

Évaluation de l'accès et de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes scolarisés à Bouaké, Côte d'Ivoire en 2025.

Présenté par

Florida Tayéwo TCHABI

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale**

Directeur de mémoire : Prof Léon G. Blaise SAVADOGO

Le 04 Octobre 2025

Devant le jury composé de :

Prof Ibrahima SECK Président

Professeur Titulaire

Prof Isidore TRAORE Examineur

Maître de conférences agrégé

Prof Léon G. Blaise SAVADOGO Directeur de mémoire

Professeur Titulaire

Remerciements

J'exprime ma profonde gratitude à toutes les personnes et à toutes les institutions qui ont contribué à ma formation durant mes deux années de formation à Alexandrie et de mon stage à Abidjan.

Mes sincères remerciements à toutes celles et à tous ceux m'ont tendu la main et m'ont soutenu durant ma vie hors de mon pays durant ces deux années.

Il me plait particulièrement d'exprimer ma reconnaissance :

- au Pr Léon G. B. SAVADOGO, Directeur du département Santé, pour son encadrement et sa disponibilité tout au long de ma formation et de la réalisation de mon de mémoire ;
- au Recteur Thierry VERDEL, pour sa rigueur bienveillante ;
- à Mme Alice MOUNIR, Directrice de la scolarité pour sa disponibilité ;
- à Mme Magui ABDO pour sa disponibilité et son engagement pour notre formation ;
- à tous les intervenants au master de Santé Publique Internationale, pour la qualité de leurs enseignements ;
- à M. Akébou SAWADOGO, Directeur Coordonnateur pays de Save The Children Côte-d'Ivoire pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon stage de fin d'études à Save The Children Côte-d'Ivoire, dans un écosystème professionnel inspirant et bienveillant ;
- à toute l'équipe de Global Fund et à tout le personnel de Save The Children Côte-d'Ivoire, pour m'avoir accueilli, intégré et formé. Particulièrement, au Dr Yssouf OUATTARA et à Mr Jacob AGNIMA, mes responsables directs de stage et également à toute l'équipe : Dr Mauricette C. TROVALET, Mr Maxime GUEFFIE et Dr Robert Yao KOUASSI. Merci pour votre engagement, votre disponibilité et vos conseils. Merci sincère à Mme Judith GRAH KOUTOUAN pour avoir facilité mon installation à Abidjan ;
- à mes condisciples de la 19ème promotion pour les agréables moments passés ensemble, riches en diversité culturelle et en partage de savoirs ;
- à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

À l'Éternel Dieu, mon bouclier et mon rempart. Merci, Seigneur pour ton infinie bonté et ton amour de tous les jours dans ma vie et dans l'accomplissement de ce travail. C'est Toi mon appui et mon bouclier. Garde-moi sur le sentier de la justice, de l'intégrité et que le bonheur et la grâce m'accompagnent tous les jours de ma vie.

Je dédie ce travail :

- à la mémoire de mon père, Dimon Pierre TCHABI qui a fait preuve de tant d'amour, de prières et de motivation pour mes études mais qui a été prématurément rappelé à Dieu ;
- à la mémoire de ma sœur jumelle Flora Kinyidé TCHABI : de là-haut, tu es pour moi d'un grand réconfort et un guide ;
- à ma mère et à mes frères et sœurs pour le sacrifice et l'amour partagé.

Résumé

Problématique

La Santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et jeunes constitue un enjeu majeur en Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire, malgré les stratégies nationales, l'accès et l'utilisation des services SSR restent limités. Cette étude visait à analyser le niveau et les déterminants de l'accès et de l'utilisation des services SSR par les adolescents et jeunes à Bouaké.

Méthodes

Une enquête transversale descriptive et analytique a été menée auprès de 286 adolescents et jeunes scolarisés âgés de 15–24 ans. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré électronique et analysées par statistiques descriptives et analyses bivariées (Chi², Odds Ratio, IC95 %, $p < 0,05$).

Résultats

L'âge moyen des participants était de 19,6 ans, avec une répartition équilibrée entre garçons et filles. Plus de la moitié (62,9 %) avaient déjà eu un rapport sexuel, mais seuls 19,9 % avaient une bonne connaissance de la SSR. L'accès était jugé favorable sur les plans géographique (67,8 %) et financier (82,9 %), mais limité socio culturellement (53,9 %). Un peu plus de la moitié (53,5 %) avaient utilisé un service SSR, principalement pour la contraception (82,4 %). Les facteurs associés à l'utilisation des services de SSR étaient : âge ≥ 19 ans (OR = 1,96 ; IC95 % = 1,22–3,16 ; $p = 0,004$), activité sexuelle (OR = 2,78 ; IC95 % = 1,69–4,56 ; $p < 0,001$), niveau universitaire (OR = 3,17 ; IC95 % = 1,27–7,90 ; $p = 0,001$), bonne connaissance SSR (OR = 4,15 ; IC95 % = 2,59–6,67 ; $p < 0,001$), savoir où trouver les services (OR = 5,34 ; IC95 % = 3,12–9,14 ; $p < 0,001$), acceptabilité culturelle (OR = 2,19 ; IC95 % = 1,36–3,53 ; $p = 0,001$) et soutien parental (OR = 1,82 ; IC95 % = 1,11–2,98 ; $p = 0,01$).

Conclusion

L'utilisation des services SSR par les adolescents et jeunes de Bouaké reste limitée et influencée par des facteurs individuels, socioculturels et institutionnels. Le renforcement de l'éducation sexuelle complète, l'amélioration de l'accueil et la mobilisation des parents et leaders communautaires apparaissent essentiels pour lever les barrières d'accès.

Mots-clefs : Santé-sexuelle et reproductive ; Utilisation ; Accès ; services ; Adolescents ; Jeunes

Abstract

Background

The sexual and reproductive health (SRH) of adolescents and young people is a major issue in sub-Saharan Africa. In Côte d'Ivoire, despite national strategies, access to and use of SRH services remain limited. This study aimed to analyze the level and determinants of access to and use of SRH services by adolescents and young people in Bouaké.

Methods

A descriptive and analytical cross-sectional survey was conducted among 286 adolescents and young people aged 15–24 who were in school. Data were collected using a structured electronic questionnaire and analyzed using descriptive statistics and bivariate analysis (Chi², Odds Ratio, 95% CI, $p < 0.05$).

Results

The average age of participants was 19.6 years, with an equal distribution between boys and girls. More than half (62.9%) had already had sexual intercourse, but only 19.9% had a good knowledge of SRH. Access was considered favorable in geographical terms (67.8%) and financial terms (82.9%), but limited in sociocultural terms (53.9%). Just over half (53.5%) had used an SRH service, mainly for contraception (82.4%). Factors associated with increased use of SRH services were: age ≥ 19 years (OR = 1.96; 95% CI = 1.22–3.16; $p = 0.004$), sexual activity (OR = 2.78; 95% CI = 1.69–4.56; $p < 0.001$), university education (OR = 3.17; 95% CI = 1.27–7.90; $p = 0.001$), good SRH knowledge (OR = 4.15; 95% CI = 2.59–6.67; $p < 0.001$), knowing where to find services (OR = 5.34; 95% CI = 3.12–9.14; $p < 0.001$), cultural acceptability (OR = 2.19; 95% CI = 1.36–3.53; $p = 0.001$) and parental support (OR = 1.82; 95% CI = 1.11–2.98; $p = 0.01$).

Conclusion

The use of SRH services by adolescents and young people in Bouaké remains limited and is influenced by individual, sociocultural, and institutional factors. Strengthening comprehensive sexuality education, improving reception, and mobilizing parents and community leaders appear essential to removing barriers to access.

Keywords: Sexual and reproductive health; Use; Access; Services; Adolescents; Young people

Liste des sigles et acronymes

CI	Côte d’Ivoire
EAJ	Espaces Amis des Jeunes
EDS-CI	Enquêtes Démographiques et de Santé-Cote d’Ivoire
ESC	Éducation sexuelle complète
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit ou Société allemande pour la coopération internationale
INS	Institut National de Statistique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
Km	Kilomètre
MCIS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OR	Odds Ratio
PNSSU-SAJ	Programme Nationale de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et Jeunes
RDC	République démocratique du Congo
SMS	Short Message Service
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH-SIDA	Virus de l'immunodéficience Humaine-Syndrome d'immunodéficience Acquise

Table des matières

Remerciements	2
Dédicaces	3
Résumé	4
Abstract	5
Liste des sigles et acronymes	6
1. Introduction	10
1.1. Problématique	10
1.2. Justification du choix de Bouaké	11
1.3. Question et hypothèses de recherche	11
1.3.1. Question de recherche	11
1.3.2. Hypothèses de recherche	11
1.4. Objectifs	12
1.4.1. Objectif général	12
1.4.2. Objectifs spécifiques	12
2. Revue de la littérature	12
3. Cadre de référence	14
4. Méthodologie	17
4.1. Présentation de la Côte d'Ivoire	17
4.2. Cadre de l'étude	18
4.3. Type d'étude	18
4.4. Population d'étude	18
4.5. Critères d'inclusion et de non inclusion	18
4.6. Taille de l'échantillon	19
4.7. Echantillonnage	19
4.8. Variables étudiées	20
4.9. Technique et instrument de collecte des données	21
4.10. Analyse des données	21
4.11. Considérations éthiques	22
5. Résultats et Discussion	22
5.1. Présentation des résultats	22
5.1.1. Caractéristique des adolescents et jeunes enquêtés	22
5.1.2. Expériences sexuelles	26
5.1.3. Connaissance de la santé sexuelle et reproductive	27
5.1.4. Connaissance des services de santé sexuelle et reproductive	28
5.1.5. Accès et Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké	29
5.1.6. Perceptions des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké	31
5.1.7. Propositions pour faciliter l'accès et l'utilisation aux services SSR par les ado-jeunes à Bouaké	32
5.1.8. Facteurs d'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes	33
5.2. Discussion des résultats	35
5.2.1. Limites de l'étude	35
5.2.2. Résumé des résultats clés	36
5.2.3. Revue comparative des résultats	36

5.2.4.	Caractéristiques socio-démographiques des adolescents et jeunes enquêtés	37
5.2.5.	Expériences sexuelles des adolescents et jeunes	37
5.2.6.	Connaissance de la santé sexuelle et reproductive	38
5.2.7.	Connaissance des services de santé sexuelle et reproductive	39
5.2.8.	Accès et utilisation des services de santé sexuelle et reproductive	40
5.2.9.	Perceptions des services de santé sexuelle et reproductive	41
5.2.10.	Propositions des adolescents et jeunes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services SSR	41
5.2.11.	Facteurs associés à l'utilisation des services de SSR	42
6.	Conclusion	43
7.	Recommandations pratiques	43
	Références bibliographiques	45
	Liste des figures	50
	Liste des tableaux	51
	Annexes	52

1. Introduction

1.1. Problématique

La santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes (10-24 ans) constitue une véritable préoccupation dans le monde. Il s'agit d'une vraie question de santé publique dans les pays d'Afrique où cette population est la plus représentative. On estime que plus de 64% de la population d'Afrique de l'Ouest et du centre a moins de 24 ans et que plus de 60% de la population du continent africain a moins de 24 ans **(1)**. Les adolescents et jeunes sont largement exposés aux risques des infections sexuellement transmissibles (IST), aux grossesses non désirées et à la parenté précoce, du fait que la sexualité occupe une place importante durant cette période de la vie. En contraste avec cette réalité des risques cités, les adolescents et jeunes font face à plusieurs défis par rapport à la SSR : faible accès à une information adaptée et continue, sources d'informations peu fiables, défis de l'accès aux services de SSR (contraception, dépistage, diagnostic et traitements des IST).

Les adolescents et jeunes de Côte d'Ivoire font face aux mêmes difficultés d'accès aux services de SSR qu'ils soient en milieu scolaire et non scolaire. Le gouvernement ivoirien, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, reconnaît le droit des adolescents et jeunes à la santé sexuelle et reproductive. Malgré la reconnaissance de ce droit fondamental, l'adoption de la stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes 2016–2020 et l'existence, pour ce qui concerne le secteur de l'éducation, du programme national de santé, les adolescents et jeunes du milieu scolaire et universitaire font face à de nombreuses barrières pour l'accès et l'utilisation des services de SSR. Ces contraintes sont illustrées par des niveaux d'indicateurs nettement en dessous des cibles pour une bonne santé sexuelle des adolescents et jeunes. Ainsi, l'EDS-CI 2021 rapporte une faible utilisation des méthodes de contraception modernes par les adolescentes et jeunes ; une prévalence de 24% des grossesses précoces chez les adolescents de 15-19 ans et également une faible fréquentation des services de santé **(2)**. Ces faibles performances traduisent sans doute un faible accès et une faible utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes. Les déterminants sont sans doute multifactoriels : faible disponibilité de services de SSR, faibles accessibilité financière et culturelle. Les conséquences sur la santé et le devenir des adolescents et jeunes sont préoccupantes.

Pour apporter une réponse adaptée, il est indispensable de comprendre la situation et d'identifier les facteurs qui déterminent l'accès et l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes. D'où cette étude qui vise à évaluer l'accès et l'utilisation des services de SSR en milieu scolaire et universitaires à Bouaké.

Dans ce contexte, la présente étude vise à évaluer l'accès et l'utilisation des services de SSR chez les adolescents et jeunes scolarisés à Bouaké. Les résultats permettront d'orienter les

actions indispensables pour accroître la performance de services ou la mise en place de services et de stratégies innovantes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes.

1.2. Justification du choix de Bouaké

Le choix de la ville de Bouaké pour réaliser cette étude se justifie par plusieurs raisons :

- Il s'agit de la deuxième ville de la Côte d'Ivoire ;
- La ville est riche en établissements scolaires et universitaires (y compris les grandes écoles) des deux secteurs privé et public ;
- Les indicateurs liés à la santé sexuelle et reproductive y sont préoccupants. A titre d'exemple, selon l'EDS 2021 la prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes était faible et le pourcentage de grossesses précoces élevé.

Le choix de Bouaké se justifie également par le fait que l'ONG Save the Children Côte d'Ivoire, mon institution d'accueil, y mène l'essentiel de ses activités de santé en collaboration avec plusieurs acteurs de terrain. L'ONG envisage de renforcer son action auprès des adolescents et jeunes et d'améliorer l'offre en SSR au bénéfice de cette population. Les résultats de cette étude serviront à asseoir le projet « santé de la reproduction des adolescents et jeunes » de la région.

1.3. Question et hypothèses de recherche

1.3.1. Question de recherche

La question de recherche est la suivante : « Quel est l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes et les déterminants de l'utilisation des services de SSR à Bouaké, Côte d'Ivoire ? »

1.3.2. Hypothèses de recherche

Les principales hypothèses sont :

- L'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes sont limités par rapport à leurs besoins.
- Les facteurs individuels, socioculturels et économiques déterminent l'utilisation des services de santé de la reproduction chez les adolescents et jeunes à Bouaké.
- Les facteurs institutionnels perçus (perceptions et les connaissances des services de santé de la reproduction) déterminent l'accès et l'utilisation des services de santé de la reproduction chez les adolescents et jeunes à Bouaké.

1.4. Objectifs

1.4.1. Objectif général

Analyser le niveau et les déterminants de l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké.

1.4.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques des adolescents et jeunes des milieux scolaires et universitaires à Bouaké
- Déterminer les niveaux de connaissance de la SSR et des services de SSR par les adolescents et jeunes à Bouaké
- Déterminer l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké
- Identifier les facteurs individuels, socioculturels, économiques et les facteurs institutionnels perçus associés à l'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes

2. Revue de la littérature

Les adolescents et jeunes, âgés de 10 à 24 ans constituent une tranche très vulnérable de la population, notamment en ce qui concerne les risques liés à la sexualité. Avec l'explosion de l'internet et des réseaux sociaux, de l'explosion des offres de distraction, combiné aux libertés et à l'autonomie d'initiative reconnues au adolescents et jeunes, notamment dans les grandes villes, les adolescents et jeunes ont confronté à risque lié à la sexualité : infections sexuellement transmises, grossesse précoces, avortement, décès maternelles, stérilité suite aux avortements. En plus de ces conséquences physiques il faut tenir compte des conséquences psychologiques à court, moyen et long terme. Malgré les efforts des gouvernements et de leurs partenaires, les adolescents et jeunes font face à des contraintes d'accès et d'utilisation des services de santé de la reproduction, alors qu'ils ont des besoins spécifiques en matière de santé de la reproduction.

Cette revue de la littérature fait la synthèse de la situation ; notamment en Afrique Subsaharienne. Les principaux obstacles sont liés à l'offre (notamment à la disponibilité des services, aux coûts des services ou à la qualité des services), mais aussi aux normes socioculturelles, à la perception de la communauté, l'influence de la religion, les comportements des parents **(3)**. On observe des inégalités d'accès, d'utilisation des services en fonction des pays et régions. Il en est de même pour les obstacles.

Plusieurs auteurs ont identifié comme facteurs influençant l'accès et l'utilisation des services des services de SSR par les adolescents et jeunes. Ce sont : les facteurs individuels (Âge, sexe, niveau d'instruction, statut matrimonial, expérience sexuelle et connaissance des

services) **(4, 5)** ; les normes socioculturelles et religieuses, les jugements et perception négatifs des autres, notamment des parents et responsables communautaires **(6-8)**. L'accessibilité géographique a été également incriminée **(9, 10)**.

En Guinée, à Conakry, Diallo et al. **(6)**, ont dans leur étude, ont rapporté que les adolescents sont confrontés à de fortes barrières à l'utilisation des services de contraception. Ces barrières seraient essentiellement liées à la stigmatisation sociale, au poids de la religion et au jugement négatif des prestataires de soins lorsque les adolescents ont recours à la contraception dans les services de santé. L'attitude négatives des soignants et combinés au poids des barrières sociales sont incriminées par des auteurs au Rwanda **(11 ; 12)**.

A ces contraintes socioculturelles s'ajoute une faible connaissance de la santé sexuelle et reproductive et des services qui en offre, tel que documenté par Jallow et al. **(7)**, qui en Gambie, ont confirmé qu'un faible niveau de connaissance des droits sexuels et reproductifs et une perception limitée des services SSR déterminent une faible utilisation des services de SSR.

Dans leurs études, réalisées au Ghana, plusieurs auteurs **(13 - 17)**, ont démontré les liens entre niveau d'éducation, l'âge des adolescents et jeunes, le niveau du soutien des parents, la qualité de la communication entre enfants et parents, leaders et enfants sur la sexualité et l'utilisation des services de santé de la reproduction.

En Côte d'Ivoire, selon l'EDS 2021 **(2)**, l'utilisation des services de SSR est limitée chez les adolescents alors même que la demande non satisfaite est très importante, notamment la demande en contraception.

Au Nigéria, Ezenwaka et al. **(18)** ont rapporté, dans leur étude, les barrières socioculturelles et structurelles à l'accès à la contraception des adolescents et jeunes. Akila et al. **(19)**, ont démontré l'effet positif de l'accès aux contraceptifs de l'implication de vendeurs de médicaments.

En RDC, Muanda et al. **(8)** ont observé que les jeunes ont des attitudes ambivalentes par rapport à la SSR et qu'ils en ont une faible acceptation. Au Cameroun, des auteurs ont démontré que les normes sociales et la religion avaient un poids important sur l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes **(20, 21)**.

Plusieurs auteurs ont observé une faible utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes, même en situation de forte disponibilité **(4, 21 - 27)**. Les auteurs ont pointé du doigt l'absence de confidentialité, la peur du jugement des autres, le coût perçu et la faible connaissance des services disponibles. De même que l'importance des facteurs socioculturels dans l'accès aux services de SSR **(28 - 31)**.

Pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes, plusieurs auteurs ont montré le rôle important des pairs, des agents de santé communautaires, des associations de jeunes et des actions en milieu scolaires dans l'amélioration de l'utilisation des services SSR **(20, 32, 33, 34)**.

D'autres auteurs ont démontré que l'amélioration de l'offre et de la qualité améliore l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes **(11, 12)**.

3. Cadre de référence

Le cadre de référence de cette étude se base sur les liens entre les variables dépendantes et les variables indépendantes et la base des hypothèses de recherche. L'analyse a permis d'identifier les liens entre les variables.

☐ Les variables dépendantes sont :

a. L'accessibilité des services SSR par les adolescents et jeunes.

L'accès renvoie à la possibilité pour un adolescent ou un jeune d'atteindre et de bénéficier des services SSR disponibles. Nous reposons l'analyse sur 4 dimensions principales : Accessibilité géographique, financière, socioculturelle et disponibilité et qualité perçue des services. Les principaux indicateurs de mesure sont : pourcentage de jeunes déclarant avoir un centre SSR à moins de 30 minutes de marche - pourcentage de jeunes ayant renoncé à un service SSR pour des raisons financières, pourcentage de jeunes ayant évité un service SSR par peur d'être jugé(e) ou reconnu(e), pourcentage de jeunes connaissant au moins 3 services SSR disponibles dans leur zone)

b. L'utilisation des services SSR par les adolescents et jeunes.

L'utilisation renvoie au recours effectif aux services SSR. Elle se mesure par : Fréquence d'utilisation et type de services utilisés. Les principaux indicateurs de mesure sont : pourcentage de jeunes ayant utilisé un service SSR au moins une fois au cours des 12 derniers mois, pourcentage de jeunes ayant utilisé un service de contraception moderne (Consultation pour contraception, dépistage du VIH/IST, prise en charge post rapport sexuel consenti ou non).

☐ Les variables indépendantes sur :

a. Facteurs individuels :

Age – Sexe – Niveau de scolarisation – Statut matrimonial – Occupation – Connaissances et informations sur SSR – Connaissance des services disponibles dans la localité – Expériences sexuelles (Vie sexuelle).

b. Facteurs socioculturels :

Normes sociales (Perception sociale de la sexualité) - Jugement perçu de la communauté – Normes religieuses (Perception religieuse de la sexualité) – Stigmatisation perçue – Soutien communautaire (association) – Soutien familial.

c. Facteurs économiques :

Niveau de revenu – autonomie financière – Coût perçu des services ou des produits SSR – disposition à payer pour services ou des produits SSR.

d. Facteurs géographiques :

Résidence - Distance jusqu'au centre le plus proche offrant des services SSR (en km ou en temps de trajet) - Moyen de transport utilisé pour y accéder.

e. Facteurs Institutionnels :

Types de services connus (Structures formelles : centre de santé, hôpital, espace jeune ; Structures informelles : pharmacie, pairs éducateurs ; Plateformes numériques : SMS, réseaux sociaux) – Disponibilité perçue des services SSR – Qualité perçue des soins (accueil, confidentialité) – Disponibilité perçue des services de SSR – Connaissance des mécanismes (gratuité, subvention) d'accès aux services de SSR – Sensibilisation par les services de SSR – Rupture perçue des services de SSR – Satisfaction perçue des services de SSR.

La figure 1 indique les liens entre les différentes variables du modèle d'analyse.

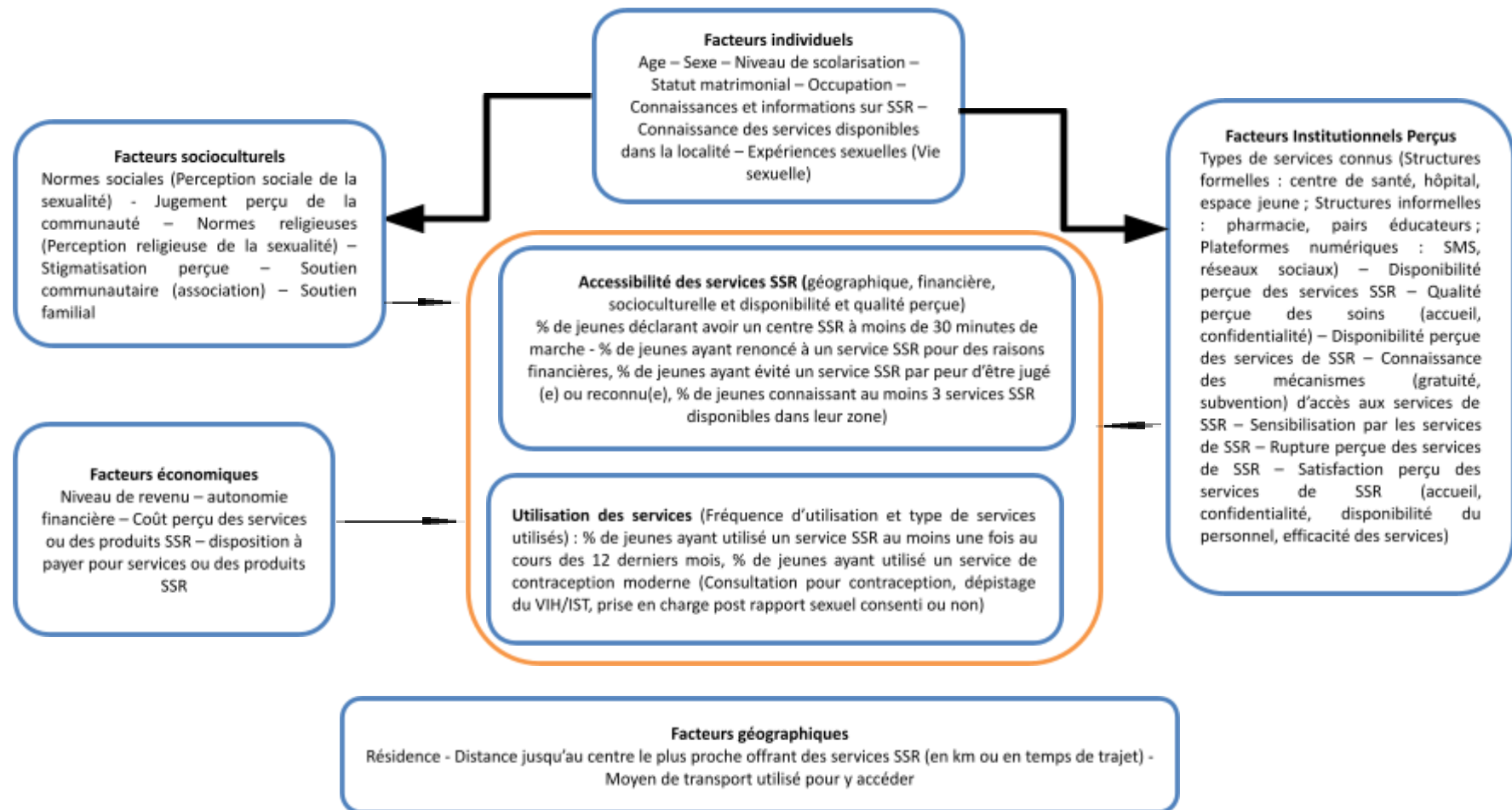


Figure 1 : Modèle d'analyse de l'accès et de l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes

4. Méthodologie

4.1. Présentation de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest et compte 29 millions d'habitants. Yamoussoukro en est la capitale politique et Abidjan est la capitale économique et le principal centre urbain du pays.

L'économie du pays repose sur la production agricole, notamment de cacao, de café et l'hévéa. Le pays connaît une croissance accélérée depuis plus d'une décennie.

Sur le plan démographique, tout comme la majorité des pays en Afrique Subsaharienne, les moins de 30 ans représentent plus de 60% de la population. L'offre en éducation est en plein essor et est riche. Cependant les adolescents et jeunes sont confrontés au chômage et à la pauvreté. Dans les grandes villes du pays, la délinquance se développe, de même que la violence.



Figure 2 : Carte de la Côte d'Ivoire (Source : Internet)

4.2. Cadre de l'étude

Située au centre de la Côte d'Ivoire, dans la région du **Gbêkê**, la ville de **Bouaké** constitue le chef-lieu de cette région et la deuxième plus grande agglomération du pays après Abidjan. Elle est localisée à environ **350 kilomètres au nord d'Abidjan** et s'étend sur une superficie de plus de **71 km²**. Son **emplacement stratégique**, au cœur du pays, en fait un carrefour important entre le nord et le sud, ainsi qu'un point de convergence pour les échanges commerciaux et humains.

Selon les dernières estimations (INS, 2021), Bouaké compte environ **800 000 habitants**, répartis dans une vingtaine de quartiers urbains et semi-urbains, ainsi que plusieurs zones périphériques en pleine expansion. La ville connaît une urbanisation rapide, avec une croissance démographique alimentée par l'exode rural et l'arrivée de populations issues d'autres régions du pays, voire de pays voisins (notamment le Burkina Faso, le Mali et la Guinée). Cette dynamique fait de Bouaké une ville **cosmopolite**, où cohabitent plusieurs groupes ethniques, majoritairement les **Baoulé**, mais aussi des **Malinké**, **Dioula**, **Sénoufo** et autres communautés nationales et étrangères. Bouaké se caractérise par une **ambiance sociale animée**, marquée par la diversité des croyances, des langues et des modes de vie. Le **français** est la langue officielle, mais les langues locales telles que le **baoulé** et le **dioula** sont couramment parlées, notamment dans les interactions quotidiennes. Sur le plan religieux, on observe une **coexistence pacifique** entre chrétiens, musulmans et adeptes des religions traditionnelles africaines. La vie culturelle y est aussi très vivante, avec des événements populaires (comme la Foire de Bouaké), des pratiques musicales locales (zouglou, coupé-décalé, musiques traditionnelles), et une jeunesse active dans les domaines artistique, sportif et associatif.

Bouaké est un **important centre éducatif** du pays. Elle abrite de nombreuses écoles primaires et secondaires, des établissements techniques et professionnels, ainsi que l'**Université Alassane Ouattara (UAO)**, une des principales institutions universitaires publiques du pays. Cette forte concentration d'établissements scolaires attire une **population jeune**, dynamique, mais également confrontée à de multiples défis liés à la scolarité, à l'emploi, à l'identité, et à la santé.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes scolarisés. En tant que ville universitaire et carrefour démographique, Bouaké représente un **terrain d'étude pertinent** pour appréhender les réalités, les pratiques et les représentations des jeunes en matière de sexualité.

Sur le plan sanitaire, Bouaké dispose de plusieurs structures de santé, tant publiques que privées, parmi lesquelles on peut citer le **Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké**,

les **centres de santé urbains**, des **cliniques privées** ainsi que des **centres sociaux** et ONG intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, l'accès effectif à ces services demeure **inégal**, notamment pour les jeunes en situation de précarité, ou vivant dans les quartiers périphériques. À cela s'ajoutent des **facteurs socioculturels** : la sexualité reste un sujet souvent **tabou**, mal abordé dans les familles et parfois peu intégré dans le curriculum scolaire. Ces éléments participent à une **vulnérabilité accrue** des adolescents et jeunes face aux risques liés à la santé reproductive, tels que les **grossesses précoces**, les **IST/VIH**, ou encore les **avortements clandestins**.

4.3. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude d'observation à visée descriptive et analytique de type transversale quantitative.

4.4. Population d'étude

En Côte d'Ivoire, le décret n° 72-746 du 24 novembre 1972 fixe l'âge de la jeunesse de 16 à 35 ans. Cependant le Plan stratégique PNSSU-SAJ identifie les adolescents et jeunes comme les personnes appartenant à la tranche d'âge des 10 à 24 ans.

Pour cette étude en milieu scolaire et universitaire, la population d'étude est constituée des adolescents et jeunes scolarisés âgés de 15 à 24 ans, fréquentant des établissements dans la ville de Bouaké.

4.5. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être âgé(e) de 15 à 24 ans au moment de l'enquête
- Être inscrit(e) dans un établissement scolaire (collège, lycée, établissement d'enseignement technique) ou dans une université ou grande école de la ville de Bouaké
- Résider à Bouaké depuis au moins 6 mois

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- La présence de troubles cognitifs ou mentaux rendant difficile la participation à l'enquête
- L'absence pendant la période de collecte des données, quelle que soit la raison (renvoie temporaire, voyage, maladie).

4.6. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon des adolescents et jeunes à enquêtés a été calculée en utilisant la formule standard pour des enquêtes populationnelles ($n = Z^2 * p * (1 - p) / e^2$), avec un taux de non-réponse anticipé de 10 %.

Les paramètres suivants ont été utilisés :

- Taille de population des scolaires à Bouaké considéré comme non fini
- Pourcentage d'ado-jeunes scolaire utilisant un service de SSR à Bouaké = 50%
- Degré de précision = 5%
- $Z = 1,96$
- Niveau de confiance à 95% donc α (niveau d'erreur) = 7%

En appliquant la formule, on obtient $n = 196$ adolescents-jeunes scolaires. En considérant une très faible proportion de non-répondants dans ce milieu, la taille à enquêter était au minimum de 200 adolescents et jeunes scolaires ou universitaires.

4.7. Echantillonnage

L'étude a adopté un échantillonnage probabiliste stratifié à 03 degrés, afin d'assurer une représentativité des adolescents et jeunes scolarisés selon différents types d'établissements scolaires et niveaux d'enseignement. La base de sondage a été constituée de l'ensemble des établissements scolaires du niveau secondaire de l'enseignement général et technique situés dans la commune (ville) de Bouaké, comprenant des établissements secondaires (collèges et lycées) publics et privés et des universités et grandes écoles privées et publiques de la ville de Bouaké.

L'échantillonnage s'est effectué en quatre étapes :

- Stratification des établissements secondaire : les établissements ont été d'abord stratifiés selon le statut : public / privé et selon le caractère mixte (filles garçon ou filles seules, garçons seuls)
- Sélection aléatoire d'établissements : dans chaque strate, un certain nombre d'établissements ont été sélectionnés aléatoirement
- Sélection aléatoire de classes ou niveaux : dans chaque établissement sélectionné, certaines classes ou niveaux d'étude ont été choisis de manière aléatoire
- Sélection aléatoire des élèves : enfin, dans chaque classe sélectionnée, le nombre requis d'élèves à enquêter a été tiré au hasard à l'aide des listes.

Un équilibre a été recherché entre garçons et filles, afin de permettre des analyses comparatives selon le genre. Une répartition selon les tranches d'âge (15–19 ans / 20–24 ans) a été également visée.

4.8. Variables étudiées

Les variables collectées étaient :

Variables dépendantes :

- Accessibilité des services SSR :
 - Géographique
 - Financière
 - Socioculturelle
 - Perception disponibilité et la qualité des services SSR
- Utilisation des services
 - Fréquence d'utilisation des services SSR
 - Type des services SSR utilisés
 - Motifs d'utilisation des services SSR

Variables indépendantes

- Facteurs individuels
 - Âge
 - Sexe
 - Niveau de scolarisation
 - Statut matrimonial
 - Autre Occupation en plus de l'école
 - Connaissances et informations sur SSR
 - Connaissance des services disponibles dans la localité
 - Expériences sexuelles (Vie sexuelle)
- Facteurs socioculturels
 - Normes sociales (Perception sociale de la sexualité)
 - Jugement perçu de la communauté
 - Normes religieuses (Perception religieuse de la sexualité)
 - Stigmatisation perçue
 - Soutien communautaire (association)
 - Soutien familial
- Facteurs économiques
 - Niveau de revenu
 - Autonomie financière
 - Coût perçu des services ou des produits SSR
 - Disposition à payer pour services ou des produits SSR
- Facteurs géographiques
 - Résidence

- o Distance jusqu'au centre le plus proche offrant des services SSR (en km ou en temps de trajet)
 - o Moyen de transport utilisé pour y accéder
- Facteurs Institutionnels Perçus
 - o Types de services connus (Structures formelles : centre de santé, hôpital, espace jeune ; Structures informelles : pharmacie, pairs éducateurs ; Plateformes numériques : SMS, réseaux sociaux)
 - o Disponibilité (le service existe ou n'a jamais existé) perçue des services SSR
 - o Qualité perçue des soins (accueil, confidentialité)
 - o Connaissance des mécanismes (gratuité, subvention) d'accès aux services de SSR
 - o Sensibilisation par les services de SSR
 - o Ruptures perçues (existe mais avec des ruptures) des services de SSR
 - o Satisfaction perçue des services de SSR (accueil, confidentialité, disponibilité du personnel, efficacité des services)

4.9. Technique et instrument de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire électronique structuré, administré en face-à-face via tablette. L'application Kobo collecte a été utilisée. Des enquêteurs formés et sensibilisés à la confidentialité et aux questions sensibles ont été mobilisés pour la collecte de données. Un appui des autorités éducatives locales a été nécessaire pour accéder aux établissements et obtenir les listes des élèves/étudiants. Les données ont été sauvegardées et envoyées à un serveur après chaque entretien. A la fin de l'enquête, les données ont été récupérées pour constituer une base de données unique dans un format Excel et SPSS. Les bases ont été ensuite nettoyées pour l'analyse.

4.10. Analyse des données

Une analyse descriptive (statistiques descriptives) a été réalisée pour déterminer l'accès et l'utilisation des services de SSR, décrire le profil des adolescents jeunes de l'échantillon enquêté, les connaissances sur la SSR et les services SSR, de même que les perceptions sur les services de SSR.

Une analyse bivariée a été réalisée pour déterminer les liens statistiques entre l'utilisation des services de SSR et certaines variables indépendantes. Pour ces analyses, le test du Chi² de Pearson a été utilisé lorsque les conditions d'utilisation étaient observées. Pour déterminer les facteurs associés à l'utilisation, les Odds Ratio (OR) avec leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés. Pour toutes les analyses, le seuil de signification statistique a été fixé à $p=0,05$.

4.11. Considérations éthiques

Pour cette étude les normes en matière d'éthique ont été respectées.

Au cours de la collecte des données la participation était précédée du recueil du consentement éclairé (après une information sur l'étude). L'enquête n'exposait pas les participants à un risque physique. Cependant, au regard de la sensibilité de certaines questions sur la sexualité, le respect de la vie privée et la confidentialité ont été de rigueur et l'anonymat a été respecté tout au long de l'étude et les données collectées ont servi uniquement à l'étude.

5. Résultats et Discussion

5.1. Présentation des résultats

5.1.1. Caractéristique des adolescents et jeunes enquêtés

5.1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Au total 286 adolescents et jeunes ont été enquêtés, dont 153 adolescents (âgés de 15-19 ans) et 133 jeunes (âgés de 19-24 ans) et l'âge moyen des enquêtés était de **19,56 ans** avec un écart type (ET) de 2,51 ans.

Sur les 286 adolescents et jeunes enquêtés, 144 (soit 50,35%) étaient des garçons et 142 (soit 49,65%) étaient des filles.

Le tableau 1 donne la répartition des adolescents et jeunes selon la religion et le niveau de scolarisation.

Tableau 1 : Répartition des adolescents et jeunes selon la religion et le niveau de scolarisation

	Effectif	Pourcentage
Religion		
Musulmans	95	33,22
Chrétiens (Catholique/Protestant)	176	61,54
Animistes	1	0,35
Sans religion	14	4,9
Niveau de scolarisation		
Premier cycle des études secondaires	24	08,4
Second cycle des études secondaires	117	40,9
Université/Grande école	145	50,7

Les adolescents et jeunes interrogés étaient majoritairement chrétiens (61,54 %), suivis des musulmans (33,22 %), ce qui reflète la composition religieuse de la ville de Bouaké. La faible proportion d'animistes (0,35 %) et de personnes sans religion (4,9 %) témoigne du poids des religions monothéistes dans les normes sociales et culturelles.

Sur le plan scolaire, la moitié (50,7 %) poursuivaient des études universitaires ou en grande école, tandis que 49,3 % étaient encore dans le secondaire (40,9 % au second cycle et 8,4 % au premier cycle). Cette répartition montre un niveau global d'instruction relativement élevé dans l'échantillon, ce qui pourrait influencer positivement la connaissance et l'utilisation des services SSR, comme le postulent les hypothèses.

La figure 3 indique la répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur statut matrimonial.

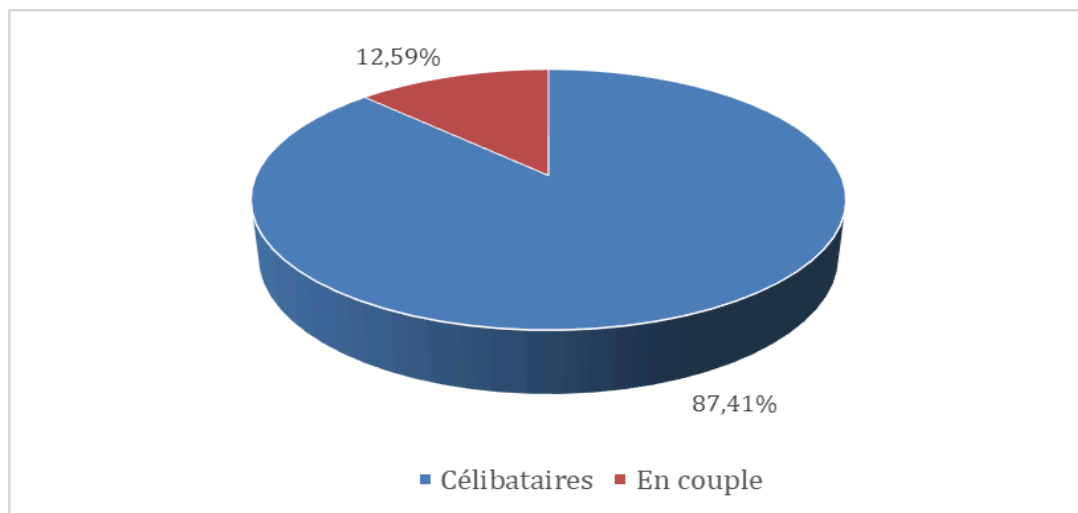


Figure 3 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur statut matrimonial

On observe que 87,41 % des enquêtés étaient célibataires, tandis que 12,59 % vivaient en couple. Cette faible proportion de jeunes en couple suggère que l'activité sexuelle observée ne se limite pas aux relations maritales, et pose la question de l'accès à une contraception adaptée pour prévenir les grossesses non désirées

5.1.1.2 Statut d'émancipation et d'autonomie

a. Degré d'émancipation

La figure 4 indique le degré d'émancipation des ado-jeunes enquêtés.

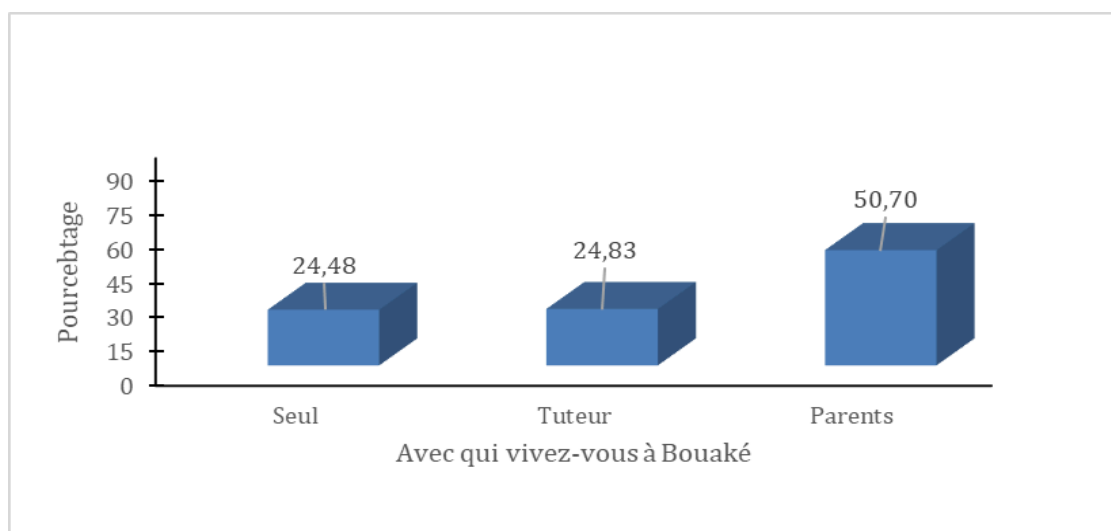


Figure 4 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon statut d'indépendance

Près d'un quart des jeunes vivaient seuls et jouissaient d'une autonomie décisionnelle. Cette indépendance pourrait être associée à une plus grande liberté dans l'accès aux services SSR, mais aussi à une plus grande vulnérabilité aux risques sexuels en l'absence de soutien familial.

b. Degré d'autonomie financière

Plus de deux tiers des adolescents et jeunes (67,83 %) percevaient un revenu régulier (argent de poche ou bourse), ce qui facilite potentiellement l'accès financier aux services SSR. Cependant, un tiers (32,17 %) restait dépendant financièrement, ce qui peut limiter le recours aux services payants.

5.1.1.3. Distance habitation – Établissement et principal moyen de transport

Le tableau suivant indique la répartition des enquêtés suivant la distance de leur habitation par rapport à leur établissement et également selon leur principal moyen de transport.

Tableau 2 : Répartition des adolescents et jeunes selon la distance de leur habitation par rapport à leur établissement et leur principal moyen de transport

	Effectif	Pourcentage
Distance résidence-établissement		
Moins de 5 km	143	50
6-15 km	96	33,57
16-30 km	42	14,69
Plus de 30 km	5	1,75

Moyen de transport le plus utilisé

A pied	106	37,06
Vélo/moto	67	23,43
Voiture	39	13,64
Bus	74	25,87

La moitié (50 %) résidaient à moins de 5 km de leur établissement scolaire, ce qui traduit une bonne accessibilité géographique aux structures de santé scolaires ou de quartier. Néanmoins, près de 16 % vivaient à plus de 15 km, ce qui pourrait constituer un frein.

Le déplacement à pied reste majoritaire (37,06 %), suivi des motos/vélos (23,43 %) et des bus (25,87 %). La mobilité motorisée peut faciliter l'accès aux services, mais le coût du transport reste un facteur potentiel de limitation.

5.1.1.4. Profession des parents

Le tableau III indique la répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon la profession de leurs parents.

Tableau 3 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon la profession de leurs parents

	Effectif	Pourcentage
Profession du père		
Agriculteurs / Éleveurs / Pêcheurs Commerçants / Vendeur	98	34,27
Artisan / Ouvrier / Conducteur (taxi, Bus, Remorque)	20	6,99
Fonctionnaires / Agents de l'État	97	33,92
Employés du secteur privé	40	13,99
Cadres / Professions libérales (avocats, médecins)	11	3,85
Sans emploi / Chômeur	6	2,1
Retraités	14	4,9

Profession de la mère

Agriculteur / Éleveur / Pêcheur Commerçant / Vendeur	169	59,09
Artisan / Ouvrier / Conducteur (taxi, Bus, Remorque)	2	0,7
Fonctionnaire / Agent de l'État	41	14,34
Employé du secteur privé	24	8,39
Cadre / Profession libérale (avocat, médecin)	11	3,85
Sans emploi / Chômeur	38	13,29
Retraité	1	0,35

Un tiers des pères exerçaient l'un des métiers suivants : comme agriculteurs ou éleveurs ou pêcheurs (34,27 %) et artisans, ouvriers, conducteurs (33,92 %). Les mères étaient agricultrices (59,09 %) ou sans emploi (13,29 %).

Ce profil socio-économique, marqué par la prédominance du secteur primaire et informel, peut influencer la capacité des familles à financer des soins ou à soutenir l'accès à la SSR.

5.1.2. Expériences sexuelles

Plus de la moitié des jeunes (55,94 %) avaient un ou une petit(e) ami(e)(e) au moment de l'enquête et 62,94 % avaient déjà eu des rapports sexuels, avec un âge moyen de premier rapport de 17,18 ans (ET = 2,47 ans). Ces résultats confirment l'existence d'une vie sexuelle active dès l'adolescence, et justifient la pertinence de mettre à disposition des services SSR adaptés dès le milieu scolaire.

Ces résultats reflètent une vie affective et sexuelle active chez les jeunes, soulignant l'importance de leur accès à l'information et aux services SSR.

5.1.3. Connaissance de la santé sexuelle et reproductive

Le tableau V indique la répartition des adolescents et jeunes selon leur connaissance sur la santé sexuelle et reproductive.

Tableau 4 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur connaissance de la santé sexuelle et reproductive

	Effectif	Pourcentage
A déjà entendu parler de la santé sexuelle et reproductive		
Oui	205	71,7
Non	81	28,3
Pense savoir c'est que c'est que la SSR		
Oui	180	62,9
Non	106	37,1

Moyenne Connaissance de la SSR	57	19,9
Bonne	128	44,8
Mauvaise	101	35,3

Si 71,7 % avaient déjà entendu parler de la SSR et 62,9 % pensaient savoir ce que c'est, seuls 19,9 % avaient une bonne connaissance réelle. Cela révèle un décalage important entre perception et maîtrise effective des concepts, justifiant le renforcement des programmes éducatifs. Les établissements scolaires constituent la première source d'information (60 %), suivis des médias (20,6 %), ce qui confirme le rôle clé de l'éducation formelle et de la communication de masse dans la diffusion des messages SSR.

La figure 4 indique le lieu où les adolescents-jeunes scolarisés ont déjà entendu parler de SSR.

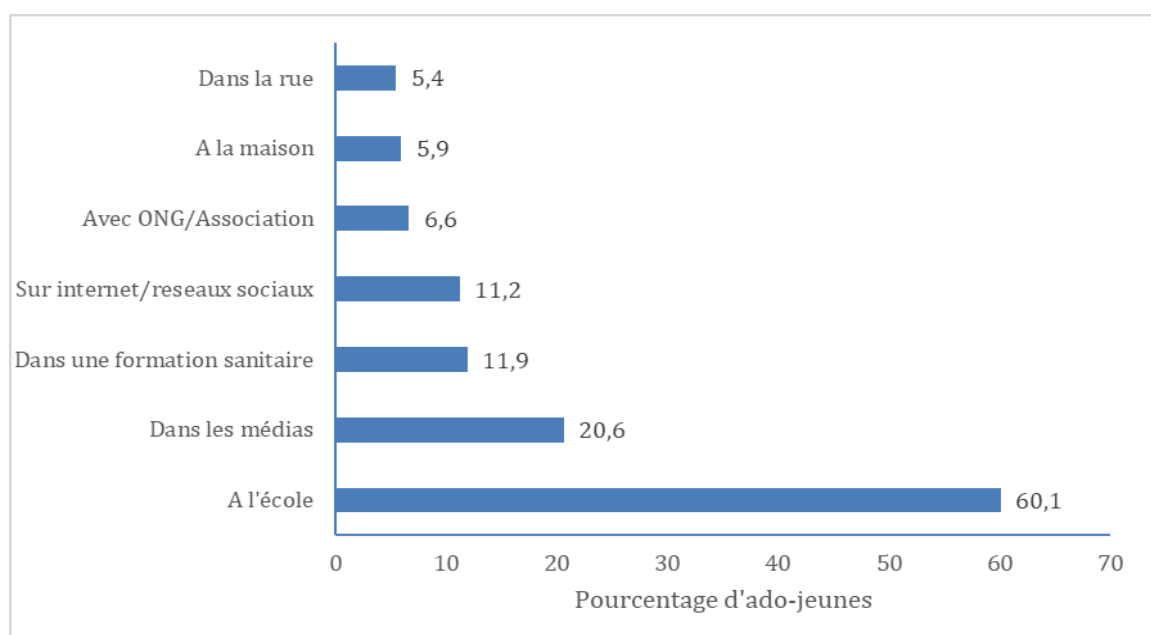


Figure 5 : Lieux où les adolescents-jeunes scolarisés ont déjà entendu parler de SSR

5.1.4. Connaissance des services de santé sexuelle et reproductive

Le tableau VI indique la répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur connaissance de la SSR et de l'offre en services SRR dans la ville de Bouaké.

Tableau 5 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur connaissance de l'offre en SSR

	Effectif	Pourcentage
A déjà entendu parler des services de SSR		
Oui	160	55,94
Non	126	44,06
Type de services SSR connus		
Contraception (éviter grossesse)	141	88,13
Dépistage et soins IST	90	56,25
Dépistage du VIH	95	59,38
Suivi de la grossesse	14	8,75
Suivi des soins après avortement	3	1,88
Sait où se trouvent des services SSR		
Oui	188	65,73
Non	98	34,27
Endroit où trouver des services de SSR qui ont été cités		
Centre de santé	96	51,06
Hôpital	154	81,91
Espace ou centre jeune	8	4,26
Pharmacie	129	68,62
Services de santé scolaire	26	13,83
ONG/Association	6	3,19

Un peu plus de la moitié (55,94 %) des adolescents et jeunes interrogés avaient entendu parler des services SSR, et 65,73 % savaient où les trouver. Les lieux les plus cités par les adolescents et jeunes étaient l'hôpital (81,91%), la pharmacie (68,62%) et les centres de santé (51,06%).

La contraception était le service le plus connu (88,13 %), suivie du dépistage VIH (59,38 %) et IST (56,25 %). Les services liés à la grossesse ou post-avortement étaient très peu connus (<10 %), ce qui suggère un déficit de communication ou un tabou autour de ces services

5.1.5. Accès et Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

5.1.5.1. Accès des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

Le tableau VII suivant indique l'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké.

Tableau 6 : Accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

	Effectif	Pourcentage
Accessibilité géographique des services SSR		
Moins de 5 km	194	67,83
6-15 km	81	28,32
16-30 km	9	3,15
Plus de 30 km	2	0,7
Accessibilité financière		
Accessible	237	82.87
Non accessible	49	17.13
Acceptabilité socioculturelle		
Accessible	154	53.85
Non accessible	132	46.15

L'accessibilité géographique était jugée bonne par 67,83 %, l'accessibilité financière par 82,87 %, mais seulement 53,85 % trouvaient l'accès socio-culturellement acceptable. Cela confirme l'importance des freins culturels et religieux dans l'accès aux services, comme prévu dans les hypothèses.

5.1.5.2. Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

Le tableau 7 indique l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké.

Tableau 7 : Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

	Effectif	Pourcentage
Fréquentation un service de SSR		
Oui	153	53,5
Non	133	46,5
Institution fréquentée		
Centre de santé	62	40,52
Hôpital	90	58,82
Espace ou centre jeune	10	6,54
Pharmacie	96	62,75
Services de santé scolaire	16	10,46
ONG/Association	6	3,92

Type de services SSR déjà fréquentés		
Contraception (éviter grossesse)	126	82,35
Dépistage et soins IST	46	30,07
Dépistage du VIH	47	30,72
Suivi de la grossesse	6	3,92
Suivi des soins après avortement	1	0,65
Fréquence d'utilisation des services SSR		
Une seule fois	23	15,03
Régulièrement (plusieurs fois par mois)	39	25,49
Occasionnelle (une fois par trimestre)	91	59,48

Un peu plus de la moitié (53,5 %) avaient déjà fréquenté un service SSR. La contraception était le service le plus utilisé (82,35 %), alors que le suivi de grossesse et les soins post-avortement étaient marginalement utilisés (<5 %).

L'utilisation était majoritairement occasionnelle (59,48 %), ce qui peut refléter un recours ponctuel plutôt qu'un suivi régulier.

5.1.6. Perceptions des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

Le tableau 8 indique la perception des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké.

Tableau 8 : Perception des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké

	Effectif	Pourcentage
Culturellement pouvez-vous fréquenter les services SSR		
Oui	148	51,75
Non	138	48,25
Votre Religion autorise fréquentation des services SSR		
Oui	127	44,41
Non	159	55,59
Perception de la disponibilité des institutions avec services SSR		
Très bonne disponibilité	163	56,99
Disponibilité moyenne	79	27,62
Très faible disponibilité	44	15,38
Perception de la disponibilité des services SSR		
Très bonne disponibilité	170	59,44
Disponibilité moyenne	83	29,02
Très faible disponibilité	33	11,54
Perception de la qualité des services SSR		
Très bonne	158	55,24
Moyenne	70	24,48
Très faible	58	20,28

Perception de la sexualité

C'est normal et naturel	215	75,17
C'est un sujet tabou	22	7,69
C'est interdit à mon âge	29	10,14
C'est interdit avant le mariage	59	20,63
Je ne sais pas / Je ne me prononce pas	7	2,45

Perception des ado-jeunes fréquentant les services SSR

Très positivement (car responsables et informés)	94	32,87
Plutôt positivement (car soin d'eux-mêmes)	85	29,72
Neutre / Je ne sais pas	74	25,87
Plutôt négativement (car ne sont pas sérieux)	27	9,44
Très négativement (sont dévergondés)	6	2,1

Comportement des parents/leaders religieux vis-à-vis des ado-jeunes fréquentant les services SSR

Ils les soutiennent	57	19,93
Ils les trouvent responsables	37	12,94
Ils restent neutres (ne disent rien)	80	27,97
Ils les critiquent	96	33,57
Ils les rejettent ou les considèrent comme dévergondés	16	5,59

Avoir peur de fréquenter un endroit pour bénéficier de services de SSR par crainte d'être mal jugé

Pas du tout	179	62,59
Un peu	36	12,59
Moyennement	20	6,99
Beaucoup	27	9,44
Énormément	24	8,39

Avoir honte de fréquenter un endroit pour bénéficier de services de SSR par crainte d'être mal jugé

Pas du tout	165	57,69
Un peu	46	16,08
Moyennement	28	9,79
Beaucoup	47	16,43

Pensez-vous que ceux ou celles qui fréquentent les services de SSR sont des filles ou garçons de moralité douteuse

Oui	62	21,83
Non	222	78,17

Vos parents vous soutiennent-ils ou vous encouragent-ils à utiliser les services de SSR

Oui	105	36,71
Non	181	63,29

Connaissez-vous des associations qui vous soutiennent-ils ou vous encouragent-ils à utiliser les services de SSR

Oui	102	35,66
Non	184	64,34

Utilisez-vous internet, et les réseaux sociaux pour vous informer sur la sexualité, les IST et la contraception

Oui	182	63,64
Non	104	36,36

Près de la moitié (48,25 %) considéraient que la fréquentation des services SSR n'était pas culturellement acceptable, et 55,59 % la jugeaient incompatible avec leur religion. Ces perceptions constituent des freins majeurs. La qualité des services (accueil, confidentialité) était jugée bonne ou moyenne par 79,72 % des enquêtés. Les jeunes percevaient la sexualité comme naturelle (75,17 %), mais craignaient souvent le jugement social (près de 40 % avec un degré de crainte). Les parents restaient majoritairement non soutenant (63,29 %).

5.1.7. Propositions pour faciliter l'accès et l'utilisation aux services SSR par les ado-jeunes à Bouaké

Le tableau 9 donne les propositions des adolescents et jeunes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR à Bouaké.

Tableau 9 : Propositions des adolescents et jeunes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR à Bouaké

	Effectif	%
Que faudrait-il changer pour faciliter l'accès et l'utilisation des services SSR		
Améliorer l'accueil et le respect des ado-jeunes	184	64,34
Mieux communiquer avec les ado-jeunes	159	55,59
Réduire le coût des services de SSR	68	23,78
Créer des services SSR spécialement pour les jeunes	76	26,57
Offrir plus d'informations à l'école (en classe) sur la SSR	129	45,1
Protéger la confidentialité et la vie privée des jeunes lors	88	30,77
Sensibiliser les parents et les leaders sur la SSR	114	39,86
Lutter contre les jugements et les stigmatisations	85	29,72
Rapprocher les services SSR (dans les écoles, quartiers,	55	19,23
Rendre gratuit les préservatifs et autres moyens de	65	22,73

Les priorités identifiées par les jeunes étaient :

- Améliorer l'accueil (64,34 %),
- Mieux communiquer (55,59 %),
- Renforcer l'éducation scolaire (45,1 %),
- Sensibiliser les parents et leaders (39,86 %).

Ces propositions confirment l'importance d'actions intégrées combinant services adaptés et mobilisation communautaire.

5.1.8. Facteurs d'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes

Le tableau suivant indique l'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes en fonction des principaux déterminants.

Tableau 10 : Facteurs associés à l'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes

	n	% ado-jeunes ayant déjà utilisé services SSR	OR	IC95%	p
Groupe d'âge					
14-19	153	45,8	1,96	1,22-3,16	0,004
19-24	133	62,4	1,0	-	
Sexe					
Féminin	142	59,2	1,57	0,98-2,58	0,057
Masculin	144	47,9	1,0	-	
Religion					
Sans religion	15	60,00	1,35	0,44-4,09	0,80
Chrétien	176	53,40	1,03	0,62-1,70	
Musulman	95	52,63	1,0	-	
Niveau de scolarité					
Université	145	61,4	3,17	1,27-7,9	0,001
Second cycle	117	47,9	1,83	0,72-4,62	
Premier cycle	24	33,3	1,0	1,0	
Bourse/argent poche					
Oui	194	55,7	1,31	0,79-2,15	0,28
Non	92	48,9	1,0	-	
Petit(e) ami(e)					
Oui	160	60,6	1,92	1,19-3,09	0,000
Non	126	44,4	1,0	-	
Statut matrimonial					
Couple	36	63,9	1,63	0,79-3,36	0,18
Célibataire	250	52,0	1,0	-	
Mode de résidence					
Seul	70	55,7	1,17	0,62-2,08	0,82
Avec tuteur	71	54,9	1,13	0,64-2,01	
Avec les parents	145	51,7	1,0	1,0	

	n	% ado-jeunes ayant déjà utilisé services SSR	OR	IC95%	p
En activité sexuelle					
Oui	180	62,8	2,78	1,69-4,56	0,000
Non	106	37,7	1,0	-	
Connaissance SSR					
Bonne et moyenne	185	61,62	4,15	2,59-6,67	0,000
Mauvais	140	27,86	1,0	-	
Sait où trouver des SSR					
Oui	188	67,0	5,34	3,12-9,14	0,000
Non	98	27,6	1,0	-	
SSR culturellement acceptable					
Oui	148	62,8	2,19	1,36-3,53	0,001
Non	138	43,5	1,0	-	
Perception qualité offre SSR					
Très bonne et Moyenne	228	54,38	0,86	0,4,50-1,60	0,6
Très faible	58	50	1,0	-	
Jugement de ceux et celles qui fréquentent les services de SSR					
Positivement	179	58,10	3,18	1,43-7,09	0,01
Neutre	74	52,70	2,56	1,07-6,12	
Négativement	33	30,30	1,0	-	
Comment les parents/leaders religieux jugent ceux et celles qui fréquentent les services de SSR					
Positivement	94	57,4	1,05	0,60-1,82	0,19
Neutres	80	45	0,63	0,35-1,13	-
Négativement	112	56,25	1,0	-	-
A peur de fréquenter un endroit pour bénéficier de services de SSR par crainte d'être mal jugé					
Non	215	58,60	3,09	1,61-6,30	0,002
Moyennement	20	55	2,63	0,90-7,88	
Oui	51	31,37	1,0	-	
Vos parents vous soutiennent-ils ou vous encouragent-ils à utiliser les services de SSR					
Oui	105	62,9	1,82	1,11-2,98	0,01
Non	181	48,1	1,0	-	

L'analyse bivariée montre que l'âge ≥ 19 ans, être en couple, avoir un partenaire sexuel, être sexuellement actif, avoir une bonne connaissance SSR, savoir où trouver les services, considérer l'accès comme culturellement acceptable et bénéficier du soutien parental augmentent significativement l'utilisation des SSR.

Les résultats indiquent également que les perceptions négatives de la fréquentation des SSR, la peur d'être jugé et le manque de soutien familial réduisent significativement l'utilisation.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. Limites de l'étude

Il s'est agi d'une étude de type transversale descriptive et analytique, ce qui ne permet pas d'établir des relations causales mais uniquement des associations. De plus, l'enquête a été réalisée en milieu scolaire et universitaire urbain (Bouaké) : les résultats reflètent donc surtout la situation d'adolescents et jeunes scolarisés, avec un niveau d'instruction relativement élevé, et ne peuvent être généralisés à tous les jeunes de Côte d'Ivoire, notamment ceux vivant en milieu rural ou non scolarisés. Enfin, les réponses auto-déclarées peuvent être sujettes à un biais de désirabilité sociale, particulièrement pour les questions sensibles liées à la sexualité.

Cependant la rigueur méthodologique de l'étude rend les résultats pertinents pour l'orientation d'un programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes scolarisés notamment, mais aussi pour les non scolarisés.

5.2.2. Résumé des résultats clés

- L'accès perçu aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est plutôt favorable sur les plans géographique (67,8 %) et financier (82,9 %), mais reste limité sur le plan socio-culturel (acceptabilité seulement à 53,9 %).
- Moins de 53 % des jeunes ont réellement utilisé des services SSR, majoritairement de manière occasionnelle, notamment pour la contraception. Les services liés à la grossesse ou aux soins post-avortement sont très peu connus et utilisés.
- Les déterminants positifs majeurs sont : l'âge (≥ 19 ans), être en couple, avoir une bonne connaissance des services, savoir où les trouver, percevoir les services comme culturellement acceptables, et bénéficier du soutien familial ou parental.
- En revanche, la stigmatisation sociale, les freins religieux et culturels, ainsi que le manque de soutien familial restent des obstacles importants dans ce contexte de Bouaké.

Ces résultats confirment nos hypothèses : l'accès est partiellement limité (en particulier sur le plan socioculturel), et les facteurs individuels, socioculturels et institutionnels influencent de manière significative l'accès et l'utilisation des services SSR.

5.2.3. Revue comparative des résultats

Les résultats de cette étude à Bouaké révèlent une situation contrastée : bien que l'accessibilité géographique (67,8 %) et financière (82,9 %) aux services SSR soient globalement satisfaisantes, l'acceptabilité socio-culturelle reste faible (53,9 %), en conformité avec nos hypothèses. Plus de la moitié des jeunes ont utilisé un service SSR (53,5

%), principalement la contraception, de manière ponctuelle, tandis que les autres services (suivi de grossesse, soins post-avortement) sont peu connus et utilisés.

La connaissance réelle des services SSR est faible : moins de 20 % disposent d'une bonne compréhension, malgré une forte exposition médiatique ou scolaire. Les principaux déterminants positifs sont l'âge, le fait d'avoir un partenaire sexuel, une meilleure connaissance des services, la perception positive de leur acceptabilité culturelle et le soutien parental. Les obstacles majeurs incluent la stigmatisation sociale, les jugements religieux, et l'absence de soutien familial.

5.2.4. Caractéristiques socio-démographiques des adolescents et jeunes enquêtés

L'échantillon de 286 jeunes était équilibré entre garçons (50,35 %) et filles (49,65 %). La majorité était chrétienne (61,5 %), suivie des musulmans (33,2 %), et plus de la moitié étaient inscrits à l'université ou en grande école (50,7 %). En principe, le niveau d'instruction est reconnu comme un facteur déterminant de la connaissance et de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR). En effet, plusieurs études en Afrique subsaharienne montrent que les jeunes avec un niveau d'éducation plus élevé recourent davantage aux services de SSR et adoptent plus souvent des comportements préventifs **(4, 35)**.

La forte représentation des jeunes célibataires (87,4 %) s'explique par le fait que l'échantillon comprend surtout des étudiants et élèves. Cependant, la présence d'une proportion non négligeable de jeunes en couple (12,6 %) suggère une diversité de situations conjugales qui peut influencer la sexualité et le recours aux services.

Sur le plan socio-économique, la majorité des pères étaient agriculteurs ou ouvriers (68,2 %), tandis que plus de la moitié des mères étaient sans emploi ou agricultrices (72,4 %). Cette prédominance du secteur informel et agricole traduit la réalité économique de la région, mais peut aussi limiter la capacité des familles à financer l'accès aux soins, comme documenté dans d'autres contextes ouest-africains **(6, 7)**. Ce faible niveau socio-économique des familles peut être un facteur qui relègue la santé sexuelle au second plan.

Enfin, près d'un quart des jeunes vivaient seuls et plus de deux tiers disposaient d'un revenu régulier (argent de poche ou bourse). Cette relative autonomie décisionnelle et financière peut favoriser l'accès aux services SSR, mais elle peut aussi accroître les risques sexuels si elle n'est pas accompagnée d'un encadrement éducatif et social approprié. Des observations similaires ont été faites en Zambie et au Ghana, où l'indépendance financière des jeunes est associée à une sexualité plus active, mais pas nécessairement à une meilleure utilisation des services de santé sexuelle et reproductive **(21, 16)**.

5.2.5. Expériences sexuelles des adolescents et jeunes

L'étude montre que 62,9 % des jeunes avaient déjà eu un rapport sexuel, avec un âge moyen du premier rapport à 17,2 ans. Plus de la moitié (55,9 %) avaient un petit(e) ami(e) au moment de l'enquête. Ces résultats confirment l'existence d'une vie affective et sexuelle active dès l'adolescence.

Ces observations sont cohérentes avec d'autres études en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, l'âge médian du premier rapport est estimé entre 16 et 18 ans selon les régions, et plus de la moitié des adolescents déclarent une activité sexuelle avant 19 ans **(5,15)**. En Guinée, Diallo et al. (2022 **[6]**) ont également retrouvé une sexualité précoce chez les adolescents urbains, avec des implications sur les grossesses précoces et non désirées.

En Afrique centrale et orientale, des résultats similaires sont rapportés : en Éthiopie, l'âge médian au premier rapport était de 16,8 ans et la prévalence de l'activité sexuelle chez les adolescents était estimée à environ 60 % **(26, 27)**.

Le fait que la majorité des jeunes de Bouaké initient leur vie sexuelle autour de 17 ans souligne la nécessité d'une éducation sexuelle complète dès le collège et le lycée, afin d'accompagner cette transition et de réduire les risques associés (grossesses précoces, avortement, IST/VIH). La littérature insiste sur le rôle de l'éducation sexuelle complète (Comprehensive Sexuality Education, CSE) pour retarder l'initiation sexuelle et promouvoir l'usage du préservatif **(31)**.

L'observation d'une activité sexuelle significative malgré une majorité de célibataires (87,4 %) indique que la sexualité des jeunes ne se limite pas au cadre conjugal. Ce constat rejoint les études menées au Nigeria et en Zambie, qui soulignent que les représentations sociales associant sexualité juvénile et "promiscuité" ne reflètent pas la réalité et constituent un frein à l'utilisation des services **(18, 33)**.

5.2.6. Connaissance de la santé sexuelle et reproductive

Dans cette étude, 71,7 % des jeunes avaient déjà entendu parler de la SSR et 62,9 % pensaient savoir ce que c'est, mais seuls 19,9 % avaient une bonne connaissance réelle. Ce décalage entre perception et connaissance effective révèle une compréhension superficielle, malgré une forte exposition aux messages, notamment à l'ère du numérique. Il est à craindre que face à l'absence d'une communication structurée et de messages validés, les adolescents et jeunes ne se contentent que d'informations parfois erronées disponibles sur les réseaux sociaux et internet en général.

Les établissements scolaires constituaient la première source d'information (60 %), suivis des médias (20,6 %).

Ces résultats sont comparables à ceux observés ailleurs en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, par exemple, les adolescents déclaraient souvent avoir entendu parler de la SSR, mais leur compréhension restait limitée, notamment concernant la contraception, les IST et les droits sexuels **(15,17)**. En Guinée, Diallo et al. **(6)** ont souligné également la persistance d'idées fausses et de désinformation, malgré une sensibilisation croissante.

En Afrique centrale et orientale, les mêmes tendances ont été observées : en Éthiopie, Belay et al. **(4)** ont montré que moins d'un quart des jeunes disposaient d'une connaissance satisfaisante, et que la qualité de l'information dépendait fortement du niveau scolaire et du dialogue avec la famille. De même, au Rwanda, Nyirarukundo et al. **(12)** ont constaté que la méconnaissance restait un frein majeur à l'utilisation des services.

Le rôle central de l'école et des médias dans la diffusion de l'information SSR confirme l'importance de l'éducation sexuelle formelle et des campagnes multimédias adaptées. Plusieurs travaux soulignent que l'introduction d'une éducation complète à la sexualité, abordant le genre, les droits et la santé, améliore significativement la connaissance, l'usage du préservatif et la prévention des grossesses précoces **(31, 35)**.

Ainsi, les résultats de Bouaké mettent en évidence la nécessité de renforcer les programmes éducatifs pour combler l'écart entre "exposition" et maîtrise réelle des connaissances. Sans une telle stratégie, les jeunes risquent de rester vulnérables aux grossesses non désirées et aux IST/VIH, malgré une impression d'être informés.

5.2.7. Connaissance des services de santé sexuelle et reproductive

Concernant les services, 55,9 % des jeunes avaient entendu parler de l'offre SSR, et 65,7 % savaient où les trouver. Les lieux les plus cités étaient l'hôpital (81,9 %), la pharmacie (68,6 %) et les centres de santé (51,1 %). La contraception était le service le plus connu (88,1 %), suivie du dépistage VIH (59,4 %) et des IST (56,3 %). En revanche, les services liés à la grossesse ou aux soins post-avortement étaient très peu connus (<10 %).

Cette connaissance partielle et centrée sur la contraception pourrait refléter à la fois les priorités des campagnes de santé publique et les tabous entourant la grossesse hors mariage et l'avortement en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, par exemple, les adolescents connaissaient surtout la contraception et le VIH, mais ignoraient largement les services liés à la grossesse et aux droits reproductifs **(5, 36)**. En Guinée, les jeunes associaient la SSR presque exclusivement à la prévention des grossesses, négligeant les soins post-avortement **(6)**.

En Afrique de l'Est, les résultats sont similaires : une étude en Éthiopie **(21)** a montré que la connaissance des services SSR se limitait souvent à la contraception et au VIH, tandis que les aspects liés à la grossesse, à la violence basée sur le genre et aux soins post-avortement restaient mal connus et peu discutés.

Ce déficit de connaissance reflète une communication incomplète, influencée par des normes sociales et religieuses qui restreignent certains thèmes. L'étude menée en Gambie par Jallow et al. (7) a mis en évidence que les parents et leaders évitent souvent de parler de contraception et de sexualité hors mariage, ce qui entretient une méconnaissance des services disponibles.

L'implication est majeure : même si les jeunes savent localiser les structures de santé, leur connaissance sélective des services limite leur recours aux prestations complètes de SSR. Cela peut contribuer à une utilisation fragmentaire, centrée sur la contraception ou simplement en cas d'urgence, comme observé dans notre enquête.

Ainsi, à Bouaké, renforcer la communication institutionnelle et communautaire sur la diversité de l'offre SSR, y compris les services post-avortement sécurisés, apparaît indispensable pour assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins des jeunes. Le milieu scolaire et universitaire peut être un levier pour structurer cette information. Les réseaux sociaux pourraient également être un vecteur puissant s'ils sont bien utilisés par les acteurs de santé.

5.2.8. Accès et utilisation des services de santé sexuelle et reproductive

☐ Accès aux services

Dans cette étude, l'accessibilité géographique des services SSR était jugée bonne par 67,8 % des jeunes, et l'accessibilité financière par 82,9 %. Cependant, l'acceptabilité socio-culturelle n'était relevée que par 53,9 % des enquêtés.

Ces résultats traduisent une situation contrastée : si la proximité et le coût ne constituent pas de freins majeurs à Bouaké, les barrières sociales et culturelles persistent. En effet, les normes religieuses et les jugements moraux autour de la sexualité des jeunes continuent d'influencer fortement l'accès. Des observations similaires ont été rapportées au Ghana et au Nigeria, où la stigmatisation sociale et les perceptions négatives de la sexualité juvénile constituent les obstacles les plus importants, même lorsque les services sont accessibles physiquement (5, 18).

En Afrique de l'Est, Belay et al. (37) soulignent également que la distance et le coût sont moins déterminants que l'acceptabilité culturelle et la confidentialité dans la décision des jeunes de recourir ou non aux services. Cela suggère que l'accessibilité perçue est autant sociale que matérielle.

☐ Utilisation des services

Un peu plus de la moitié des jeunes (53,5 %) avaient déjà fréquenté un service SSR, principalement pour la contraception (82,4 %). Les services liés au suivi de grossesse ou aux

soins post-avortement étaient très marginalement utilisés (<5 %). L'utilisation était majoritairement occasionnelle (59,5 %), reflétant un recours ponctuel plutôt qu'un suivi régulier.

Ces tendances rejoignent celles observées dans plusieurs contextes africains : en Éthiopie, la prévalence d'utilisation des services "youth-friendly" (services amis des jeunes) varie entre 30 % et 40 %, souvent centrée sur la contraception et le dépistage du VIH, avec un recours irrégulier **(4, 21)**. En Guinée, Diallo et al. **(6)** ont également relevé une utilisation majoritairement ponctuelle, limitée par la crainte de la stigmatisation et le manque de services adaptés.

Ainsi, l'enquête de Bouaké confirme que l'accessibilité matérielle ne garantit pas l'utilisation effective : ce sont les normes sociales, la qualité perçue des services et leur adéquation aux besoins des jeunes qui déterminent l'adhésion et la fidélisation.

5.2.9. Perceptions des services de santé sexuelle et reproductive

Les perceptions exprimées par les jeunes montrent une ambivalence. D'un côté, 79,7 % jugeaient la qualité des services (accueil, confidentialité) bonne ou moyenne, et environ 57 % percevaient une bonne disponibilité institutionnelle. De l'autre, près de 48,3 % considéraient que l'accès aux services n'était pas culturellement acceptable, et 55,6 % estimaient leur religion incompatible avec la fréquentation des services.

Cette tension entre une appréciation relativement positive des prestations et un rejet culturel/religieux de leur usage constitue un frein majeur. Les résultats sont en ligne avec ceux du Ghana, où les jeunes reconnaissent l'utilité des services SSR mais s'inquiètent du jugement social et religieux **(15)**. En Gambie, Jallow et al. **(7)** rapportent également que les leaders religieux et parents font la promotion des normes sociales qui jugent la fréquentation des services à une déviance morale.

La crainte d'être mal jugé était rapportée par près de 40 % des enquêtés de Bouaké, et 63,3 % affirmaient ne pas bénéficier du soutien parental. Ce constat rejoint des études menées au Rwanda **(11)** et en Zambie **(21)**, qui mettent en évidence le rôle déterminant du soutien familial et communautaire dans l'utilisation et l'acceptation des services SSR.

Par ailleurs, 75 % des jeunes de Bouaké considéraient la sexualité comme "normale et naturelle", ce qui traduit une évolution des mentalités, mais cette perception ne se traduit pas encore en comportements de recours, freinés sans doute par le poids du regard social et religieux.

Ces résultats confirment que les perceptions socioculturelles et religieuses constituent les principaux obstacles à l'utilisation des services, davantage que les contraintes géographiques ou financières. Pour lever ces barrières, il est indispensable d'impliquer les parents, les

enseignants, et surtout les leaders religieux et communautaires dans des actions de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation.

5.2.10. Propositions des adolescents et jeunes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services SSR

Les jeunes interrogés à Bouaké ont formulé plusieurs propositions, parmi lesquelles :

- améliorer l'accueil et le respect des jeunes (64,3 %),
- mieux communiquer (55,6 %),
- renforcer l'éducation scolaire sur la SSR (45,1 %),
- sensibiliser les parents et leaders (39,9 %),
- et protéger la confidentialité (30,8 %).

Ces priorités reflètent les principaux obstacles identifiés : manque d'information de qualité, insuffisance d'adaptation des services aux besoins spécifiques des jeunes, et stigmatisation socioculturelle.

Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres contextes africains. Au Ghana, les adolescents insistent sur la nécessité d'une confidentialité garantie et d'un accueil non jugeant pour fréquenter les services **(13, 14)**. En Guinée et en Gambie, les jeunes demandent également une meilleure communication avec les prestataires et l'intégration de services SSR dans les écoles **(6, 7)**. En Afrique centrale et orientale, plusieurs études insistent sur l'importance d'établir des services "youth-friendly" (services amis des jeunes) avec des horaires adaptés, un personnel formé et une confidentialité stricte **(12, 21)**. En Zambie, les jeunes femmes mentionnent que l'accueil négatif et le manque de respect du personnel constituent les principales barrières **(21)**.

Ces convergences indiquent que les solutions proposées par les jeunes de Bouaké rejoignent largement les recommandations internationales. Elles soulignent la nécessité d'adopter une approche intégrée combinant :

- Réformes institutionnelles (services adaptés, formation du personnel),
- Interventions éducatives (CSE, campagnes multimédias),
- Actions communautaires (sensibilisation des parents et leaders).

5.2.11. Facteurs associés à l'utilisation des services de SSR

L'analyse bivariable a montré que plusieurs facteurs augmentaient significativement l'utilisation des services SSR :

- âge ≥ 19 ans (OR = 1,96 ; p = 0,004),

- avoir un(e) partenaire sexuel(le) (OR = 1,92 ; $p < 0,001$),
- être sexuellement actif (OR = 2,78 ; $p < 0,001$),
- avoir une bonne/moyenne connaissance de la SSR (OR = 4,15 ; $p < 0,001$),
- savoir où trouver les services (OR = 5,34 ; $p < 0,001$),
- considérer l'accès comme culturellement acceptable (OR = 2,19 ; $p = 0,001$),
- bénéficier du soutien parental (OR = 1,82 ; $p = 0,01$).

Ces résultats confirment que l'utilisation des services SSR est influencée par des facteurs individuels (âge, activité sexuelle, connaissances), mais aussi sociaux (perceptions culturelles, soutien familial) et institutionnels (localisation des services).

Des tendances similaires ont été documentées par divers auteurs.

En Éthiopie, Belay et al. **(4)** et Feleke et al. **(35)** ont montré que l'âge le plus élevé, le niveau scolaire et la connaissance des services multiplient les chances de recours. Au Rwanda, Nyirarukundo et al. **(12)** observent que la perception positive de l'acceptabilité sociale et la discussion avec les parents sont des déterminants majeurs. En Guinée et au Nigeria, le soutien parental et la réduction de la stigmatisation apparaissent comme des leviers puissants pour favoriser l'utilisation **(6,18)**.

À l'inverse, la peur d'être jugé, la perception négative de la fréquentation des services et l'absence de soutien familial réduisent significativement l'utilisation, ce qui est cohérent avec les études menées en Zambie et en Afrique du Sud **(21, 38)**. Ces résultats confirment que l'augmentation de l'utilisation des services SSR à Bouaké nécessite des interventions multifactorielles, ciblant à la fois les connaissances des jeunes, leur environnement familial et communautaire, et l'adaptation des services de santé.

6. Conclusion

L'étude confirme que les jeunes de Bouaké disposent d'une accessibilité matérielle relativement bonne aux services SSR, mais que leur utilisation reste freinée par des barrières éducatives, culturelles et sociales. En s'alignant sur les recommandations de la littérature africaine et internationale, la Côte d'Ivoire gagnerait à adopter une approche intégrée combinant éducation, adaptation des services, implication communautaire et amélioration de la qualité de l'offre. De futures recherches devraient explorer la situation en milieu rural et chez les jeunes non scolarisés, afin de compléter la compréhension des besoins et d'adapter les interventions à l'ensemble des adolescents et jeunes du pays.

7. Recommandations pratiques

Au ministère de la santé, au ministère de l'éducation, à Save The Children et aux ONG travaillant sur la SSR :

Renforcer l'éducation et la communication sur la SSR

- Introduire une éducation complète à la sexualité (ESC) dans les établissements secondaires et universitaires, adaptée au contexte culturel ivoirien, en abordant le genre, les droits, la contraception, les IST/VIH et la prévention des grossesses précoces.
- Développer des campagnes multimédias (radio, réseaux sociaux, affiches) pour corriger les idées reçues, notamment sur la contraception, le VIH et les IST. Ces campagnes peuvent se faire via des vidéos sur YouTube.
- Former les enseignants, éducateurs et les pairs-éducateurs à diffuser des messages interactifs, participatifs et non stigmatisants, notamment en utilisant les réseaux sociaux.

Adapter et renforcer l'offre de services SSR aux jeunes

- Mettre en place ou améliorer des services « amis des jeunes » "youth-friendly" dans les centres de santé : horaires flexibles et adaptés, confidentialité, accueil bienveillant, personnel spécifiquement formé.
- Créer des espaces jeunes dédiés dans les structures de santé et/ou dans les quartiers pour faciliter l'accès aux conseils et services.
- Intégrer systématiquement les services SSR dans les structures scolaires et universitaires.

Réduire les freins socio-culturels

- Organiser des sessions de sensibilisation pour les parents, enseignants, leaders religieux et acteurs communautaires afin de réduire la stigmatisation et promouvoir une vision positive de la SSR.

- Mettre en place des dialogues communautaires intergénérationnels pour renforcer la communication entre parents et adolescents.
- Promouvoir des témoignages de pairs valorisant l'utilisation des services SSR comme un comportement responsable.

☐ ***Améliorer la qualité et la diversité des services***

- Former le personnel soignant à l'accueil, la communication bienveillante, la confidentialité et à la prise en charge holistique des besoins des jeunes.
- Diversifier l'offre de services pour inclure le suivi de grossesse, les soins post-avortement sécurisés, la prévention et prise en charge des violences basées sur le genre (VBG).
- Assurer la gratuité ou la subvention des préservatifs et autres méthodes contraceptives.

☐ ***Renforcer l'accessibilité***

- Développer des points de service mobiles ou de proximité dans les zones éloignées et les quartiers défavorisés.
- Établir des partenariats avec les ONG et associations locales pour la diffusion d'information et la distribution de moyens de prévention (préservatifs, contraceptifs).
- Exploiter les outils numériques et les réseaux sociaux comme relais d'information et de services à distance (téléconseils, e-santé).

Références bibliographiques

1. Izugbara, C.O., Wekesah, F.M., Amo-Adjei, J., Kabiru, C.W., Tsala Dimbuene, Z.T., & Emina, J. (2017). Young People in West and Central Africa: Health, Demographic, Education, and Socioeconomic Indicators. African Population and Health Research Center (APHRC), Nairobi, Kenya. Technical Report · November 2017.
2. Enquête Démographique et de Santé 2021 Cote d'Ivoire
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf>
3. Luchuo Engelbert Bain, Hubert Amu, Elvis Enowbeyang Tarkang. Barriers and motivators of contraceptive use among young people in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative studies. PLoS One 2021 Jun 4;16(6):e0252745. doi: [10.1371/journal.pone.0252745](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252745)
4. Belay HG, Arage G, Degu A, et al. Youth-friendly sexual and reproductive health services utilization and its determinants in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2021;7(12): e08526.
5. James Tetteh-Boawolor Ehiawey, Adom Manu, Emefa Modey, Deda Ogum, Edgar Atuhaire and Kwasi Torpey. Utilisation of Reproductive Health Services among Adolescents in Ghana: Analysis of the 2007 and 2017 Ghana Maternal Health Surveys. Int. J. Environ. Res. Public Health 2024, 21, 526.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21050526>
6. Diallo T et al. Barriers to Contraceptive Use Among Urban Adolescents and Youth in Conakry, in 2019, Guinea. Reprod Health. 2022;19
7. Binta Jallow, Olutosin Alaba Awolude, Haddy Tunkara Bah, Million Teklay Solomon, Iacane Bampoque, Ines Nshimirimana. Adolescents' knowledge and perceptions of sexual and reproductive health rights and access to services in the Greater Banjul Area, the Gambia. Pan African Medical Journal. 2025;51(2).
10.11604/pamj.2025.51.2.47467.
<https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/51/2/full>
8. Fidèle Mbadu Muanda, Ndongo Parfait Gahungu, Francine Wood and Jane T. Bertrand. Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. Reproductive Health (2018) 15:74
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0517-4>
9. Aklilu Habte and Samuel Dessu. The uptake of key elements of sexual and reproductive health services and its predictors among rural adolescents in Southern

- Ethiopia, 2020: application of a Poisson regression analysis. *Reproductive Health* 2023, 20:15 <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01562-7>
10. Mat Lowe, Phebian Ina Grant Sagnia, Olusegun Awolaran, Yves Armand Médessi Mongbo. Sexual and reproductive health of adolescents and young people in the Gambia: a systematic review. *Pan African Medical Journal*. 2021;40(221). 10.11604/pamj.2021.40.221.25774
<https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/40/221/full>
 11. Michael Habtu, Erigene Rutayisire, Simonie Nisengwe, Solange Nikwigize Domina Asingizwe, Naa Doodoo, Theoneste Ntakirutimana. Challenges to Accessing and Utilizing Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Services in Rwanda. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2025;18 3951–3965
 12. Julienne Nyirarukundo, Venuste Musugire, Boniface Nsengiyumva, Joella Mukashyaka and Zephania Nzeyimana. Knowledge, attitudes, and factors associated with the utilization of youth-friendly sexual and reproductive health services among teenagers and young adults in Kigali City, Rwanda. *BMC Public Health* (2025) 25:2261
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-23507-4>.
 13. Clare Westerman, Margaret Gyapong, Evelyn K. Ansah, Desmond Klu, Matilda Aberese-Ako and Maxwell A. Dalaba. Predictors of sexual and reproductive health knowledge and utilization of services among adolescents in Ghana's Adaklu district. *Ghana Med J* 2024; 58(1): 60-72 doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v58i1.9>
 14. Desmond Klu, Percival Agordoh, Charles Azagba, Evelyn Acquah, Phidelia Doegah, Anthony Ofosu, Evelyn Korkor Ansah and Margaret Gyapong. Determinants of communication on sexual issues between adolescents and their parents in the Adaklu district of the Volta region, Ghana: a multinomial logistic regression analysis. *Reproductive Health* 2022, 19:101 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01402-0>
 15. Desmond Klu, Margaret Gyapong, Percival Delali Agordoh, Charles Azagba, Evelyn Acquah, Phidelia Doegah, Anthony Ofosu and Evelyn Korkor Ansah. Adolescent perception of sexual and reproductive health rights and access to reproductive health information and services in Adaklu district of the Volta Region, Ghana. *BMC Health Services Research* 2023, 23:1456 <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10447-1>
 16. Agyei FB, Kaura DK, Bell JD. Exploring the culturally sensitive sexual and reproductive health information communication skill needs of parents in Ghana. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2023;15(1), a4101. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.4101>

17. Agyei FB, Kaura DK, Bell JD. Perspectives of parents and adolescents on sexual and reproductive health information communication in Ghana. *J Public Health Africa*. 2025;16(1), a845. <https://doi.org/10.4102/jphia.v16i1.845>
18. Uchenna Ezenwaka, Chinyere Mbachu, Nkoli Ezumah, Irene Eze, Chibuike Agu, Ifunanya Agu and Obinna Onwujekwe. Exploring factors constraining utilization of contraceptive services among adolescents in Southeast Nigeria: an application of the socio-ecological model. *BMC Public Health* (2020) 20:1162
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09276-2>
19. Dorcas Akila, Oluwasegun Akinola, Olukunle Omotoso, Saori Ohkubo, Adewale Adefila, Philemon Yohanna, Nwannel kodiya Kalu, Adebisola Oyeyemi, Olubunmi Ojelade, Aisha Waziri, Winifred Kwaknat, Olusola Solanke, Bernard Emonena, Oluwafemi Rotimi, Lisa Mwaikambo, Victor Igharo, Lekan Ajijola, Krishna Bose. Improving Contraceptive Service Quality and Accessibility for Adolescents and Youth Through Proprietary Patent Medicine Vendors in Four Nigerian States. *Glob Health Sci Pract*. 2024;12(Suppl 2):e2200225. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D 22-00225>
20. Alice Ngoma Hazemba, Malizgani Paul Chavula, Noah Sichula, Adam Silumbwe, Oliver Mweemba, Mable Mweemba, Matildah Kakungu Simpungwe, Henry Phiri, Chowa Tembo Kasengele, Hikabasa Halwiindi, Margarate N. Munakampe and Joseph Mumba Zulu. Exploring the barriers, facilitators, and opportunities to enhance uptake of sexual and reproductive health, HIV and GBV services among adolescents girls and young women in Zambia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2024, 24:2191
<https://doi.org/10.1186/s12889 024 19663 8>
21. Demeke F, Yohannes T, Abera N, et al. Youth-friendly services utilization and associated factors among school youths in North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia: A mixed-method study. *SAGE Open Med*. 2022;10:
DOI: [10.1177/20503121221112025](https://doi.org/10.1177/20503121221112025)
22. Birhane T et al. Barriers to contraceptive use among secondary school adolescents in Gedeo zone, South Ethiopia: a formative qualitative study. *BMC Womens Health*. 2023.
23. Temesgen Tilahun, Tariku Tesfaye Bekuma, Motuma Getachew and Assefa Seme. Assessment of access and utilization of adolescent and youth sexual and reproductive health services in western Ethiopia. *Reprod Health* 2021, 18:85
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01136-5>

24. Daniel Bekele Wakjira, Debbie Habedi. Barriers to access and utilisation of sexual and reproductive health services among adolescents in Ethiopia: a sequential mixed-methods study. *BMJ Open* 2022;12:e063294. doi:10.1136/bmjopen-2022-063294
25. Wakgari Binu, Taklu Marama, Mulusew Gerbaba and Melese Sinaga. Sexual and reproductive health services utilization and associated factors among secondary school students in Nekemte town, Ethiopia. *Reproductive Health* (2018) 15:64 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0501-z>
26. Chaltu Abdurahman, Lemessa Oljira, Saba Hailu and Melkamu Merid Mengesha. Sexual and reproductive health services utilization and associated factors among adolescents attending secondary schools. *Reproductive Health* <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01468-w>
27. Delie AM, Adal O, Tareke AA, Ketema Bogale E, Anagaw TF, Tiruneh MG, Fenta ET and Endeshaw D (2024) Sexual and reproductive health service utilization and associated factors among high school students in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Front. Reprod. Health* 6:1361662. doi: 10.3389/frph.2024.1361662
28. Wassie Negash, Muluken Dessalegn, Berhanu Yitayew, Mohammed Demsie, Maereg Wagnew, Josephat Nyagero. Reproductive health service utilization and associated factors: the case of north Shewa zone youth, Amhara region, Ethiopia. *The Pan African Medical Journal*. 2016;25 (Supp 2):3 <http://www.panafrican-med-journal.com/content/series/25/2/3/full>
29. Negussie Boti Sidamo, Amene Abebe Kerbo, Kassa Daka Gidebo, Yohannes Dibaba Wado. Socio-Ecological Analysis of Barriers to Access and Utilization of Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review. *Open Access Journal of Contraception* 2023;14 103–118
30. Aklilu Habte, Samuel Dessu, Biruk Bogale and Lire Lemma. Disparities in sexual and reproductive health services utilization among urban and rural adolescents in southern Ethiopia, 2020: a comparative cross-sectional study. *BMC Public Health* 2022, 22:203 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12634-x>
31. Julie M Buser, Edward Kumakech, Ella August, Gurpreet K Rana, Rachel Gray, Anna Grace Auma, Faelan E Jacobson-Davies, Tamrat Endale, Pebalo Francis Pebolo and Yolanda R Smith. A scoping review of qualitative studies on sexual and reproductive health and rights in Uganda: Exploring factors at multiple levels. *Women's Health* Volume 20: 1 –18. DOI:10.1177/17455057241285193
32. Kunda Chilambe, Chama Mulubwa, Joseph Mumba Zulu¹ and Malizgani Paul Chavula. Experiences of teachers and community based health workers in addressing

adolescents' sexual reproductive health and rights problems in rural health systems: a case of the RISE project in Zambia. BMC Public Health 2023, 23:335
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15199-5>

33. Bernadette Hensen Lucheka Sigande, Sian Floyd, Mwelwa M. Phiri, Melvin Simuyaba, AbSchaap, Lawrence Mwenge, Louis Mwape, Sarah Fidler, Richard Hayes, Rosemary Zulu-Phiri, Musonda Simwinga, Helen Ayles. The impact of community-based, peer-led sexual and reproductive health services on knowledge of HIV status among adolescents and young people aged 15 to 24 in Lusaka, Zambia: The Yathu Yathu cluster-randomised trial. PLoS Med 2023, 20(4): e1004203.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004203>
34. Mwelwa M. Phiri, Bernadette Hensen, Lucheka M. Sigande, Sian Floyd, Albertus J. Schaap, Melvin Simuyaba, Lawrence Mwenge, Rosemary Zulu-Phiri, Louis Mwape, Sarah Fidler, Musonda Simwinga, Richard Hayes, Helen M. Ayle. Factors associated with use of community-based, peer-led sexual and reproductive health services by adolescent boys and young men aged 18–24 in Lusaka, Zambia: A case control study nested in the Yathu Yathu trial. PLOS Global Public Health 2023, 3(11): e0002446.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002446>
35. Senafikish Amsalu Feleke, Digsu Negese Koye, Amsalu Feleke Demssie and Zelalem Birhanu Mengesha. Reproductive health service utilization and associated factors among adolescents (15–19 years old) in Gondar town, Northwest Ethiopia. BMC Health Services Research 2013, 13:294
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/294>
36. Alethea Desrosiers, Theresa Betancourt, Yasmine Kergoat, Chiara Servilli, Lale Say and Loulou Kobeissi. A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and middle-income country settings. BMC Public Health (2020) 20:666 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08818-y>
37. Belay HG, Arage G, et al. Utilization of youth friendly services and associated factors among youth in Harar town, east Ethiopia: a mixed method study. BMC Health Serv Res. 2016;16:...
38. Mathabela, B.; Madiba, S.; Modjadji, P. Exploring Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Services among Adolescents and Young People with Physical Disabilities in South Africa. Int. J. Environ. Res. Public Health 2024, 21, 199.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21020199>

Liste des figures

<i>Figure 1 : Modèle d'analyse de l'accès et de l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes</i>	16
<i>Figure 2 : Carte de la Côte d'Ivoire (Source : Internet)</i>	17
<i>Figure 3 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur statut matrimonial</i>	24
<i>Figure 4 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon statut d'indépendance</i>	24
<i>Figure 5 : Lieux où les adolescents-jeunes scolarisés ont déjà entendu parler de SSR</i>	28

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Répartition des adolescents et jeunes selon la religion et le niveau de scolarisation</i>	23
<i>Tableau 2 : Répartition des adolescents et jeunes selon la distance de leur habitation par rapport à leur établissement et leur principal moyen de transport</i>	25
<i>Tableau 3 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon la profession de leurs parents</i>	26
<i>Tableau 4 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur connaissance de la santé sexuelle et reproductive</i>	27
<i>Tableau 5 : Répartition des adolescents et jeunes enquêtés selon leur connaissance de l'offre en SSR</i>	28
<i>Tableau 6 : Accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké</i>	29
<i>Tableau 7 : Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké</i>	30
<i>Tableau 8 : Perception des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes à Bouaké</i>	31
<i>Tableau 9 : Propositions des adolescents et jeunes pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR à Bouaké</i>	33
<i>Tableau 10 : Facteurs associés à l'utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et jeunes</i>	34

Annexes

Annexe 1 : Fiche de collecte des données

N°	Questions/Informations	Modalités	Réponse
0.	Etes-vous d'accord de participer à cette enquête ?	Oui=1 Non=2	
1.	Date de l'enquête	Date	/__/_/2025/
2.	Code unique du questionnaire	Code unique	/__/_/
3.	Code de l'enquêteur	Code enquêteur	/__/_/
4.	Informations sur l'établissement		
4.1.	Nom de l'établissement ou code établissement	Code établissement	/__/_/
4.2.	Type Etablissement	Public=1 Privé=2	/__/_/
4.3.	Configuration de l'établissement	Mixte=1 Filles=2 Garçons=3	/__/_/
5.	Caractéristiques de l'élève		
5.1.	Age en années révolues	Age en années	/__/_/ans
5.2.	Sexe	Masculin = 1 Féminin =2	/__/_/
5.3.	Religion	Musulman =1 Chrétien (Catholique/Protestant) =2 Animiste =3 Sana religion =4	/__/_/
5.4.	Niveau de scolarisation	6 ^{ème} =1 5 ^{ème} =2 4 ^{ème} =3 3 ^{ème} =4 2 ^{end} =5 1 ^{ère} =6 7 ^{ème} =7	/__/_/
5.5.	Statut matrimonial	Célibataire = 1 En couple = 2	/__/_/
5.6.	Avec qui résidez-vous à Bouaké ?	Parents=1 ; Tuteurs= 2 ; Seul=3	/__/_/
5.7.	A quelle distance résidez-vous de l'établissement	Moins de 5km=1, 6-15km=2, 16-30km=3 ; plus de 30mk=4	/__/_/
5.8.	Quel moyen de transport utilisé pour y accéder	A pied =1, vélo/moto=2, voiture=3, bus=4	/__/_/
5.9.	Profession de votre père	Agriculteur / Éleveur / Pêcheur Commerçant(e) / Vendeur(se) Artisan / Ouvrier / Conducteur (taxi, Bus, Remorque) Fonctionnaire / Agent de l'État Employé(e) du secteur privé Cadre / Profession libérale (avocat, médecin) Sans emploi / Chômeur Retraité(e)	/__/_/
5.10.	Profession de votre mère	Agriculteur / Éleveur / Pêcheur Commerçant(e) / Vendeur(se) Artisan / Ouvrier / Conducteur (taxi, Bus, Remorque) Fonctionnaire / Agent de l'État Employé(e) du secteur privé Cadre / Profession libérale (avocat, médecin) Sans emploi / Chômeur Ménagère / Femme au foyer Retraité(e)	/__/_/

5.11	Recevez-vous régulièrement de l'argent de poche ?	Oui=1 non=2	/___/
6.	Expériences sexuelles (Vie sexuelle)		
6.1.	Avez-vous un petit ami/une petite amie ?	Oui=1 non=2	/___/
6.2.	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels	Oui=1 non=2	/___/
6.3.	Si oui A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels	Age premiers rapports sexuels	/___/ans
7.	Connaissances et informations sur SSR		
7.1.	Avez-vous déjà entendu parler de la santé sexuelle et reproductive ?	Oui=1 non=2	/___/
7.2.	Si oui, où avez-vous entendu parler de santé de la reproduction ? (Plusieurs réponses possibles)	A l'école (en classe) Dans une formation sanitaire ONG/Association Dans les médias (TV, journal) A la maison Dans la rue (amis) Sur internet/Réseaux sociaux	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.3.	Savez-vous ce que c'est que la santé sexuelle et reproductive ?	Oui=1 non=2	/___/
7.4.	De quoi s'agit-il selon vous (Bonne réponse = « être bien informé et en bonne santé pour tout ce qui concerne le corps, la sexualité et la reproduction : pour faire des choix responsables, se protéger contre les maladies liées à la sexualité, éviter les grossesses non désirées, se soigner au besoin »	Bonne réponse =1 Réponse moyenne =2 Mauvaise réponse ou pas de réponse = 3	/___/
7.5.	Avez-vous déjà été sensibilisé sur la santé sexuelle et reproductive ??		/___/
7.6.	Connaissance des services de santé sexuelle et reproductive		
7.7.	Avez-vous déjà entendu parler des services de santé sexuelle et reproductive (ce qu'on peut avoir comme soins ou informations ou produits)?	Oui=1 non=2	/___/
7.8.	Si oui quel type de services SSR connaissiez-vous (plusieurs réponses possibles)	Contraception (éviter grossesse) Dépistage et soins IST Dépistage du VIH Suivi de la grossesse Suivi des soins après avortement	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.9.	Savez-vous où se trouvent des services de santé sexuelle et reproductive (ce qu'on peut avoir comme soins ou informations ou produits) dans la localité (à Bouaké)?	Oui=1 non=2	/___/

7.10 .	Si oui citer un endroit	Centre de santé Hôpital Espace ou centre jeune Pharmacie Services de santé scolaire ONG/Association	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.11 .	A quel distance (combien de km) vivez de l'endroit le plus proche où vous pouvez recevoir des services de SSR ?	Moins de 5km=1, 6-15km=2, 16-30km=3 ; plus de 30mk=4	/___/
7..1 2.	Avez-vous déjà fréquenté (avoir recours=être aller) un endroit où recevoir des services de SSR ?	Oui=1 non=2	/___/
7.13 .	Si oui lequel ? (Plusieurs réponses possibles)	Centre de santé Hôpital Espace ou centre jeune Pharmacie Services de santé scolaire ONG/Association	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.14 .	Pour quelle raison avez-vous déjà utiliser les services de SSR (type de services SSR utilisés)	Contraception (éviter grossesse) Dépistage et soins IST Dépistage du VIH Suivi de la grossesse Suivi des soins après avortement	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.15 .	A quelle fréquence utilisation les services SSR	Une seule fois =1 Régulièrement (plusieurs fois par mois) = 2 Occasionnelle (une fois par trimestre) =3	/___/
7.16 .	Culturellement (dans votre culture) pouvez-vous fréquenter les services de SSR ?	Oui=1 non=2	/___/
7.17	Du point de vue de votre religion pouvez-vous fréquenter les services de SSR ?	Oui=1 non=2	/___/
7.18	Comment percevez (estimez-vous) la disponibilité des endroits où vous pouvez avoir des services SSR (ce qu'on peut avoir comme soins ou informations ou produits) (nombre) ?	Très bonne disponibilité (beaucoup d'endroits) =1 Disponibilité moyenne (peu d'endroits)=2 Très faible disponibilité (très peu d'endroits)=3	/___/
7.19 .	Comment percevez (estimez-vous) la disponibilité des services ce qu'on peut avoir comme soins ou informations ou produits) SSR dans les endroits où on les trouve (nombre, types d'offre) ?	Très bonne disponibilité (beaucoup d'endroits) =1 Disponibilité moyenne (peu d'endroits)=2 Très faible disponibilité (très peu d'endroits)=3	/___/
7.20 .	Comment percevez (estimez-vous) la qualité des services SSR (accueil, confidentialité)	Très bonne qualité (beaucoup d'endroits) =1 Qualité moyenne (peu d'endroits)=2 Très faible qualité (très peu d'endroits)=3	/___/

7.21 .	Comment percevez (estimez-vous) le coût des services SSR ?	Gratuit =1 Acceptable (je peux payer) =2 Elevé (je ne peux pas payer) = 3	/___/
7.22 .	Quel est votre perception de la sexualité ? (plusieurs réponses possible)	C'est normal et naturel C'est un sujet tabou C'est interdit à mon âge C'est interdit avant le mariage Je ne sais pas / Je ne me prononce pas	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.23 .	Comment juger vous ceux et celles qui fréquentent les services de SSR	Très positivement (car responsables et informés) Plutôt positivement (car soin d'eux-mêmes) Neutre / Je ne sais pas Plutôt négativement (car ne sont pas sérieux) Très négativement (sont dévergondés)	/___/
7.24	Comment les gens (parents/leaders religieux) jugent ceux et celles qui fréquentent les services de SSR	Ils les soutiennent Ils les trouvent responsables Ils restent neutres (ne disent rien) Ils les critiquent Ils les rejettent ou les considèrent comme dévergondés	/___/
7.24 .	Avez-vous peur de fréquenter un endroit pour bénéficier de services de SSR par crainte d'être mal jugé (être jugé comme dévergondé, pas sérieux ou sérieuse) ?	Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Énormément	/___/ /___/ /___/ /___/ /___/
7.25 .	Pensez-vous que ceux ou celles qui fréquentent les services de SSR sont des filles ou garçons de moralité douteuse ?	Oui=1 non=2	/___/
7.26	Vos parents vous soutiennent-ils ou vous encouragent-ils à utiliser les services de SSR ?	Oui=1 non=2	/___/
7.27	Connaissez-vous des associations qui vous soutiennent-ils ou vous encouragent-ils à utiliser les services de SSR ?	Oui=1 non=2	/___/
7.28	Utilisez-vous internet, et les réseaux sociaux pour vous informer sur la sexualité, les IST et la contraception	Oui=1 non=2	/___/

7.29	Que faudrait-il changer pour faciliter l'accès et l'utilisation aux services SSR par les ado-jeunes ? Plusieurs réponses possibles	Améliorer l'accueil et le respect des ado-jeunes /__/ Mieux communiquer avec les ado-jeunes /__/ Réduire le coût des services de SSR /__/ Créer des services SSR spécialement pour les jeunes /__/ Offrir plus d'informations à l'école (en classe) sur la SSR /__/ Protéger la confidentialité et la vie privée des jeunes lors des soins /__/ Sensibiliser les parents et les leaders sur la SSR /__/ Lutter contre les jugements et les stigmatisations Rapprocher les services SSR (dans les écoles, quartiers, etc.) Rendre gratuit les préservatifs et autres moyens de contraception
------	--	--

