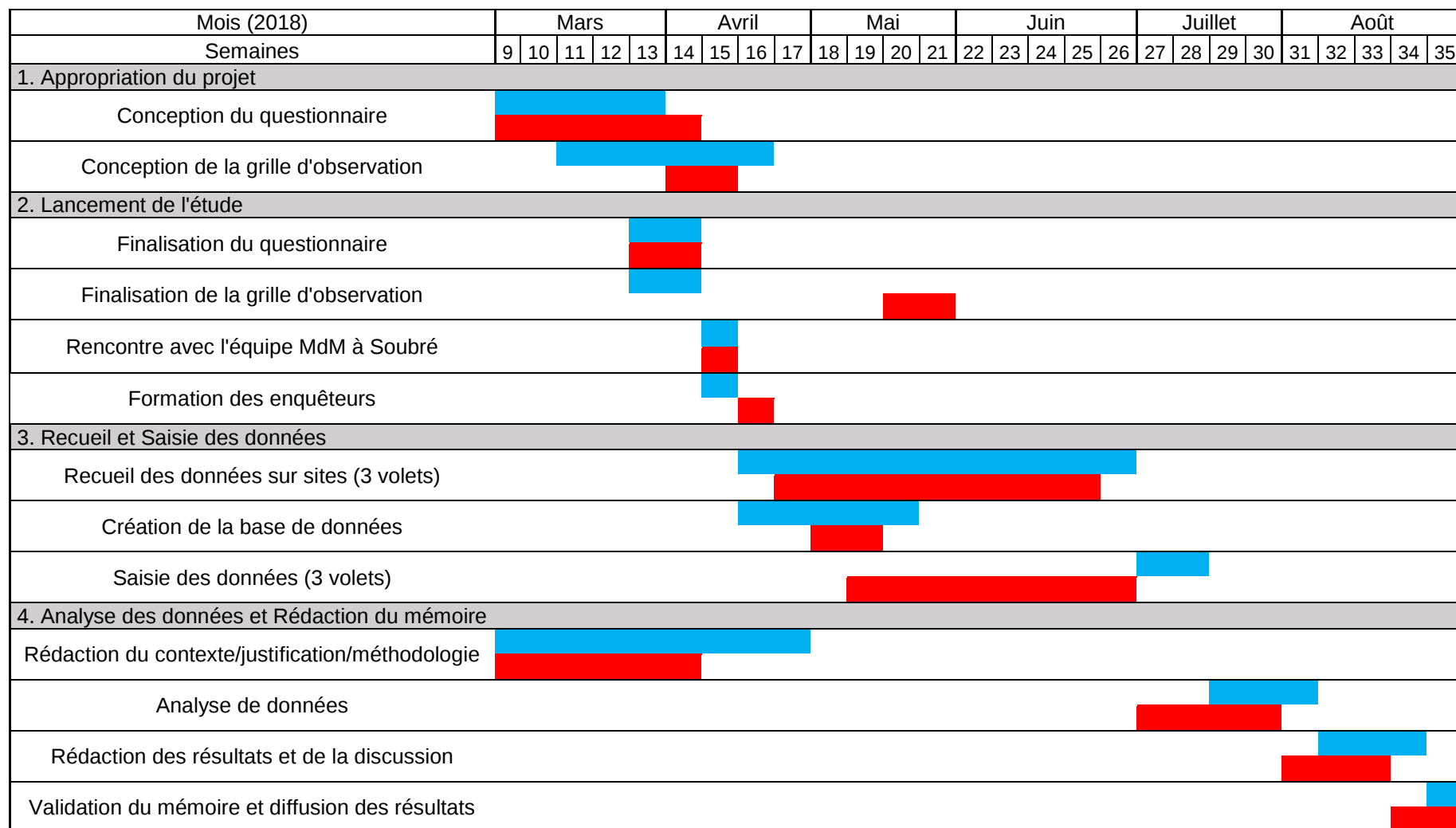
						2= les aides visuelles sont utilisées par le prestataire pour présenter les différentes méthodes sans montrer des échantillons 3= le prestataire utilise une aide visuelle et des échantillons pour présenter les différentes méthodes
3	Qualité de l'accueil (souhaiter la bienvenue à la patiente en langue locale si nécessaire, le prestataire offre un siège à la patiente, se présente et présente les autres membres du staff)	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'offre pas un climat de bienvenu à la patiente 1= le prestataire souhaite le bienvenu à la cliente mais entre tout de suite dans l'interrogatoire sans se soucier si la patiente a déjà pris un siège 2= le prestataire souhaite le bienvenu à la patiente, lui offre une chaise, et entre tout de suite à l'interrogatoire 3= le prestataire souhaite le bienvenu à la patiente, lui offre une chaise, se présente et présente les autres personnels dans la salle de consultation avant d'entamer l'interrogatoire
4	Rassurer la cliente de la confidentialité de l'entretien	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire parle trop fort à un point que les gens qui sont dehors peuvent l'entendre 1= le prestataire parle normalement mais ne rassure pas la patiente de la confidentialité de l'entretien 2= le prestataire assure la confidentialité de l'entretien mais il laisse le dossier de la patiente à la vue de tout le monde 3= le prestataire rassure la patiente de la confidentialité de l'entretien et assure également que le dossier soit confidentiel (rangé)
5	Fiabilité des informations délivrées sur les méthodes contraceptives (selon le type de consultations) par le prestataire de santé	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'a fourni aucunes informations 1= le prestataire a fourni des informations mais très vagues et/ou erronées 2= le prestataire a fourni des informations mais il semblerait que la patiente n'est pas tout compris 3= le prestataire a fourni des explications claires, complètes, comprises et appropriées

Le prestataire présente les différentes méthodes modernes de contraception (le mode d'emploi, un avantage, une limite, un effet secondaire et conduites à tenir)						
6	Les contraceptifs oraux	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'explique que le mode d'emploi du produit 1= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients du produit 2= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires du produits 3= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires et la conduite à tenir devant les effets secondaires (surtout pour la méthode choisie par la patiente)
7	Les injectables	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'explique que le mode d'emploi du produit 1= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients du produit 2= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires du produits 3= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires et la conduite à tenir devant les effets secondaires (surtout pour la méthode choisie par la patiente)
8	Les implants	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'explique que le mode d'emploi du produit 1= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients du produit 2= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires du produits 3= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires et la conduite à tenir devant les effets secondaires (surtout pour la méthode choisie par la patiente)

9	Les condoms	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'explique que le mode d'emploi du produit 1= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients du produit 2= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires du produits 3= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires et la conduite à tenir devant les effets secondaires (surtout pour la méthode choisie par la patiente)
10	AUTRES (DIU... Informations sur la CU)	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'explique que le mode d'emploi du produit 1= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients du produit 2= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires du produits 3= le prestataire explique le mode d'emploi, les avantages et inconvénients, les effets secondaires et la conduite à tenir devant les effets secondaires (surtout pour la méthode choisie par la patiente)
Si le prestataire doit poser une méthode contraceptive (implant, Injectable, DIU...) ou s'il doit réaliser un examen physique, des conditions d'hygiène sont requises :						
11	Respect des normes d'hygiène par le prestataire de santé	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'applique aucunes normes d'hygiène (lavage de mains, port de gants, port de la blouse...) 1= le prestataire ne se lave pas les mains avant la consultation mais porte la blouse et les gants mais ne les changent pas ou très rarement entre chaque patiente 2= le prestataire ne se lave pas les mains, porte la blouse et des gants en changeant entre chaque patiente 3= le prestataire se lave correctement les mains, porte la blouse et changent de gants à chaque nouvelle patiente

12	Fin de la consultation, le prestataire a encouragé la patiente à poser des questions et l'a correctement informé	☐	☐	☐	☐	0= le prestataire n'a pas cherché à savoir si la patiente avait des questions et si elle avait tout compris 1= le prestataire a demandé à la patiente si elle avait des questions mais n'a pas pris le temps de lui expliquer 2= le prestataire a demandé à la patiente si elle avait des questions mais a été très flou dans ses explications 3= le prestataire s'est interrogé à savoir si la patiente avait des questions et lui a correctement expliqué
TOTAL/score						
TOTAL pondéré /36						
Commentaires de l'observateur						

Annexe 6 : Chronogramme



Légende : Calendrier prévisionnel Calendrier effectif

Annexe 7 : Tableau présentant les acteurs des étapes de l'enquête

ETAPES DE L'ENQUÊTE	ACTEURS
Ecriture du protocole	Julie Garaud Dr Géraldine Colin
Rédaction du questionnaire	
Rédaction de la note d'information et du formulaire de consentement	
Rencontre des équipes des sites (Abidjan / Soubéré)	
Formation des enquêteurs en charge du recueil	Julie Garaud Placide Koleti
Impression des outils nécessaires (reprographie)	Responsable logistique à Soubéré
Recueil des données	Enquêteurs engagés par Médecins du Monde Julie Garaud
Monitoring des questionnaires	Julie Garaud
Création de la base de données	
Saisie des données	
Analyse des données	

Vu, le Président du jury,

Vu, le Directeur de thèse,

Vu, le Directeur de l'UFR,

Nom-Prénoms : GARAUD Julie, Alice, Marie**Titre de la thèse :** Prévention et prise en charge des Grossesses Non Désirées chez les filles scolarisées dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui en Côte d'Ivoire en 2018.

Résumé de la thèse :

Les grossesses chez les adolescentes et jeunes filles scolarisées peuvent entraîner de lourdes conséquences sur leur santé et leur éducation. Il est donc important d'évaluer leur connaissance et utilisation des méthodes contraceptives modernes et d'apprécier la qualité des services qui leur sont proposés en santé sexuelle et reproductive.

Des études transversales et observationnelles ont été conduites auprès des adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans à l'aide d'un questionnaire standardisé dans les établissements scolaires et dans les structures sanitaires fréquentées par les adolescentes et jeunes filles à Soubré et Méagui en Côte d'Ivoire. Des analyses de régressions logistiques ont permis de rechercher les facteurs associés à une absence de connaissance des méthodes contraceptives, ainsi qu'à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne. L'observation des consultations a été décrite à l'aide de scores et de verbatims jugeant de la qualité des structures sanitaires.

Au total 507 élèves (42,4% de filles sexuellement actives) ont participé à l'enquête. Parmi elles, 31 ont déclaré avoir eu une grossesse soit une prévalence de 14,4% chez les filles sexuellement actives. Les élèves étaient 21% à ne connaître aucune méthode contraceptive moderne et seulement 36% d'entre elles étaient capables de citer au moins 3 méthodes contraceptives modernes incluant les préservatifs. Après l'analyse multivariée, le niveau d'étude en 1^{er} cycle, la location d'une maison, le fait d'être non sexuellement active, et de ne pas suivre des cours d'éducation sexuelle étaient associés à une non-connaissance des méthodes contraceptives modernes. Une méthode contraceptive moderne était utilisée chez 128 (59,5%) filles sexuellement actives parmi celles-ci 30 (14,0%) étaient sous contraception hors préservatifs. Après l'analyse multivariée, la connaissance d'au moins 3 méthodes contraceptives modernes et le fait d'avoir eu une grossesse étaient associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive hors préservatif. Au total 52 consultations portant sur la santé sexuelle et reproductive ont été observées dans 3 structures sanitaires. Les trois structures atteignaient des pourcentages de qualité inférieure à 70%.

Cette enquête a permis de mettre en évidence l'importance du phénomène de grossesse en milieu scolaire ainsi qu'une connaissance et une utilisation des méthodes contraceptives modernes insuffisantes chez ces adolescentes et jeunes filles.

MOTS CLÉS : Contraception, Grossesse Non Désirées, Côte d'Ivoire, Adolescentes et Jeunes Filles, Enquête épidémiologique, Connaissance et Utilisation

JURY

PRESIDENT : Pr Jean-Michel ROBERT, Professeur en Chimie Médicinale & Dug
Discovery, Faculté de Pharmacie de Nantes

DIRECTEUR : Pr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie,
Faculté de Pharmacie de Nantes

MEMBRES : Dr Michèle Tétart, Pharmacien Responsable,
MSF Logistique à Mérignac
Dr Stéphanie Durand, Pharmacien d'officine

Adresse de l'auteur : 106 rue Ferdinand Buisson 33130 Bègles