UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé séxuelle et reproductive chez les adolescents scolarisés de 13-19 ans en milieu rural. Cas de quatre écoles sécondaires de la commune rurale de Mabayi

Barabwiriza, Pierre Claver; Directeur de thèse : Dr Sylvestre Bazikamwe

2018
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1438

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE CHEZ LES ADOLESCENTS SCOLARISES DE 13-19 ANS EN MILIEU RURAL.

Cas de quatre écoles secondaires de la Commune rurale de MABAYI

Par :

Pierre Claver BARABWIRIZA

Directeur de thèse :

Dr Sylvestre BAZIKAMWE

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Janvier 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A: 2015-2016

A. Bureau décanal

Doyen	: Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA
1er Vice- Doyen	: Dr Sébastien MANIRAKIZA
2ème Vice- Doyen	: Dr Patrice BARASUKANA

B. Enseignants à temps plein

1. Professeurs ordinaires

Pr Léodégal BAZIRA	: Méthodologie de la recherche
Pr Jean Baptiste SINDAYIRWANYA	: Gynécologie
Pr Evariste NDABANEZE	: Thérapeutique
Pr Théodore NIYONGABO	: Pathologie infectieuse et parasitaire
Pr Gabriel NDAYISABA	: Pathologie chirurgicale
Pr Gaspard KAMAMFU	: Pneumologie
Pr Richard KARAYUBA	: Pathologie chirurgicale
Pr Léopold NZISABIRA	: Neurologie
Pr Aloys NIYONGABO	: Biochimie structurale et métabolique

2. Professeurs associés

Pr Frédéric NSABIYUMVA	: Pharmacologie spéciale Endocrinologie
Pr Rénovât NTAGIRABIRI	: Gastro-entérologie Hépatologie
Pr Elysée BARANSAKA	: Cardiologie
Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA	: Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie digestive
Pr Gordien NGENDAKURIYO	: Oto- rhino- laryngologie
Pr Jeanne Odette NIYONGERE	: Obstétrique
Pr Salvator HARERIMANA	: Obstétrique

Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie

3. Chargés de cours

Dr François NDARUGIRIRE : Anesthésie-Réanimation
Dr Martin NDUWIMANA : Pédiatrie
Dr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
Dr Claudette NDAYIKUNDA : - Hématologie fondamentale
- Hématologie clinique
- Biochimie Pathologique
Dr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie
Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie médicale
Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie chirurgicale
Dr François NDIKUMWENAYO : Physiologie
Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
Dr Hélène BUKURU : Pédiatrie
Dr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie néphrologique
Dr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie de la tête et du cou
Sémiologie chirurgicale.
Dr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie - obstétrique et
Soins de santé maternelle et Néonatale
Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie chirurgicale
Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologique
Dr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie
Médecine physique et de réadaptation
Dr Herman NIMPAYE : Parasitologie
Entomologie médicale
Dr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
Dr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Cytologie et Génétique
Dr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
Dr Patrice BARASUKANA : Neuro-anatomie, Physiologie et Sémiologie Neurologique

Dr Martin MANIRAKIZA	: Pathologie infectieuse et parasitaire Endocrinologie
Dr AMANI Moibéni	: Sémiologie médicale et Physiologie
Dr Sébastien MANIRAKIZA	: Imagerie médicale
Dr Stanislas HARAKANDI	: Soins palliatifs
Dr Pontien NDABASHINZE	: Pédiatrie

4. Chargés d'enseignement

Dr Jacques NDIKUBAGENZI	: Hygiène et Déontologie
Dr NIYONKURU Alexandre	: Biophysique
Dr Sandra NKURUNZIZA	: Hygiène et Administration des services de santé
Dr Zacharie NDIZEYE	: Méthodologie de la recherche Epidémiologie

5. Maître assistant

Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie

C. Enseignants à temps partiel

Dr Elie MUPERA	: Dermatologie
Dr Gaspard MARERWA	: Anatomie pathologique spéciale
Dr Sylvère SAKUBU	: Psychiatrie
Dr Juvénal MUYUKU	: Stomatologie
Dr Léopold HAVYARIMANA	: Chimie générale et organique
Dr Paul BIZIMANA	: Démographie, Initiation à la santé publique et Gestion hospitalière
Mr Protais NTEZIRIBA	: Civisme
Dr Thaddée BARANCIRA	: Physique
Dr Servât NYANDWI	: Biostatistique
Mr Bonaventure NIYOYANDOYE	: Psychologie générale.
Mme Patricie BARAHINDUKA	: Soins Infirmiers
Mr CONGERA Anaclet	: Mathématiques
Mr Ferdinand NCABWENGE	: Anglais médical
Mr François NKENGURUTSE	: Pharmacologie générale.
Mr Pierre Claver BIZIMANA	: Informatique

DEDICACES

A Dieu Tout-Puissant

A ma mère

A mon regretté père

A mes frères et sœurs

A ma grand-mère

A mes oncles et Tantes surtout à Polycarpe NTIBARIKURE

A mes cousins et cousines

A tous ceux qui me sont chers

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au Dr Sylvestre BAZIKAMWE, Directeur de cette thèse, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de guider mes premiers pas de recherche scientifique avec compétence, dévouement et disponibilité. Vos conseils, votre rigueur scientifique et votre souci constant du travail bien fait nous serviront de modèle. Soyez rassuré de ma profonde gratitude.

Au Dr Déogratias NTUKAMAZINA, Président du jury, vous m'avez manifesté un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici, le témoignage de ma gratitude.

Au Dr Désiré HABONIMANA, Membre du jury, vous avez accepté de juger ce travail. Soyez rassuré de ma reconnaissance.

A tous nos éducateurs, de l'école primaire à la faculté de Médecine, pour la formation scientifique dispensée, nous vous en remercions sincèrement.

A la 33ème promotion de la Faculté de Médecine, je vous remercie pour la bonne collaboration.

Pour tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je dis sincèrement merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Ca^{2+}	: Ion calcium
CAP	: Connaissances, Attitudes et pratiques
CDS	: Centre de Santé
Coll	: Collaborateur
CRIDIS	: Centre universitaire de recherche pour le développement économique et social
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DMPA	: Acétate de Médroxyprogestérone Dépôt
DS	: District sanitaire
GMPc	: Guanosine monophosphate cyclique
GTP	: Guanosine triphosphate
HSV2	: Virus herpès simplex
IM	: Intramusculaire
IPPF	: Fédération internationale pour le planning familial
IST	: Infection sexuellement transmissible
IV	: Intraveineux
K^+	: Ion potassium
Km^2	: Kilomètre carré
LDT	: Ligature des trompes
MAMA	: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
mg	: milligramme
mm	: millimètre
NO	: Monoxyde d'azote
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNSR	: Programme National de la Santé de la Reproduction
S/C	: Sous cutané
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise

SSR : Santé sexuelle et reproductive

UB : Université du Burundi

UNESCO : United Nations for Education, Science and Culture Organization

UNICEF : United Nation for Children's Found

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin. 7
Figure 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin. 8
Figure 3 : Coupe sagittale de l'appareil génital masculin 9
Figure 4 : Carte de la province Cibitoke.....28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Tableau général des IST 16

Tableau II: Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives 25

Tableau III: Organisation sanitaire provinciale 29

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon l'âge 36

Tableau V: Répartition des enquêtés par école et par sexe 36

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon leur état civil 37

Tableau VII: Répartition des enquêtés selon la source d'information la plus fréquente 37

Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon la connaissance de la période de la vie sur laquelle s'étend l'adolescence 38

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon la connaissance du moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille ou une femme peut tomber enceinte 39

Tableau X: Répartition des enquêtés selon qu'ils comprennent ce que c'est une grossesse précoce 39

Tableau XI: Répartition des enquêtés selon la connaissance des risques liés à l'avortement volontaire 40

Tableau XII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des méthodes contraceptives modernes 41

Tableau XIII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des infections sexuellement transmissibles 42

Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon l'âge de mariage préféré 43

Tableau XV: Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants souhaités 43

Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon les personnes à qui il faut offrir plus de contraceptifs 44

Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon le comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant 44

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon la conduite tenue en cas de problème de santé sexuelle 45

Tableau XIX: Répartition des enquêtés par réponses à la question concernant la pratique des rapports sexuels 45

Tableau XX: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires sexuels .46

Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon l'âge du premier rapport sexuel 46

Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon qu'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive.....47

Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon la méthode contraceptive utilisée 47

Tableau XXIV: Répartition des enquêtés selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives 48

Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon l'âge de la première grossesse ..48

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A: 2015-2016 i

DEDICACES iv

REMERCIEMENTS v

SIGLES ET ABREVIATIONS vi

LISTE DES FIGURES viii

LISTE DES TABLEAUX ix

TABLE DES MATIERES xi

0. INTRODUCTION 2

0.1. Objectif principal 3

0.2. Objectifs spécifiques 3

CHAPITRE I: GENERALITES 5

I.1. Définition des concepts 5

I.1.1. Santé sexuelle 5

I.1.2. Santé de la reproduction 5

I.1.3. Adolescence 5

I.1.4. Grossesse précoce 5

I.1.5. Grossesse non désirée 6

I.1.6. Avortement 6

I.1.7. Contraception 6

I.2. Rappels anatomiques et physiologiques de l'appareil génital 7

I.2.1. Rappels anatomiques 7

I.2.1.1. Appareil génital féminin 7

I.2.1.2. Appareil génital masculin 8

I.2.2. Rappels physiologiques 9

I.2.2.1. Réponse sexuelle 9

I.2.2.2. Les étapes de la réponse sexuelle 10

I.2.2.2.1. La phase d'excitation chez la femme 10

I.2.2.2.2. La phase de plateau chez la femme 10
I.2.2.2.3. L'orgasme chez la femme 10
I.2.2.2.4. La phase de résolution chez la femme 11
I.2.2.2.5. La phase d'excitation chez l'homme 11
I.2.2.2.6. La phase du plateau chez l'homme 13
I.2.2.2.7. L'orgasme chez l'homme 13
I.2.2.2.8. La phase de résolution chez l'homme 14
I.3. Les infections sexuellement transmissibles 14
I.3.1. Définition 14
I.3.2. Situation des IST dans le monde 14
I.3.3. Facteurs favorisants la transmission des IST 15
I.3.4. IST courantes 15
I.3.5. Tableau des IST 16
I.3.6. Traitement des IST 17
I.3.6.1. La Prévention des IST 17
I.3.6.2. Le traitement curatif 17
I.3.7. Impact des IST sur la santé sexuelle et reproductive 18
I.3.8. Relation IST et VIH/SIDA 18
I.4. La Grossesse précoce 18
I.4.1. Morbidité et mortalité fœtales et néonatales liées à la grossesse précoce 18
I.4.2. Morbidité et mortalité maternelles liées à la grossesse précoce 19
I.5. La contraception 20
I.5.1. Définition 20
I.5.2. Les méthodes contraceptives couramment utilisées 20
I.5.2.1. Les méthodes contraceptives naturelles 20
I.5.2.2. Les méthodes artificielles 21
I.5.2.2.1. Les méthodes mécaniques dites « de barrière » 21
I.5.2.2.2 Les contraceptifs hormonaux 22
I.5.2.3. Les autres méthodes contraceptives 23
I.5.3.Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives 25

CHAPITRE II: MATERIEL ET METHODE.....27
II.1. Matériel 27
II.1.1. Lieu et type d'enquête.....27
II.1.2. Description physique du milieu d'étude 27
II.1.2.1. Situation géographique 27
II.1.2.2. Organisation administrative 28
II.1.2.3. Organisation sanitaire de la province Cibitoke.....29
II.1.3. Période d'enquête.....29
II.1.4. Population cible.....29
II.1.5. Critères d'inclusion 30
II.1.6. Critères d'exclusion 30
II.2. Méthode.....30
II.2.1. Technique de collecte des données 30
II.2.1.1. Le questionnaire (détaillé en annexe) 30
II.2.1.2. Technique d'enquête 31
II.2.1.2.1. Visite préliminaire.....31
II.2.1.2.2. Détermination de l'échantillon 32
II.2.1.2.3. Calcul de la taille de l'échantillon 32
II.2.1.2.4.Test du questionnaire 33
II.2.2. Enquête proprement dite 33
II.2.3. Saisie, traitement et analyse des données 34
CHAPITRE III: RESULTATS 36
III.1. Données épidémiologiques.....36
III.1.1. Age.....36
III.1.2. Sexe.....36
III.1.3. Etat civil.....37
III.2. Source d'information sur la santé sexuelle et reproductive la plus fréquente37
III.3. Connaissances des adolescents sur la santé sexuelle et reproductive 38
III.3.1. Informations sur l'adolescence.....38
III.3.2. Connaissance de la période sur laquelle s'étend l'adolescence 38

III.3.3. Connaissance si une fille peut tomber enceinte avant ses premières règles....38
III.3.4. Connaissance du moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille ou une femme peut tomber enceinte....39
III.3.5. Connaissance sur ce que c'est une grossesse précoce....39
III.3.6.Connaissance si une grossesse précoce est une grossesse à risque....40
III.3.7. Possibilité de tomber enceinte en faisant un seul rapport sexuel non protégé....40
III.3.8. Informations sur les risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements....40
III.3.9. Risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements....40
III.3.10. Connaissance des méthodes contraceptives....41
III.3.11. Méthodes contraceptives modernes connus....41
III.3.12. Informations sur les infections sexuellement transmissibles....41
III.3.13. Connaissance des IST....42
III.3.14. Prévention des IST et le VIH/SIDA par le préservatif....42
III.3.15. Protection des IST et le VIH/SIDA par la pilule....42
III.4. Attitudes vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive....43
III.4.1. Age idéal pour le mariage....43
III.4.2. Nombre d'enfants souhaités....43
III.4.3. Savoir à qui offrir plus de contraceptifs....44
III.4.4. Comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant....44
III.5. Pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive....45
III.5.1. Pratique des rapports sexuels....45
III.5.2. Nombre de partenaires sexuels....46
III.5.3. L'âge au premier rapport sexuel....46
III.5.4.Utilisation des méthodes contraceptives....47
III.5.5. Méthode contraceptive utilisée....47
III.5.6. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives....48
III.5.7. Le fait d'avoir eu une grossesse....48

III.5.8. Age à la première grossesse 48
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE 50
IV.1. Données épidémiologiques 50
IV.1.1. L'Age 50
IV.1.2. Le Sexe 50
IV.1.3. Etat civil 50
IV.2. Source d'information la plus fréquente 50
IV.3. Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive 52
IV.3.1. Connaissance si une fille peut tomber enceinte avant ses premières règles 52
IV.3.2. Le moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille peut tomber enceinte 52
IV.3.3. Informations sur les risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements 52
IV.3.4. Connaissance des méthodes contraceptives 53
IV.3.5. IST et leurs préventions 54
IV.4. Attitudes vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive 55
IV.4.1. Age idéal pour le mariage 55
IV.4.2. Nombres d'enfants souhaités 55
IV.4.3. Savoir à qui faudrait-il offrir plus de contraception 56
IV.4.4. Comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant 56
IV.5. Pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive 57
IV.5.1. Pratique des rapports sexuels 57
IV.5.1.1. Ceux qui ont déjà fait des rapports sexuels 57
IV.5.1.2. Nombre de partenaires sexuels 57
IV.5.1.3. Age au premier rapport sexuel 58
IV.5.2. Utilisation des méthodes contraceptives 59
CHAPITRE V: CONCLUSION ET SUGGESTIONS 62
V.1. Conclusion 62
V.2. Suggestions 63

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES.....65

ANNEXES 72

INTRODUCTION

0. INTRODUCTION

Actuellement, dans presque tous les pays, les jeunes ont leurs premiers rapports sexuels à un âge de plus en plus précoce avant même qu'ils ne sachent comment éviter les grossesses non désirées et les IST [1-6].

La santé sexuelle des adolescents est devenue un sujet préoccupant en santé publique avec l'extension des IST, le VIH-SIDA, les grossesses non désirées particulièrement en milieu scolaire [7].

L'adolescence est une période caractérisée par des transformations biologiques, psychologiques et somatiques diverses. Les adolescents constituent un groupe particulièrement vulnérable. Ils sont confrontés à des problèmes majeurs liés à la sexualité et à la reproduction [8].

Selon la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), chaque année, au moins 111 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles curables concernent les jeunes de 10-24 ans (IPPF, 2006) [9].

Plus de 2 millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH. [10]

Près de 16 millions des adolescentes âgées de 15-19 ans et environ 1 million des adolescentes de moins de 15 ans mettent au monde chaque année. La plupart d'entre elles sont rencontrées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [11].

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les adolescentes âgées de 15-19 ans dans le monde et chaque année, près de 3 millions des adolescentes âgées de 15-19 ans subissent des avortements à risque [11].

Au Burundi, les grossesses en milieu scolaire ne cessent pas d'augmenter.

Depuis 2009-2010, on est passé de 877 cas de grossesses à 2224 cas en 2014-2015, soit un total de 11891 filles enceintes durant ces six années scolaires. En 2016, 2208 jeunes filles du milieu scolaire dont 1519 de l'école fondamentale et 689 de l'école post fondamentale sont tombées enceintes [12].

Compte tenu de tout ce qui précède, nous nous sommes proposé de mener une étude en milieu scolaire rural, ayant comme objectifs :

0.1. Objectif principal

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents âgés de 13-19 ans scolarisés en commune MABAYI.

0.2. Objectifs spécifiques

- Identifier l'âge des premiers rapports sexuels chez les adolescents âgés de 13-19 ans scolarisés en commune MABAYI.
- Identifier leur source d'information la plus fréquente sur la santé sexuelle et reproductive.
- Evaluer leurs connaissances sur l'activité génitale, la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles.
- Identifier les attitudes et certaines pratiques à risque en matière de santé sexuelle et reproductive.

I. GENERALITES

CHAPITRE I: GENERALITES

I. 1. Définition des concepts

I.1.1. Santé sexuelle

Selon l'OMS, la santé sexuelle est « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux par l'être sexué, réalisée selon les modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour ». L'OMS ajoute qu'une composante fondamentale de ce concept est le droit à l'information sexuelle et le droit au plaisir [13].

I.1.2. Santé de la reproduction

L'OMS définit la santé de la reproduction comme étant un état complet du bien-être physique, mental et social; et ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmité pour tout ce qui touche à l'appareil génital, à ses fonctions et à ses processus. Cet état commence dès la naissance et se poursuit jusqu'à la vieillesse [13].

I.1.3. Adolescence

L'OMS définit l'adolescent comme étant une personne âgée de 10-19ans. Toutefois, l'adolescence proprement dite peut s'inscrire dans l'une ou l'autre fourchette parce qu'elle est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte [14, 15].

L'adolescence est définie comme passage de l'enfance à l'âge adulte [16].

Selon la définition de l'OMS de 1965, l'adolescence se subdivise en 2 phases : une phase précoce entre 10 et 14ans et une phase tardive entre 15 et 19 ans [17,18].

I.1.4. Grossesse précoce

La grossesse précoce est celle qui a lieu entre 13 et 19 ans [19].

I.1.5. Grossesse non désirée

Une grossesse non désirée est une grossesse non voulue par au moins un des partenaires [20].

I.1.6. Avortement

Dans le langage médical, on entend par « avortement » l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante [21].

I.1.7. Contraception

C'est l'ensemble des moyens mis à la disposition des hommes et des femmes pour espacer les naissances [22,23].

I.2. Rappels anatomiques et physiologiques de l'appareil génital

I.2.1. Rappels anatomiques

I.2.1.1. Appareil génital féminin

On distingue les organes génitaux externes (clitoris, grandes et petites lèvres) et l'appareil génital interne (utérus, vagin, ovaires et trompes). Ces organes et d'autres régions extra-génitales comme le rectum, la vessie, l'urètre et les seins entrent en jeu durant la stimulation sexuelle [24].

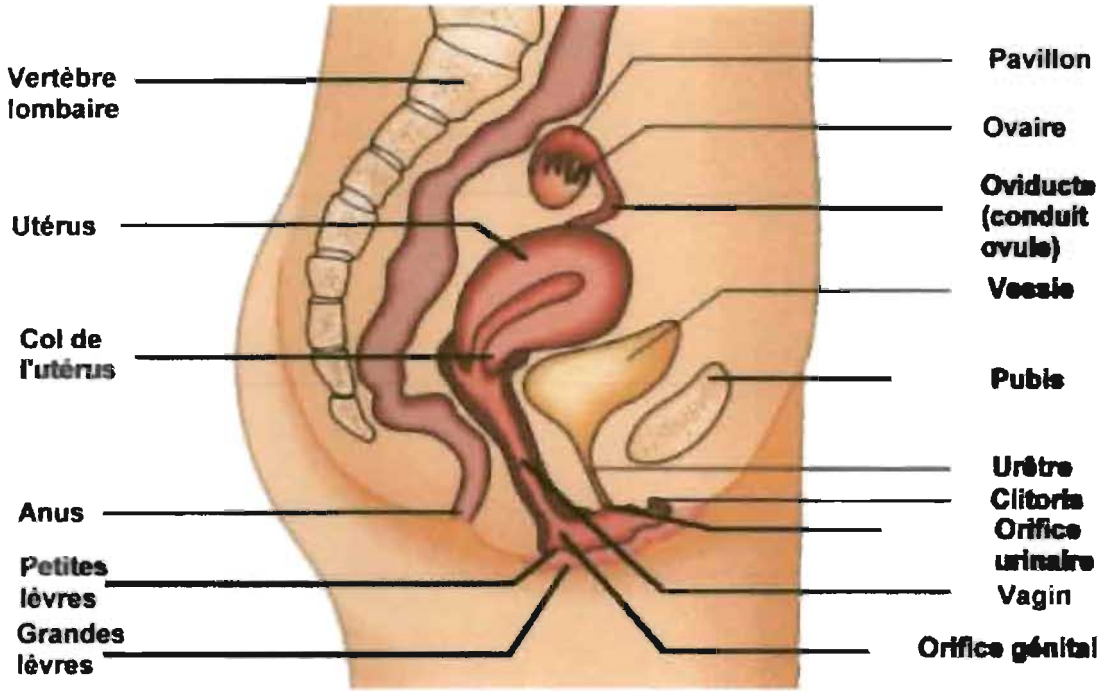


Figure1 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin [25]

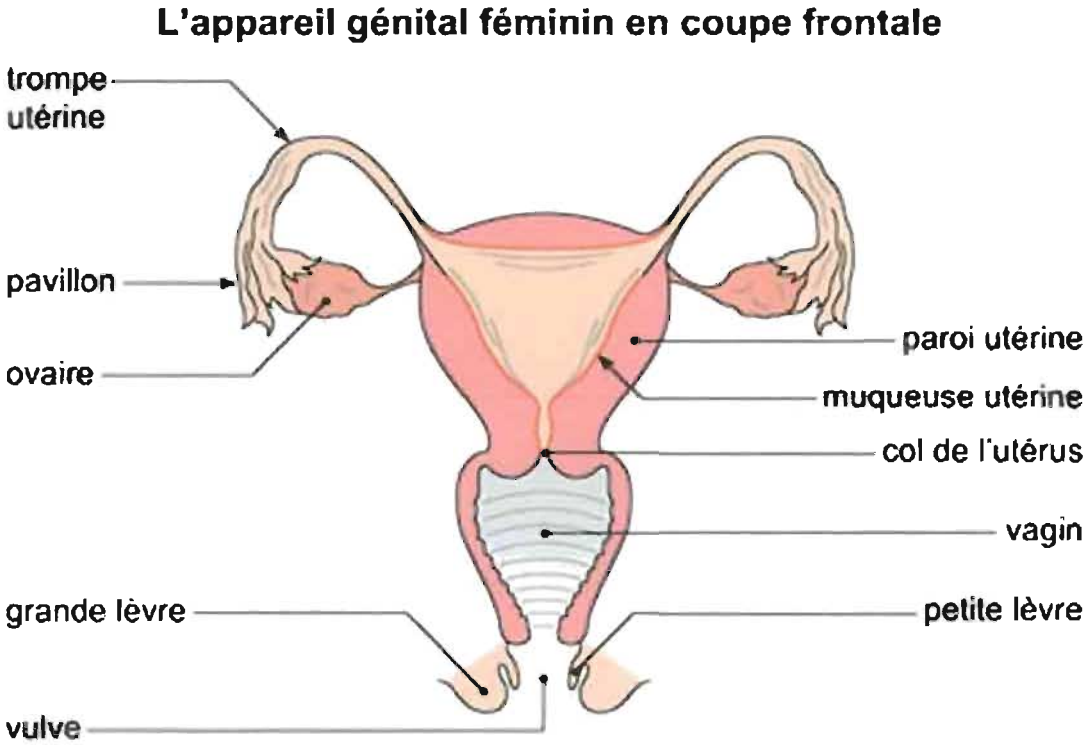


Figure 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [26]

I.2.1.2. Appareil génital masculin

L'appareil génital masculin est composé du pénis, des testicules et du scrotum. Le pénis constitue un support idéal à la congestion. Il est constitué de trois cylindres de tissu érectile :

- le corps spongieux au niveau de la face ventrale du pénis qui entoure l'urètre,

- les corps caverneux qui sont au nombre de deux.

Ces trois structures sont vascularisées par les artères dorsales, les artères caverneuses et les artères bulbo-urétrales. Le retour veineux se fait par la veine dorsale superficielle et la veine dorsale profonde [24].

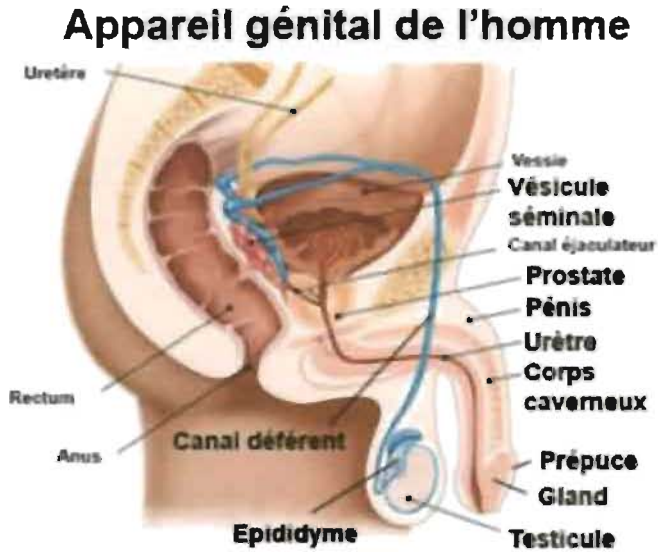


Figure 3 : Coupe sagittale de l'appareil génital masculin [27]

I.2.2. Rappels physiologiques

I.2.2.1. Réponse sexuelle

Les deux phases principales de la réponse sexuelle de l'homme sont *l'érection* du pénis permettant la pénétration dans le vagin de la femme ainsi que *l'éjaculation* assurant le dépôt du sperme dans le vagin. Ces phases sont conditionnées par une régulation hormonale de la fonction de reproduction de l'homme.

La réponse sexuelle de la femme est très semblable à celle de l'homme. Les phénomènes de l'érection et l'excitation sexuelle sont les mêmes que chez l'homme. L'orgasme n'est pas suivi d'une période de latence ce qui fait que la femme puisse sentir plusieurs orgasmes au cours d'un même coït. Chez la femme, l'orgasme n'est pas indispensable à la conception [28].

La réponse sexuelle s'effectue en 4 étapes ou phases : *phase d'excitation, de plateau, d'orgasme et de résolution* chez les deux sexes.

I.2.2.2. Les étapes de la réponse sexuelle

I.2.2.2.1. La phase d'excitation chez la femme

Elle se caractérise par l'émergence de sentiments érotiques, de la lubrification vaginale, de manifestations physiologiques comme la vasocongestion généralisée de la peau et des régions génitales ainsi que la contraction musculaire.

Sur le plan anatomique le volume des seins et des mamelons augmente, tout comme celui de l'utérus qui s'accroit et s'élève du petit bassin vers le grand bassin. La paroi du vagin se dilate afin de recevoir le pénis. La lubrification vaginale due à un afflux sanguin des tissus vaginaux commence dès le début de la stimulation et on observe une accélération des rythmes respiratoires et cardiaques [24].

I.2.2.2.2. La phase de plateau chez la femme

C'est la phase la plus avancée de l'excitation sexuelle avant l'orgasme. Elle se caractérise par une vasocongestion de la région génitale mais également de tout le reste du corps. Cette réaction entraîne l'apparition de rougeur ainsi qu'une tumescence des aréoles des seins. Les régions génitales sont également le siège de nombreux changements. Le diamètre des petites lèvres augmente et leur coloration passe du rose au rouge. Elles forment avec le vagin, un canal engorgé plus long servant de cavité pour soutenir le pénis en érection. L'utérus complète son mouvement ascendant et le vagin continue de se gonfler [24,29].

I.2.2.2.3. L'orgasme chez la femme

Il se manifeste par des contractions des régions intéressées, la principale étant la plate-forme orgasmique qui provoque un relâchement de la tension. Il s'agit d'une manifestation globale de l'organisme, dont la composante la plus importante est une sensation de plaisir intense. Son intensité peut varier et elle est souvent accompagnée de 3 à 5 contractions périnéales, au rythme de 0,8 par seconde.

L'orgasme clitoridien, déclenché par la stimulation du clitoris et l'orgasme vaginal déclenché par la stimulation intra-vaginale, ont les mêmes manifestations physiologiques. La majorité des femmes peuvent aboutir à l'orgasme clitoridien, alors que d'autres auront du mal à l'obtenir par

stimulation vaginale, sans qu'il s'agisse pour autant d'un problème pathologique [24].

L'orgasme féminin se distingue de l'orgasme masculin du fait que la femme ne présente pas de période réfractaire après l'orgasme. En effet, si elle est suffisamment stimulée avant que les tensions ne soient redescendues en dessous des niveaux de la réponse la phase du plateau, elle pourra en ressentir d'autres [24,29].

I.2.2.2.4. La phase de résolution chez la femme

Les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas. La phase de résolution survient après le dernier orgasme.

On observe une détumescence des aréoles vasocongestionnées aboutissant à un aspect resserré. Cette réaction est l'une des principales manifestations visibles de l'orgasme. En parallèle, le volume de la poitrine diminue, le rythme cardiaque, respiratoire et la pression sanguine redeviennent normaux. Le clitoris reprend rapidement sa position initiale après l'arrêt des contractions de la plate-forme orgasmique, tout comme l'utérus et on observe un repli des parois vaginales. Les petites lèvres redeviennent roses en 10 à 15 secondes et leur taille revient à la normale [24,29].

I.2.2.2.5. La phase d'excitation chez l'homme

Elle est caractérisée par l'apparition rapide de l'érection qui peut disparaître partiellement puis revenir pendant une période prolongée. Au niveau du scrotum, on remarque un épaississement du tégument dû à la vasocongestion localisée et à la contraction des fibres musculaires et une augmentation de la tension [24].

Mécanisme de l'érection :

L'érection est la succession de 3 phénomènes essentiels :

- le relâchement de la musculature lisse ;

- la dilatation artérielle avec remplissage des sinusoïdes caverneux ;

- la restriction veineuse.

L'érection est un phénomène neurologique et vasculaire complexe. Le tonus du muscle lisse pénien résulte d'un équilibre entre les influx nerveux sympathiques et parasympathiques. Une érection nécessite donc une augmentation de l'influx parasympathique mais également une réduction de la stimulation sympathique.

Cependant, l'érection est également contrôlée par le monoxyde d'azote qui est relargué par les terminaisons nerveuses non adrénergiques-non-cholinergiques et par les cellules endothéliales des corps érectiles [30].

Au repos, la verge est à l'état flaccide. Le système sympathique est prédominant et l'ensemble des fibres musculaires lisses et des parois artérielles à destinée pénienne sont contractées. Les espaces sinusoïdaux sont presque fermés, assurant une circulation sanguine nourrissant les tissus. Lors d'une stimulation sexuelle, le système nerveux parasympathique s'active et le sympathique diminue son activité.

Les fibres musculaires lisses se relâchent, la pression intra-caverneuse diminue, permettant aux artères péniennes de faire affluer le sang vers la verge et aux espaces sinusoïdaux de se remplir [30].

De plus, la stimulation sexuelle va entraîner une libération de monoxyde d'azote. À l'intérieur du muscle, le monoxyde d'azote (NO) active (sous contrôle des récepteurs P2y) une guanylatecyclase qui catalyse la conversion du guanosine triphosphate (GTP) en guanosine monophosphate cyclique (GMPc). Ce second messager active des protéines kinases spécifiques qui phosphorylent certaines protéines. Il s'en suit :

- une ouverture des canaux potassiques avec sortie d'ion potassium (K+) responsable d'une hyperpolarisation membranaire,
- la séquestration d'ion calcium (Ca2+) par le réticulum sarcoplasmique,
- la fermeture des canaux calciques voltage-dépendants bloquant l'influx calcique. Lorsque ce taux de calcium diminue, le couple calcium-calmoduline se sépare. La calmoduline se dissocie des chaînes légères de myosine qui se libèrent du filament d'actine. Il en résulte un relâchement du muscle [30].

I.2.2.2.6. La phase du plateau chez l'homme

Le diamètre du pénis subit une augmentation vasocongestive involontaire, en particulier dans la zone du gland. Elle correspond au moment où la rigidité de l'érection est maximale. Les glandes de Cowper (glandes situées de chaque côté de l'urètre) sécrètent le liquide pré-éjaculatoire et le gland change parfois de couleur à la fin de la phase. Il passe du rose à un rouge-violet en raison de la stase sanguine. Les testicules s'élèvent vers le périnée et leur volume augmente de près de 50% par rapport à leur état au repos [24].

I.2.2.2.7. L'orgasme chez l'homme

L'imminence de l'orgasme est ressentie lorsque l'éjaculation semble inévitable et ne peut plus être retenue. Il se caractérise par l'expulsion du liquide séminal hors des organes accessoires ou secondaires de reproduction dans l'urètre prostatique et par sa progression vers l'urètre jusqu'au méat urinaire. Ce mouvement s'effectue par des contractions involontaires et coordonnées du sphincter de l'urètre, des muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverses profonds et superficiels du périnée [24].

L'orgasme s'accompagne de tensions musculaires, de modifications du rythme respiratoire, de tachycardie, d'une élévation de la tension ainsi que d'une rougeur cutanée [29].

En termes de durée, l'orgasme est la phase la plus courte du cycle de la réponse sexuelle. Il est généralement moins long chez l'homme que chez la femme. Cette différence peut s'expliquer par le fait que chez la femme, la vasocongestion s'étend à toute la région pelvienne, alors que chez l'homme elle se limite aux organes sexuels [29].

À la différence de la femme, la réaction sexuelle chez l'homme présente une période réfractaire suivant immédiatement l'orgasme qui varie en fonction de l'âge, du niveau de stimulation sexuelle et des différences individuelles [29].

Au cours de cette période, l'homme présente une résistance psychophysiologique à toute stimulation sexuelle pouvant durer de quelques minutes chez le jeune homme à plusieurs heures chez l'homme plus âgé [29].

I.2.2.2.8. La phase de résolution chez l'homme

La phase de résolution signifie la détumescence de la verge qui va retrouver sa flaccidité de base. On assiste à la disparition des effets de la vasocongestion.

Sur le plan extra-génital, elle se déroule assez rapidement sauf pour la contraction musculaire qui peut perdurer jusqu'à cinq minutes. Le scrotum perd rapidement son apparence congestionnée et tendue et le tégument plissé réapparaît. Les testicules reprennent leur taille initiale et descendent à l'intérieur du scrotum. Cette réaction peut toutefois être rapide ou lente suivant la longueur de la phase du plateau [29].

La détumescence résulte de la remise en tension des fibres musculaires lisses. L'apport artériel se réduit, le sang emprisonné dans la verge s'élimine par les veines caverneuses permettant la sortie de sang et son renouvellement nécessaire à l'oxygénation des tissus au cours de l'érection.

I.3. Les infections sexuellement transmissibles

I.3.1. Définition

Il s'agit d'une infection contractée lors d'un acte sexuel. C'est une maladie qui attaque les organes génitaux de l'homme ou de la femme, pouvant avoir des conséquences graves sur notre corps.

Les IST se transmettent essentiellement au cours des rapports sexuels (dans 90%des cas), d'homme à homme ou homme à femme. Certaines IST peuvent aussi se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse via le cordon ombilical ou au cours de l'accouchement ou encore par voie sanguine [31].

I.3.2. Situation des IST dans le monde

Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST. On estime que, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydiase 131, gonorrhée 78, syphilis 5,6 et trichomonase 143. Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus responsable de l'herpès génital (HSV2) [32].

I.3.3. Facteurs favorisants la transmission des IST

A l'adolescence, les relations sexuelles sont imprévues, irrégulières et ont parfois lieu sous pression, la contrainte ou la force. Les principaux facteurs favorisant la transmission des IST sont [33] :

- ✓ le manque d'information,
- ✓ les effets des medias (films, romans,…),
- ✓ la dégradation des mœurs,
- ✓ l'oisiveté,
- ✓ l'abus de drogue,
- ✓ la pression des pairs,
- ✓ le refus de conseils,
- ✓ le multi partenariat sexuel,
- ✓ les mouvements de la population surtout liés à la guerre.

I.3.4. IST courantes

Les IST les plus répandues sont le VIH/SIDA, la gonorrhée, la syphilis, la trichomonase et la chlamydiase [34].

I.3.5. Tableau des IST [35]

Tableau I: Tableau des IST

Germe pathogène	Nom de la maladie	Aspects cliniques
Bactéries Neisseria gonorrhoeae (gonocoque)	Blennorragie gonococcique	Urétrite purulente, cervicite (leucorrhées), épididymite, bartholinite, rectite, pharyngite, conjonctivite, salpingite (stérilité, grossesse ectopique), péri hépatite, ophtalmie néonatale, gonococcie disséminée.
Chlamydia trachomatis	Infections rétro-génitales à chlamydiae	Urétrite en général subaiguë, épididymite, cervicite, bartholinite, rectite, conjonctivite, pharyngite, otite, salpingite, péri hépatite, pneumonie de l'adulte, syndrome de Feiss-singer-Leroy-Reiter, formes disséminées.
	Lymphogranulomatose vénérienne : maladie de Nicolas Favre	Micro chancre, adénopathie inguinale, péri adénite Complications : ethiomène, éléphantiasis génital. Syndrome ano-rectal.
Heamophilis ducreyi	Chancre mou	Ulcérations génitales (peau) adénopathies douloureuses, phagédénisme.
Gardenerella Vaginalis(Heamophilis vaginalis) Bacille gram-	Infections génitales féminines à Gardenerella vaginalis	Leucorrhées, adénopathies douloureuses Complications : phagédénisme.
Calymmato-bacterium granulomatis	Donovanose (granulome inguinal)	Ulcérations (amas de bourgeons cicatriciel), masse tumorale, Complications : éléphantiasis, sténose, phagédénisme.
Spirochète Treponema Pallidum	Syphilis	Syphilis récente : lésions de la peau et des muqueuses Syphilis latente, syphilis symptomatique : gommes, complications cardio-vasculaires, nerveuses Syphilis congénitale.
Protozoaires Trichomonas vaginalis	Trichomonase génitale	Urétrite, Prostatite, Vaginite
Champignons Candidas albicans	Candidose rétro-génitale	Vulvo-vaginite, balanite, urétrite.
Virus Herpes type 1et 2	Herpès génital primaire et récurrent	Vésicules de la peau, ulcérations génitales douloureuses, méningite a liquide clair, encéphalite du nouveau-né.
Virus de l'Hépatite B et de l'Hépatite C	Hépatite aiguë et Chronique	Surtout chez les homosexuels masculins
Papillomavirus	Condylome acuminé (végétations vénériennes)	Végétations génitales, papillome laryngé du nourrisson. Facteur de dysplasie
Pox-virus	Molluscum contagiosum	Petites papules génitales.

I.3.6. Traitement des IST

I.3.6.1. La Prévention des IST

Les interventions comportementales et de conseil permettent d'assurer une prévention primaire des IST (y compris du VIH) et des grossesses non désirées. On peut citer :

- Une éducation sexuelle complète et des conseils avant et après le dépistage des IST et notamment le VIH ;
- Des conseils sur les rapports sexuels protégés / réduction des risques, ainsi que la promotion de l'utilisation du préservatif ;
- Des interventions ciblant les populations vulnérables et les plus concernées, comme les adolescents, les travailleuses de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues injectables,...
- Des actions éducatives et le conseil adaptés aux besoins des adolescents.

Les préservatifs lorsqu'ils sont utilisés correctement et avec constance constituent l'une des méthodes de protection les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ne sont pas aussi largement employés par les programmes nationaux que leurs équivalents masculins [32].

I.3.6.2. Le traitement curatif

On dispose actuellement de traitements efficaces pour plusieurs infections sexuellement transmissibles [32]:

- on peut généralement guérir trois IST bactériennes (chlamydiase, gonorrhée et syphilis) et une IST parasitaire (trichomonase) à l'aide d'antibiothérapie à dose unique.
- Les médicaments les plus efficaces pour le traitement de l'herpès et de l'infection à VIH sont des antiviraux qui, bien qu'ils ne puissent guérir la maladie, peuvent en moduler l'évolution.
- Les immunomodulateurs (interférons) et les médicaments antiviraux peuvent aider à combattre le virus de l'hépatite B et ralentir les dommages hépatiques.

I.3.7. Impact des IST sur la santé sexuelle et reproductive

Dans certains cas, les IST peuvent avoir de graves conséquences sur la santé reproductive allant au-delàs des conséquences immédiates, telle que la stérilité, ou la transmission des infections de la mère à l'enfant.

Les IST ont des répercussions sur la santé sexuelle et reproductive dans le monde. Outre leurs conséquences immédiates, les IST peuvent avoir de graves effets [32] :

- certaines IST, comme l'herpès et la syphilis peuvent multiplier au moins par 3 le risque de contracter le VIH ;
- la transmission d'une IST de la mère à l'enfant peut entrainer une mortalité néonatale, un faible poids de naissance, une septicémie, une pneumonie, une conjonctivite du nouveau-né ou des malformations congénitales ;
- l'infection à HPVest responsable du cancer du col de l'utérus ;
- les IST comme la gonorrhée et chlamydiase sont des causes majeures d'inflammation pelvienne et de stérilité.

I.3.8. Relation IST et VIH/SIDA

Les IST constituent une porte d'entrée privilégiée pour le virus d'immunodéficience humaine. D'une façon globale, les IST accroissent quatre à cinq fois le risque d'être contaminé par le VIH à cause de nombreuses ulcérations dues aux IST et qui facilitent la pénétration du virus et par voie de conséquence la multiplication du VIH/SIDA [31].

I.4. La Grossesse précoce

La grossesse précoce est celle qui a lieu entre 13 et 19ans et presque la totalité des grossesses chez les adolescentes sont des grossesses précoces.

I.4.1. Morbidité et mortalité fœtales et néonatales liées à la grossesse précoce

La morbidité et la mortalité fœtales semblent être plus fréquentes chez les enfants qui naissent des mères adolescentes. Les facteurs qui influencent cette mortalité fœtale sont : la prématurité, le faible poids de naissance et l'anémie au cours de la grossesse [36, 37, 38].

On a constaté la présence de beaucoup de complications chez les bébés nés des mères adolescentes. Parmi ces complications, on peut citer : la surdité, l'atteinte cérébrale avec retard mental, la cécité, la détresse respiratoire, l'ictère néonatal et d'autres anomalies congénitales [38].

I.4.2. Morbidité et mortalité maternelles liées à la grossesse précoce

Beaucoup d'auteurs sont d'accord sur l'augmentation de la morbidité et la mortalité maternelles liées à l'accouchement d'une grossesse survenue chez l'adolescente que chez la femme adulte. Le principal facteur prédisposant à cette morbi-mortalité est surtout la disproportion foeto-pelvienne en rapport avec l'immaturité du bassin de la jeune fille qui tombe enceinte et l'âge très bas [39,36].

L'accouchement peut être difficile et compliqué d'hémorragie liée à une rupture utérine ou des déchirures périnéales, d'infection du post partum, de fistules génitales et dans certains cas de décès maternel. Les avortements volontaires ou non sont fréquemment observés au cours de la grossesse survenue chez l'adolescente que chez l'adulte d'autant plus que la grossesse est souvent non désirée [36, 37, 39].

Le pronostic maternel est dans ce cas mis enjeu par des complications à type de rupture utérine ou hémorragie de la délivrance qui peuvent emporter facilement la mère [37].

I.5. La contraception

I.5.1. Définition

C'est l'ensemble des moyens mis à la disposition des hommes et des femmes pour espacer les naissances [22,23].

I.5.2. Les méthodes contraceptives couramment utilisées

I.5.2.1. Les méthodes contraceptives naturelles

- **Les méthodes d'abstinence périodique**

Les méthodes d'abstinence périodique sont des méthodes de contraception basées sur un comportement sexuel qui est l'abstinence périodique pendant la période propice de la fécondation.

Malgré la gratuité de ces méthodes et l'indépendance du couple qui désire les pratiquer, ce sont des méthodes qui s'accompagnent d'un taux d'échec relativement significatif.

On en distingue :

- la méthode du calendrier ou D''OGINO-KNAUS ;
- la méthode de température ;
- la méthode de la glaire cervicale ou de BILLINGS ;
- l'allaitement maternel (aménorrhée lactationnelle) ;
- le coït interrompu ;
- l'abstinence ;
- l'éloignement géographique.

Ces méthodes ne nécessitent aucune intervention hormonale ou mécanique. Leur inconvénient majeur, c'est le manque de fiabilité surtout chez les femmes africaines chez qui il est souvent difficile de refuser à son mari le rapport sexuel sous prétexte de date, de température ou de glaire cervicale [40,41].

I.5.2.2. Les méthodes artificielles

I.5.2.2.1. Les méthodes mécaniques dites « de barrière »

a) Le préservatif ou condom

C'est une méthode qui est à la fois sure et simple si elle est bien utilisée par le couple.

Les échecs sont rares, estimés à 3,6% [42].

C'est une méthode qui a un avantage double car elle joue à la fois le rôle de la contraception et celui de la prévention contre les IST en particulier le VIH [43].

b) Les spermicides

Ils sont actuellement utilisés comme méthode complémentaire au diaphragme et au condom à cause du risque élevé d'échec s'ils sont employés seuls [44,45].

Ces produits modifient la perméabilité des membranes cellulaires, détruisent les spermatozoïdes et ont un pouvoir bactérien pouvant prévenir le trichomonas ou une mycose [46,47].

Ils comprennent des mousses, des gelées, des ovules ou des comprimés solubles [48].

c) Le diaphragme et la cape cervicale

Le diaphragme est une membrane hémisphérique mise dans le vagin avant les rapports sexuels [49,44]. Il est toujours utilisé avec une gelée spermicide étalée sur sa surface convexe et sur ses bords [45,50].

La cape cervicale est un obturateur féminin qui s'adapte au col, son diamètre varie de 22 à 31mm. Il est utilisé avant chaque rapport sexuel à n'importe quelle période du cycle [51,52].

d) Le DIU ou Stérilet

La contraception intra-utérine est connue depuis l'antiquité mais le stérilet n'a été largement utilisé que depuis les années 1950. Les DIU sont en matière plastique à base de sels de baryum. Ils sont repérables sur les clichés radiologiques. Pour augmenter leur pouvoir d'action, on a ajouté à la composition ancienne du cuivre [53].

Différents modèles du stérilet :

Il se présente sous plusieurs formes soit en T, soit en anneau, en boucle, en anse ou en spirale. La plupart de ces DIU sont terminés par un fil de nylon qui reste visible dans la cavité vaginale après la pose du stérilet.

Il existe un autre type de stérilet dit stérilet hormonal ou Mirena qui est indiqué chez les patientes désireuses d''une contraception et présentant des dysménorrhées ou des ménorragies [54].

I.5.2.2.2 Les contraceptifs hormonaux

A) Les contraceptifs oraux ou pilules

Ces méthodes sont parmi les méthodes contraceptives les plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées correctement. Néanmoins, elles ne sont pas exemptes de risques.

1. La pilule associée

Elle est faite de l'association d'un œstrogène et un progestatif. Elle est prise pendant 21 jours du cycle suivi d'un arrêt de 7 jours. On peut conseiller à la femme de prendre en ces 7 jours une pilule type placebo renfermant soit du fer soit du lactose. Par la suite, on a introduit une forme modifiée de pilule associée, la pilule triphasique administrée lors des 3 phases consécutives d'un même cycle [55,56].

2. La pilule séquentielle

Ce sont des pilules dans lesquelles l'œstrogène seul est administré pendant la première moitié du cycle pour être suivi par l'administration d'une pilule oestroprogestative jusqu'à la fin du cycle. Elle agit par blocage des gonadostimulines [56].

3. La minipilule

C'est la pilule à base de progestatif seul ; elle est administrée seule à faible dose quotidienne.

B) Les contraceptifs injectables

Correctement utilisés, les contraceptifs injectables comptent parmi les méthodes contraceptives les plus efficaces dont on dispose aujourd'hui.

Les contraceptifs injectables les plus utilisés sont actuellement l'acétate de médroxyprogestérone dépôt (DMPA) comme le depo-provéra.

Ils ont un mécanisme semblable à celui des contraceptifs oraux : celui de l'inhibition de l'ovulation.

Les contraceptifs injectables ont l'avantage d'offrir une méthode contraceptive très efficace et réversible à action relativement prolongée [57].

I.5.2.3. Les autres méthodes contraceptives

a) Les implants sous/cutané

Ils sont posés sous la peau à la face interne du bras non dominant dans le sillon entre le biceps et le triceps :

- Le jadelle : est constitué de deux capsules libérant du levonorgestrel (75mg) avec un effet contraceptif de 5ans.
- Le Norplant : est composé d'implants de levonorgestrel et assure une contraception pour 5ans avec effets secondaires acceptables [58].
- L'implanon® est aussi une contraception à base de progestatif exclusif (étonogestrel). Sa durée d'action est de 3ans et taux de succès très proches de 100% [59].

b) La contraception chirurgicale

Il existe deux types de contraception chirurgicale :

- **La stérilisation volontaire masculine ou vasectomie :**

La vasectomie est une méthode contraceptive chirurgicale permanente et non réversible appliquée sur l'homme. Elle se fait sous anesthésie locale en coupant et en ligaturant les deux canaux déférents [60,61].

- **La stérilisation volontaire féminine ou ligature des trompes (LDT)**

Elle est également une méthode contraceptive chirurgicale permanente et irréversible pour la femme qui consiste en une opération effectuée sous anesthésie locale en coupant et en ligaturant les deux trompes de Fallope.

Ce sont des méthodes très efficaces, le couple n'aura plus à s'inquiéter de la contraception et n'interrompt pas la spontanéité des relations sexuelles. L'inconvénient est qu'elles sont permanentes et irréversibles avec des douleurs au niveau de l'incision [60,61].

I.5.3.Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives

Tableau II: Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives (62)

Méthodes	Types	Voies d'administration	Mode d'action	Durée d'action	Taux d'efficacité	Double protection	Réversibilité
Naturelles	Auto-observation	-	Action des hormones sur l'organisme	1mois	Peu fiable	Non	Oui
	MAMA	-	Action des hormones sur l'organisme	6mois	98 à 99%	Non	Oui
Barrières	Préservatifs masculins	Pénis	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	Plus de 95%	Oui	Oui
	Préservatifs féminins	Intra-vaginale	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	95%	Oui	Oui
	Spermicides	Intra-vaginale	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	94%	Non	Oui
	Cape cervicale	Col	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	74 à 91%	Non	Oui
	Diaphragme	Col	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	94%	Non	Oui
	COP	PO	-épaissit la glaire cervicale ; -suspend l'ovulation -amincit l'endomètre -réduit le transport des spermatozoïdes	1mois	99%	Non	Oui
	Injectable	IM	-inhibe l'ovulation ; -épaissit la glaire cervicale -modifie l'endomètre	3mois	99,9%	Non	Oui
	Implant sous-cutané	SC	-inhibe l'ovulation - épaissit la glaire cervicale -modifie l'endomètre - modifie la physiologie tubaire	3-5ans	99% (99,5 à 99,9%)	Non	Oui
DIU	Tcu 380A	Intra-utérine	-le cuivre est hostile aux spermatozoïdes -réaction inflammatoire aseptique à corps étranger -modification de la glaire	10 à 12ans	99,7%	Non	
Contraception chirurgicale volontaire	LDT	Opération	Barrière physique aux spermatozoïdes et Ovule	Permanente	99,9%	Non	Non
	Vasectomie	Opération	arrêt de la production ses spermatozoïdes	Permanente	99,9%	Non	Non
Contraception d'urgence	Chimique(Pilule) mécanique(DIU)	PO/Intra-utérine	Antinidatoire	120heures	Selon la méthode utilisée	Non	Oui

II. MATERIEL ET METHODES

CHAPITRE II: MATERIEL ET METHODE.

II.1. Matériel

Notre enquête a été faite à l'aide d'une fiche de recueil des données anonyme, préétablie en français.

II.1.1. Lieu et type d'enquête

Notre enquête s'est déroulée dans la commune de MABAYI, en Province CIBITOKE.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique.

II.1.2. Description physique du milieu d'étude

II.1.2.1. Situation géographique

Description

La Commune de MABAYI est l'une des six Communes de la Province de CIBITOKE. Elle est située au Nord de la province CIBITOKE. Elle est limitée au Nord et à l'Est par la République du Rwanda, à l'Ouest par les communes voisines de MUGINA et RUGOMBO et au Sud les Communes de BUKINANYANA et MURWI. Cette Commune s'étend sur une superficie de 347,57km^2 avec 76393 habitants, soit une densité de 218,9 habitants par km^2.

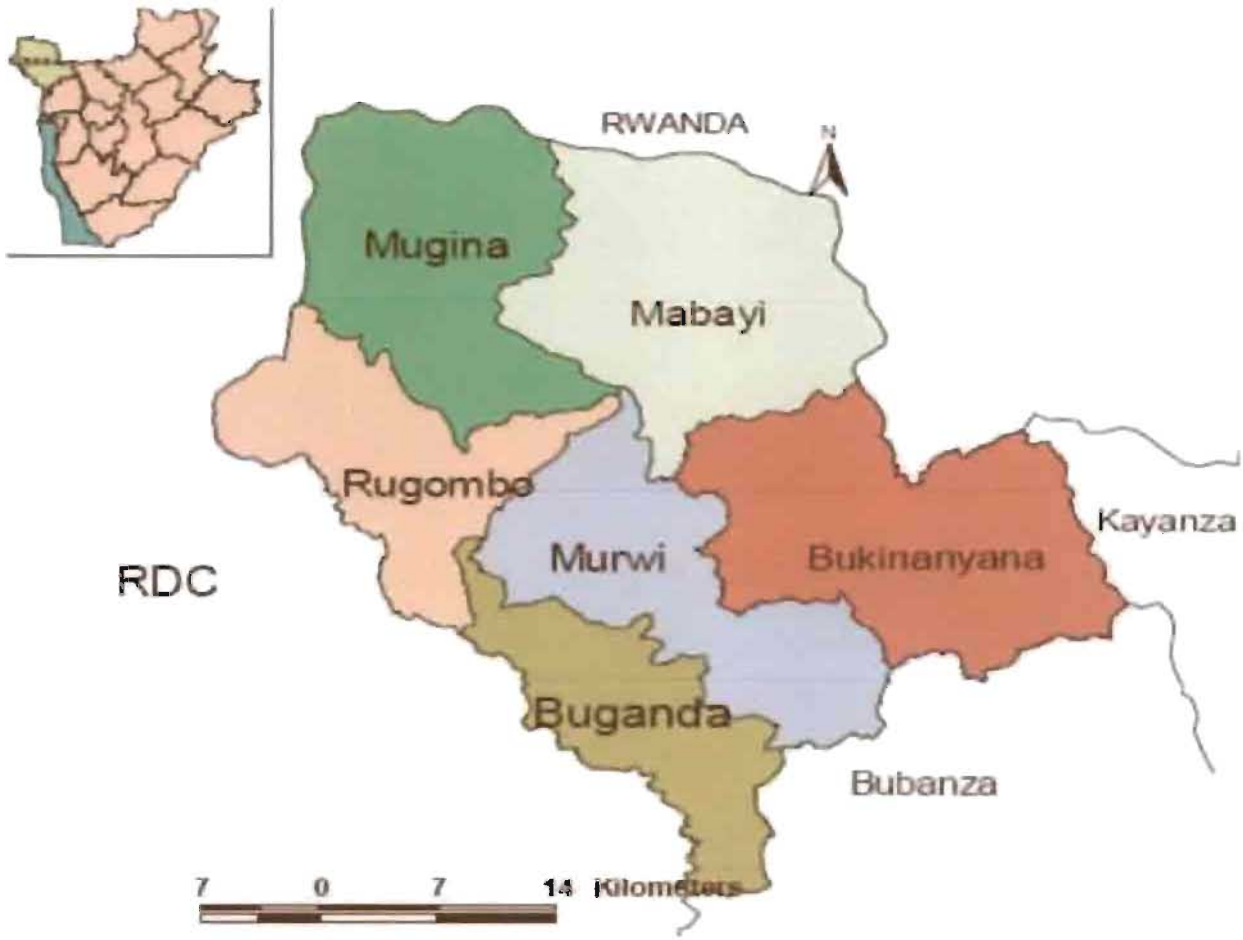


Figure 4 : Carte de la province de Cibitoke [63]

II.1.2.2. Organisation administrative

La Commune de MABAYI est subdivisée en quatre zones dont la zone de MABAYI avec six collines, la zone de BUTAHANA avec huit collines, la zone de BUHORO avec six collines et la zone de RUHORORO avec trois collines. Donc la commune de MABAYI a vingt-trois collines au total.

II.1.2.3. Organisation sanitaire de la province Cibitoke

La Province Sanitaire de Cibitoke comporte 2 districts sanitaires : le district sanitaire de Cibitoke et le district sanitaire de Mabayi. Le tableau ci-dessous montre les différents hôpitaux et centres de santé dans les 2 districts sanitaires en 2016.

Tableau III: Organisation sanitaire de la province de Cibitoke

Structure	Statut	DS Cibitoke	DS Mabayi	Total
Hôpital	Public	1	1	2
Clinique	Privée	2	-	2
CDS	Public	16	27	43
CDS	Prive	18	13	31
CDS	Agréé	2	2	4
Total	-	39	43	82

II.1.3. Période d'enquête

Notre enquête s'est déroulée au mois de Mars 2017 et a duré deux semaines (du 1er au 15 Mars).

II.1.4. Population cible

La population cible était constituée par des élèves adolescents âgés de 13 à 19 ans scolarisés dans toutes les écoles secondaires de la commune MABAYI.

II.1.5. Critères d'inclusion

❖ a été inclus(e) dans notre étude, tout adolescent ou adolescente :

- Agé(e) de 13 à 19 ans au moment de notre enquête.
- Inscrit(e) à l'établissement scolaire choisi, au cours de l'année scolaire 2016-2017 ;
- Ayant accepté de participer librement à notre enquête.

II.1.6. Critères d'exclusion

❖ a été exclu (e) de notre étude, tout adolescent ou adolescente:

- ne remplissant pas les critères d'inclusion ci-haut cités.
- nouveau à l'école choisie et provenant du milieu urbain.

II.2. Méthode

II.2.1. Technique de collecte des données

II.2.1.1. Le questionnaire (détaillé en annexe)

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme, préétabli en français et comprenant cinq parties essentielles :

- L'identification de l'enquêté(e) ;
- Question sur les sources d'information sur la santé sexuelle et reproductive ;
- Questions en rapport avec les connaissances des adolescents sur la santé sexuelle et reproductive ;
- Questions vis-à-vis des attitudes des adolescents sur la santé sexuelle et reproductive ;

- Questions concernant les pratiques des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le questionnaire comprend au total 25 questions. Les questions fermées, à choix multiples constituent la grande partie de notre fiche de recueil des données, ce qui présente plusieurs avantages pour le répondant :

- La réponse choisie est enregistrée facilement et rapidement ;
- Le répondant peut donner une réponse à laquelle il n'aurait pas pensé ;
- Pas de difficultés liées à la formulation propre des réponses à donner ;
- Le choix des questions est basé sur l'intérêt spécifique de notre étude.

II.2.1.2. Technique d'enquête

Nous avons d'abord demandé la permission au Directeur Communal de l'Enseignement à MABAYI, ainsi qu'à l'administrateur Communal en leur présentant une lettre officielle leur adressée par le Décanat de la Faculté de Médecine de l'Université de Burundi.

II.2.1.2.1. Visite préliminaire

Nous avons fait une visite préliminaire aux responsables des 4 établissements scolaires choisis. Ces derniers en étaient déjà avertis par le Directeur Communal de l'Enseignement.

Le but de cette pré-visite était triple :

- Se convenir avec les Directeurs des établissements au jour et à l'heure de l'enquête proprement dite ;
- Consulter les registres des élèves pour pouvoir déterminer la taille de l'échantillon à inclure dans notre étude selon leur âge.

- Faire un pré-test avec une dizaine d'adolescents des deux sexes, choisis au hasard pour voir s'il pouvait y avoir des difficultés liées au remplissage de notre questionnaire.

II.2.1.2.2. Détermination de l'échantillon

La Commune MABAYI compte au total 20 écoles fondamentales lors de notre enquête. La détermination des proportions des effectifs a été effectuée en se basant sur les listes des élèves inscrits au cours de l'année scolaire 2016-2017 selon leur âge.

II.2.1.2.3. Calcul de la taille de l'échantillon

Au total, 318 adolescents des écoles de la Commune MABAYI ont été enquêtés dans 4 établissements scolaires sur 20. Nous avons utilisé la formule de MUCHIELLI qui consiste à limiter la taille de l'échantillon à 1/5è (soit à 20%). Ces quatre écoles ont été choisies au hasard et comptaient au total 1590 adolescents inscrits, garçons et filles réunis.

Le nombre total des enquêtés en provenance de ces quatre écoles a été ainsi réduit à 20% selon la formule de MUCHELLI, soit 318 adolescents, choisis en 7è, 8è, et $9^{èmes}$ années.

Pour chaque école, le nombre d'adolescents à inclure dans l'échantillon a été déterminé proportionnellement à la population totale cible de l'école concernée selon la formule suivante :

$$X = \frac{n\ X\ \pi^{\circ}\ cible\ \ totale\ de\ l'école}{N}$$

Où **X** : Nombre d'adolescents à inclure dans l'échantillon pour chaque école

n = Taille de l'échantillon à interroger pour les 4 écoles, (soit ici 318 adolescents).

N= Taille de l'univers investigué

Ainsi, pour le Lycée Communale MABAYI : $X=\frac{318 X 445}{1590} = 89$ *élèves*

Pour le Lycée Communale RUSESEKA : $X=\frac{318X425}{1590} = 85$ *élèves*

Pour le Lycée Communale RUHORORO : $X=\frac{318 X 335}{1590} = 67$ *élèves*

Pour le Lycée Communale BUTAHANA : $X = \frac{318 X 385}{1590} = 77$ *élèves*

Donc, l'effectif total des enquêtés est égal à : 89+85+67+77= 318 élèves

II.2.1.2.4.Test du questionnaire

Nous avons testé le questionnaire dans son ensemble chez 10 élèves choisis au hasard 5 garçons et 5 filles dans une école et ceci nous a permis :

- d'estimer la durée moyenne que prend le remplissage du questionnaire ;
- d'identifier les difficultés d'ordre pratique et d'adapter le questionnaire pour faciliter son remplissage.

II.2.2. Enquête proprement dite

- **Le choix de la population d'étude** :

Il a été effectué par échantillonnage aléatoire systématique en limitant l'échantillon à $1/5^{ème}$.

- **Distribution du questionnaire** : Les adolescents choisis dans différentes classes ont été rassemblés dans une même salle. Avant de leur distribuer le questionnaire, nous leur avons expliqué le but de notre étude et le caractère anonyme du questionnaire, puis les avons invités à remplir ce dernier avec honnêteté.
- **Remplissage du questionnaire** : avant de répondre à chacune des questions, nous en faisions d'abord une lecture à haute voix et en même temps des éclaircissements soit en français, soit en Kirundi (langue maternelle. Ainsi, le remplissage se faisait en même temps,

individuellement et confidentiellement avant d'entamer la question suivante.

- **Ramassage des questionnaires** : Après avoir répondu à la dernière question, nous leur avons accordé 5 à 10 minutes pour vérifier leurs réponses, puis nous avons procédé au ramassage des questionnaires. A la fin, les enquêtés ont posé quelques questions sur le sujet pendant 10 minutes.
- **Contraintes** :

-Accès difficile à l'une des écoles choisies.

- Quelques élèves refusaient de répondre au questionnaire en disant qu'ils veulent rentrer car ils avaient faim.

II.2.3. Saisie, traitement et analyse des données

La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide des logiciels Epi-info version 7.2 ; Microsoft Office Excel 2010 et Microsoft Office Word 2010

III. RESULTATS

CHAPITRE III: RESULTATS

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Age

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
13-14 ans	9	2,83
15-19 ans	309	97,16
Total	**318**	**100,00**

Dans ce tableau, on remarque que les enquêtés de la phase précoce d'adolescence ayant 13-14 ans sont représentés à 2,83% et ceux de la phase tardive d'adolescence (15-19 ans) à 97,16%. L'âge moyen des enquêtés est 17,1 ans.

III.1.2. Sexe

Tableau V: Répartition des enquêtés par école et par sexe

Ecole	Sexe		Total	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
BUTAHANA	46	31	77	24,21
MABAYI	46	43	89	27,99
RUHORORO	34	33	67	21,07
RUSESEKA	40	45	85	26,73
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

D'après ce tableau ; les écoles de BUTAHANA, MABAYI, RUHORORO et RUSESEKA sont représentées respectivement à 24,21% ; 27,99% ; 21,07% et 26,73% dans l'échantillon de notre étude.

Nous remarquons que 166 enquêtés, soit plus de la moitié (52,20%) sont de sexe féminin contre 152 enquêtés de sexe masculin, soit 47,80%. Le sexe ratio est de 0,9

III.1.3. Etat civil

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon leur état civil

Etat civil	Effectif	Pourcentage
Célibataire	312	98,11
Mères-célibataires	6	1,88
Total	**318**	**100,00**

La totalité des enquêtés sont des célibataires dont 1,88% sont des mères célibataires.

III.2. Source d'information sur la santé sexuelle et reproductive la plus fréquente

Tableau VII: Répartition des enquêtés selon la source d'information la plus fréquente

Source d'information la plus fréquente	Sexe		TOTAL	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
Conversation entre amis	14	10	24	7,55
Ecole	56	78	134	42,14
Internet (Facebook, whatsapp…)	4	7	11	3,46
La radio	38	25	63	19,81
Les associations	2	0	2	0,63
Les parents	38	19	57	17,92
Structure de santé	12	11	23	7,23
Télévision	2	2	4	1,26
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

La source d'information la plus fréquente est l'école (42,14%) puis la radio à (19,81%) et les parents (17,92%). Les structures de santé, l'internet et les associations cités respectivement à (7,23%), (3,46%) et (0,63%) sont par contre les sources les moins fréquentées.

III.3. Connaissances des adolescents sur la santé sexuelle et reproductive

III.3.1. Informations sur l'adolescence

La quasi-totalité des enquêtés (99,37%) ont entendu parler de l'adolescence, seul 0,63% des enquêtés soit 2 enquêtés n'ont jamais entendu parler de l'adolescence.

III.3.2. Connaissance de la période sur laquelle s'étend l'adolescence

Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon la connaissance de la période de la vie sur laquelle s'étend l'adolescence

Période d'adolescence	Effectif	Pourcentage
Entre 15 et 20 ans	**63**	19,81
Entre 10 et 15 ans	**52**	16,35
Entre 10 et 19 ans	**157**	49,37
Entre 15 et 25 ans	**46**	14,47
Total	**318**	**100,00**

Plus de la moitié des enquêtés (50,63%) ne savent pas l'intervalle exact de l'adolescence. Environ la moitié (49,37%) des enquêtés savent exactement cet intervalle.

III.3.3. Connaissance si une fille peut tomber enceinte avant ses premières règles

La majorité des enquêtés (74,53%) ont répondu qu'une fille ne peut pas tomber enceinte avant ses premiers règles si elle fait des rapports sexuels non protégés au moment où 25,47% des enquêtés ont répondu qu'elle peut tomber enceinte.

III.3.4. Connaissance du moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille ou une femme peut tomber enceinte

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon la connaissance du moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille ou une femme peut tomber enceinte

Moment du cycle menstruel où une fille peut tomber enceinte	Sexe		Total	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
Au milieu du cycle menstruel	30	21	51	16,04
Je ne sais pas	40	54	94	29,56
Juste après les règles	33	9	42	13,21
Juste avant les règles	39	20	59	18,55
Pendant les règles	24	48	72	22,64
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

Concernant le moment du cycle menstruel où une jeune fille ou femme peut tomber enceinte : 29,56% des enquêtés ont répondu qu'ils ne le savent pas ; 22,64% que c'est pendant les règles ; 18,55% que c'est juste avant les règles ; 13,21% après les règles et 16,04% que c'est au milieu de cycle menstruel.

III.3.5. Connaissance sur ce que c'est une grossesse précoce

Tableau X: Répartition des enquêtés selon qu'ils comprennent ce que c'est une grossesse précoce

Savoir ce que c'est une grossesse précoce	Effectif	Pourcentage
C'est une grossesse de laquelle nait un enfant prématuré	52	16,35
C'est une grossesse qui survient chez une fille de moins de 18ans	266	83,65
Total	**318**	**100,00**

D'après le tableau ci-dessus, 52 enquêtés soit (16,35%) ont répondu qu'une grossesse précoce est une grossesse de laquelle naît un enfant prématuré. La grande majorité des enquêtés (83,65%) soit 266 enquêtés ont répondu qu'une grossesse précoce est une grossesse qui survient chez une fille de moins de 18ans.

III.3.6.Connaissance si une grossesse précoce est une grossesse à risque

Presque la totalité des enquêtés (96,54%) ont répondu qu'une grossesse précoce est une grossesse à risque ; seul 3,46% des enquêtés soit 11 enquêtés ont répondu qu'une grossesse précoce n'est pas une grossesse à risque.

III.3.7. Possibilité de tomber enceinte en faisant un seul rapport sexuel non protégé

Parmi nos enquêtés 15,41% des enquêtés soit 49 enquêtés ont répondu qu'il est impossible de tomber enceinte en faisant un seul rapport sexuel non protégé et 84,59% des enquêtés ont répondu que c'est possible de tomber enceinte en faisant un seul rapport sexuel non protégé.

III.3.8. Informations sur les risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements

Presque la totalité des enquêtés (94,03%) ont répondu qu'il y a des risques encourus par les filles qui font des avortements ; seul 5,97% ont répondu que l'avortement est sans risque.

III.3.9. Risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements

Tableau XI: Répartition des enquêtés selon la connaissance des risques liés à l'avortement

Risque encourus par les filles qui pratiquent l'avortement	Effectif	Pourcentage
La mort	289	90,88
L'hémorragie	282	88,67
La stérilité	226	71,06
Les infections graves	163	51,25
Autres (cancer)	2	0,62

La mort, l'hémorragie, la stérilité et les infections graves ont été respectivement citées comme des risques d'avortement à 90,88%, 88,67%, 71,06% et 51,25%. L'autre risque cité est le cancer à 0,62%.

III.3.10. Connaissance des méthodes contraceptives

La grande majorité des enquêtés (90,35%) soit 287 enquêtés connaissent l'existence d'une ou des méthodes contraceptives. Une minorité (9,75%) des enquêtés soit 31 enquêtés ne connaissent pas qu'il existe de méthodes contraceptives.

III.3.11. Méthodes contraceptives modernes connus

Tableau XII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des méthodes contraceptives modernes

Méthode contraceptive connue	Effectif	Pourcentage
Les implants (Jadelle)	241	75,78
le stérilet (DIU)	220	69,18
Pilule	215	67,61
le préservatif	288	90,56
Contraceptifs injectables	199	62,57
les spermicides	100	31,44
Abstinence	49	15,40

L'implant (jadelle), le stérilet, la pilule, le préservatif et les contraceptifs injectables sont mieux connus comme méthodes contraceptives respectivement par 75,78% ; 69 ,18% ; 67,61% ; 90,56% et 62,57% de nos enquêtés. Le préservatif est la méthode la plus connue à 90,56%. Par contre, les spermicides (31,44%) et l'abstinence (15,40%) constituent les méthodes les moins connues.

III.3.12. Informations sur les infections sexuellement transmissibles

La grande majorité des enquêtés (94,95%) ont répondu qu'ils ont entendu parler d'IST; 5,03% des enquêtés seulement ont répondu qu'ils n'ont jamais entendu parler des IST.

III.3.13. Connaissance des IST

Tableau XIII: Répartition des enquêtés selon la connaissance des infections sexuellement transmissibles

Infections Sexuellement transmissibles	Effectif	Pourcentage
VIH/SIDA	296	93,08
Syphilis	182	57,23
Blennorragie	126	39,62
Hépatite virale B et C	18	5,66

Le VIH/SIDA, Syphilis et blennorragie sont bien connus comme IST respectivement à 93,08% ; 57,23% et 39,62%. Par contre les hépatites B et C sont les IST les moins connues à 5,66%. Le VIH/SIDA est l'IST le plus connu (93,08%).

III.3.14. Prévention des IST et le VIH/SIDA par le préservatif

Un petit nombre (11,95%) des enquêtés ont répondu que le préservatif ne prévient pas les IST et le VIH/SIDA. La grande majorité (88,05%) sait que le préservatif prévient les IST et le VIH.

III.3.15. Protection des IST et le VIH/SIDA par la pilule

La minorité (6,60%) des enquêtés soit 21 enquêtés ont répondu que la pilule protège aussi contre les IST et le VIH/SIDA en plus de la grossesse au moment où la grande majorité (93,40%) des enquêtés ont répondu que la pilule ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

III.4. Attitudes vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive.

III.4.1. Age idéal pour le mariage

Tableau XIV: Répartition des enquêtés selon l'âge de mariage préféré

Age idéal pour le mariage	Sexe		TOTAL	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
20-24 ans	34	8	42	13,20
25-29 ans	109	61	170	53,45
30-34 ans	17	65	82	25,78
35 ans et plus	6	18	24	7,55
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

Plus de la moitié 53,45% des enquêtés ont donné comme âge idéal pour le mariage l'âge compris entre 25-29 ans ; 25,78% ont donné 30-34 ans ; 13,20% ont donné 20-24 ans et 7,55% ont donné 35 ans et plus. L'âge moyen pour le mariage est de 20,5 ans avec des extrêmes d'âge de 19 ans et 37 ans.

III.4.2. Nombre d'enfants souhaités

Tableau XV: Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants souhaités

Nombre d'enfants souhaités avoir			TOTAL	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
2	26	27	53	16,67
3	64	69	133	41,82
4	57	37	94	29,56
5	9	11	20	6,29
6	6	4	10	3,14
7	0	1	1	0,31
8	1	1	2	0,63
10	3	2	5	1,57
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

Le nombre d'enfants souhaités varie de 2 à 10 enfants. Nous remarquons que grand nombre des enquêtés (88,05%) souhaitent avoir entre 2 à 4 enfants soit 16,67% pour 2 enfants, 41,82% pour 3 enfants et 29,56% pour 4 enfants.
Par contre un petit nombre des enquêtés (11,95%) souhaite avoir plus de 4 enfants soit 4 à 10 enfants.

III.4.3. Savoir à qui offrir plus de contraceptifs

Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon les personnes à qui il faut offrir plus de contraceptifs

Les personnes à qui offrir plus de contraceptif	Sexe		TOTAL	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
Aux couples	44	48	92	28,93
Aux divorcés ou veuves	7	7	14	4,40
Aux élèves adolescents	115	97	212	66,67
Total	166	152	318	100,00

La majorité des enquêtés (66,67%) soit 212 enquêtés ont répondu que c'est aux élèves adolescents qu'il faudrait offrir plus de contraceptifs. Par contre 28,93% des enquêtés soit 92 enquêtés ont répondu que c'est aux couples et 4,40% soit 14 enquêtés que c'est aux divorcés et aux veufs (ves).

III.4.4. Comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant

Tableau XVII: Répartition des enquêtés selon le comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant

Solution à envisager après 2 ans de mariage sans enfants	Effectif	Pourcentage
Nous adopterons un enfant	79	24,84
Nous demanderons conseil à un Médecin ou à n'importe quelle structure de santé	230	72,33
Nous nous séparerons	6	1,89
Un des conjoints cherchera un enfant à un autre partenaire sexuel	3	0,94
Total	318	100,00

La majorité des enquêtés (72,33%) envisageraient de consulter un médecin et (24,84%) adopteraient un enfant comme solution si ils n'ont pas d'enfant après 2 ans de mariage alors que (1,89%) se sépareraient et (0,94%) chercheraient un enfant à un autre partenaire.

III.4.5. Conduite tenue en cas de problème de santé sexuelle

Tableau XVIII: Répartition des enquêtés selon la conduite tenue en cas de problème de santé sexuelle

Conduite tenue en cas de problème de santé sexuelle	Effectif	Pourcentage
J'attends souvent que le problème se résolve de soi	66	20,75
Je consulte rapidement	252	79,24
Total	**318**	**100,00**

La majorité des enquêtés (79,24%) ont répondu qu'ils consultent rapidement en cas de problème de santé sexuelle. Par contre, il y a une proportion de 20,75% qui attend souvent que le problème se résolve de soi.

III.5. Pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive

III.5.1. Pratique des rapports sexuels

Tableau XIX: Répartition des enquêtés par réponses à la question concernant la pratique des rapports sexuels

Réponse	Sexe		Total	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
Oui	36	54	90	28,30
Non	130	98	228	71,70
Total	**166**	**152**	**318**	**100,00**

Nous constatons que 28,30% des enquêtés soit 90 adolescents affirment qu'ils ont déjà fait des rapports sexuels et 71,70% des enquêtés soit 228 adolescents affirment n'en avoir pas fait.

III.5.2. Nombre de partenaires sexuels

Tableau XX: Répartition des enquêtés selon le nombre de partenaires sexuels

Nombre de partenaires sexuels	Effectif (n=90)	Pourcentage
1	53	58,89
2 à 3	34	37,77
4 et plus	3	3,34
Total	90	100,00

Le nombre de partenaires sexuels varie de 1 à 4. Plus de la moitié (58,89%) de ceux qui ont fait les rapports sexuels soit 53 adolescents affirment qu'ils ont connu 1 partenaire sexuel ; 37,77% soit 34 adolescents 2 à 3 partenaires et 3,34% soit 3 adolescents ont connu 4 partenaires.

III.5.3.L'âge au premier rapport sexuel

Tableau XXI: Répartition des enquêtés selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Effectif (n=90)	Pourcentage
Avant 10 ans	3	3,33
10-14 ans	33	36,66
15-19 ans	54	60,00
Total	90	100,00

Nous remarquons que plus de la moitié (60%) ont fait leurs premiers rapports sexuel entre 15-19 ans et 36,66% entre 10-14 ans. Seul 3,33% ont fait leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 10 ans. Age moyen pour le premier rapport sexuel est de 14,5 ans avec des extrêmes de 9 à 18 ans.

III.5.4.Utilisation des méthodes contraceptives

Tableau XXII: Répartition des enquêtés selon qu'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive

Réponse	Sexe		Total	Pourcentage
	Féminin	Masculin		
Oui	15	16	31	34,44
Non	21	38	59	65,56
Total	36	54	90	**100,00**

La majorité (65,56%) de ceux qui ont fait des rapports sexuels (soit 59 adolescents) affirme qu'ils n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives, seuls 34,44% ont utilisé une contraception.

III.5.5. Méthode contraceptive utilisée

Tableau XXIII: Répartition des enquêtés selon la méthode contraceptive utilisée

Méthode contraceptive utilisée	Effectif (n=31)	Pourcentage
Préservatif	25	80,64
Pilule	5	16,12
Calcul de la date d'ovulation	1	3,22

La grande majorité (80,64%) de ceux qui ont utilisé une contraception ont utilisé le préservatif. La pilule a été utilisée à 16,12% et le calcul de la date d'ovulation à 3,22%. Les autres méthodes n'ont pas été utilisées.

III.5.6. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives

Tableau XXIV: Répartition des enquêtés selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives (n=59)

Les raisons de non utilisation de méthodes contraceptives	Effectif (n=59)	Pourcentage
Parce que ça diminue le plaisir sexuel	12	20,34
Parce que je ne connaissais aucun moyen utiliser	12	20,34
Parce que je ne savais pas comment m'en procurer	27	45,76
Mon partenaire m'en a refusé.	8	13,55
Total	**59**	**100,00**

Ce tableau montre que parmi les raisons de non utilisation de méthodes contraceptives ; (45,76%) de ceux qui ont fait les rapports sexuels n'ont pas utilisé de contraceptif parce qu'ils ne savaient comment s'en procurer ; 20,34% parce qu'ils ne connaissaient pas aucun moyen à utiliser ; 20,34% parce que ça diminue le plaisir et 13,55% parce que leur partenaire a refusé.

III.5.7. Le fait d'avoir eu une grossesse

Presque la totalité des adolescentes (96,38%) soit 160 adolescentes ont répondu qu'elles n'ont jamais eu de grossesse ; seul 3,61% des adolescentes soit 6 adolescentes ont répondu qu''elles ont déjà eu une grossesse.

III.5.8. Age à la première grossesse

Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon l'âge de la première grossesse

Age a la première grossesse	Effectif (n=6)	Pourcentage
16 ans	1	16,66
17 ans	2	33,33
18 ans	3	50,00
Total	**6**	**100,00**

16,66% des adolescentes ayant eu de grossesse ont eu leur première grossesse à 16ans, 33,33% à 17 ans et 50,00% à 18ans.

IV. DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

IV.1. Données épidémiologiques

IV.1.1. L'Age

Dans notre série, la tranche d'âge de 13 à 14 ans est représentée à 2,83%, celle de 15 à 19 ans est la plus représentée parmi nos enquêtés à 97,16%. L'âge moyen des enquêtés est de 17,1 ans.

Cette tranche d'âge de 15 à 19 ans, qui comprend la quasi-totalité de nos enquêtés est l'âge habituel des élèves de l'école fondamentale qui ont commencé l'école primaire à l'âge de 7 ans.

IV.1.2. Le Sexe

Dans notre série, plus de la moitié de nos enquêtés soit 52,20% sont de sexe féminin. Le sexe masculin est représenté à 47,80%. Le sexe ratio est de 0,9.

Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par GOUWENDKOUNI SERGES-MATHURIN KOBORÉ en 2000 au Burkina Faso. Dans son étude, le sexe féminin était prédominant avec 193 adolescentes soit 52,9% et le sexe masculin comptait 170 adolescents soit 47,1%. Le sexe ratio de 0,9 [64].

NDUWIMANA D., au Burundi en 2013 a trouvé une prédominance féminine à 51,2%. Le sexe masculin était représenté à 48,8%. Le sexe ratio était de 0,9 [65].

IV.1.3. Etat civil

Dans notre étude, la totalité des enquêtés sont des célibataires dont 1,88% sont des mères célibataires.

Ces résultats sont similaires à ceux de NTIBANYIHA J. dans son étude où 99% de l'échantillon sont des célibataires [66].

IV.2. Source d'information la plus fréquente

Dans notre série, la source d'information la plus fréquente sur la santé sexuelle et reproductive est l'école (42,14%) puis la radio à (19,81%) et les parents (17,92%). Les structures de santé, l'internet et les associations respectivement à (7,23%), (3,46%) et (0,63%) sont par contre les sources les moins fréquentées.

Beaucoup des études ont été faites et plusieurs sources d'informations ont été citées comme première source d'information sur la santé sexuelle et reproductive :

GOUWENDKOUNI SERGES-MATHURIN KABORÉ au Burkina Faso, dans son étude, a trouvé que la première source de renseignement des adolescents semble être amis dans 28% des cas, suivi de la radio et des agents de santé avec respectivement 6,4% et 5,2% [64].

NDUWIMANA D. dans son étude CAP en milieu rural en matière de la prévention de la grossesse non désirée et des IST ; a trouvé que la radio est citée à 26,7% comme source principale d'information fréquentée [65].

NIYONSAVYE C. dans son étude CAP en matière du SIDA chez les adolescents scolarisés au Burundi a trouvé que la radio était accessible à 82,4% des adolescents enquêtés [67].

BIRABUZA et Coll. dans leur étude sur la santé de la reproduction chez les jeunes et les adolescents en Mairie de Bujumbura ; rapportent la radio dans la diffusion des informations sur la santé reproductive et sexuelle [68].

NDAYIZEYE J. a trouvé que la conversation entre amis vient en première position à une proportion de 45,86% [69].

Dans l'étude de CRIDIS sur les CACP des jeunes et adolescents en matière de la Santé reproductive et de la sexualité, les amis viennent en première position choisis à 56% [70].

Nous remarquons que les structures de santé n'ont pas été citées en première position comme sources principale mais la radio, les parents, la conversation entre les amis et l'école sont les sources qui ont été choisies comme les sources principales.

IV.3. Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive

IV.3.1. Connaissance si une fille peut tomber enceinte avant ses premières règles

Dans notre étude, 74,53% des enquêtés ont répondu correctement qu'une fille ne peut pas tomber enceinte avant ses premières règles et 25,47% qu'une fille peut tomber enceinte avant ses premiers règles.

Dans une étude menée au Burundi en 2015 par Swiss TPH sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes adultes, les données recueillies ont montré que 56% des jeunes interrogés ont déclaré qu'une femme ne pouvait pas tomber enceinte lors de sa première relation sexuelle [71].

IV.3.2. Le moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille peut tomber enceinte

En rapport avec le moment du cycle menstruel régulier où une jeune fille peut tomber enceinte ; 16,04% des enquêtés ont répondu que c'est au milieu du cycle menstruel. Dans la proportion restante des enquêtés, 29,56% affirment qu'ils ne savent pas ce moment, 13,21% ont répondu que c'est juste après les règles, 22,64% disent que c'est pendant les règles et 18,55% ont répondu que c'est avant les règles.

Ces résultats sont similaires à ceux de NDAYIZEYE J. qui ; dans son étude ; avait trouvé que 14,71% seulement des enquêtés savaient que le moment où une femme a plus de risque de tomber enceinte se situe au milieu de deux périodes des règles. Le reste de ses enquêtes soit 4,90% disaient qu'ils ne savaient pas situer ce moment ; 30,39% que c'est pendant les règles ; 25% que c'est juste après les règles ; 23,04% que c'est juste avant les règles [69].

IV.3.3. Informations sur les risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements

Dans notre étude, Presque la totalité des enquêtés (94,03%) savent qu'il y a des risques encourus par les filles qui font des avortements et les risques suivants : la mort, l'hémorragie, la stérilité et les infections graves ont été citées respectivement à 90,88%, 88,67%, 71,06% et 51,25% comme des risques d'avortement. L'autre risque cité est le cancer à 0,62%.

Ces résultats sont proches à ceux de NDAYIZEYE J. qui dans son étude a trouvé que 90,84% de ses enquêtés sont informés sur les pratiques des avortements clandestins. Parmi ces risques, la mort a été citée par 63,96% des enquêtés suivie par la stérilité citée par 42,13% [69].

KOUMA M. au Mali; dans son étude, 98,36% ont affirmé qu'ils connaissent les risques d'avortement provoqués. La mort et la stérilité sont les risques les plus connus respectivement par 49,26% et par 45,82% des enquêtés [72].

ALVIN P., la moitié des grossesses des femmes de moins de 20 ans sont interrompues volontairement ou spontanément et l'autre moitié est parvenue à terme [73].

IV.3.4. Connaissance des méthodes contraceptives

Dans notre étude, la grande majorité des enquêtés (90,35%) des enquêtés connaissent l'existence d'un ou des méthodes contraceptives. Le préservatif est la méthode contraceptive la plus connue (90,56%) suivie par l'implant (jadelle), le stérilet, la pilule, les contraceptifs injectables qui sont mieux connus comme méthodes contraceptives respectivement à 75,78% ; 69 ,18% ; 67,61% ; 66,03% et 62,57%. Par contre les spermicides (31,44%) et l'abstinence (15,40%) constituent les méthodes contraceptives les moins connues.

Ces résultats sont proches de ceux de NDAYIZEYE J. qui dans son étude a trouvé que le préservatif est la méthode contraceptive la plus connue (92,70%) suivie par la pilule, le DIU. L'abstinence périodique est la méthode moins connue (9,49%) [69].

KOUMA M. au Mali en 2007 a trouvé que ces mêmes méthodes sont les plus connues mais à des taux plus élevés que les nôtres. En effet, il a trouvé des résultats suivants : préservatif (96,39%), pilule (93,45%) [72].

Ces proportions élevées s'expliqueraient par la politique de sensibilisation et d'éducation entreprise dans le pays depuis des années.

Ces résultats sont différents de ceux de HODONOU K.A.S et Al dans une étude réalisée en 1997 auprès des enseignants au Togo, a trouvé que la méthode du calendrier (abstinence périodique) et les spermicides sont connus à 81,08%. Ces taux très élevés que les nôtres pour la méthode du calendrier s'expliqueraient par le niveau d'étude car son étude a été menée auprès des enseignants [74].

Dans une étude réalisée par ORS de Basse Normandie en 2010 en France, chez les jeunes de 16 à 17ans a trouvé que le préservatif (96%), la pilule (95%) et le DIU (64%) sont les contraceptifs les plus connus [75].

Cette connaissance plus élevée de la pilule et du DIU que celle de nos enquêtes serait expliquée par la politique de santé des adolescents sur la contraception où même l'interruption volontaire de grossesse est permise.

IV.3.5. IST et leurs préventions

Dans notre étude, la grande majorité des enquêtés (94,95%) affirment avoir entendu parler d'IST. Le VIH/SIDA (93,08%) est l'IST la plus connue suivie par la Syphilis et la blennorragie à des taux respectifs 57,23% et 39,62%. Par contre les hépatites B et C sont les IST les moins connues à 5,66%.

Ces résultats sont identiques à ceux trouvés par NDUWIMANA D. qui dans son étude a trouvé que les IST autres que le VIH/SIDA sont connues a des proportions suivantes : la syphilis 52,2%, la Blennorragie 40,8% et l'hépatite B 15,7%. L'hépatite B est moins connue d'être parmi les IST [65].

Néanmoins ces résultats sont différents de ceux de BACINONI au Burundi en 1990 dans son étude CACP sur le SIDA et les IST chez les jeunes de 10 à 19ans qui avait trouvé que seul 14,9% des adolescents avaient déjà entendu parler des IST et la syphilis était connue par 6,6% et la blennorragie par 5,4% [76].

Ces taux de connaissances très faibles s'expliqueraient par le fait qu'au moment de son étude les sources d'informations n'étaient pas si nombreuses.

La grande majorité des enquêtés (88,05%) savent que le préservatif prévient à la fois les IST et le VIH.

Ces résultats sont proches de ceux des autres auteurs :

BACINONI dans son étude CACP réalisée en 1990 sur le SIDA et les IST chez les jeunes de 10 a 19ans a trouvé que 62,6% de ses enquêtés savaient que l'usage du préservatif protège contre les IST [76].

BIRABUZA et Coll. dans son étude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en Mairie de Bujumbura, le préservatif était connu par 91% de ses enquêtés comme moyen de protection contre les IST [68].

Néanmoins ces résultats diffèrent de ceux de NDIMURUKUNDO de 1990 dans son étude CAP sur le SIDA et l'infection VIH au Burundi qui a trouvé que l'usage du préservatif était connu par 19%.de ses enquêtés. Cette différence pourrait s'expliquer par la moindre accessibilité à l'information dans les années antérieures [77].

Un petit nombre de l'échantillon : 6,60% des enquêtés ont des fausses connaissances que la pilule protège aussi contre les IST et le VIH/SIDA en plus de la grossesse au moment où la grande majorité (93,40%) sait que la pilule ne protège pas contre les IST.

IV.4. Attitudes vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive

IV.4.1. Age idéal pour le mariage

Dans notre étude, plus de la moitie 53,45% des enquêtés ont donné comme âge idéal pour le mariage l'âge entre 25-29 ans ; 25,78% ont donné 30-34 ans ; 13,20% ont donné 20-24 ans et 7,55% ont donné 35 ans et plus. L'âge idéal moyen pour le mariage est de 20,5 ans avec des extrêmes d'âge de 19 ans et 37 ans.

Ces résultats sont proches de ceux de NDAYIZEYE J. qui dans son étude a trouvé que 75,19% de ses enquêtés avaient donné 20 à 35 ans comme âge idéal pour le mariage, 22,56% avaient donné un âge inférieur à 20 ans mêmes si les intervalles d'âge ont été allongés à 15 ans dans son étude. L'âge idéal moyen pour le mariage de 22,85 ans [69].

Néanmoins NTIBANYIHA J. en 1986 dans son étude a trouvé que la moyenne d'âge idéal pour le mariage était de 29 ans 4 mois [66].

Cette différence serait due au fait que, dans son étude la population d'étude concernée était constituée par les adolescents et les jeunes adultes.

IV.4.2. Nombres d'enfants souhaités

Dans notre étude le nombre d'enfants souhaités varient de 2 à 10 enfants et la grande majorité des enquêtés (88,05%) souhaitent avoir entre 2 à 4 enfants soit 16,67% pour 2 enfants, 41,82% pour 3 enfants et 29,56% pour 4 enfants. Par contre un petit nombre des enquêtés (11,95%) souhaitent avoir plus de 4 enfants soit 4 à 10 enfants.

Ces résultats avoisinent ceux de NIYONKURU J.N. dans son étude qui a trouvé que le nombre d'enfants désirés qui variait de 0 à 8 enfants et la majorité de ses enquêtés 77,09% préféraient avoir jusqu'à 2 à 4 enfants [78].

SOW A. en 2006 au Dakar, avait trouvé des résultats similaires avec 56% de son échantillon qui préférait avoir entre 2 à 4 enfants [79].

IV.4.3. Savoir à qui faudrait-il offrir plus de contraception

Dans notre étude, la majorité des enquêtés (66,67%) ont répondu que c'est aux élèves adolescents qu'il faudrait offrir plus de contraceptifs, 28,93% des enquêtés ont répondu que c'est aux couples et 4,40% aux divorcés et veufs (ves).

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par NDAYIZEYE J. qui dans son étude les adolescents sont proposés à 54,89% comme les premiers à qui on devrait offrir plus de moyens contraceptifs, suivi par les couples et divorces ou veufs a des taux respectifs 17,29% et 6,77% [69].

IV.4.4. Comportement à adopter après 2 ans de mariage sans enfant

Dans notre étude, la majorité des enquêtés (72,33%) affirment qu'ils envisageraient de consulter un médecin et (24,84%) adopteraient un enfant comme solution s'ils n'ont pas d'enfant après 2ans de mariage alors que (1,89%) se sépareraient et (0,94%) chercheraient un enfant à un autre partenaire.

Ces résultats sont proches de ceux de NDAYIZEYE J. dans son étude ; qui a trouvé que 59,77% qui accepteraient la situation ; 30,08% adopteraient un enfant ; 4,89% se chercheraient un enfant d'un(e) autre et 3,03% se sépareraient de leur conjoint(e) [69].

De ces résultats nous constatons que 2,83% de notre échantillon ne tolérerait pas la situation et va soit se séparer ou chercher un enfant chez un autre partenaire.

IV.5. Pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive

IV.5.1. Pratique des rapports sexuels

IV.5.1.1. Ceux qui ont déjà fait des rapports sexuels

Dans notre étude 28,30% des enquêtés soit 90 adolescents affirment qu'ils ont déjà fait des rapports sexuels contre 71,70% des enquêtés soit 228 adolescents qui n'en ont plus fait.

Ces résultats sont proches de ceux de NDUWIMANA D. qui dans son étude a trouvé 37,0% des adolescents qui avaient déjà fait des rapports sexuels contre 73,0% qui n'en avaient plus fait [65].

Ces résultats sont également proches de ceux de NDIKUMASABO J.B qui dans son étude a trouvé 39,63% des élèves qui avaient déjà eu des rapports sexuels contre 60,37% qui n'en avaient plus fait [80].

Ces résultats sont très supérieurs à ceux trouvés par NDIMURUKUNDO dans son étude en 1990 sur les CACP sur le SIDA et l'infection VIH, qui a trouvé 12,9% des élèves du secondaire qui avaient déjà eu des rapports sexuels [77].

De ces résultats, on constate qu'il y a eu une augmentation de la fréquence des rapports sexuels chez les adolescents scolarisés au cours des années malgré la sensibilisation des adolescents sur les modes d'un comportement à moindre risque, notamment l'abstinence sexuelle avant le mariage.

Ces résultats sont néanmoins différents de ceux trouvés par NDAYIZEYE J. qui a trouvé que 57,52% de ses enquêtés ont déjà fait des rapports sexuels [69].

Cette différence s'explique par le fait que son échantillon d'étude était constitué par des adolescents et des jeunes adultes.

KOUMA, M. au Mali a trouvé que 86,57% des adolescents de 15 à 19ans avaient déjà eu des rapports sexuels [72].

IV.5.1.2. Nombre de partenaires sexuels

D'après les résultats de notre étude, le nombre de partenaires sexuels varie de 1 à 4 partenaires sexuels. Plus de la moitié (58,89%) de ceux qui ont fait les rapports sexuels soit 53 adolescents sur 90 affirment qu'ils ont connu 1

partenaires sexuels ; 37,77% soit 34 adolescents 2 à 3 partenaires et 3,34% soit 3 adolescents ont connu 4 partenaires.

NDUWIMANA D. dans son étude a trouvé que 21,6% des adolescents sexuellement actifs avaient eu 2 partenaires sexuels ou plus [65].

BAMPOYE dans son étude avait trouvé qu'à peu près 30% des adolescents sexuellement actifs avaient 3 partenaires sexuels ou plus [81].

GOUDREAU au Canada, dans son étude sur le comportement sexuel, connaissance et attitude face aux SIDA et aux IST a trouvé que 50% des adolescents de 14 à 18ans avaient plus de 3 partenaires sexuels [82].

DAGNOGO en Côte d'Ivoire a trouvé une population élevée de 91,86% des élèves du lycée qui ont déjà fait des rapports sexuels. Ce taux élevé serait lié à un déficit d'information en matière d'éducation sexuelle que connait cette région [83].

Le vagabondage sexuel est une pratique courante chez les adolescents malgré le risque élevé de contracter les IST dont le VIH /SIDA ou de grossesse non désirée.

IV.5.1.3. Age au premier rapport sexuel

Dans notre étude, plus de la moitié (60%) ont fait leurs premiers rapports sexuels entre 15 et 19 ans et 36,66% entre 10-14 ans. Seul 3,33% ont fait leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 10 ans. L'âge moyen pour le premier rapport sexuel est de 14,5 ans avec des extrêmes de 9 et 18 ans.

Nos résultats sont similaires à ceux de NDAYIZEYE J. qui a trouvé que 54,4% des jeunes domestiques sexuellement actifs ont eu leur premier rapport sexuel à un âge compris entre 15 à 19 ans avec un âge moyen au premier rapport sexuel de 15,1 ans [69].

IV.5.2.Utilisation des méthodes contraceptives

Dans notre étude, la majorité de ceux qui ont fait des rapports sexuels soit 59 adolescents (65,56%) affirment qu'ils n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives, seul 34,44% ont utilisé une contraception.

NDAYIZEYE J. au Burundi en 2011, a trouvé que 42,48% des enquêtés n'ont pas utilisé des contraceptifs et 57,52% affirment avoir utilisé des méthodes contraceptives [69].

KOUMA M. a trouvé que 83,55% des enquêtés avaient utilisé une méthode contraceptive contre 16,20% qui ne l'avaient jamais utilisée [72].

Ces résultats sont élevés par rapport aux nôtres. Cette différence serait liée à une connaissance élevée des méthodes contraceptives dans la série de KOUMA.

Dans notre étude, la grande majorité (80,64%) de ceux qui ont utilisé une contraception ont utilisé une méthode contraceptive déclarent avoir utilisé le préservatif. La pilule a été utilisée à 16,12% et l'abstinence périodique à 3,22%.

Ces résultats sont proches de ceux de NDAYIZEYE J. qui a trouvé que le préservatif a été la méthode contraceptive la plus utilisée (87,5%) suivie par l'abstinence périodique à 13,64% [69].

Dans notre série la pilule vient dans la deuxième place.

ALIMA SIDIBE au Mali en 2006, a trouvé dans son étude que la majorité des élevés soit 72,13% avaient utilisé le préservatif suivi par la pilule dans 21,31% [84].

MANIRAKIZA A. dans son étude, les méthodes contraceptives les plus utilisées sont : le préservatif utilisé à 43,24% des enquêtés, suivi par abstinence périodique pratiquée par 27,03% et ensuite les contraceptifs injectables dans 21,62% des cas [85].

Le préservatif a été la méthode contraceptive la plus utilisée par notre population d'étude et les autres contraceptifs sont ignorés. Elle se contente du préservatif qui est la méthode contraceptive facilement accessible.

Dans notre étude 45,76% de ceux qui ont fait les rapports sexuels n'ont pas utilisé de contraceptifs parce qu'ils ne savaient comment s'en procurer ; 20,34%

parce qu'ils ne connaissaient aucun moyen à utiliser ; 20,34% parce que ça diminue le plaisir et 13,55% parce que leur partenaire a refusé.

NDAYIZEYE J. a trouvé que 40% de ses enquêtés n'ont jamais utilisé les méthodes contraceptives parce qu'ils ne connaissent pas aucun moyen contraceptif et 40% pensaient que c'est très dangereux de les utiliser, 10,77% ne voyaient pas la nécessité et 9,23% ne savait pas comment s'en procurer [69].

Ces résultats sont identiques à ceux de MANIRAKIZA A. dans son étude, où 74,13% des enquêtés n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive et que les principales raisons évoquées sont le manque d'information à 48,11% et le fait de n'en avoir pas besoin [85].

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CHAPITRE V: CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Au terme de cette étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques), il ressort que :

-L'âge moyen de nos enquêtés est de 17,1ans avec une légère prédominance féminine (52,2%) et un sexe ratio de 0,9.

- L'école est la source d'information la plus fréquente pour nos enquêtés suivie par la radio et les parents respectivement.

- concernant les connaissances ; des connaissances insuffisantes ont été constatées pour les questions de connaissance sur l'activité génitale et modérées pour les questions de connaissance sur la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles.

- Le préservatif et l'implant sont les méthodes contraceptives les plus connues.

- Le VIH/SIDA et la syphilis sont les IST les plus connues.

- 28,30% des adolescents ont déjà fait des rapports sexuels

- quatre adolescents sur dix (41,11%) des adolescents sexuellement actifs affirment qu'ils ont déjà connu entre deux partenaires sexuels et plus.

- La majorité des adolescents sexuellement actifs (65,5%) affirment qu'ils ont fait des rapports sexuels non protégés.

- Le préservatif et l'implant sont les méthodes contraceptives les plus connues et le préservatif a été la méthode contraceptive la plus utilisée à 80,64%.

- 3,6% des adolescentes ont déjà eu une grossesse

- L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14,5 ans avec des extrêmes de 9 et 18 ans pour nos enquêtés.

V.2. Suggestions

- **Au Gouvernement du Burundi :**

- Elaborer une politique d'éducation sexuelle adaptée aux populations à haut risques en général et les adolescents en particulier.
- Appuyer le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida dans les actions de plaidoyer et de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive.
- Appuyer les chercheurs dans le domaine de la santé en général et celui de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents scolarisés en particulier.

- **Au Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA :**

- Mettre en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des services chargés d'écouter, informer et conseiller les adolescents au sujet de la santé sexuelle et reproductive.
- Renforcer les activités de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents scolarisés.
- Inviter les parents à favoriser le dialogue avec leurs enfants adolescents sur certaines réalités de la sexualité en fonction des changements corporels et de l'âge dans le but d'éviter certains comportements à risques des adolescents.

- **Au Ministère de l'enseignement de base et secondaire, de l'enseignement des métiers, de la formation professionnelle et de l'alphabétisation :**

- Intégrer des modules d'enseignements sur la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires dès l'école primaire.
- Disponibiliser un personnel bien formé ou qualifié pour dispenser ces modules.

- **Aux parents :**

- Participer à l'éducation sexuelle et reproductive leurs enfants dès l'âge scolaire.
- Favoriser le dialogue avec leurs enfants adolescents en leur montrant les comportements à risques qu'il faut éviter.

- **Aux adolescents scolarisés :**

- Eviter tout comportement sexuel à risque.
- S'enquérir des informations sur la santé sexuelle et reproductive auprès des parents, des professionnels de santé et d'autres sources d'informations plus sures.
- Adhérer dans les associations ou clubs pour la promotion d'une bonne santé sexuelle et reproductive.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES

1. **FAUCHER, P., DAPPE, S., MADELENAT P.** Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. Gynécologie, Obstétrique &Fertilité, 2002, 30, 944-952.
2. **OMS.** Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescents dans les pays en développement. Département de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. 20eme avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse, 2012.
3. **OMS,** Multi-country on women's health and domestic violence against women. Genève, 2005.
4. **NATIONS UNIES,** Objectif du millénaire pour le développement. Rapport du 2011, New York, 2011.
5. **DE BRANCONIER-D'ALCANTRA et PH.VAN MEERBEECK,** 2004, « Adolescents : Maturité physique, maturité psychique », communication présentée au VIIIe Symposium du centre de pathologie sexuelle masculine (CPSM) sur « Sexualité et adolescence : aspects médicaux, psychologiques et sociologiques ». Samedi 13 novembre 2004. *Louvain Médical 10*, numéro spécial, volume 123, pp. S355-357.
6. **DELAUNAY V., ENEL C., LAGARDE E., DIALLO A., SECK K., BECKER C. et PISON G., pour le Groupe MECOLA**, 2001, Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural Sénégalais, Les dossiers du CEPED, n° 65, INEDE-CEPED, Paris.
7. **ZANU et Al,** 2002, «Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non usage du préservatif chez les élèves du Lycée Moderne II de Bouake.»
8. **ONU,** Programme d'Action en IPD. New-York, ONU, 1994.
9. **ONUSIDA, UNICEF, OMS,** Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factorielle à l' intention des établissements scolaires, des enseignements et des professionnels de l'éducation de sante, Mai 2010.
10. **USAID,** Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, et l'offre de services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes. Togo : EngenderHealth/Le Projet AgirPF.2015

11. **OMS,** La grossesse chez les adolescentes. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr consulté le18/10/2017 à 18h40
12. burundi.unfpa.org/fr consulté le 20 juin 2017 à 10h10min
13. **USAID,** Family Health International, Vol.21, no 4, Londrs, Avril 2002, p1-4.
14. **OMS,** Les Jeunes et la santé : défis pour la société. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les jeunes et la sante pour tous d'ici l'an 2000. OMS, Genève 1986, pp, 58-73.
15. **DEREK L., LEWELLYN-JONES,** Adolescence in puberty. In fundamentals of obstetrics and gynecology. London ELBS, 1990, pp.263-266.
16. **HUMAN RIGHTS WATCH,** Un rapport met en lumière la violence et les conditions proches de l'esclavage des travailleurs domestiques dans 12 pays, Washington, 2006, p. 9.
17. **DESCHAMPS (J.P) M'BEDE (J+) et ERNY(P),** La santé des adolescents et des jeunes in revue du centre international de l'enfance 1989, n° 180.
18. **SCHMIDT (B.J) et coll.,** Adolescent pregnancy in Latin America, Bulletin of the intern. Pediatric association, 1982.
19. **www.dissertationsgratuites.com/dissertation/grossesses-precoces/128331.html Consulté le 20/8/2017.**
20. **ROSEBAUM H.,** La contraception, une solution pour chaque femme. Ed. R. Dacosta, France, 1985,126p.
21. **OMS,** Rapp. Statist. Sanit. Mond., 1969, Vol. 22,No 1, pp.38-42
22. **GRIMES DA**, La contraception des années 1980, JAMA SUPPLEMENT, 1996,11, 10-30.
23. **POPE G.,** La contraception vue par les femmes. Presse médicale, 20 avril 1991, Vol.20, n°15, 40-49.
24. **TRUDEL G.,** Les dysfonctions sexuelles : Evaluation et Traitement par des méthodes. 2eme Edition, Presses Université Québec Ed, Canada, 2000, 716p.
25. **https**:// infirmi.e-monsite.com/pages/schema/l-appareil-genital-de-la-femme.html.
26. **https**:// static1.assistancescolaire.com/ele/images/5stv0205z.jpg
27. **www**.docteurclic.com/encyclopedie/appareil-genital-de-l-homme.aspx

28. **PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION,** Manuel du prestataire de planification familiale ; Ministère de la Sante Publique, Bujumbura, février 2009.
29. **LANGIS P., GERMAIN B.,** La sexualité humaine, De Beock, Canada, 2009, 596p.
30. **BARBIN A.,** La dysfonction érectile. Thèse de doctorat en pharmacie. Nantes : Université de Nantes, 2011, 249p.
31. **ROTSART DE HERTAING ET J. COURTEJOIE.,** La jeunesse et les maladies vénériennes, brochure illustrée n° 10, éditée par le Bureau d'Etude et de Recherche pour la Promotion de la Sant, Zaïre(RDC), 1977, p.4-5.
32. **OMS,** Infections sexuellement transmissibles. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/ visité le12/11/2017 à 17h30.
33. **André SIBOULET, Jean Pierre COULAUD et coll**. MST. Institut Alfred Fournier, Paris, 2e édition, 1991.
34. **PNSR,** Manuel des prestataires en PF et des services de SSR adaptés aux jeunes et adolescents, Mars, 2012.
35. **OMS**, Guide pour la prise en charge des IST, 20 avenue Appia,1211 Genève 27(suisse),2005.
36. **CYNTHIA B. LIOYD, ED, GROUWING UP GLOBAL :**The changing transition to adulthood in developing countries, (Washington DC: National academies, press, 2005)
37. **J.M. MALARET, P.PANEL**. Faut-il diaboliser les grossesses précoces ? La lettre du Gynécologue N°338-339 : Problème d'âge en gynécologie, janvier-février 2009. www.edmark. fr.
38. **HILLS et Al.** The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, longterm psychosocial consequeces, and fœtal death-pediatrics, 2004 ; 113(2) :320-327.
39. **NGUEMBIE, YANZA. M. C, SEPOU. A, GUEZZA, NALI, ZAHAIN.** La grossesse chez l'adolescente dans la ville de Bomar (Centrafrique), médecine d'Afrique noire 2005.52(12).
40. **MURPHY M.E.** «L''innocuité de la contraception. Mythes et réalité.» Impact projet, Washington, sept. 1998, 196p
41. **KLEINMAN R.L.,** «Allaitement maternel, fécondité et contraception.» Bureau international de l'IPPF, Stephen Austin and sons limited Hertford, 1984, 45p
42. **MUNEZERO F.,** Contribution à l'étude sur la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives, Thèse de Doctorat, U.B, juin, 1998.

43. **DARSINER I.A, PIOTRON P.T, DRUMMJ,** Le préservatif ; une méthode ancienne qui répond à un besoin nouveau de la société, population reports série H, n°1.
44. **KLEINMAN R.L.,** «Allaitement maternel, fécondité et contraception.» Bureau international de l'IPPF, Stephen Austin and sons limited Hertford, Angleterre, 1977.
45. **KOLS et al.** «les contraceptifs oraux pendant les années 80.» Population reports, série A, no6, Mars 1982.
46. **NTIBANYIHA J.,** connaissances, attitudes et pratiques en matière de fécondité et sexualité (enquête effectuée dans 10 écoles secondaires de Bujumbura). Thèse de Doctorat en Médecine, UB, janvier, 1986.
47. **BUMM., BENAIM B.** «Rapport sur l'activité d'une chimique de planification familiale incorporelle dans un service de médecine publique pendant quatre années », Rev. Fr. gynecol. Obstet. 1991, Vol 86, no 5, p381- 384.
48. **NTABANGANA S.C.** Contribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de la contraception orale (enquête effectuée auprès de 200 femmes de 15 à 45ans des quartiers péri urbains de Bujumbura). Thèse de Doctorat en Médecine, UB, février, 1990.
49. **OMS,** Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires du monde entier, Genève, 2007, p1.
50. **NGOY K., EVANA A.,** «L'UTILISATION des méthodes contraceptives en Afrique : De l'espacement a la limitation des naissances ?» CENREAUF, Edition EStem, 2001, p253-268.
51. **INED,** Contraception dans le monde, Paris, 2010.
52. Mersier A., Patrice lopes, Contraception : méthode, efficacité, choix, contre-indication, surveillance, risques. Revue du praticien, 45, p541-544.
53. **M.C. INTOSH N., KINZI B., BLOUSE A.** «DIU: Guide pratique a l'intervention des programmes de P.F.» Baltimore : JPHGO,1992, 345p
54. **ERNYR., ERNYN. Et NOIZET A.,** «Régulation des naissances » Encycl. Med. Chir ;(paris-France), Gynécologie, 738A 10-12-198p.
55. **BEAUMONT V., BEAUMONT J.R.** «Le risque vasculaire des contraceptifs oraux. Evaluation du risque.» Presse médicale, juin1989, vol. 18, no24, 123-126.
56. **BRICAIRE C.,** «Les nouveaux produits de la contraception orale.» Revue du praticien (Paris) 1995, 45, 541-544.

57. **REVUE OMS,** Les Contraceptifs injectables, Leur rôle en planification familiale, 1990, p11.
58. **MEASON A., MAMELLEN., MUNOZ.F., LAUMO B.,** «Pratiques contraceptives et âge des femmes.» Contraception-fertilité-sexualité, 1989, vol.17, no 1 p13-18.
59. **LE CONTE P.** «Les femmes et la contraception : un nouvel état des lieux» Gynécol. Obstet no219, octobre 1989, p7-9.
60. **SIMBIYARA C.,** « Contribution a l''étude des effets secondaires du Noristérat et leurs influence sur l'influence de l'acceptabilité de la méthode.» (enquête menée à Ngozi auprès de 176 utilisatrices fréquentant les centres de santé). Thèse de Doctorat en Médecine, UB, Bujumbura, juin 1991.
61. **LEGRANG. DELVOYEP. RANJALAHY RASOLFOMANA J.,** «santé de reproduction » pratique et opérationnelle.
62. **PNSR**, Manuel du prestataire de planification familiale, Bujumbura, février 2009.
63. **MINISTERE DE DEVELOPPEMENT COMMUNAL,** decentralisation.gov.bi/index.php/monographie/47-cibitoke-2 Consulté le 10/12/2017.
64. **GOUWENDKOUNI SERGES-MATHURIN KABORÉ,** CAP en matière de sexualité, de planification familiale et maladie sexuellement transmissibles/SIDA des adolescents de 15 à 19ans en milieu rural : Cas de la province de SANMATENGA, Burkina Faso, Université de Ouagadougou, section Médecine, 1999-2000.
65. **NDUWIMANA D.,** «Contribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de la prévention de la grossesse non désirée et des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents scolarisés en milieu rural : Cas de la commune rurale de BUHIGA en province Karusi.»Thèse de Médecine, UB, Bujumbura, Décembre 2013.
66. **NTIBANYIHA J**. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de fécondité et de sexualité chez les adolescents et jeunes adultes, UB, Thèse de Médecine, 1986.
67. **NIYONSAVYE C.,** Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière du SIDA chez les adolescents scolarisés au Burundi, Thèse de Médecine, UB, Bujumbura,1990.
68. **BIRABUZA et Coll.,** Etude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en Mairie de Bujumbura, PNSR, 2002.

69. **NDAYIZEYE J.** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes adultes en matière de fécondité et de sexualité en milieu rural. Thèse de Médecine, UB, 2013.
70. **CRIDIS** (centre universitaire de recherche pour le développement économique et social), Etude sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des jeunes et adolescents en matière de santé reproductive et de sexualité, République du BURUNDI, Ministère de la sante publique, PNSR, Bujumbura, 1998.
71. **SWISS TPH**. Enquête sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes adultes. Rapport d'enquête du Burundi 2015.
72. **MAKAMA KOUMA** ; Connaissances, attitudes et pratiques du lycée MAMADOU SARR relatives à la planification familiale, IST et SIDA, Université de Bamako, Thèse Fac. Med, 2008.
73. **ALVIN P.,** « Adolescent pregnancy in the western world », in bulletin of the international pediatric association, 1983, pp.374-383.
74. **HODONOU K.A.S., ADJAHOTO E.O., KODO K. et al.** Health of indigenous people in Africa. Lancet 2006, 46(8/9):410-15.
75. **ORS.** Contraception et Sexualité chez les jeunes de 16ans à 17ans. Basse Normandie, 2010. 17p multigr.
76. **BACINONI,** Enquête sur CACP sur le SIDA/MST chez les jeunes de 10 à 19 ans. République du Burundi, Ministère de la santé publique, Bujumbura 1990.
77. **NDIMURUKUNDO.** Enquête sur les CACP sur le SIDA et l'infection au VIH au Burundi, Ministère de la santé, PNSR/MST, Bujumbura, 1991.
78. **NIYONKURU J.N.**, Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé reproductive et accessibilité des prestations sanitaires chez les femmes handicapées motrices. Thèse de Médecine, UB, 2011.
79. **SOW A.,** Femmes handicapées motrices et santé reproductive : « niveau de connaissances, attitudes et pratiques en santé reproductive et accès aux prestations des services.» Mémoire en vue d'obtention de DEA, Université Cheikh Anta Diop, Mars 2006.
80. **NDIKUMASABO.** Etude des Connaissances, attitudes et pratiques sur le SIDA chez les élèves des écoles secondaires en milieu rural. Thèse de Médecine, U.B, 2012.

81. **BAMPOYE C.,** La santé de la reproduction chez l'adolescent burundais scolarisé : accès aux moyens contraceptifs : enquête effectuée dans les écoles secondaires de Gitega, Bujumbura, Université du Burundi, Faculté de médecine, 2004 -84p, Thèse de doctorat en médecine.
82. GOUDREAU L., DUPONT M., Les comportements sexuels, connaissances et attitudes face au sida et aux MST, Contraceptif, Fertil, Sex., 1991,19.
83. **DAGNOGO G.** Les grossesses en milieu scolaire au prisme de la communication pour le changement de comportement : L'exemple du lycée moderne de tengrela. Département de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire, 2014.
84. **Mlle ALIMA SIDIBE,** Etude des CAP en milieu scolaire sur la contraception, Université de Bamako, Thèse, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2006.
85. **MANIRAKIZA A.** Connaissances, attitudes et pratiques des Batwa en matière de santé de la reproduction : méthodes contraceptives et IST/VIH-SIDA. UB, Bujumbura, Thèse de médecine, 2012.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE
FICHE DE RECEUIL DE DONNEES N°.....
ECOLE:.....

Merci pour avoir accepté de répondre à nos questions. Ne mettez pas vos noms sur le questionnaire, vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

I .INFORMATIONS GENERALES

1. Age : .....ans
2. Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
3. Etat civil :
   - Célibataire ☐ Marié(e) ☐
   - Séparé(e) de son couple ☐
   - Fille-mère ☐

II .LES SOURCES D'INFORMATION EN MATIERE DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

4. Concernant la santé sexuelle et reproductive, quelle est la source d'information la plus fréquente pour vous parmi les suivantes ?
   a) La radio ☐ c) Ecole ☐ e) conversation entre amis ☐
   b) Les associations ☐ d) les parents ☐ f) Télévision ☐
   g) Internet (Facebook, whatsapp...) ☐ h) Structure de santé ☐

III .CONNAISSANCES DES ADOLESCENTS SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

5. As-tu déjà entendu parler d'adolescence ? Oui ☐ Non ☐
6. A quelle période de la vie s'étend l'adolescence ?
   a) Entre 10 et 15 ans ☐ c)Entre 10 et 19 ans ☐
   b) Entre 15 et 20 ans ☐ d) Entre 15 et 25ans ☐
7. Est-ce qu'une jeune fille qui n'a pas encore vu ses premières règles, peut tomber enceinte si elle fait des rapports sexuels non protégés?
   Oui ☐ Non ☐

8. A quel moment du cycle menstruel régulier une jeune fille ou une femme peut-elle tomber enceinte si elle fait des rapports sexuels non protégés ?
   a) Pendant les règles ☐ d) Au milieu du cycle menstruel ☐
   b) Juste avant les règles ☐ e) Je ne sais pas ☐
   c) Juste après les règles ☐

9. D'après vous, qu'est-ce qu'une grossesse précoce ?

a) C'est une grossesse qui survient chez une fille de moins de 18ans ☐

b) C'est une grossesse de laquelle nait un enfant prématuré ☐

10. Une grossesse précoce est-elle une grossesse à risque ?

Oui ☐ Non ☐

11. Selon vous, est-il possible qu'une fille tombe enceinte en faisant un seul rapport sexuel non protégé ? Oui ☐ Non ☐

12. Y aurait-il des risques encourus par les filles qui pratiquent des avortements ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, lesquels connaissez-vous de ces risques ?

a) L'hémorragie ☐ c) la mort ☐

b) La stérilité ☐ d) les infections graves ☐

e)Autres (à préciser) .....

13. a) Connaissez-vous au moins une méthode contraceptive ?

Oui ☐ Non ☐

b) Si Oui, quelle méthode contraceptive moderne connaissez-vous ?

- le préservatif masculin ☐ - Pilule ☐
- le préservatif féminin ☐ - Contraceptifs injectables ☐
- les spermicides ☐ - Les implants (Jadelle) ☐
- le stérilet (DIU) ☐ -Abstinence ☐

14. Avez-vous entendu parler des infections sexuellement transmissibles (IST) ? Oui ☐ Non ☐

15. Lesquelles parmi les suivantes sont des IST ?

a) Syphilis ☐ c) Paludisme ☐ f) Blennorragie ☐

b) VIH/SIDA ☐ d) Hépatite virale B et C ☐ g) Tuberculose ☐

16. Peut-on prévenir les IST et le VIH/ SIDA en utilisant le préservatif ?

Oui ☐ Non ☐

17. En plus de la grossesse, la pilule protège aussi contre les IST et le VIH/ SIDA? Oui ☐ Non ☐

IV. ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

18. D'après vous, à quel âge préféreriez-vous vous marier ?.....ans.

19. Combien d'enfants aimeriez-vous avoir ?.....enfants

20. A qui estimez-vous qu'il faudrait offrir plus de contraceptifs pour éviter une grossesse ?

a) Aux couples ☐ c) Aux divorcés ou veuves ☐

b) Aux élèves adolescents ☐

21. Si vous n'avez pas d'enfants après 2 ans de mariage et que vous ne savez pas encore pourquoi, quelle(s) solution (s) pourrez-vous envisager ?

a)Nous nous séparerons. ☐

b) Nous adopterons un enfant. ☐

c) Un des conjoints cherchera un enfant à un autre partenaire sexuel. ☐

d) Nous demanderons conseil à un Médecin ou à n'importe quelle structure de santé. ☐

22. Quand vous avez un problème de santé sexuelle (règles abondantes, règles douloureuses, écoulement urétral, sensation de brûlure mictionnelle……), que faites-vous ?

a) J'attends souvent que le problème se résolve de soi ☐

b) Je consulte rapidement ☐

V .PRATIQUES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

23. a) As-tu déjà fait des rapports sexuels ? Oui ☐ Non ☐

b) Avec combien de partenaires sexuels ? 1☐ 2☐ 3 ☐ 4 et plus ☐

c) Quel âge avais-tu lors du premier rapport sexuel ? .....ans.

24. Tu as déjà utilisé une méthode contraceptive ? Oui ☐ Non ☐

a) Si oui, laquelle as-tu utilisée ? Préservatif ☐Pilule ☐ Stérilet ☐
Implant S/C ☐ Spermicide ☐ Calcul de la date d'ovulation ☐
Autres à préciser ☐

b) Si Non, pour laquelle des raisons suivantes ?

-Parce que je ne connaissais aucun moyen utiliser ☐

-Parce que ça diminue le plaisir sexuel ☐

-Parce que je ne savais pas comment m'en procurer ☐

-Mon partenaire sexuel m'en a refusé ☐

25. As-tu déjà eu une grossesse ? Oui ☐ Non☐

- Tu avais quel âge lors de la première grossesse ?.....ans

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale ;

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai le secret de celui qui sera confié à moi ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur, les nobles traditions de la profession médicale, mes collègues seront mes frères ;

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception ;

Même sous menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité ;

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Notre étude a évalué les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents scolarisés de 13 à 19ans en milieu rural chez 318 adolescents de quatre écoles de la commune de MABAYI au cours d'une enquête qui s'est déroulée du 1er au 15 Mars 2017.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique. La saisie et analyse des données ont été faites à l'aide des logiciels Epi-info version 7.2 et Microsoft Word et Excel.

Plus de la moitié (52,20%) de notre échantillon sont de sexe féminin avec un sex ratio de 0,9 et un âge moyen de 17,1ans.

Au terme de notre étude, les enquêtés ont des connaissances insuffisantes sur l'activité génitale : plus de la moitié des enquêtés ne savent pas situer le début et la fin de l'adolescence, 16,045% seulement savent situer le moment pendant lequel une femme peut tomber enceinte, 25,47% des enquêtés ont répondu qu'une jeune fille peut tomber enceinte avant ses premières règles et 15,41% ont répondu qu'on ne peut pas tomber enceinte si on fait un seul rapport sexuel non protégé.

A part l'hépatite B, nos enquêtés ont des connaissances suffisantes pour les IST VIH-SIDA, la Syphilis et la blennorragie. Quant aux méthodes contraceptives, le préservatif et l'implant sont des méthodes plus connues.

Dans notre étude, les rapports sexuels précoces existent et l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14,5 ans avec de extrêmes de 9 ans et 18ans.

Dans notre étude, les principales sources d'information sont l'école (42,14%), la radio (19,81%) et les parents (17,92%) l'école est la source la plus fréquentée par nos enquêtés. Les structures de santé (7,23%) font partie des sources les moins fréquentées.

Dans notre étude, 28,30% ont déjà fait des rapports sexuels et parmi ces adolescents sexuellement actifs 65,56% ont fait des rapports sexuels non protégés. Quatre adolescents sur dix (41,11%) affirment qu'ils ont eu des partenaires sexuels multiples (deux et plus). Le taux de grossesse est de 3,61%.

Mots clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, Adolescents scolarisés, Santé sexuelle et santé reproductive.