



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Facteurs déterminants la santé sexuelle et reproductive des adolescents  
ruraux haïtiens. Une étude de cas à Fond-des-Blancs.**

présenté par

**Marie N. Esther DESTIL**

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

Département Santé

Spécialité Santé internationale

le 15 Avril 2013

Devant le jury composé de :

**Docteur Christian MENGINE**

Directeur du département Santé - Université Senghor  
d'Alexandrie

Président

**Docteur Marc STEBEN**

Professeur de clinique - Médecine sociale et préventive -  
Obstétrique gynécologie - Faculté de médecine – Université  
de Montréal.

Directeur et Examineur

**Professeur Anne-Marie Moulin**

Directeur de recherche au CNRS

Examineur



## Remerciements

Au terme de ce master en santé internationale, je tiens à présenter mes sincères remerciements:

- **Au Dr Marc STEBEN.** Cher docteur, le support que vous m'avez apporté au cours de cette étude pour l'obtention de ce master était inestimable. Malgré vos multiples occupations vous avez su m'encadrer de vos conseils critiques pour la réalisation de ce travail. Encore merci pour votre patience et votre disponibilité ;
- **Au Dr Christian MESENGE.** Mon cher directeur, bon nombre d'entre nous dirait que vous avez été plus qu'un père pour nous. Votre statut de directeur n'a pas entaché votre disponibilité. Vous avez toujours été à notre écoute malgré vos multiples occupations. Je ne saurais assez vous féliciter pour votre savoir faire. Je vous remercie pour votre précieux appui ;
- **Au Pr Anne-Marie MOULIN.** Merci chère madame pour le support apporter à la réalisation de ce mémoire de fin d'étude ;
- **Au Pr Jean-Daniel RAINHORN.** Cher professeur vous avez passé deux années à nous « déconstruire » pour pouvoir tirer le meilleur de nous. Je ne saurais assez vous remercier de nous avoir autant donné en termes de savoir. Vous nous incitez toujours à nous surpasser car vous avez toujours vu du potentiel chez nous bien que nous soyons loin d'être des « Marie Curie » ni des « Albert Einstein ». J'espère avoir encore la chance de bénéficier de votre savoir cher professeur ;
- **A l'ensemble du corps professoral de l'Université Senghor.** Des professeurs acharnés et compétents vous avez été. Vous avez assuré notre formation avec brio ou Ardeur, courage, rigueur et sens critique nous ont été inculqué avec professionnalisme;
- **A mes chers collègues de l'Institut national de santé publique du Québec.** Vous avez mis tout en œuvre pour me faire sentir entourer auprès de vous. Vous étiez toujours présents et à l'écoute. Un spécial remerciement à ma chère Virginie Boué, l'assistante dévouée, vous alliez efficacité, compétence et gentillesse. Je ne saurais assez vous remercier de m'avoir supporté pendant mon stage à l'INSPQ ;
- **Aux Docteurs Gilles LAMBERT et Jean-Yves FRAPPIER.** Seulement quelques heures en votre compagnie m'ont permis d'apprendre beaucoup de vos expériences. Je tenais à vous remercier pour votre inestimable disponibilité et vos conseils.

- **A ma famille et mes amis** qui m'ont supporté pendant mes études à l'Université Senghor et pendant mon stage professionnel à l'INSPQ de Montréal. Sans votre support rien n'aurait été possible. Vous avoir dans ma vie fut l'une des meilleures choses que le Seigneur m'aie pourvu. Soyez bénits;
- **Au Dr Miliane CLERMONT**, directrice adjointe de l'Hôpital Saint-Boniface de Fond-des-Blancs. Ma chère Dr Mimi, votre support était inestimable. L'amitié que vous m'avez témoigné pendant ce mois d'enquête de terrain dans une zone aussi isolée que Fond-des-Blancs m'a fait prendre conscience de la chance que j'avais d'avoir des personnes simples, généreuses, sans complexe comme vous sur ma route ;
- **Aux responsables de la section communale de Fond-des-Blancs**. Sans votre autorisation et votre participation, cette enquête n'aurait pas été possible.
- **Aux enquêtés**. Vous êtes le clou de ce travail. Sans votre participation sans condition mon enquête n'aurait pas été une réussite dans son ensemble. La confiance que vous avez manifestée envers moi et mes collègues ne sera pas trahie ;
- Et enfin à **tous ceux** qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'étude. Sachez que je vous en suis très reconnaissante.

## Dédicaces

Sans le support affectif, psychologique de certaines personnes, la vie n'aurait eu aucun sens. C'est dans cette optique que ce document élaboré avec acharnement pour exposer la réalité d'un problème dans mon pays, vous est dédié afin de montrer toute la contribution que vous y avez apporté soit directement ou indirectement à sa réalisation.

- A ma défunte mère **Marie Louisianie CANGER**. Ma chère maman, rien ne saurait remplacer ou se substituer à l'amour que tu as manifesté envers moi. Tu as tant souffert dans ta vie mais pour nous tu es restée si forte jusqu'au dernier moment. Merci pour tes sacrifices. Que Dieu te garde!
- A mes sœurs et frère, **Véronique, Anne-Marie, Francise et Chalmers DESTIL**. Avoir grandi auprès de vous fut pour moi la meilleure chose dont une adolescente de mon époque avait besoin pour s'épanouir pleinement et avancer en conquérante. Quelle chance j'ai eu de vous avoir! Je vous aime tellement!
- A **Andrea STOMBERG**. Ma très chère amie, des milliers de kilomètres nous sépare pourtant tu es tellement présente dans ma vie que seule un ange gardien peut l'être ainsi. Tu es quelqu'un d'unique en ton genre. Je bénis le ciel de t'avoir mis sur ma route.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **ACDI** : Agence Canadienne de Développement International
- **APAAC** : Association pour la Prévention de l'alcoolisme et autres Accoutumance Chimiques
- **BM**: Banque Mondiale
- **CAC**: Connaissances, Attitudes et Comportements
- **CASEC** : Conseil d'administration des sections communales
- **CIPD**: Conférence internationale sur la Population et le Développement
- **CIPD+5** : Examen quinquennal de la CIPD
- **CMMB** : Catholic Medical Mission Board
- **CRS** : Catholic Relief Service
- **EMMUS**: Enquête sur la Morbidité, Mortalité et l'Utilisation des Services
- **FHI**: Family Health International
- **FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- **FOSREF**: Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale
- **GND**: Grossesse Non Désirée
- **IEC**: Information, Education et Communication
- **IHE** : Institut Haïtien de l'Enfance
- **IHSI**: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
- **INSPQ** : Institut national de santé publique du Québec
- **IST**: infections sexuellement transmissible
- **IVG**: Interruption Volontaire de Grossesse
- **MSP**: Ministère de la Santé Publique et de la Population
- **OMS**: Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non gouvernementale
- **ONU**: Organisation des Nations-Unies
- **ONUSIDA**: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- **PEPFAR**: President's emergency Plan for AIDS relief (plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida à l'étranger)
- **PF**: Planification familiale
- **PNUD** : Programme des nations-unies pour le développement
- **PVIH**: Personne Vivant avec le VIH
- **RGPH**: Recensement général de la population et de l'habitat
- **SIDA**: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- **SSM**: Statistique Sanitaire Mondiale

- **SSR** : Santé Sexuelle et Reproductive
- **UNGASS**: United Nations General Assembly Special Session (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida)
- **UNICEF**: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations- Unies pour l'Enfance)
- **USAID** : United States Agency for International Development (Agence des Nations-Unis pour le Développement International)
- **VIH**: Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **VS**: Violence Sexuelle

## **Résumé**

### **Introduction**

La santé sexuelle et reproductive des adolescents est une priorité de santé publique telle que reconnue à la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui a eu lieu au Caire en 1994. Pourtant les risques de contracter une infection sexuellement transmissible (IST), le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et une grossesse précoce par les adolescents restent toujours élever malgré de nombreuses activités de sensibilisation réalisées en Haïti. Les indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR) restent alarmants malgré l'adoption d'une politique nationale de santé des jeunes et des adolescents par le gouvernement haïtien en 2001. Les données montrent que les adolescents du milieu rural sont au cœur même de cette problématique de santé. Bien des études ont été réalisées sur la jeunesse et montraient la situation sanitaire des jeunes d'une manière générale. Par contre, aucune étude n'a été faite pour rechercher les facteurs qui empêchaient une amélioration de la SSR des adolescents en milieu rural haïtien. L'adoption de comportement sexuel à risque est à la base des problèmes liés à la sexualité. Ainsi cette étude a tenté d'établir le lien entre l'adoption de comportement sexuel à risque par les adolescents de 15 à 19 ans et le milieu rural en recherchant les déterminants qui sont à la base de cette problématique de santé.

### **Matériels et méthode**

Il s'agissait d'une enquête transversale et descriptive qui avait pour but de déterminer les facteurs qui influencent le comportement sexuel des adolescents ruraux de 15 à 19 ans. L'étude a été menée sur une population de 150 adolescents vivant dans la section communale de Fond-des-Blancs, une zone rurale du sud d'Haïti. Différents autres cibles ont été choisis et interrogés dans le cadre de cette enquête. Ils ont été interrogés dans 8 localités et dans deux institutions différentes. Les données recueillies ont été collectées, codées et traitées à partir du logiciel SPSS version 19. Les tableaux et figures ont été réalisés avec les logiciels Microsoft Word et Excel.

### **Résultats**

Dans l'échantillon composé de 150 adolescents, 100% ont entendu parler du VIH, 28,3% de la gonococcie, et 53,3% de la syphilis. Pourtant plus de la moitié des adolescents ne connaissaient pas les mécanismes de transmissions du VIH, son diagnostic et son traitement de même que pour les autres IST. En matière de contraception, 41,5% ont entendu parler de la contraception moderne dont 100% ont fait référence au condom masculin. Le préservatif était la contraception la plus utilisée (42%) par les adolescents tandis que plus de la moitié (51%) n'utilisaient aucune méthode. L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 11 ans [7 ; 15 ans] et 67% de l'échantillon avaient déjà eu un premier rapport sexuel dont 5% avant l'âge de 10 ans. Dans l'échantillon, 2% des adolescentes avaient déjà au moins un enfant tandis que chez les adolescents 2% affirmaient avoir provoqués des avortements. Les grossesses précoces étaient très fréquentes ainsi que les avortements clandestins. Des cas isolés de viol sur les filles sont également signalés. Les parents et les partenaires sexuels semblent être responsables de la plupart des avortements provoqués. Malgré cela, il n'existe aucun programme ni services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents dans la zone.

### **Conclusion**

L'information et la prévention sont les deux points clés à considérer pour pouvoir améliorer la SSR des adolescents. Ainsi, l'éducation sexuelle des adolescents ruraux haïtiens doivent être renforcé ainsi que l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents ruraux. Cela permettrait d'éviter les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées chez les adolescents ruraux haïtiens. D'où la nécessité de mettre en place un programme national de SSR visant les adolescents.

Mots clés : Adolescents, santé sexuelle et reproductive, IST/VIH, grossesses précoces, avortements, milieu rural, Haïti



## **Abstract**

### **Introduction**

Sexual and reproductive health of adolescents was recognized as public health priority in the International Conference on Population and Development held in Cairo in 1994. Yet the risk of contracting a sexually transmitted infection (STI), human immunodeficiency virus (HIV) and early pregnancy among adolescents are still rise despite numerous awareness activities carried out in Haiti. Indicators of sexual and reproductive health (SRH) remain alarming despite the adoption of a national health policy for youth and teens by the Haitian government in 2001. The data show that rural youth are at the heart of this health problem. Many studies have been done on youth and showed the health status of young people in general. By cons, no study has been done to find the factors that prevented improving adolescent SRH rural Haiti to. The adoption of risky sexual behavior is based on issues of sexuality. Thus, this study sought to establish the link between the adoption of risky sexual behavior among adolescents 15 to 19 years and the rural seeking the determinants that are the basis of this health problem.

### **Materials and methods**

This was a cross-sectional and descriptive study to identify the factors that influence the sexual behavior of rural adolescents 15 to 19 years. 150 adolescents living in the communal section of Fond-des-Blancs, a rural area in South Department of Haiti were included in the study. Various other targets were selected and interviewed as part of this investigation. They were interviewed in eight localities and two different institutions. The data were coded and analyzed using SPSS version 19.

### **Results**

In the sample of 150 adolescents, all the adolescents (100%) had heard of HIV, however, about half had heard of syphilis (53.3%) and 28.3% of gonorrhoea. More than half of teenagers didn't know the mechanisms of HIV transmission, diagnosis and treatment as well as other STIs. For contraception, 41,5% have heard of modern contraception, and 100% made reference to condoms. The condom was the most commonly form of contraception used (42%), while more than half (51%) used no form of contraception method. The average age at first sexual intercourse was 11 years old [7; 15] and 67% of the sample had had their first sexual intercourse, 5% before the age of 10. Early pregnancies and clandestine abortions were frequent. Among the females, 2% had at least one child while 2% said they had had an abortion. Isolated cases of rape of girls also reported. Parents and boyfriends seemed to be the driving force behind the abortions most of the time. Despite our findings, there were no longer any programs nor reproductive health services for adolescents in the area.

### **Conclusion**

Education and prevention are the two key methods to improve adolescent SRH in this population. The sexual education of rural adolescents in Haiti should be strengthened as well as access to services for sexual and reproductive health. These services would play a role in preventing sexually transmitted infections and unwanted pregnancies among adolescents rural Haiti. There is a clear need for the development of a national program for adolescents SSR.

Keywords: Adolescents, sexual and reproductive health, HIV / STIs, teenage pregnancies, abortions, rural, Haiti

## Définition opérationnelle des concepts utilisés

**Adolescence** : Selon l'OMS, l'adolescence est la période qui se situe entre 10 à 19 ans, c'est une période au cours de laquelle le sujet passe par des transformations majeures sur le plan physique et psychologique. Parallèlement, des modifications énormes se produisent aussi au niveau des interactions sociales et des relations de l'individu. (OMS, 2013)

**Attitude** : Elle peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus. (Allport, 1935)

**Avortement provoqué** : L'avortement provoqué se définit comme l'interruption effective de la grossesse avant que le fœtus ne devienne viable c'est-à-dire capable de survivre à l'extérieure du milieu maternel. (AMC, 1988)

**Comportement** : Le comportement se définit comme la manière d'agir et d'être les hommes, manifestations objectives de leur activité globale. (BLOCH H. et coll. 1994)

**Connaissance** : Elle se définit comme la maîtrise intellectuelle acquise par l'apprentissage, la recherche ou l'expérience. (Encarta, 2009)

**Contraception d'urgence** : Elle permet dans la plupart des cas d'éviter la grossesse lorsqu'elle est prise après un rapport sexuel. Elle peut être utilisée après un rapport non protégé, un échec de la contraception, un usage défectueux d'une méthode contraception ou en cas d'agression sexuelle. (OMS, 2012)

**Contraception** : La capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et le bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse. (OMS, 2013)

**Grossesse précoce** : On entend par grossesse précoce, toute grossesse qui survient avant 18 ans quand la jeune fille sort à peine de l'enfance ou est encore une enfant elle-même. Avec l'immaturation de ses organes reproducteurs, l'adolescente encoure de grand risque pouvant entraîner des conséquences néfastes sur sa santé.

**Planification familiale** : Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter la fécondité. Elle permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espace des naissances. (OMS, 2013)

**Santé sexuelle et reproductive** : C'est le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. (CIPD, 1994)

**Santé sexuelle** : La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. (OMS, 2013)

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>i</b>
<b>Dédicaces</b> .....	<b>iii</b>
<b>Liste des acronymes et abréviations utilisés</b> .....	<b>iv</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>vi</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vii</b>
<b>Définition opérationnelle des concepts utilisés</b> .....	<b>viii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Chapitre I : Problématique de la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents</b> .....	<b>5</b>
1.1 <i>Situation des adolescents dans le monde</i> .....	5
1.1.1 Risques liés aux grossesses précoces .....	5
1.1.2 Avortements.....	5
1.1.3 VIH/sida.....	6
1.1.4 Facteurs de risques liés au VIH chez les adolescents .....	7
1.1.5 Portrait des IST chez les adolescents .....	7
1.2 <i>Situation des adolescents en Haïti</i> .....	7
1.2.1 Présentation de la république d’Haïti.....	7
1.2.2 Sur le plan socio économique.....	8
1.2.3 Sur le plan de la fécondité.....	8
1.2.4 Les IST /VIH /sida chez les adolescents haïtiens .....	9
1.2.5 Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes en Haïti (2001) .....	10
1.3 <i>Justification de l’étude</i> .....	10
1.3.1 Question de recherche .....	11
1.3.2 Hypothèses de recherche .....	11
1.3.3 Objectif général.....	11
1.3.4 Objectifs spécifiques .....	12
<b>Chapitre II : Cadre théorique</b> .....	<b>13</b>
2.1 <i>Le comportement sexuel selon Freud</i> .....	13
2.2 <i>Les particularités de l’adolescence</i> .....	13
2.3 <i>Arguments de la situation socioéconomique dans l’adoption de comportement sexuel</i> .....	14
2.4 <i>Arguments portant le comportement sexuel à un symbole de résistance ou de compromis</i> .....	15
2.5 <i>Arguments des valeurs dans le choix d’un comportement sexuel</i> .....	16
<b>Chapitre III : Matériels et Méthodes</b> .....	<b>17</b>
3.1 <i>Champ de l’étude : Fond-des-Blancs</i> .....	17
3.1.1 Situation géographique de la section communale de Fond-des-blancs .....	17
3.1.2 Situation socioéconomique de la section communale de Fond-des-Blancs .....	18

3.2	<i>Cadre conceptuel de l'étude</i> .....	18
3.3	<i>Approche méthodologique de l'étude</i> .....	19
3.3.1	Type d'étude .....	19
3.3.2	Population de l'étude .....	19
3.3.3	Echantillonnage .....	20
3.3.4	Choix des enquêtés et Instruments d'enquête .....	20
3.3.5	Considérations éthiques .....	21
3.3.6	Autorisation d'enquête .....	21
3.3.7	Méthodes de collecte et d'analyse des données .....	22
<b>Chapitre IV : Résultats</b> .....		<b>23</b>
4.1	<i>Résultats des entretiens individuels avec les adolescents</i> .....	23
4.1.1	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	23
4.1.2	Synthèse des résultats sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	26
4.2	<i>Résultats sur les connaissances générales sur les IST et le VIH/sida</i> .....	27
4.2.1	Synthèse de résultats sur les connaissances sur les IST, le VIH, les autres IST .....	29
4.3	<i>Connaissances sur la contraception</i> .....	30
4.3.1	Synthèse des résultats sur la contraception .....	31
4.4	<i>Résultats des attitudes des enquêtés face aux IST/VIH/sida et à la sexualité</i> .....	31
4.4.1	Synthèse des résultats sur les attitudes des enquêtés face au IST/VIH/sida et à la sexualité .....	32
4.5	<i>Résultats sur les comportements sexuels des enquêtés</i> .....	32
4.5.1	Synthèse des résultats sur le comportement sexuel des adolescents .....	33
4.5.2	Grossesses et avortements .....	34
4.6	<i>Résultats des focus group</i> .....	34
4.6.1	Comportements sexuels des adolescents .....	34
4.6.2	Le premier rapport sexuel et le multi partenariat sexuel .....	34
4.6.3	Moyens de protection utilisés pendant les rapports sexuels et sources d'approvisionnement .....	35
4.6.4	Interventions des parents dans l'éducation sexuelle des adolescents .....	35
4.6.5	Relation intergénérationnelle et implication des parents .....	35
4.6.6	Grossesses précoces et avortements provoqués .....	36
4.6.7	Viol et délinquance .....	36
4.7	<i>Résultats des entretiens</i> .....	36
4.7.1	Entretien avec la responsable de l'institution 1 .....	36
4.7.2	Entretien avec la responsable de l'institution 2 .....	37
<b>Chapitre V : Discussion</b> .....		<b>39</b>
5.1	<i>Faible niveau de connaissances sur les IST/VIH et la contraception</i> .....	39
5.2	<i>Faible niveau socioéconomique des familles</i> .....	39
5.3	<i>Absence d'éducation sexuelle</i> .....	39
5.4	<i>Absence de promotion et d'utilisation de la contraception</i> .....	40
5.5	<i>Absence de structures et services de SSR destinés aux adolescents</i> .....	41
5.6	<i>Limites de l'étude et difficultés rencontrées</i> .....	41
5.6.1	Limites .....	41

5.6.2 Difficultés rencontrées.....	41
5.7 Conclusion.....	42
<b>Recommandations.....</b>	<b>44</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>46</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>50</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des Photos.....</b>	<b>51</b>
<b>Annexes I: Guide d'entretien semi structuré.....</b>	<b>52</b>
<b>Annexe II : Questionnaire de focus group des parents et des jeunes.....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe III : Guide d'entretien individuel.....</b>	<b>58</b>
<b>Annexe IV : Extrait de la « Déclaration de la Politique Nationale de santé des adolescents et des jeunes ».....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe V : Carte géographique de la section communale de Fonds-des Blancs.....</b>	<b>64</b>
<b>Annexe VI : Photos de la section communale de Fond-des-Blancs.....</b>	<b>65</b>

## Introduction

Les adolescents courent un risque majeur et immédiat de contracter une infection sexuellement transmissible, le VIH/sida ou encore une grossesse non désirées d'après certains auteurs (Stanley K.H, 2004 et Eaton DK et al, 2006). En effet, selon l'OMS 40% de toutes les nouvelles infections à VIH ont été recensé chez les adolescents ainsi que 11% des nouvelles naissances recensées en 2009. L'Afrique subsaharienne et des Caraïbes sont les régions les plus touchées. (McIntyre, 2007).

Par ailleurs, ce problème est tellement alarmant que deux des objectifs du millénaire pour le développement lui est consacré. Il s'agit donc du cinquième OMD qui vise à instaurer l'accès universel aux services de santé reproductive dont l'un des indicateurs est la fréquence des grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans et le sixième OMD qui vise l'interruption de la propagation du VIH dont certains indicateurs touchent particulièrement les adolescents et les jeunes notamment par la diminution de 25% le VIH chez les jeunes et la proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant une connaissance complète et correcte du VIH/sida. (OMS, 2009)

En dépit des efforts déployés en termes d'information et de sensibilisation, la SSR des adolescents reste encore une préoccupation dans ces régions. Haïti n'échappe malheureusement pas à cette situation. Avec une population dont plus de la moitié à moins de 20 ans dont 51% vit en milieu rural, les adolescents devraient être au cœur même des politiques publiques de SSR. (FNUAP Haïti, 2010). Mais les différents rapports publiés dans le pays montrent que malgré une inversion positive de la tendance, les indicateurs de SSR des adolescents restent toujours préoccupants et ceux vivant en milieu rural sont les plus concernés par ces problèmes. Aucune étude n'a pu expliquer pourquoi n'y-a-t-il aucune amélioration voire même une aggravation des problèmes de SSR des adolescents ruraux tels les grossesses précoces, d'avortements, d'IST et de VIH/sida.

Bien que le comportement sexuel à risque des adolescents soit à la base des problèmes de santé liés à la sexualité, il y a lieu de penser cependant qu'il existe d'autres facteurs pouvant l'influencer et empêcher une amélioration de la situation de SSR. De ce fait, cette étude a donc tenté de déterminer les facteurs déterminants du comportement sexuel à risque des adolescents ruraux haïtiens afin de mieux comprendre ce qui est à la base de ces problèmes de santé dans ces régions. De cette manière, les réponses apportées à notre questionnement permettront aux responsables de mettre en place les mesures appropriées afin d'assurer une amélioration de la situation de SSR des adolescents ruraux puis dans le pays.

Pour ce faire, ce travail a été subdivisé en cinq grands chapitres :

- Le chapitre I traite de la problématique liée à la SSR dans le monde et en Haïti, la question de recherche, les hypothèses ainsi que les objectifs de recherche.
- Le chapitre II présente le « cadre théorique » qui est une synthèse des écrits à propos de la problématique traitée dans le document.
- Le chapitre III des matériels et méthodes relate la méthodologie utilisée pour réaliser l'enquête;
- Le chapitre IV présente les résultats de l'étude ;
- Et le chapitre V lui-même est consacré à la discussion et à la conclusion.

## Chapitre I : Problématique de la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994, la santé sexuelle et reproductive a été réaffirmée comme étant une priorité de santé publique. Selon le principe 8 de la CIPD: « *Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité* » (CIPD, 1994).

En dépit de l'adoption de ces résolutions, la situation en matière de SSR des adolescents est encore préoccupante dans le monde. Ainsi, ce chapitre sera consacré à la présentation de la problématique de la SSR des adolescents dans le monde et particulièrement en Haïti.

### 1.1 Situation des adolescents dans le monde

Les adolescents représentent un cinquième (1/5) de la population mondiale soit 1.2 milliards d'individus ; 80% d'entre eux vivent dans les pays en développement où la situation sanitaire et économique y sont très précaires. Environ 11 % d'adolescents de 15 à 19 ans affirment avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et plus de 16 millions accouchent chaque année dans le monde, ce qui représente 11% du nombre total des naissances enregistrées. (UNICEF, 2011)

La plupart de ces grossesses soient 80 millions n'étaient pas désirées. Ce qui explique que chaque année plus de la moitié de ces GND aboutissent à des avortements provoqués (OMS, 2009). Cette situation n'est pas sans effet sur la mortalité materno-infantile observée dans le monde et plus particulièrement dans les pays où l'accès aux services de SSR est encore inaccessible aux adolescentes. L'Amérique latine et les Caraïbes sont les régions où la proportion d'adolescentes déclarant avoir eu un rapport sexuel pour la première fois avant l'âge de 15 ans est la plus élevée (22 %) (UNICEF, 2011).

#### 1.1.1 Risques liés aux grossesses précoces

D'après certains experts de la santé, plus une fille est jeune lorsqu'elle tombe enceinte plus sa santé est menacée. Ce que prouve une étude réalisée en Amérique latine qui a montré que les filles qui accouchent avant l'âge de 16 ans sont trois à quatre fois plus exposées à un décès maternel que les jeunes femmes d'une vingtaine d'années. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement figurent parmi les principales causes de décès des adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde. En outre, les rapports sexuels précoces se traduisent souvent par un risque plus élevé d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. (UNICEF, 2011).

#### 1.1.2 Avortements

L'avortement est un risque grave pour la santé et résulte de l'activité sexuelle des adolescents. Lorsqu'ils ne sont pas médicalisés, les avortements constituent la cause directe du décès de nombreuses adolescentes. D'après un rapport de l'UNICEF 14 % des avortements non médicalisés pratiqués dans les pays en développement, dont le nombre total s'élève à 2,5 millions chaque année, concernaient des adolescentes. La plupart de ces avortements non médicalisés sont réalisés par des charlatans dans de mauvaises conditions d'hygiène et dangereuses. (UNICEF, 2011).

Selon l'UNICEF, beaucoup d'adolescentes ont recours à l'avortement parce qu'elles ne sont pas en mesure d'exercer un contrôle suffisant sur leur propre fécondité pour des raisons de pauvreté,

d'ignorance, de problèmes avec leur partenaire masculin et de manque d'accès à la contraception (UNICEF, 2011).

### 1.1.3 VIH/sida

Depuis le début de l'épidémie mondiale du VIH, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par cette infection et environ 30 millions sont décédées suite aux complications liées au sida.

**Tableau I : Statistiques et caractéristiques régionales / VIH et sida / 2011**

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (15–49) [%]	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>23,5 millions</b> [22,1 millions–24,8 millions]	<b>1,8 million</b> [1,6 million–2,0 million]	<b>4,9%</b> [4,6% – 5,1%]	<b>1,2 million</b> [1,1 million–1,3 million]
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord</b>	300 000 [250 000 – 360 000]	37 000 [29 000 – 46 000]	0,2% [0,1% – 0,2%]	23 000 [18 000 – 29 000]
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	4,0 millions [3,1 millions – 5,2 millions]	28 000 [170 000 – 460 000]	0,3% [0,2% – 0,4%]	250 000 [190 000 – 340 000]
<b>Asie de l'Est</b>	830 000 [590 000 – 1,2 million]	89 000 [44 000 – 170 000]	0,1% [0,1% – 0,1%]	59 000 [41 000 – 82 000]
<b>Amérique centrale et du Sud</b>	1,4 million [1,1 million – 1,7 million]	83 000 [51 000 – 140 000]	0,4% [0,3% – 0,5%]	54 000 [32 000 – 81 000]
<b>Caraïbes</b>	<b>230 000</b> [200 000 – 250 000]	<b>13 000</b> [9 600 – 16 000]	<b>1,0%</b> [0,9% – 1,1%]	<b>10 000</b> [8 200 – 12 000]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	1,4 million [1,1 million – 1,8 million]	140 000 [91 000 – 210 000]	0,8% [0,6% – 1,0%]	92 000 [63 000 – 120 000]
<b>Europe occidentale et centrale</b>	900 000 [830 000 – 1,0 million]	30 000 [21 000 – 40 000]	0,2% [0,2% – 0,3%]	7 000 [6 100 – 7 500]
<b>Amérique du Nord</b>	1,4 million [1,1 million – 2,0 millions]	51 000 [19 000 – 120 000]	0,6% [0,5% – 1,0%]	21 000 [17 000 – 28 000]
<b>Océanie</b>	53 000 [47 000 – 60 000]	2 900 [2 200 – 3 800]	0,3% [0,2% – 0,3%]	1 300 [<1 000 – 1 800]
<b>Total</b>	34,0 millions [31,4 millions – 35,9 millions]	2,5 millions [2,2 millions – 2,8 millions]	0,8% [0,7% – 0,8%]	1,7 million [1,5 million – 1,9 million]

Source : ONUSIDA/ 2011 : Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida

En 2011, environ 34,0 millions de personnes vivaient avec le VIH (adultes et enfants), 2,5 millions sont nouvellement infectées par le VIH et 1,7 million sont décédées des suites de complications liées au sida. (ONUSIDA, 2011)

De plus, environ 7000 nouvelles infections à VIH surviennent par jour en 2011 dont 97% environ dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Ses nouvelles infections touchent environ 900 enfants de moins de 15 ans et environ 6000 adultes de 15 ans ou plus dont 47% sont des femmes et près de 39% sont des jeunes de 15 à 24 ans.

Les Caraïbes sont la deuxième région après l'Afrique subsaharienne à être la plus affectée. Bien qu'ils ne représentent qu'une part très faible de l'épidémie mondiale, son taux de prévalence chez les adultes est d'environ 1 %, ce qui est supérieur à la prévalence de toutes les autres régions, à l'exception de l'Afrique sub-saharienne. Haïti représente environ 60% du poids de l'épidémie dans les Caraïbes. Les rapports hétérosexuels non protégés, surtout les rapports rémunérés, seraient le principal mode de transmission du VIH dans la région. (ONUSIDA, 2012)



La prévention de la transmission du VIH est l'un des principaux défis en ce qui concerne la santé et la survie des adolescents. Si le sida n'apparaît que comme la huitième cause de décès parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans et la sixième parmi les adolescents de 10 à 14 ans, le nombre de ses victimes est particulièrement disproportionné dans les pays à forte prévalence tel que Haïti. Des rapports ont montré que de nombreux nouveaux cas de VIH dans le monde entier concernent des jeunes âgés de 15 à 24 ans. (UNICEF, 2011)

#### **1.1.4 Facteurs de risques liés au VIH chez les adolescents**

Dans de nombreux environnements, les adolescentes et les jeunes femmes sont très exposées au risque de violence sexuelle et de viol, tant en dehors qu'au sein du mariage. Le mariage précoce, bien qu'il soit souvent considéré par les familles comme un moyen de protéger les filles et les jeunes femmes contre les risques physiques et sexuels, échoue souvent à les protéger contre le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, du fait que l'utilisation du préservatif est généralement moins répandue dans les relations à long terme.

En outre, les données disponibles indiquent que les femmes en général n'ont pas vraiment leur mot à dire et doivent se soumettre à la volonté de leur partenaire en ce qui concerne le recours à la contraception ou le maintien de relations sexuelles. (UNICEF, 2011). Cela peut expliquer grandement le nombre de nouveaux cas d'IST et de VIH mais aussi de grossesses non désirées recensées chaque année dans la population adolescente.

#### **1.1.5 Portrait des IST chez les adolescents**

Chaque jour, près d'un (1) million de personnes dans le monde contractent une infection sexuellement transmissible (IST) et plus de 80% des cas recensés se produisent dans les pays en développement où les moyens de diagnostic sont limités voire inexistant. (OMS, 2011)

La présence d'une IST comme la syphilis, le chancre mou ou l'infection due au virus de l'herpès simplex augmente beaucoup le risque de contracter ou de transmettre le VIH d'après de nombreux travaux de recherche. En effet, il y aurait une interaction particulièrement forte entre le début de l'infection à VIH et les autres IST. Cette interaction pourrait expliquer au moins 40 % des cas de transmission du virus du VIH. Cependant, malgré cette constatation, les efforts pour endiguer la propagation des IST se sont ralentis depuis les cinq dernières années du fait que l'on a privilégié les programmes de prévention du VIH (OMS, 2011).

Les IST comptent donc parmi les cinq raisons les plus fréquentes pour lesquelles les adultes cherchent à se faire soigner. Elles constituent un risque sanitaire majeur pour les adolescents sexuellement actifs (OMS et al., 1999). Un rapport de l'OMS sur les IST mentionne que chaque année un (1) adolescent sur vingt contracte une IST bactérienne par voie sexuelle et ce à un âge de plus en plus précoce (OMS, 2011). Leurs vulnérabilités face aux IST s'expliquent par leur manque d'accès à l'information, aux compétences pratiques, aux soins et soutiens auxquels ils auront dû avoir au cours de leur développement sexuel. (OMS, 2011).

## **1.2 Situation des adolescents en Haïti**

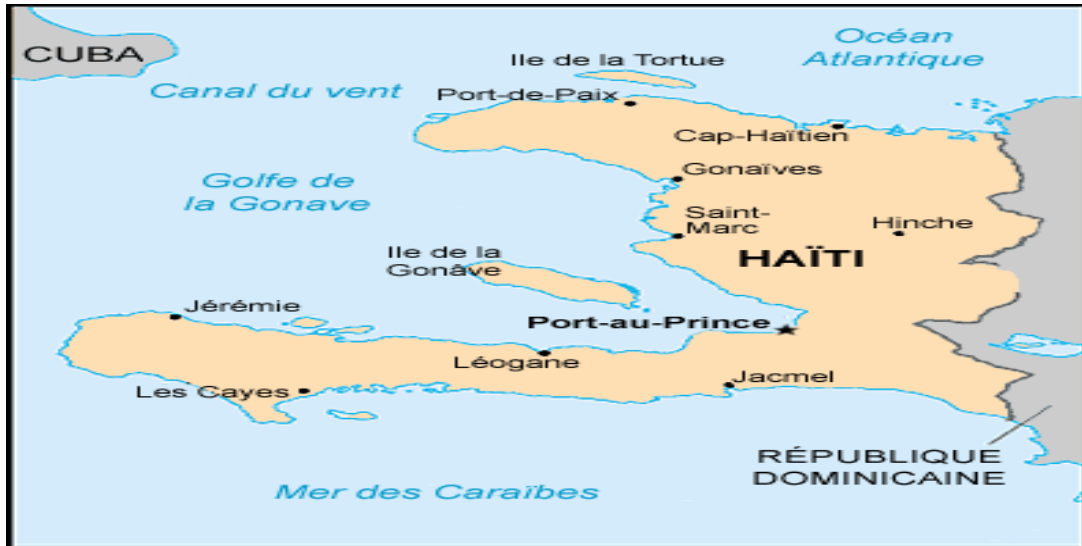
### **1.2.1 Présentation de la république d'Haïti**

La république d'Haïti est située dans les grandes Antilles (Amérique centrale). Elle partage le tiers occidental de l'île d'Hispaniola avec la république dominicaine. La capitale est Port-au-Prince. Elle mesure

27 750 Km<sup>2</sup> pour une densité de 324 hab. /km<sup>2</sup>. Sa population est estimée à environ 9.801.764 habitants en 2012 dont 50% ont moins de 20 ans. L'âge médian de la population est de 21 ans (IHSI, 2010). Le pays est divisé en 10 départements, 41 arrondissements, 140 communes et 571 sections communales.

Plus de la moitié des adolescents soit 58% vit en milieu rural. Les adolescents représentent pour ainsi dire 52,9% de la population des jeunes de 15 à 24 ans en 2003 (FNUAP, 2010)

**Photo 1 : Carte géographique de la république d'Haïti**



Googlemap

### **1.2.2 Sur le plan socio économique**

Plus de 70% de la population haïtienne vivrait au-dessous du seuil de pauvreté absolue. Le pays est classé 158<sup>ième</sup> sur un total de 187 pays en ce qui concerne la longévité, le niveau de vie et d'éducation, c'est donc un des pays les plus pauvres au monde. Par ailleurs, plus de 60% de la population active de 15 à 49 ans est touchée par le chômage. Seulement 16% d'adolescents ont un emploi (PNUD, 2010).

Une autre enquête réalisée cette fois, par l'Institut haïtien de Statistique (IHSI) en 2001, stipule que deux haïtiens sur trois vivent en milieu rural ; 80% de la population rurale vivent avec moins de \$2 par jour et 67% vivent avec moins de \$1US par jour (IHSI, 2009). Le marasme économique constitue donc une véritable entrave à la vie communautaire.

Sur le plan éducationnel, le taux de brut de scolarisation est de 27% pour l'ensemble de la population (Lunde, 2009). Par contre, seulement 33% d'adolescents sont scolarisés en milieu rural contre 53% en milieu urbain. Même à ce niveau la situation est au désavantage des adolescents ruraux (FNUAP 2010).

### **1.2.3 Sur le plan de la fécondité**

Le niveau de la fécondité globale en Haïti est le plus élevé dans les Caraïbes à l'exception du Guatemala. Les filles de 15 à 24 ans contribuent à plus d'un quart de la fécondité totale du pays. Chez les adolescentes, l'entrée en union est relativement précoce car plus de 30% sont déjà en union (FNUAP, 2010).

Une enquête de l'IHSI a montré que parmi les adolescentes de 13 à 19 ans, 6,3 % sont déjà mères. Cette proportion augmente très rapidement avec l'âge, passant de 0,8 % à 13-14 ans à 8,5 % à 15-19 ans. De plus, cette même enquête montre également qu'à 13-14 ans, chaque 1000 adolescentes ont déjà mis au monde 8 enfants et ce nombre atteindra 105 à l'âge de 15-19 ans. (IHSI, 2009).

Pourtant, malgré la préoccupation liée à la fécondité des adolescentes, la prévalence contraceptive n'est que de 32% pour l'ensemble de la population dont 4% chez les adolescents en union (Lunde, 2009). Les besoins en contraception atteignent un taux de 38%. Ce manque d'accès à la contraception ne fait que créer une situation favorable à l'augmentation des cas de grossesses, d'avortement et d'IST chez les mineures.

Quoique la proportion des avortements clandestins soit difficile à rapporter, les adolescentes qui décèdent à la suite de complications des avortements provoqués sont très nombreuses en Haïti selon l'EMMUS IV. Les grossesses précoces sont de loin plus élevées en milieu rural qu'urbain.

A titre d'exemple, le tableau II montre qu'en 2004, la fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans était de 69 pour 1000 avec une augmentation significative en milieu rural (Cayemittes, 2006). Avec des taux de fécondité aussi élevés en milieu rural, on pourrait déjà postuler que les IST notamment le VIH devaient être tout aussi élevés dans ces régions.

**Tableau II : Représentation du taux de fécondité par groupe d'âge et par milieu de résidence**

<i>Taux de fécondité par groupe d'âge et milieu de résidence pour 1000 naissances vivantes</i>			
<b>Groupe d'âge</b>	<b>Milieu urbain</b>	<b>Milieu rural</b>	<b>ensemble</b>
15-19 ans	51	86	69
20-24 ans	112	207	158
25-29 ans	124	227	176
30-34 ans	139	214	180
35-39 ans	88	162	133
40-44 ans	42	78	65
45-49 ans	8	18	15

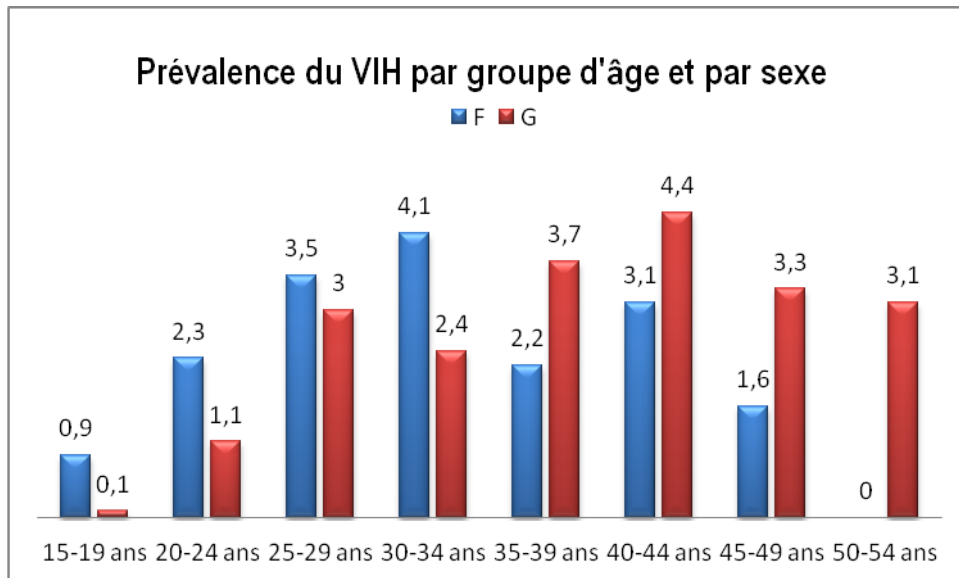
Source : EMMUS IV 2005-06

#### **1.2.4 Les IST /VIH /sida chez les adolescents haïtiens**

La situation des IST et du VIH/SIDA est tout aussi préoccupante en Haïti. La disponibilité de données sur les IST est particulièrement rare à cause de l'absence de moyen de diagnostic pour la plupart des IST courantes. Néanmoins un rapport du Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) a mentionné que la prévalence des IST chez les adolescents était estimée à 9.9% en 2001. Cette prévalence s'explique aussi par la précocité des premiers rapports sexuels chez les adolescents (MSPP et al., 2001).

Par contre, pour le VIH la prévalence moyenne était de 2.2% chez les 15-59 ans jusqu'en 2010. Il s'agit d'une épidémie généralisée affectant tous les groupes d'âge. (Cayemittes, 2006)

**Figure 1 : Représentation de la prévalence du VIH par groupe d'âge et par sexe**



Source : EMMUS IV 2005-2006

La figure 1 montre également que dans le groupe de 15 à 35 ans, les femmes sont les plus touchées et cela témoigne de leur vulnérabilité face au VIH. Cette courbe ascendante de la prévalence explique la précocité des rapports sexuels à risque chez les adolescentes. Cependant, la proportion de jeunes et d'adultes de 15 à 49 ans qui utilisent le préservatif reste encore très faible.

Seulement 34% d'homme et 21% de femme de 15 à 49 selon (OMS, 2012). De ce fait, les adolescents de 15 à 19 ans restent toujours très vulnérables face à l'infection au VIH et aux IST en général. (UNFPA, 2010).

### **1.2.5 Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes en Haïti (2001)**

En matière de santé des adolescents et des jeunes le gouvernement haïtien a souscrit à plusieurs conventions internationales telles que la conférence mondiale sur les femmes, la conférence internationale sur la population et le développement etc. L'impact de cette dernière au niveau de l'état fut la coopération avec des agences internationales et des ONGs nationales en vue d'assurer la sensibilisation et l'éducation des adolescents et des jeunes pour un comportement sexuel responsable, pour la prévention du sida et des IST, pour une augmentation de la prévalence contraceptive et l'utilisation des services de santé reproductive ainsi que la promotion d'une prise en charge spécifique de la santé des adolescents et des jeunes en général.

De ce fait, en 2001, l'état haïtien a proposé une politique nationale de santé des adolescents et des jeunes en général en vue d'assurer une prise en charge intégrale de leurs besoins en santé. (MSPP et al., 2001).

### **1.3 Justification de l'étude**

Depuis la proposition de la politique nationale de santé des adolescents et de jeunes et la mise en œuvre de certaines actions visant la SSR des adolescents telle que la sensibilisation et de dépistage, la situation est encore loin de s'améliorer (UNGASS, 2012). Les deux dernières enquêtes de l'EMMUS (2000 et 2005) permettent d'apprécier l'évolution de la situation grâce aux indicateurs de SSR :

- Bien que le taux de mortalité maternelle du pays soit passé de 523/100.000 en 2000 à 630 /100.000 puis à 350/ 100.000 naissances vivantes en 2011 (OMS, 2012), il reste le plus élevé de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes.
- Le taux d'utilisation de la contraception moderne a légèrement augmenté entre ces deux études, passant de 22 à 25%. Cependant, il demeure relativement faible comparativement aux autres pays des Caraïbes.
- Le taux de fécondité des adolescentes est passé de 80 à 69 pour mille. Il s'ensuit une baisse de 14% dans l'espace de cinq ans, mais après le Guatemala Haïti a le taux le plus élevé de fécondité dans la région comme il a déjà été mentionné dans le présent document.
- Les taux de naissances assistées par un personnel qualifié est passé de 79 à 85 pour mille. Ce qui reste extrêmement bas compte tenu des risques de décès liés aux accouchements réalisés à domicile.
- Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont diminué très légèrement, entre les deux études passant de 39,8% à 37,5% pour atteindre 32% en 2011 selon l'OMS.
- La prévalence du VIH est passée de 3,1% à 2,2% entre les deux études d'EMMUS. Néanmoins Haïti représente plus de 60% du poids de l'épidémie dans les Caraïbes (ONUSIDA, 2012).

Ainsi, en dépit de ces interventions, on constate néanmoins une grande insuffisance dans la couverture des besoins en santé des adolescents, un rythme irrégulier des actions mais aussi une faiblesse dans la coordination des interventions. Les données montrent à quel point la situation est encore très loin de s'améliorer dans le pays notamment en milieu rural. Aucune étude antérieure n'a jamais été faite pour rechercher les causes de cette absence d'amélioration de la SSR en milieu rural.

L'adoption de comportement sexuel à risque étant à la base des principaux problèmes de SSR, il est donc impératif de rechercher les facteurs pouvant l'influencer chez les adolescents ruraux afin d'apporter une contribution à la SSR en Haïti notamment dans ces régions défavorisées. Ainsi, la question que soulève cette présente étude est la suivante :

### **1.3.1 Question de recherche**

Quels sont les facteurs qui influencent le comportement sexuel à risque des adolescents et qui empêchent l'amélioration de leur SSR en milieu rural?

### **1.3.2 Hypothèses de recherche**

Les hypothèses suivantes sont ainsi formulées:

- Les adolescents ruraux haïtiens font face à des facteurs d'ordre social, économique et culturel qui agissent négativement sur leur comportement sexuel;
- Les adolescents ruraux haïtiens n'ont pas accès à des services de santé sexuelle et reproductive.

### **1.3.3 Objectif général**

L'objectif général de l'étude est donc de déterminer les facteurs qui influencent le comportement sexuel à risque des adolescents ruraux.

#### **1.3.4 Objectifs spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturels des adolescents ruraux ;
- Evaluer les connaissances, attitudes des adolescents ruraux face à la SSR ;
- Identifier les comportements sexuels à risque des adolescents ruraux ;
- Comprendre comment ces facteurs ont une influence négative sur la SSR des adolescents ruraux.

## Chapitre II : Cadre théorique

La plupart des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents tels les IST/VIH/sida, les grossesses précoces et non désirées ainsi que les avortements, sont causés par l'adoption de comportement sexuel à risque. Ainsi, il importe de bien appréhender cette notion dont nombreux sont les théoriciens et auteurs qui y ont consacré du temps afin d'apporter des arguments pouvant expliquer le choix du comportement sexuel d'un individu.

### 2.1 Le comportement sexuel selon Freud

Le comportement sexuel est l'une des différentes manifestations comportementales de l'individu. A l'instar de tous les autres comportements adoptés par celui-ci, le comportement sexuel s'explique par diverses variables. On peut donc déceler des causes intrinsèques et extrinsèques. Pour ce qui concerne les causes intrinsèques, la théorie de Freud se révèle être très utile.

Selon Freud, le développement psychosexuel de l'individu se fait en cinq stades progressifs dont la dernière fera l'objet de notre étude. Ce qui est particulier à travers l'approche théorique de Freud c'est que les tendances sexuelles jouent un rôle particulier dans la construction de la personnalité de l'individu. Ces cinq stades sont : le stade oral (0-1 an), le stade anal (1-3ans), le stade phallique (3-5ans), le stade de latence (6-12 ans) et le stade de l'adolescence. (Freud, 1987)

### 2.2 Les particularités de l'adolescence

D'après Freud, l'adolescence représente le dernier stade du développement de l'individu ou encore du développement psychosexuel de l'individu. Il attribue à cette période le nom de stade génital. Car c'est au cours de l'adolescence que les expressions de la sexualité vont se manifester concrètement ainsi que la maturation des organes génitaux.

La période de l'adolescence est considérée par beaucoup de théoriciens comme une transition entre l'enfance et l'âge adulte. D'après l'OMS, elle commence à la puberté et ce rapporte à la tranche d'âge de 10 à 19 ans. Pratiquement, la puberté apporte de sérieuses modifications au niveau de l'apparence physique de l'individu. Les pulsions sexuelles de l'individu qui restaient à l'état latent se réactivent et ceci avec de nouvelles intensités et de manière beaucoup plus concrète. Grâce à la maturation de son intelligence, l'individu à l'adolescence parvient à une meilleure compréhension de la réalité. Ainsi : « *Le fait capital qui marque la rupture avec l'état d'enfance c'est la possibilité de dissocier la vie imaginaire et la réalité, le rêve et les relations réelles* ». (Dolto, 1988)

Les aventures sexuelles constituent donc l'une des manifestations de l'adolescence. L'adolescent ressent un fort désir de rentrer en contact intime avec l'individu de l'autre sexe. Il convient alors de préciser que la sexualité n'est pas un phénomène typiquement propre à l'adolescence. Car dès l'enfance, on note de nombreux cas d'attraction sexuelle pour des partenaires de jeux, ou pour des adultes du sexe opposé (Tordjman, 1978). Par contre, à l'adolescence, la sexualité prend une autre dimension pour atteindre sa courbe exponentielle.

A travers certaines recherches réalisées en Haïti, on peut constater que dès l'âge de 13 ans, les jeunes commencent à avoir d'emblée des rapports sexuels. Par exemple, dans une enquête réalisée sur un échantillon de 1213 jeunes protestants âgés de 10 à 26 ans de la région métropolitaine, on a noté que 38 % des jeunes âgés de 10 à 12 ans, 33 % des 13 à 16 ans et 48 % des 17 à 20 ans ont déjà eu des expériences sexuelles. (World Relief, 2004)

Par conséquent, on réalise que même la pratique religieuse n'est pas vraiment un facteur pouvant inhiber les pulsions sexuelles de l'individu à l'adolescence. Avoir des rapports sexuels à l'adolescence est même considéré comme un fait normal pour bon nombre de jeunes. Pourtant une étude réalisée aux Etats-Unis montre que la religion est un facteur protecteur car les enquêtées qui pratiquaient une religion sont celles qui ont retardé leur première relation sexuelle. (Gold, 2010)

Une autre enquête réalisée par l'Institut haïtien de l'enfance dans six (6) régions d'Haïti a révélé que l'âge moyen des premières relations sexuelles est de 15 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes (Institut haïtien de l'enfance, 1995.) A partir de toutes ces données, on pourrait conclure que la période de l'adolescence est très caractéristique pour des activités sexuelles.

### **2.3 Arguments de la situation socioéconomique dans l'adoption de comportement sexuel**

A côté de l'aspect psychophysiologique du comportement sexuel, il y a d'autres éléments importants à considérer dans l'adoption d'un comportement sexuel. Tout comme, un comportement sexuel peut viser à combler un besoin affectif chez l'individu, il peut aussi servir comme un moyen pouvant lui permettre de combler d'autres besoins pour qui la relation sexuelle n'a pas été conçue. Un autre besoin quelconque peut occasionner l'adoption d'un comportement sexuel donné chez l'individu.

En dépit du fait que le but de la relation sexuelle est de donner à l'autre sa volupté et recevoir de l'autre la sienne (Oraison, 1966), l'acte sexuel sert parfois de moyen pouvant permettre d'aboutir à l'assouvissement de besoins de portée économique. Donc il y a en quelque sorte un déplacement quant au but visé par la relation sexuelle. C'est ce qui explique le phénomène de la prostitution.

Si par définition on partage l'idée que la prostitution soit des relations sexuelles payantes, on peut avancer qu'elle prend diverses dimensions. C'est courant que dans notre société les choix sexuels se font beaucoup plus en fonction d'intérêts matériels qu'en fonction de critères d'ordre affectif.

Quand les relations sexuelles se fondent surtout sur des intérêts matériels, il y a une possibilité d'aboutir à un manque d'implication des deux partenaires. En ce sens, le partenaire le plus aisé pourrait avoir une tendance à chercher à prendre l'emprise sur le partenaire le moins fortuné. Par conséquent, l'autonomie sexuelle de l'individu se trouve automatiquement en jeu. La plupart des recherches portant sur la sexualité des adolescents ont montré qu'il existait un lien entre la situation socio-économique familiale et les attitudes, les croyances et les actions des adolescents (Lévy et al., 1992).

Ainsi, un jeune plus ou moins défavorisé est beaucoup plus susceptible d'avoir des relations sexuelles précoces que quelqu'un de condition socio-économique beaucoup plus aisée.

La vulnérabilité est aussi fonction du sexe de l'individu. Par exemple, dans une même famille défavorisée, la jeune fille est beaucoup plus exposée. Car dans notre culture, l'organe sexuel de la femme est perçu comme source de richesse, tandis que la possibilité pour l'homme de tirer des profits matériels d'une relation sexuelle est peu élevée. Toutefois, certaines femmes fortunées exploitent sexuellement des hommes en leur procurant des profits matériels.

L'aspect socio-économique ne se réduit pas seulement à la potentialité financière, il englobe aussi le niveau d'études d'une personne. D'ailleurs, dans une certaine mesure quelqu'un ayant un niveau intellectuel élevé peut même concurrencer un partenaire ayant un niveau économique supérieur dont le niveau d'étude est inférieur. Car certains jeunes aimeraient toujours avoir des relations avec des gens qu'ils estiment valorisés socialement.



A côté de ses préférences, il y a aussi le poids des exigences sociales, notamment les exigences familiales à l'endroit de l'individu par rapport à la situation socio-économique du partenaire de l'autre sexe. Le plus souvent, les parents peu fortunés nourrissent l'espoir que leurs filles contribueront à changer leur situation. Parallèlement, ils n'attendent rien de meilleur de leurs fils, car selon eux, ces derniers n'auront qu'à travailler pour répondre aux besoins de leurs éventuelles femmes. Voilà une conception traditionnelle qui oriente les jeunes dans leur choix sexuel. En fait, la fille est considérée comme source de richesse pour ses parents, tandis que l'homme lui-même comme source de richesse pour la femme.

De cette façon, la situation socio-économique est exploitée par l'homme comme un moyen pour avoir autant de partenaires sexuels qu'il désire d'où la multi partenariat très fréquente dans notre société. Il y a là une relation de cause à effet. Comme beaucoup de jeunes filles défavorisées se servent du sexe comme moyen de subvenir à leurs besoins matériels et à ceux de leur famille, l'homme tire profit de cette situation en prétendant qu'il peut orienter la relation selon ses caprices. Ceci pose même un obstacle à travers l'usage du condom.

## **2.4 Arguments portant le comportement sexuel à un symbole de résistance ou de compromis**

La sexualité peut avoir plusieurs interprétations. A l'adolescence, elle peut se présenter comme un symbole de résistance tout comme elle peut se présenter comme un symbole de compromis. La résistance se situe surtout par rapport aux figures d'autorité, le compromis c'est par rapport aux groupes de pairs. La sexualité humaine est avant tout un phénomène social. D'ailleurs, d'après Oraison, la rencontre sexuelle proprement dite est un acte profondément social. (Oraison, 1966)

A l'instar de tous les actes sociaux, la sexualité est soumise à un ensemble de principes véhiculés par la société à travers ses principaux agents de socialisation comme la famille, l'école, l'église et les institutions étatiques qui tendent à limiter l'individu dans les manifestations de son comportement sexuel. C'est dans ce contexte que Foucault avance le fait selon lequel notre sexualité à la différence de celle des autres espèces est soumise à un régime de répression. (Foucault, 1976)

Malheureusement, très souvent les répressions de la sexualité se font sans tenir compte des besoins physiologiques et naturels de la personne. Ce qu'il faut comprendre c'est un fait important et qui mérite d'être compris à travers cette hypothèse: « *Tout comme pour la pulsion alimentaire il y a un mécanisme, un métabolisme ordonné ou désordonné, il en est de même pour la pulsion sexuelle* » (Reich, 1972). En dépit de cela, on ne peut en aucun cas sous-estimer les normes sociales régissant la sexualité. D'ailleurs, le mécanisme qui intervient dans la satisfaction de la pulsion sexuelle dépend essentiellement de l'attitude de la société et de ses institutions face à cette satisfaction (Reich, 1972)

Par conséquent, la sexualité normale sous-entend que l'individu a une certaine habileté à accommoder les exigences de la société à sa pulsion sexuelle. Quand les contraintes sociales sont tellement élevées, l'individu peut choisir de se révolter. C'est à ce niveau que les jeunes peuvent être amenés à manifester une très grande volonté de s'affranchir. L'affranchissement des contraintes sexuelles peut être pour l'individu un signe d'affranchissement de toutes les autres contraintes. Donc engager des relations sexuelles peut traduire la conquête d'une liberté totale pour l'individu. Par ailleurs, bon nombre d'adolescents ont pris conscience que la libération sexuelle était une forme de libération personnelle. (Tordjman, 1978)

Tout comme l'adoption d'un comportement sexuel peut être interprétée comme signe de résistance, il peut résulter aussi du désir de l'individu de se conformer aux règles du jeu de sa bande. Par conséquent, l'individu peut adopter un comportement sexuel pour se montrer qu'il est digne de faire

partie d'un tel groupe donné. La peur d'être ridiculisé constitue l'une des raisons expliquant l'adoption d'un comportement sexuel donné.

D'ailleurs, sous la pression verbale et quelquefois physique de ses pairs, le jeune peut être amené à se questionner sur son intégrité psychique et émotionnelle. Le fait pour un jeune d'être le seul à avoir adopté un comportement donné en matière de la sexualité peut l'entraîner à de sérieuses remises en question. Se conformer aux autres lui devient donc une alternative.

## 2.5 Arguments des valeurs dans le choix d'un comportement sexuel

Une valeur est définie comme : « *une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaisse comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée* » (Rocher, 1969). Toute société par l'intermédiaire de ses institutions oriente le comportement de ses membres d'une manière ou d'une autre. Ce qui caractérise avant tout une valeur c'est son caractère de sacré et d'invulnérabilité.

Les valeurs véhiculées par la société constituent normalement ce que l'on appelle le surmoi en fonction de la théorie psychanalytique. Celles-ci sont reproduites sous formes d'interdits. On parle surtout d'interdits parentaux et d'interdits religieux. Comme il a été déjà mentionné, l'individu n'est pas totalement libre par rapport au type de comportement sexuel qu'il est tenu d'adopter. Il y a tout un ensemble de facteurs indépendants de sa volonté, quelquefois de manière inconsciente qui l'orientent vers l'adoption d'un comportement donné. Si l'individu choisit d'adopter un comportement sexuel juste pour se conformer à ses pairs, les interdits sociaux peuvent aussi le porter vers des comportements sexuels bien spécifiques. Fort de ce constat, un auteur a fait cette considération : « *L'enfant n'a qu'à s'identifier à ses proches, les adultes n'ont qu'à suivre la tradition* ». (Legrand, 1990).

L'idée de rester attaché aux manières d'agir de ses ascendants peut se traduire tout au moins par un certain conformisme. Par exemple, le fait pour une jeune fille vivant dans une famille qui accorde de grande importance à la virginité, peut porter celle-ci à résister à toute excitation sexuelle juste pour ne pas transgresser les normes familiales suivies par toutes les autres filles de la même lignée familiale ; les transgresser peut rendre l'individu indigne des autres membres de la famille. On peut même interpréter son acte comme une infamie.

Il en est de même pour les valeurs véhiculées par l'église, la classe sociale etc. C'est à ce propos que qu'on a émis l'hypothèse que : « *La religiosité, l'éducation, la classe sociale et le degré d'urbanisation influent les standards sexuels* » (Lévy, 1992).

Ainsi, il existe bon nombre de facteurs qui peuvent expliquer le choix d'un comportement sexuel d'un individu, il importe alors de chercher à comprendre le contexte dans lequel évoluent des adolescents ruraux haïtiens en déterminant les facteurs qui peuvent influencer négativement leur choix sexuel ou encore qui les empêchent d'adopter un comportement protecteur afin d'alerter l'opinion publique sur les conséquences à long terme sur la population future. D'où la pertinence de cette étude.

## Chapitre III : Matériels et Méthodes

Pour réaliser cette étude, une recherche approfondie à partir de la littérature grise et de différents moteurs de recherche scientifique a été effectuée afin de recueillir les données nationales et internationales sur la problématique de la SSR. De plus, le stage de mise en situation professionnelle réalisé à l'INSPQ de Montréal, nous a également permis de recueillir des données pertinentes auprès de cadres expérimentés du domaine de la santé et au cours des multiples visites effectuées dans des institutions intervenant dans le domaine de la prévention des IST, du VIH et de la santé sexuelle des adolescents au Québec.

Cela nous a permis de faire une analyse sur les écarts constatés entre deux pays et deux systèmes complètement différents concernant la SSR des adolescents. Ce qui a eu un impact sur notre décision de réaliser cette enquête de terrain sur la SSR des adolescents ruraux haïtiens afin de mieux comprendre la problématique dans ces régions reculées.

### 3.1 Champ de l'étude : Fond-des-Blancs

Pour réaliser l'enquête de terrain qui a duré un mois, le choix a été porté sur la section communale de Fond-des-Blancs. Cette zone est non seulement typique des milieux ruraux du pays mais elle était aussi la plus accessible financièrement pour pouvoir réaliser cette étude dans les délais prévus.

#### 3.1.1 Situation géographique de la section communale de Fond-des-blancs

Situé dans les confins du département Sud d'Haïti à environ 90 km de la capitale « Port-au-Prince », Fond-des-Blancs est une zone rurale montagneuse de 7161 habitants. Environ onze pourcent de la population sont des adolescents âgés de 15 à 19 ans. La section communale de Fond-des-Blancs est divisée en treize localités et onze habitations qui sont présentées dans le tableau III :

**Tableau III : Liste des localités et habitations de la section communale de Fond-des-Blancs**

<i>Localités</i>	<i>Habitations</i>
Gaspard I	Cassin
Gaspard II	Sainthon
Gaspard III	Ika
Bernadel	Peau vert
Puits-Laurent	Coin d'Arc
Bellegarde	Cabia
Bandianne	Balangnin
Croix-Paul	Tisavane
Saint-Jules	Calundi
Lexis	Mayak
Morne Franck	Jean-Baptiste
Cerisier	
Dessalines	

Source : Institut Haïtien Statistique et d'Informatique /2009

La population urbaine de la zone comprend environ 258 habitants mais les données relatives au nombre d'habitants par localité et habitation n'ont pas été mentionnées dans le dernier recensement général de la population et de l'habitat (2003). (IHSI, 2009)

La route de Fond-des-Blancs est très escarpée. Pour s'y rendre, il faut difficilement parcourir 18 kilomètres de route en terre battue, rocailleuse par endroit et partant de la route nationale numéro deux (2) (Port-au-Prince-Cayes) à l'intersection du Carrefour Montsignac de la commune de Miragôane, pour pénétrer à l'intérieur de cette contrée.

**Photo 2 : Situation géographique de la section communale de Fond-des-Blancs**



Source : Hôpital Saint-Boniface de Fond-des-Blancs-Aout 2012

**3.1.2 Situation socioéconomique de la section communale de Fond-des-Blancs**

Comme dans tout milieu rural en Haïti, la situation socioéconomique de la majorité des familles de Fond-des-Blancs est très précaire. Les activités économiques sont rares. Les principales sources de revenu des familles rurales proviennent soit de l'agriculture, de l'élevage soit du commerce. L'agriculture est parfois très peu remarquée dans certains endroits.

En terme d'infrastructure, Fond-des-Blancs est privé d'électricité et d'eau courante. Les activités de loisir sont très rares dans la zone. Il existe une radio communautaire qui ne fonctionne que très rarement, une bibliothèque communautaire, une dizaine d'écoles primaires et trois (3) écoles secondaires dont une (1) seule termine le cycle classique du secondaire (Bacc II).

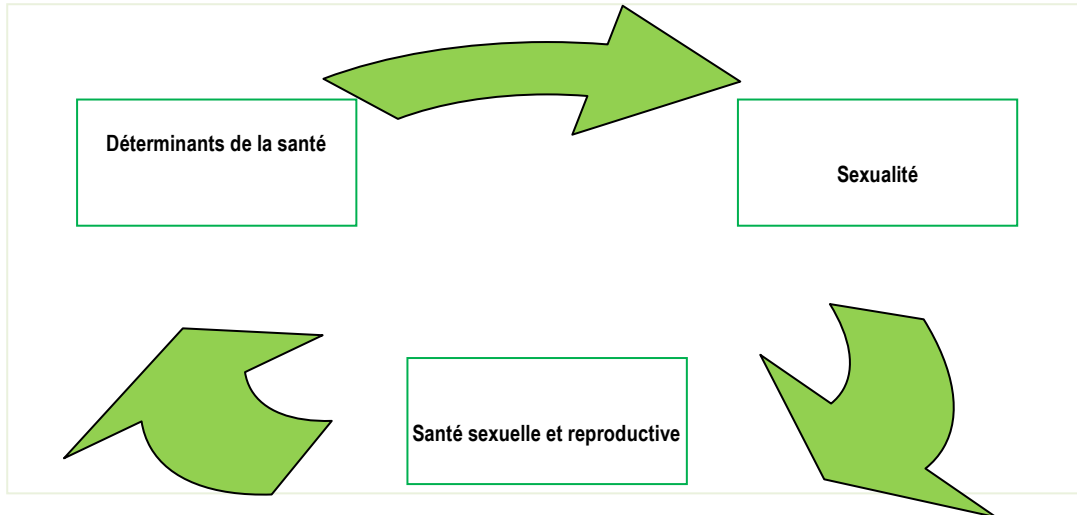
**3.2 Cadre conceptuel de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans un cadre conceptuel à trois volets et est inspiré d'une étude canadienne sur la santé sexuelle des jeunes (William Boyce (Ph.D.), et al. 2003)

- a) Les déterminants sociodémographiques de la santé;
- b) Les variables relatives à la sexualité (connaissances, attitudes, comportements à l'égard de la sexualité);
- c) La santé sexuelle, considérée comme un état à privilégier et à dimensions multiples, soit dimensions physiques, sociales et psychologiques.

Chaque volet du cadre conceptuel se divise en sous-catégories à partir desquelles les questions ont été élaborées

**Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude**



En règle générale, les déterminants de la santé sont les aspects du milieu social et communautaire d'un individu, qui influent sur sa sexualité et sa santé sexuelle. Les interrelations globales que suggère le cadre conceptuel impliquent que les déterminants de la santé sont souvent des préalables ou des catalyseurs de la sexualité et de la santé sexuelle.

La sexualité elle-même fait appel à une diversité de concepts : connaissances; attitudes à l'égard de la sexualité et des maladies liées à la sexualité; fréquentations; expériences sexuelles; mesures de protection contre la grossesse non désirée et les IST. Enfin, les déterminants de la santé et la sexualité ont des répercussions sur la santé sexuelle et reproductive d'une personne.

### **3.3 Approche méthodologique de l'étude**

#### **3.3.1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive à volets quantitatif et qualitatif, réalisée au cours de l'été 2012 dans la section communale de Fond-des-Blancs. Elle porte sur les connaissances, attitudes des adolescents ruraux, sur l'identification de leurs comportements sexuels à risque ainsi que sur la recherche des facteurs pouvant les influencer.

#### **3.3.2 Population de l'étude**

Pour réaliser cette étude on a identifié plusieurs sources d'informations en vue de pouvoir répondre aux objectifs fixés. Ainsi, les différentes cibles de l'enquête sont les suivantes :

##### **a) Cible primaire du projet**

La cible primaire est constituée d'adolescents âgés de 15 à 19 ans scolarisés ou non, issus de la section communale de Fond-des-Blancs. Ils ont été choisis sur la base de l'intérêt apporté à l'enquête.

##### **b) Cibles secondaires du projet**

- Les professionnels appelés à mettre les services nécessaires à la disposition des adolescents comme les responsables des programmes de prévention contre les IST/VIH/sida et de planification familiale de la zone.
- Les parents qui apportent un appui à l'encadrement des adolescents.

### **3.3.3 Echantillonnage**

#### **- Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon fut calculée à l'aide du logiciel epiinfo7 de manière à atteindre 80 % de puissance statistique. L'écart réduit correspondant à une erreur de première instance consentie (5%), le problème lié à la santé sexuelle et reproductive des adolescents de la zone est estimé à 50% pour une précision souhaitée à 0.05. Ainsi, la taille finale de l'échantillon est de 136 adolescents. Par souci de minimiser les non réponses et les risques d'erreur, on a porté la taille de l'échantillon à 10% de plus ce qui ramène un résultat final de 150 adolescents.

#### **- Méthode d'échantillonnage**

Un échantillonnage aléatoire stratifié a été fait sur les 13 localités qui forment la section communale de Fond-des-Blancs. Sur ces 13 localités, huit (8) d'entre elles ont été tirées au hasard à partir de la liste des localités, pour mener les entretiens. En raison de l'absence de données démographiques disponibles par localité, six des huit localités ont été également choisies par tirage au sort en utilisant la même méthode afin de recueillir les informations auprès des adolescents. Pour les deux dernières localités les informations ont été obtenues par focus group. Un effectif de 25 adolescents a été retenu pour chacune des localités.

### **3.3.4 Choix des enquêtés et Instruments d'enquête**

Avant de réaliser l'enquête, on a tout d'abord établi un contact avec les agents de santé de chaque localité pour leur faire part de notre but et eux-mêmes avaient ensuite la responsabilité de faire passer le message dans leur zone respective pour inviter les adolescents de 15 à 19 ans à participer à l'enquête. Un lieu de rencontre a été proposé par l'agent pour faciliter l'accès à tous ceux et celles qui désiraient participer.

Les instruments utilisés pour réaliser l'enquête sont : un questionnaire pour les adolescents, un guide d'entretien individuel pour les responsables d'institution ou de programme et un questionnaire pour les focus group avec des parents et des jeunes

#### **- Questionnaire**

Le questionnaire comportait quatre (4) grandes parties :

- 1) les caractéristiques sociodémographiques et culturelles (âge, sexe, religion etc.)
- 2) les connaissances sur les IST/VIH/SIDA, sur la contraception et les sources d'information ;
- 3) les attitudes face aux IST/VIH/SIDA et à la sexualité;
- 4) les comportements sexuels à risques (âge premier rapport, utilisation préservatif etc.).

Pour évaluer la connaissance sur le VIH/ sida et les autres ITS on a déterminé ce que savaient les

adolescents à propos des mécanismes de transmission et des moyens de protection, du diagnostic et du traitement du VIH/ sida et sur les autres IST. Ils devaient répondre à une série d'énoncés auxquels ils devaient répondre par vrai, faux ou ne sait pas.

De plus, les informations que reçoivent les adolescents sur les IST/VIH/sida ainsi que leurs propres expériences influenceront sans aucun doute leur crainte de la maladie et leurs croyances à l'égard de certains aspects de la sexualité. C'est en examinant les attitudes des adolescents à l'égard de la sexualité que nous arrivions à comprendre les motifs de leurs comportements.

#### - **Focus group**

Un total de quatre (4) focus group a été réalisé :

- 1- Deux (2) groupes comprenant entre 15 et 18 parents
- 2- Deux (2) groupes de 12 jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans.

Les informations recueillies portaient sur les comportements sexuels à risques des adolescents, sur les cas de grossesses, de viol, d'addictions etc observés chez les adolescents par les parents et par les jeunes. Il était aussi question des interventions des parents face à ces problèmes.

#### - **Guide d'entretien**

Deux entretiens individuels ont été aussi réalisés :

- Un (1) entretien avec un responsable d'une institution dans laquelle existe un projet de prévention contre le VIH ;
- Un (1) entretien avec un responsable d'une institution dans laquelle existe un projet de planning familial;

Ces entretiens portaient sur l'accessibilité et la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents mais aussi sur les différentes interventions réalisées en matière de prévention par ces institutions dans la zone.

### **3.3.5 Considérations éthiques**

Bien que nous n'ayons pas de certificat d'éthique à cause de l'absence de comité d'éthique dans la région, l'anonymat a été observé. La participation à l'enquête était volontaire et sans contrainte. De ce fait, les adolescents ou toute autre cible qui ont décidé de ne pas participer à l'enquête avaient le choix de ne pas se soumettre aux interrogations. Comme nous leur avons promis dès le départ, la confidentialité a été assurée par l'anonymat des questionnaires d'enquêtes.

### **3.3.6 Autorisation d'enquête**

N'ayant pas de bureau à leur disposition, le Conseiller d'administration des sections communales (CASEC) qui est le responsable de la section, ne pouvait pas fournir un document officiel pour la réalisation de l'enquête. Par contre, une autorisation verbale nous a été donnée.

### **3.3.7 Méthodes de collecte et d'analyse des données**

Les données collectées ont été vérifiées avant d'être compilées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 19. Le croisement des variables a été fait également à l'aide du logiciel SPSS. Par contre, le traitement de texte, la confection des tableaux et des graphiques ont été faits à l'aide des logiciels d'application Microsoft WORD et EXCEL version 2007.



## Chapitre IV : Résultats

### 4.1 Résultats des entretiens individuels avec les adolescents

La population interrogée comptait 150 adolescents provenant de six localités de la section communale de Fond-des-Blancs.

#### 4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

<i>Caractéristiques sociales des enquêtés</i>		<i>Effectifs=150</i>	<i>Fréquence en %</i>
Sexe	Fille	88	58,7 %
	Garçon	62	41,3 %
Profession	Etude	139	92,6%
	Travail	0	0 (%)
	Aucune	11	7,3%
Niveau d'étude	Primaire	48	32 %
	Secondaire	102	68 %
Statut matrimonial	Célibataire	147	98 %
	Marié (e)	3	2 %
Groupe social	Groupe religieux	66	44 %
	Club de jeune	42	28 %
	Autre groupe <sup>1</sup>	2	1,3 %
	Aucun groupe	40	26,7 %
Religion	Catholique	56	37,3 %
	Protestant	76	50,7 %
	Témoins de Jéhovah	6	4 %
	Aucune religion	12	8 %
Exposition journalière aux médias	Radio	112	74,7 %
	Télévision	20	13,3 %
	Journal ou revue	16	10,7 %

<sup>1</sup> Autre groupe fait référence soit à un club de football, club de danse, de théâtre.

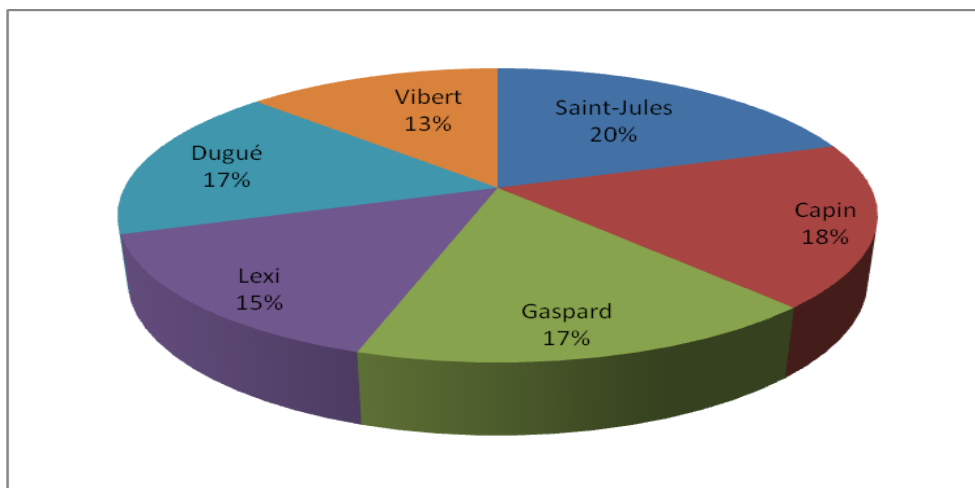


Figure 3 : Représentation des enquêtés en fonction de leur localité de résidence

Tableau V : Représentation des enquêtés par sexe et âge.

Sexe	Age (effectif et %)					Total
	15	16	17	18	19	
Fille	32 (36,4%)	16 (18,2%)	22 (25,0%)	0 (0%)	18 (20,5%)	88 (100,0%)
Garçon	18 (29,0%)	4 (6,5%)	24 (38,7%)	16 (25,8%)	0 (0%)	62 (100,0%)
Total	50 (33,3%)	20 (13,3%)	46 (30,7%)	16 (10,7%)	18 (12,0%)	150 (100,0%)

Tableau VI : Répartition des enquêtés par sexe et par niveau d'étude

Sexe	Niveau d'étude		Total
	Primaire	Secondaire	
Fille	32 (36,4%)	56 (63,6%)	88 (100%)
Garçon	16 (25,8%)	46 (74,1%)	62 (100%)
Total	48 (32%)	102 (68%)	150 (100%)

**Tableau VII : Répartition des enquêtés par sexe et statut matrimonial**

Sexe	Statut matrimonial		Total
	Célibataire	Marié (e)	
Fille	85 (96,6%)	3 (3,4%)	88 (100%)
Garçon	62 (100%)	0 (0%)	62 (100%)
Total	147 (98%)	3 (2%)	150 (100%)

**Tableau VIII : Répartition des enquêtés par âge et statut matrimonial**

Age	Statut matrimonial		Total
	Célibataire	Marié (e)	
15	50	0	50
16	20	0	20
17	46	0	46
18	16	0	16
19	15	3	18
Total	147	3	150

**Tableau IX : répartition des enquêtés par sexe et fréquence d'exposition aux médias**

Exposition aux médias	Radio		Télévision		Journal ou revue		Moyenne d'exposition/média
	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	
PCJ	58	54	18	2	12	4	49 (32,7%)
AM1S	14	0	14	22	18	14	24(16%)
M1S	14	8	14	22	6	18	27 (18%)
Jamais	2	0	42	16	52	26	46 (30,7%)
Total	88	62	88	62	88	62	150 (100%)

Légendes : PCJ : Presque chaque jour ; AM1S : Au moins une fois par semaine ; M1S : Moins une fois par semaine.

**Tableau X : Utilisation de l'internet par sexe**

	Utilisation de l'internet			Total
	oui	Non	Ne sait ce que c'est	
Sexe				
Fille	10 (11,4%)	64 (72,7%)	14 (15,9%)	88 (100,0%)
Garçon	6 (9,7%)	56 (90,3%)	0 (0%)	62 (100,0%)
Total	16 (10,7%)	120 (80,0%)	14 (9,3%)	150 (100,0%)

**Tableau XI : Répartition des enquêtés par sexe et leur appartenance à un groupe social**

Sexe	Appartenance à un groupe social				Total
	Groupe religieux	Club de jeune	Autre groupe	Aucun groupe social	
Fille	44 (50%)	28 (31,8%)	0 (0%)	16 (18,2%)	88 (100%)
Garçon	22 (35,5%)	14 (22,6%)	2 (3,2%)	24 (38,7%)	62 (100%)
Total	66 (44%)	42 (28%)	2 (1,3%)	40 (26,7%)	150 (100%)

**Tableau XII : Répartition des enquêtés par sexe et religion**

Sexe	Religion				Total
	Catholique	Protestant	Témoins de Jéhovah	Aucune religion	
Fille	36 (40,9%)	44 (50%)	4 (4,5%)	4 (4,5%)	88 (100%)
Garçon	20 (32,3%)	32 (51,6%)	2 (3,2%)	8 (12,9%)	62 (100%)
Total	56 (37,3%)	76 (50,7%)	6 (4%)	12 (8%)	150 (100%)

**4.1.2 Synthèse des résultats sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés**

Dans notre population, le sexe ratio est de 0,7 pour une moyenne d'âge estimée à 16,55 ans. Tous les adolescents étaient scolarisés mais trente deux (32%) étaient encore au niveau primaire et 68% au niveau secondaire. Par contre, la proportion de filles au niveau primaire et secondaire est respectivement (36,4% et 63, 6%) et celle des garçons est respectivement (25,8% et 74,1%). Deux (2%) des enquêtés étaient mariés et 100% étaient des filles âgées de 19 ans. Le pourcentage de célibataire s'élevait à 98% parmi lesquels 57,8% étaient des filles et 42,1% des garçons.

Sur le plan religieux, 92% des enquêtés pratiquaient une religion contre 8% qui n'étaient pas pratiquants. La proportion des filles et garçons qui ne sont pas pratiquants s'élevaient respectivement à (4,5% et 12,9%). La répartition des enquêtés selon leur appartenance à groupe social montre que 26,7% des enquêtés ne faisaient pas parti d'un groupe social dont 18,2% de filles et 38,7% de garçons.

Sur le plan économique, aucun des adolescents interrogés n'exerçaient une activité génératrice de revenu. La majorité était encore à l'école (92,7%) contre 7,3% qui ne faisaient aucune activité quelconque.

En ce qui à trait à la fréquence d'exposition aux médias, la moyenne des enquêtés qui utilisaient presque chaque jour trois types de média (radio, télé, journal ou revue) étaient de 32,7% pour une proportion de 33,3% de filles et 32,2% de garçons ; par contre la moyenne de ceux qui n'ont jamais utilisé ces trois médias étaient de 38,7% pour une proportion de 36,3% de filles et 22,6% de garçons.

De plus, seulement 10,7% des enquêtés utilisent internet (11,4 fille et 9,7% garçon), 80% n'ont jamais utilisé l'internet (72,7% fille et 90,3% garçon), Ne connaît même pas l'internet : 9,3 % (15,9% fille)

#### 4.2 Résultats sur les connaissances générales sur les IST et le VIH/sida

**Tableau XIII : Répartition des IST citées par sexe**

IST	Fréquence (en %)		
	Fille= 88	Garçon= 62	Total= 150
VIH	88 (100%)	62 (100%)	150 (100%)
Syphilis	47 (53,4%)	33 (53,2%)	80 (53,3%)
Gonococcie	23 (28,1%)	19 (30,6%)	42 (28%)
Moyenne des réponses	53 (60, 2%)	38 (61,2%)	91 (60,6%)

**Tableau XIV : Connaissances sur les mécanismes de transmission et de protection contre le VIH (%de bonnes réponses)**

	Fréquence en %		
	Fille=88	Garçon=62	Total=150
Seule l'abstinence procure la double protection contre les IST et les grossesses à 100%	60 (68%)	42 (67%)	102 (68%)
L'organisme de ceux qui sont infectés par le VIH ne peut plus les défendre contre certaines maladies.	37 (42%)	41 (66%)	78 (52%)
Les personnes infectées par le VIH meurent habituellement une semaine après l'infection.	53 (60%)	49 (79%)	102 (68%)
Le partage des aiguilles d'injection de drogues augmente le risque d'attraper le VIH.	65 (43%)	49 (33%)	114 (76%)
La multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque d'infection par le VIH.	54 (61%)	46 (74%)	100 (67%)
Les condoms protègent à 100 % contre le VIH.	8 (9%)	4 (6%)	12 (8%)
Il suffit d'une relation sexuelle sans protection pour contracter le VIH.	48 (55%)	42 (68%)	90 (60%)
Le moyen le plus sûr de ne pas contracter le VIH par voie sexuelle est de ne pas avoir de relations sexuelles.	50 (57%)	30 (48%)	80 (53%)
Les hommes qui ont des relations sexuelles non protégées entre eux risquent beaucoup plus que les hétérosexuels de contracter le VIH.	38 (43%)	26 (42%)	63 (42%)
Il existe des vaccins contre l'infection par le VIH et le sida.	8 (9%)	6 (10%)	14 (9%)
Le risque d'infection par le VIH est plus grand lors de relations vaginales que lors de relations anales.	23 (26%)	13 (21%)	36 (24%)
<b>Score des bonnes réponses en (%)</b>	<b>40 (45%)</b>	<b>32 (52%)</b>	<b>72 (48%)</b>

**Tableau XV : Connaissances sur le diagnostic et le traitement du VIH/ sida par sexe (% de bonnes réponses)**

	Fréquence en %		
	Fille=88	Garçon=62	Total
Il existe des analyses sanguines qui permettent de savoir si une personne a été infectée par le VIH.	78 (88,6%)	61 (98,3%)	139 (93%)
Il existe des médicaments pour guérir du VIH.	38 (43,1%)	30 (48,4%)	68 (45%)
On peut être infecté par le VIH pendant dix ans ou plus sans être atteint du sida.	29 (32,9%)	34 (54,8%)	63 (42%)
On peut guérir de l'infection par le VIH ou du sida si on se fait soigner très tôt.	24 (27%)	30 (48,3%)	54 (36%)
Il peut s'écouler jusqu'à 6 mois à partir de l'infection par le VIH avant qu'on puisse détecter la présence du virus dans son sang.	42 (47,7%)	24 (38,7%)	66 (44%)
<b>Score des bonnes réponses en %</b>	<b>42 (47,7%)</b>	<b>36 (58%)</b>	<b>78 (52%)</b>

**Tableau XVI : Niveau de connaissances des enquêtés sur les IST par sexe (En % de bonnes réponses)**

	<i>Fréquence en %</i>		
	Fille=88	Garçon=62	Total=150
La stérilité est l'une des complications des IST non traitée.	41 (46,6%)	31 (50%)	72 (48%)
Les hommes et les femmes encourent les mêmes risques d'attraper une IST.	0 (0%)	6 (9,7%)	6 (4%)
Les IST augmentent le risque d'attraper le VIH.	36 (40,1%)	38 (61,2%)	74 (49%)
On peut avoir une IST sans présenter des symptômes.	53 (60,2%)	38 (61,2%)	91 (61%)
Ils existent des IST qu'on peut attraper par les rapports bucco vaginaux.	48 (54,5%)	38 (61,2%)	86 (57,3%)
Si on a déjà été traité pour une IST on ne peut plus l'attraper à nouveau.	26 (29,5%)	26 (41,9%)	52 (35%)
<b>Score des bonnes réponses en %</b>	<b>34 (38,6%)</b>	<b>30 (48,3%)</b>	<b>64 (42,6%)</b>

**Tableau XVII : Présentation des sources d'informations par sexe**

<b>Sexe</b>	<i>Sources d'informations sur les IST et le VIH</i>			<i>Total</i>
	<b>Radio</b>	<b>Télévision</b>	<b>Réunion communautaire</b>	
<b>Fille</b>	<b>8 (9,1%)</b>	<b>2 (2,3%)</b>	<b>78 (88,6%)</b>	<b>88 (100%)</b>
<b>Garçon</b>	<b>18 (29%)</b>	<b>8 (12,9%)</b>	<b>36 (58,1%)</b>	<b>62 (100%)</b>
<b>Total</b>	<b>26 (17,3%)</b>	<b>10 (6,7%)</b>	<b>114 (76%)</b>	<b>150 (100%)</b>

**4.2.1 Synthèse de résultats sur les connaissances sur les IST, le VIH, les autres IST**

La majorité des enquêtés étaient en mesure de citer au moins une infection sexuellement transmissible. Les plus fréquemment citées étaient l'infection à VIH 100%, la gonococcie (28%) et la syphilis (53,3%). Par contre, quand il s'agissait de citer les modes de transmission les plus courantes, les moyens de protection le niveau est beaucoup moindre. D'une manière générale les garçons ont une meilleure connaissance sur les IST et le VIH que les filles.

Quand aux connaissances sur les mécanismes de transmission et des moyens de protection, la moyenne des bonnes réponses est de 48%. Plus de la moitié reconnaît que la multi partenariat sexuelle augmente le risque de l'infection, le partage des seringues comme un comportement dangereux et l'abstinence comme une bonne mesure de prévention. Ils sont moins nombreux à savoir que le sida affaiblit les défenses du corps contre la maladie mais que les personnes nouvellement infectées par le VIH pourront vivre de nombreuses années sans le sida.

Aux énoncés sur les IST, la moyenne des bonnes réponses s'élevait à seulement 42,6%. Plus de la moitié des enquêtés savaient que l'on pouvait être affecté par une IST sans présenter de symptômes et qu'il existait des IST pouvant s'attraper par voie bucco- vaginale.

Quand on a demandé aux enquêtés de citer leurs sources d'information sur les IST et le VIH/sida, 17,3% ont cités la radio (9,1% de filles et 29% de garçons), 6,7% ont cité la télévision (2,3% de filles et 12,9% de garçons) et 76% ont cité les réunions communautaires (88,6% de filles et 58,1% de garçons).

### 4.3 Connaissances sur la contraception

**Tableau XVIII : Connaissance sur les méthodes modernes de contraception**

Contraception	Effectif		
	Fille=88	Garçon=62	Total=150
Condom féminin	86 (97,7%)	54 (87%)	140 (93%)
Condom masculin	88 (100%)	62 (100%)	150 (100%)
Implant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Injectable	54 (61,4%)	44 (71%)	98 (65,3%)
Pilule du lendemain	8 (9,1%)	2 (3,2%)	10 (6,6%)
Pilule	32 (36,3%)	38 (61,3%)	70 (46,6%)
Spermicide	4 (4,5%)	4 (6,4%)	8 (5,3%)
Stérilet	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Stérilisation féminine	2 (2,3%)	0 (0%)	2 (1,3%)
Stérilisation masculine	10 (11,3%)	10 (16,1%)	20 (13,3%)
Moyenne des réponses positives	32,5 (40,3%)	30,6 (49,3%)	62,3 (41,5%)

**Tableau XIX : Autres méthodes de contraceptions utilisées dans la région**

	Total=150		
	Fille=88	Garçon =62	
Abstinence	80 (90,9%)	54 (87,1%)	134 (89,3%)
Calendrier	36 (49,9%)	16 (25,8%)	52 (34,7%)
Retrait	8 (9,1%)	8 (12,9%)	16 (10,7%)
Tisane	26 (29,5%)	10 (16,1%)	36 (24%)
Moyenne des réponses	37,5 (42,6%)	22 (35,4%)	59,5 (39,6%)



**Tableau XX : Présentation des sources d'informations sur la contraception par sexe**

Sexe	Sources d'informations sur la contraception			Total
	Radio	Télévision	Réunion communautaire	
Fille	60 (68,2%)	20 (22,7%)	8 (9,1%)	88 (100%)
Garçon	40 (64,5%)	18 (29%)	4 (6,5%)	62 (100%)
Total	100 (66,7%)	38 (25,3%)	12 (8%)	150 (100%)

#### 4.3.1 Synthèse des résultats sur la contraception

L'enquête a révélé que 41,5% des adolescents ont entendu parler de la contraception moderne, 40,3% étaient des filles et 49,3% des garçons. Les méthodes contraceptives les plus fréquemment citées sont les condoms féminin et masculin respectivement (93% et 100%), les injectables (65,3%). Par contre, seulement 6,6% ont entendu parler de la contraception d'urgence dont 9,1% de filles et 3,2% de garçons.

Lorsqu'on a demandé aux enquêtés de citer les méthodes traditionnelles qui sont utilisés dans la zone, ils ont cités trois méthodes naturelles et une méthode « traditionnellement » utilisée. Donc, un pourcentage de 89,3% d'adolescents ont cité l'abstinence, 34% le calendrier, 10,7% le retrait et 24% la tisane. Quand aux sources d'informations sur la contraception, les enquêtés étaient 66,7% (68,2% de filles et 64,5% de garçons) à citer la radio, 25,3% (22,7% de filles et 29% de garçons) à citer la télévision, 8% (9,1% de filles et 6,5% de garçons) à citer les réunions communautaires. Ainsi leur plus grande source d'information sur la contraception est la radio.

#### 4.4 Résultats des attitudes des enquêtés face aux IST/VIH/sida et à la sexualité

**Tableau XXI : Attitudes des enquêtés face aux IST / VIH/sida et par sexe**

	Effectif /(%)		
	Fille=88	Garçon=62	Total=150
Avez-vous peur d'attraper une IST?	82 (93,1%)	58 (93,5%)	140 (93,3%)
Avez-vous peur d'attraper le VIH ?	80 (90,9%)	54 (87%)	134 (89,33%)
Avez-vous déjà fait un test de dépistage d'une IST ?	22 (25%)	10 (16,1%)	32 (21,3%)
Avez-vous déjà eu une IST ?	2 (2,3%)	0 (0%)	2 (1,33%)
Si vous pensez avoir contracté une IST serez-vous gêné de consulter un médecin ?	30 (34%)	30 (48,3%)	60 (40%)
Vous confierez-vous à ton partenaire si vous avez une IST ?	60 (68,1%)	46 (74,1%)	106 (70,6%)
Moyenne des réponses positives	46 (52,3%)	33 (53,2%)	70 (46,7%)

**Tableau XXII : Représentation des attitudes des adolescents face à la sexualité par sexe**

	<i>Réponses positives</i>		
	<i>Fille</i>	<i>Garçon</i>	<i>Total</i>
On a le droit d'avoir des relations sexuelles avant le mariage.	62 (58,4%)	44 (41,5%)	106 (100%)
On a le droit d'avoir des relations sexuelles avec une personne inconnue	6 (46,1%)	7 (53,8%)	13 (100%)
Moyenne des réponses positives	34 (57,6%)	25 (42,3%)	59 (100%)

#### 4.4.1 Synthèse des résultats sur les attitudes des enquêtés face au IST/VIH/sida et à la sexualité

Les enquêtés sont respectivement 93,3% et 89,3% à dire qu'ils craignent d'attraper une IST et le VIH, pourtant seulement 21,3 % des enquêtés connaissent leur statut sérologique dont 1,33% mentionne avoir déjà eu une IST. Par ailleurs, 40% des enquêtés se sentiraient trop gêner de consulter un prestataire de soins même s'ils pensaient avoir une IST mais 71% le diraient à son partenaire.

Sur les questions relatives à la sexualité, 71 % des enquêtés confirment qu'ils ont le droit d'avoir des relations sexuelles en dehors du mariage (cela n'est pas un obstacle). Sur les questions portant sur les risques liés à la sexualité à savoir s'ils pourraient avoir des rapports sexuels avec une personne inconnue, 8,6% des enquêtés disent n'éprouver aucune crainte à le faire.

#### 4.5 Résultats sur les comportements sexuels des enquêtés

**Tableau XXIII : Relation entre le sexe et l'âge de début des rapports sexuels**

Sexe	<i>Age de début des premières relations sexuelles</i>			
	<10 ans	10-14 ans	15-19 ans	Total
Fille	0 (0%)	32 (55,2%)	26 (44,8%)	58 (100%)
Garçon	6 (10,3%)	38 (65,5%)	14 (24,1%)	58 (100%)
Total	6 (5,2%)	70 (60,3%)	40 (34,5%)	116 (100%)

**\*P= 0,006**

**Tableau XXIV : Relation entre des enquêtés par leur appartenance à un groupe social et l'âge de début des premiers rapports sexuels**

<i>Groupe social</i>	<i>Age de début des premières relations sexuelles</i>			<i>Total</i>
	<10 ans	10-14 ans	15-19 ans	
Groupe religieux	0 (0%)	29 (59,2%)	20 (40,8%)	49 (100%)
Club de jeune	2 (6,5%)	19 (61,3%)	10 (32,3%)	31(100%)
Autre groupe	0 (0%)	2 (100)	0 (0%)	2(100%)
Aucun groupe	4 (11,8%)	20 (58,8%)	10 (29,4%)	34(100%)
Total	6 (5,2%)	70 (60,3%)	40 (34,5%)	116 (100%)

**\*P = 0,261****Tableau XXV : relation entre la religion et l'âge de début des premiers rapports sexuels**

<i>Religion</i>	<i>Age de début des premiers rapports sexuels</i>			<i>Total</i>
	<10 ans	10-14 ans	15-19 ans	
Catholique	0 (0%)	24 (54,5%)	20 (45,5%)	44 (100%)
Protestant	6 (10%)	36 (60%)	18 (30%)	60 (100%)
Témoins de Jéhovah	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Aucune religion	0 (0%)	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
Total	6 (5,2%)	70 (60,3%)	40 (34,5%)	116 (100%)

**\*P= 0,117****Tableau XXVI : Moyens de protection utilisés lors du dernier rapport sexuel par les enquêtés**

	<i>Moyen de protection utilisé lors du dernier rapport</i>			<i>Total</i>
	Condom	Méthode traditionnelle	Aucune protection	
Fille	26 (48,8%)	6 (10,3%)	26 (44,8%)	58 (100%)
Garçon	34 (63%)	4 (7,4%)	16 (29,6%)	54 (100%)
Total	60 (53,6%)	10 (8,9%)	42 (37,5%)	112 (100%)

**4.5.1 Synthèse des résultats sur le comportement sexuel des adolescents**

Les 2/3 des enquêtés ont déjà eu un premier rapport sexuel. L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 11 ans [7 ; 15]. Les enquêtés étaient respectivement 36% de filles et 71% de garçons à avoir eu leur

premier rapport entre 7 et 14 ans contre 30% de filles et 23% de garçons à l'avoir eu entre 15 et 18 ans. En somme, parmi les garçons 5% ont eu leur premier rapport à l'âge de 7 ans.

Parmi les enquêtés, 62,5% disent avoir utilisé un moyen de protection (condom 53,6% et méthode traditionnelle 8,9%) contre 37,5% qui n'ont utilisé aucun moyen de protection. La totalité des enquêtés qui disent avoir utilisé un condom au dernier rapport sexuel affirment se l'être procuré auprès de leurs amis car ils n'ont pas les moyens financiers pour s'en acheter. Par contre aucun des enquêtés n'a mentionné un hôpital ou un centre de santé comme centre d'approvisionnement.

Parmi les adolescentes 2% déclarent avoir au moins un enfant et aucune d'entre elles n'a affirmé avoir déjà fait un avortement. Par contre chez les garçons, aucun n'affirme avoir d'enfants néanmoins 2% d'entre eux disent avoir procuré/administré des substances abortives à leurs petites amies.

#### **4.5.2 Grossesses et avortements**

Parmi les adolescentes 2% déclarent avoir au moins un enfant et aucune d'entre elles n'ont affirmé avoir déjà fait un avortement. Par contre chez les garçons, aucun n'affirment avoir d'enfants néanmoins 2% d'entre eux disent avoir procurés/administrés des substances abortives à leurs petites amies.

### **4.6 Résultats des focus group**

Comme on l'avait mentionné précédemment, l'intérêt principal des focus group c'est d'avoir une évaluation de groupe sur les comportements sexuels des adolescents et les facteurs pouvant les influencer. Dans cette perspective, on a interrogé environ une trentaine de parents et une trentaine de jeunes préalablement choisis au hasard dans deux localités de la section communale de Fond-des-Blancs.

#### **4.6.1 Comportements sexuels des adolescents**

Dans l'ensemble, les participants interrogés ont mentionné que les adolescents et les jeunes de leur localité ont des rapports sexuels très précoces et qu'il est très fréquent que ces derniers (es) aient plusieurs partenaires sexuels à la fois.

#### **4.6.2 Le premier rapport sexuel et le multi partenariat sexuel**

Il est assez fréquent qu'actuellement le premier rapport sexuel débute systématiquement avec la première relation amoureuse. Les déclarations de certains jeunes le prouvent clairement.

Jeune homme A : « *Le sexe est la preuve de l'amour, de la confiance et de l'engagement, le baiser ne représente rien* ».

De plus, d'après certains jeunes, il est assez courant qu'un garçon ait plusieurs partenaires sexuelles; la situation est loin d'être différente chez les filles. Une déclaration d'un jeune illustre bien la situation :

Jeune Homme B : « *Les jeunes filles qui ont un seul partenaire sont assez rares. Il faut se lever tôt pour en trouver une* ».

#### **4.6.3 Moyens de protection utilisés pendant les rapports sexuels et sources d'approvisionnement**

Il est peu fréquent que les adolescents et les jeunes utilisent un condom pendant leur rapport sexuel. Les raisons sont multiples d'après les jeunes.

Jeune homme C: « *Nous n'avons pas d'argent pour en acheter. Les préservatifs se vendent trop cher dans les boutiques et nous ne travaillons pas. Des fois ce sont des amis qui nous en fournissent lorsqu'ils en ont* ».

Selon certains jeunes interrogés, l'utilisation du préservatif est perçue par certains comme un manque de confiance.

Jeune homme D: « *Des fois, on veut mettre un condom, mais la fille refuse pensant que je n'ai plus confiance en elle. Elle pense que je la soupçonne de me tromper* ». Cela arrive aussi que le garçon pense de même si c'est la fille qui le demande.

D'après certaines filles, les garçons refusent de mettre des condoms pour ne pas réduire la sensation.

Jeune fille A: « *Même si on refuse de le faire sans condom, ils disent que ce sera mieux sans car les condoms réduisent la sensation* ».

#### **4.6.4 Interventions des parents dans l'éducation sexuelle des adolescents**

Quoique la relation parent-adolescent soit bonne, les parents se disent impuissants à conseiller leurs filles et fils sur l'importance de retarder les premiers rapports ou même d'attendre un âge plus adulte avant d'avoir un partenaire sexuel. De ce fait, le recours à la violence physique et verbale est un fait assez courant dans la société haïtienne pour tenter de dissuader les jeunes d'avoir des relations sexuelles précocement mais cela n'a plus aucun effet sur leur choix du comportement sexuel. Les parents se sentent impuissants devant cette situation.

Parent 1: « *Les enfants n'écoutent plus nos conseils, ils font tout en cachette, nous sommes les derniers à être informés de ce qui se tramant* »

Les parents sont toutefois être plus indulgents envers leurs fils que leurs filles, car ces dernières leur posent beaucoup plus de problème donc elles méritent une plus grande surveillance. Néanmoins, d'après un concept haïtien, les garçons sont de « petit coq », de ce fait les parents les encouragent souvent à flirter et parfois même à avoir des rapports sexuels très tôt. De cette manière, ils sont rassurés d'avoir de vrais hommes chez eux. La déclaration d'un parent illustre très bien ce fait.

Parent 2: « *On n'enferme pas les coqs pour les poules* ». Ce qui signifie que ce sont les parents des filles qui doivent les garder enfermés pour les protéger.

#### **4.6.5 Relation intergénérationnelle et implication des parents**

Les participants affirment que la plupart des jeunes filles ont toujours au moins un homme âgé en plus de leur amoureux. Ces hommes étant plus fortunés, ils leur procurent la sécurité financièrement dont elles ont besoin pour se prendre en charge et prendre en charge leur famille parfois.

Jeune homme C: « *Les jeunes n'ont pas d'argent, les vieux sont nantis donc très attirants financièrement* ».

#### **4.6.6 Grossesses précoces et avortements provoqués**

Si dans les entretiens individuels, on n'a pas relevé de cas de grossesses par contre les participants aux discussions de groupes affirment qu'il existe bel et bien des cas de grossesses précoces dans leurs localités mais ils aboutissent le plus souvent à un avortement provoqué suite aux conseils du partenaire et/ou des parents;

*Jeune fille B* : « On trouve des cas de grossesses à partir de 12 et 13 ans. Les adolescents pourraient ne jamais avoir la chance de voir le fœtus qui est jeté dans les buissons et dévoré par les animaux ».

*Jeune fille C* : « Il existe des cas de grossesses qui surviennent chez les moins de 15 ans, mais elles aboutissent à un avortement provoqué. Les parents ne réagissent pas et parfois ce sont eux qui administrent les substances abortives »

#### **4.6.7 Viol et délinquance**

D'après les participants, on voit rarement des jeunes qui sont dépendants de la drogue. C'est même rare de trouver un adolescent en train de fumer ou de boire.

Une jeune fille déclare: « Non seulement nous n'avons pas d'argent pour nous procurer ces choses, en plus les parents nous auraient donné une bonne baffe s'ils nous trouvaient avec une cigarette ou une bouteille d'alcool ». Cependant occasionnellement pendant les fêtes patronales, les plus âgés peuvent fumer quelques cigarettes et boire de l'alcool.

En ce qui a trait au viol, il semblerait qu'il en existe de rare cas qui n'est pas déclaré pour bien des raisons. La déclaration d'une jeune fille apporte quelques éléments de réponse : « Si une fille se fait violer c'est elle qu'on va mettre en cause si elle en parle, en plus la plupart des fois ce sont des membres de la famille ou une personne de l'entourage. Donc ils font des arrangements à l'amiable ».

### **4.7 Résultats des entretiens**

#### **4.7.1 Entretien avec la responsable de l'institution 1**

L'institution 1 est un hôpital qui reçoit plus de 500 000 personnes chaque année depuis près de 30 ans. Elle offre une gamme presque complète de tous les services de base tels que la médecine interne, la chirurgie, l'obstétrique-gynécologie, la pédiatrie mais aussi une section de santé communautaire, de réhabilitation et de réinsertion sociale des victimes du séisme du 12 janvier 2010 etc.

C'est une institution religieuse à but non lucratif qui fonctionne sur la base de dons. Elle est l'élément clé d'une fondation basée aux USA. Cette fondation travaille aussi dans le domaine du développement communautaire à travers de multiples projets. Elle travaille en partenariat avec le MSPP et plus d'une dizaine d'ONGs telles que le CRS, PEPFAR, CMMB, Food for the poor, Handicap international etc. Elle offre également de nombreux programmes tels les programmes de santé maternelle et infantile, de prévention et de prise en charge de la tuberculose, de prévention du VIH et prise en charge thérapeutique des PVVIH etc.

D'après la Responsable de cette institution: « Il n'existe pas de programme de SSR à proprement parler qui cible les adolescents. Cependant un de leur projet de prévention du VIH ciblait les jeunes de 15 à 24 ans et les parents d'adolescents de 10 à 14 ans. Les objectifs étaient de réaliser des activités d'IEC

sur les IST et le VIH auprès des jeunes et des parents mais aussi de former des pairs éducateurs sur la santé sexuelle. Ce projet a duré 2 ans et a pris fin en juin 2011. Actuellement il n'existe aucun autre projet de cette envergure ciblant les adolescents dans la section communale de Fond-des-Blancs.

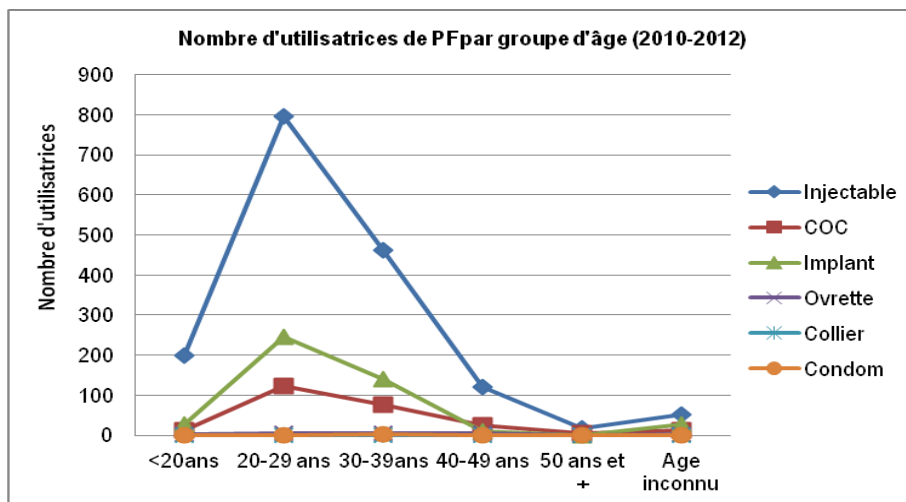
En termes d'impact du projet, elle estime qu'il reste encore beaucoup à faire pour les adolescents et les jeunes de cette zone. Car chaque année, « ...l'institution accueille au moins une vingtaine d'adolescentes en clinique prénatale et environ 2 cas d'avortements provoqués incomplets chaque trimestre environ. Cela témoigne de la nécessité pour nous de trouver d'autres projets pour les adolescents (es) dans cette zone reculée ». Pourtant, malgré les multiples cas de grossesse précoces il n'existe pas de service de planification familiale dans l'institution. De confession religieuse, elle n'intervient pas dans le domaine de la planification familiale. Par contre les professionnelles prodiguent des conseils sur la limitation des naissances et orientent les femmes qui sont en suivi post natal vers le centre de planning familial de la zone.

Les adolescentes et les jeunes sont celles qui viennent les plus fréquemment en consultation d'urgence obstétricale, soit pour viol qui est peu fréquent soit pour un avortement provoqué incomplet soit tout simplement pour un accouchement laborieux.

Les données sur les avortements et viols ne sont pas ventilées par groupe d'âge, et celles sur les accouchements compilent les groupes d'âges de 15 à 49 ans. Il a été pratiquement difficile pour le clerc statisticien de fournir ses informations dans les délais. De ce fait, seules les déclarations verbales de la responsable sont pris en compte dans ce travail.

#### 4.7.2 Entretien avec la responsable de l'institution 2

L'institution 2 est un centre de planning familial. La jeune responsable a mentionné que le centre dessert la population de Fond-des-Blancs depuis plus de 10 ans. Les services sont gratuits. Les personnes qui fréquentent ce centre sont pour la plupart de jeunes mères qui veulent espacer leurs grossesse. Le peu d'adolescentes qui fréquentent le centre avaient toutes déjà eu au moins une première grossesse. Les données recueillies au niveau du centre sont représentées dans la figure 9.



Source : Clinique de

planning familiale/ Haïti project/Fond-des-Blancs/ Août 2012

**Figure 4 : Utilisatrices des services de planning familial (PF) ayant fréquenté le centre entre Juillet 2010 et Août 2012**

Il s'agit d'un centre privé à but non lucratif qui travaille en partenariat avec le MSPP qui leur fournit gratuitement la contraception. Il travaille également avec l'Hôpital de la zone qui leur envoie parfois des femmes séropositives pour contraception ou encore des patientes en gynécologie pour un traitement hormonal. Néanmoins, le centre n'a pas les moyens de faire une promotion de la contraception à l'échelle de la section communale de Fond-des-Blancs. Elle n'a que quatre (4) employés permanents et peu de ressources financières.

D'après la sage-femme responsable, les jeunes fréquentent très peu le centre. Ils ne sont pas prioritaires dans le cadre de ce projet. Quant à la contraception d'urgence elle affirme que : *« le centre n'a jamais fait de contraception d'urgence car personne ne l'a demandé. Certes nous n'avons pas la pilule du lendemain mais avec les hormones qui sont disponibles au centre c'est possible de la faire »*. Elle pense que ce manque d'intérêt des jeunes pour la contraception vient d'un manque d'information ou des informations erronées sur les effets secondaires de la contraception. La peur d'être stigmatisé est un autre aspect à prendre en compte dans ce manque de fréquentation du centre.



## **Chapitre V : Discussion**

Au départ, la question qui retenait l'attention et qui justifiait cette étude portait sur les facteurs qui influencent le comportement sexuel à risque des adolescents et qui empêchent l'amélioration de leur SSR en milieu rural. L'objectif général de cette étude s'est donc porté sur la recherche des facteurs qui déterminent le comportement sexuel à risque des adolescents ruraux en déterminant les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturels des adolescents ruraux, d'évaluer les connaissances, attitudes des adolescents ruraux face à la SSR, d'identifier les comportements sexuels à risque des adolescents ruraux mais aussi de comprendre comment ces facteurs ont une influence négative sur la SSR des adolescents ruraux.

Ainsi les résultats obtenus à travers l'enquête de terrain ont permis d'élaborer ce chapitre de discussion où les résultats clés seront analysés et comparés.

### **5.1 Faible niveau de connaissances sur les IST/VIH et la contraception**

Si les informations sur la prévention (IST/VIH et contraception) semblent avoir fait du chemin depuis l'avènement du VIH, il est fort probable qu'elles ne se traduisent jamais en pratique car même si les adolescents peuvent citer au moins une IST, leur niveau de connaissance reste encore très faible sur les mécanismes de transmission, les moyens de protection, du diagnostic et du traitement de ces infections.

D'après une étude réalisée à l'institut haïtien de l'enfance, les personnes qui avaient un niveau de connaissance plus élevé sur les IST et le VIH étaient plus susceptibles de se protéger contre ces infections. (Cayemittes, 2006).

### **5.2 Faible niveau socioéconomique des familles**

Comme l'a démontré une étude réalisée au Québec sur la SSR des jeunes, il existe en effet un lien entre le niveau socioéconomique des adolescents et leur comportement sexuel. La précarité économique des familles est donc un facteur de risque assez important pour les adolescents ruraux (Lévy et al., 1992).

Beaucoup d'adolescentes se livrent à la transaction de corps avec des hommes beaucoup plus âgés qu'elles dans un souci de gagner de l'argent. Elles ne se prostituent pas seulement pour leur famille mais le font aussi pour satisfaire des besoins économiques personnels. Le souci premier des parents étant avant tout d'assurer le bien-être de la famille, les dépenses sont donc limitées aux seuls besoins de première nécessité. De ce fait, pour s'affirmer et se mettre à la mode actuelle, certaines adolescentes n'hésiteront pas à se procurer le nécessaire par n'importe quel moyen (Rwenge, 2000).

De plus, ce facteur explique également que les adolescents se retrouvent souvent dans l'impossibilité de se procurer un moyen de protection notamment le préservatif.

### **5.3 Absence d'éducation sexuelle**

L'enquête a permis de constater que les adolescents n'ont pas reçu d'éducation sexuelle. Leurs principales sources d'information sont la radio et surtout les amis qui ne sont pas les plus aptes à former et informer s'ils n'ont pas eux-mêmes une bonne formation en la matière. Les rencontres communautaires n'ont pas eu l'impact attendu sur le comportement des adolescents. De ce fait, la participation des parents dans l'éducation de leurs enfants serait une bonne stratégie pour agir sur leur

comportement sexuel.

En effet, selon certains auteurs l'absence de communication entre parents-adolescents sur la sexualité conduit ces derniers à adopter des comportements sexuels à risques. (Biglan et al., 1990 et DiClemente et al., 2001). Les principales causes relevées sont la crise de l'autorité parentale, leur démission, l'agressivité ou la violence envers les adolescents et quand à ces derniers, ce sont surtout la peur des parents ou leur manque de respect et d'obéissance qui font obstacle à cette relation privilégiée entre parents- adolescents d'après une étude réalisée au Burkina Faso. (MASSN et al.,2002)

Notre étude a également montré cet aspect quand les parents ont mentionné que même la violence n'agissait plus sur leurs enfants sur les questions de sexualité. Les violences physiques et verbales, étant des faits assez courants dans notre société, la communication entre parents-adolescents sur les questions de sexualité devient pratiquement inexistante et ne sera pas instituée par les adolescents par peur des représailles, par contre ils se tourneront systématiquement vers les pairs. Ainsi, les parents seront les derniers informés du comportement réel de leurs enfants. Il serait donc important d'intégrer les parents dans les programmes de prévention.

En plus des parents, l'accent doit être porté sur les messages véhiculés par l'église en matière de sexualité dans la population jeune. Bien que nous n'essayerons pas de remettre en question l'idéologie chrétienne mais en matière de sexualité il semblerait que leur approche ne soit pas prise en compte par les adolescents et les jeunes. En effet, notre étude a montré que la grande majorité des enquêtés étaient pratiquant néanmoins plus de la moitié avait déjà eu une première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans.

Bien que selon une étude publiée aux Etats-Unis portant sur la sexualité des adolescentes montre que le fait d'être religieux pratiquant constitue un élément pouvant permettre aux jeunes de retarder leur première relation sexuelle. Elle a donc montré aussi que les adolescentes pratiquantes étaient les plus susceptibles de retarder leur premier rapport sexuel (GOLD M.,et al. 2010)

Pourtant, une autre étude réalisée par le World Relief sur un échantillon d'adolescentes protestantes à Port-au-Prince a également montré que ses dernières aussi sont sexuellement actives malgré les interdits de leur religion (Worldrelief, 2004). De ce fait, il n'existe donc aucune différence entre les milieux de résidence en Haïti. De ce fait la religion ici n'est en rien un facteur protecteur associé à la sexualité en Haïti. (World relief,

#### **5.4 Absence de promotion et d'utilisation de la contraception**

Les grossesses et les avortements sont assez fréquents en milieu rural. Or, il est bien connu que la grossesse chez l'adolescente est un risque élevé de mortalité maternelle (OMS, 2006) et représentait 13% de l'ensemble de la mortalité maternelle en 2007 (OMS and FNUAP, 2007). La grossesse précoce est aussi connue pour être un facteur notoire de perturbation de la scolarité des adolescentes.

Avec le manque de fiabilité des sources d'information des adolescents, il n'est pas étonnant que les adolescentes ne connaissent pas leur période féconde. Ce qui explique le taux assez élevé de la fécondité des adolescentes rurales. Une étude réalisée au Nigéria montre que les adolescentes ne connaissent pas la contraception d'urgence et c'est ce qui expliquerait cette fécondité précoce. (Arowojolu and Adekunle, 1999).

Pourtant, les adolescents européens connaissent l'usage de la contraception d'urgence depuis longtemps (Ottesen S. et al., 2002) . De ce fait, il serait donc nécessaire de faire la promotion et la

sensibilisation de la contraception d'urgence auprès des adolescentes.

## **5.5 Absence de structures et services de SSR destinés aux adolescents**

Dans les milieux défavorisés ce sont surtout les institutions religieuses qui s'occupent de la situation sanitaire de la population. Elles sont pratiquement les seules qui ont le courage d'affronter les conditions difficiles du milieu rural haïtien. Nombreuses sont ces institutions qui ont bénéficié du financement du gouvernement américain pour la lutte contre le VIH (PEPFAR), malgré qu'on sait que « *Ces organisations ont toujours eu du mal à concilier leur mission morale avec le besoin de protéger la santé et la vie, compte tenu de la réalité des vies sexuelles* », pour reprendre les propos de (Berer, 2006).

Ainsi, dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH et des grossesses précoces, ces institutions se contentent de faire uniquement la promotion de l'abstinence sexuelle auprès des jeunes, comme si la sexualité est en soi un péché. Même les adolescents actifs reçoivent les mêmes conseils « *Il n'est jamais trop pour pratiquer l'abstinence* ». L'abstinence ne devrait-elle pas être avant tout un choix éclairé et non une contrainte imposée par la société ou l'église? L'ironie dans tout cela c'est que ces mêmes institutions sont prêtes à traiter les complications graves des avortements, les IST, donner des soins prénatals aux adolescentes enceintes et acceptent même de promouvoir le préservatif dans les couples séro-discordants.

Dans le cadre de la SSR des adolescents ces institutions ne devraient pas être celles qui bénéficient d'un financement car leur vocation ne leur permet pas de mener à bien cette tâche compte tenu des enjeux. Bien qu'on ne peut nier le travail extraordinaire qu'elles font dans ces milieux défavorisés. Ainsi, la responsabilité revient donc aux pouvoirs publics d'assurer la santé des adolescents, de respecter les accords qu'ils ont signés pour assurer la santé de la population et de réguler la situation dans tout le pays.

## **5.6 Limites de l'étude et difficultés rencontrées**

### **5.6.1 Limites**

Cette étude n'a pas manqué de limites qui sont de nature à influencer négativement la qualité des données. La première est relative à l'aspect rétrospectif de certaines variables comme celles portant sur l'âge aux premiers rapports sexuels (biais de mémoire) mais aussi à la traduction des questionnaires en langue maternelle des enquêtés qui est le créole haïtien (biais de traduction).

La seconde est relative au caractère tabou qui entoure la sexualité; cet aspect peut influencer négativement les réponses des adolescents sur leur comportement/pratique sexuelle réelle. Par exemple, les garçons peuvent exagérément diminuer l'âge de leur premier rapport sexuel compte tenu du caractère « privilégié » accordé à leur sexe dans la société haïtienne, par contre les filles auront surtout tendance à augmenter l'âge de leur premier rapport ou tout simplement dit n'avoir pas encore eu un premier rapport sexuel. Ainsi, de part et d'autre, les données peuvent être faussées et sont donc discutables.

### **5.6.2 Difficultés rencontrées**

En milieu rural haïtien, on n'aborde jamais ouvertement un thème comme celui de la sexualité. On ne peut en parler sans être mal jugé. La première difficulté de l'étude concerne la recevabilité de l'enquête auprès des adolescents qui étaient réticents (surtout les filles) au début. Leur réticence étant due d'une

part au caractère tabou de la sexualité, à la gêne lorsqu'on en parle devant une tierce personne et d'autre part à leur méfiance envers les enquêteurs en général due à de fausses promesses faites au cours de précédentes enquêtes réalisées dans la zone. Pour résoudre ses problèmes, on a proposé aux enquêtés de remplir eux-mêmes le questionnaire après leur avoir expliqué comment répondre aux différentes questions tout en leur offrant une assistance mais aussi en fournissant un compte rendu à la fin de l'enquête.

La seconde difficulté est d'ordre financier. Après le stage professionnel à Montréal il a fallu chercher d'autres sources de financement pour pouvoir mener à bien cette enquête de terrain. Malheureusement, les promesses n'ont pas toutes été tenues. La dernière difficulté est d'ordre météorologique; le mauvais temps durant la période de l'enquête a quelque peu perturbé les rencontres prévues comme celles avec les leaders religieux et traditionnels. Cela a eu pour conséquences la réduction du nombre de cibles prévus dans le cadre de cette étude.

## 5.7 Conclusion

La santé sexuelle et reproductive des adolescents ruraux demeure un problème de santé publique malgré les interventions réalisées dans ce domaine en Haïti. Beaucoup de facteurs sont responsables de cette absence d'amélioration de la SSR en milieu rural. Au début, nous avons émis comme hypothèses que les adolescents ruraux faisaient face à des facteurs d'ordre social, économique et culturels ainsi qu'à un manque d'accès à des services et des structures appropriés qui leur sont destinés. En effet les hypothèses ont toutes été vérifiées.

Ainsi, le premier facteur identifié est le faible niveau socioéconomique des familles rurales. La prostitution et les relations entre les adolescentes et des hommes âgés plus nantis sont très fréquentes. Pourtant, ils se retrouvent pour la plupart dans l'incapacité de se procurer les préservatifs afin de se protéger. Un autre facteur identifié c'est le faible niveau de connaissance sur les IST/VIH/sida et sur la contraception malgré la multitude de projet et d'ONGs sanitaires qui travaillent dans ce domaine dans le pays. Cela témoigne donc de la nécessité pour le gouvernement de prendre en mains la SSR des adolescents et des jeunes au même titre que les programmes de santé maternelle et infantile etc.

Les données que nous avons compilées révèlent aussi que le comportement sexuel à risque des adolescents ruraux résulte aussi du mode de fonctionnement de notre société. Car tous ont entendu parler d'au moins une IST, des risques de grossesse et pourtant plus de la moitié de notre échantillon ont débuté précocement leur premier rapport sexuel et bon nombre d'entre eux n'utilisent aucun moyen de protection. Le facteur individuel se dégage. Même les institutions sociales comme la famille et l'église ne sont pas à même de résoudre le problème à leur niveau car les interdits religieux et familiaux ne sont pas prisent en compte ou le sont rarement. De ce fait, il y a une certaine inadéquation entre les exigences sociales et le comportement sexuel adopté par les adolescents. Il devient donc primordial pour la société, par ses lois et ses institutions d'assumer ses responsabilités dans le respect de l'intégrité psychique de ses membres en travaillant pour le plein épanouissement de ceux-ci.

Un facteur culturel se dégage également comme le tabou qui entoure la sexualité. La sexualité ne se discute pas. De ce fait, la relation entre les parents et les adolescents sur ce sujet relève uniquement de l'autorité. Nos discussions avec les parents ont montré à quel point la situation est encore complexe. Il est impératif d'intégrer non seulement les pairs mais aussi les parents dans les projets de prévention.

Le facteur structurel est très flagrant en milieu rural. L'absence de structures et de services de SSR destinés aux adolescents en milieu rural s'avère un des problèmes majeurs dans l'absence d'amélioration de la SSR des adolescents. Car si ces derniers avaient à leur disposition des structures

et des services qui leur étaient destinés, ils seraient mieux armés pour se protéger contre les problèmes liés à leur comportement sexuel. De ce fait, Il y a lieu de penser que les indicateurs de SSR se seraient grandement améliorés s'il existait ce genre de services partout dans le pays notamment dans les milieux ruraux.

De cette manière nous pouvons conclure que les facteurs dégagés comme étant ceux influençant négativement le comportement sexuel des adolescents ruraux sont les mêmes partout. Mais, la particularité en milieu rural c'est le manque d'accès à des informations de qualité et à la prévention. Ainsi, seul un programme national de santé sexuelle et reproductive incluant structures et services de prévention et d'éducation pourrait apporter l'amélioration tant souhaitée à cette problématique de SSR en Haïti notamment en milieu rural.

## Recommandations

Compte tenu des observations faites au cours de cette enquête, il s'est avéré nécessaire que les recommandations suivantes s'en suivent afin d'apporter une contribution à cette problématique inquiétante dans le pays notamment dans le milieu rural haïtien.

Les recommandations s'en vont directement auprès des autorités du ministère de la santé publique, responsables d'assurer la santé des individus quelque soit leur milieu de résidence ou de leurs appartenances sociales.

### **1. Créer un environnement sociopolitique et juridique favorable à la mise en place d'UN programme national de santé des adolescents et des jeunes avec un volet important sur la SSR ;**

- Amener les parlementaires et autres responsables politiques à adopter des lois et le cas échéant, à éliminer les entraves juridiques, réglementaires et sociales à la distribution d'informations et à la prestation de services dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction en faveur des jeunes et des adolescents ;
- Donner à certains leaders locaux (notamment les responsables religieux et traditionnels ouverts), animateurs de groupes de jeunes et spécialistes de la communication une formation spécifique sur la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents afin de permettre à tous les partenaires stratégiques de partager la même compréhension du domaine, d'avoir les mêmes informations pour leur permettre de mieux intégrer la problématique de la SSR, et d'être des relais efficaces du programme dans leurs communautés respectives ;
- Promouvoir la coalition entre les associations, mouvements de jeunesse, ONG et de programmes sociaux et sanitaires existants pour l'adoption d'objectifs communs, et pour les aider à intégrer la santé sexuelle et reproductive à leurs programmes et activités car *« il est important qu'ils adhèrent à un même cadre de référence, sur les plans à la fois conceptuel et opérationnel »*.

### **2. Concevoir une ligne directrice pour l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive afin de doter les adolescents d'aptitudes (life skills) leur permettant de faire face aux défis de la vie, faire des choix, et prendre des décisions responsables et appropriées.**

- Mettre en place des activités d'éducation par les pairs;
- Mettre en place des activités d'IEC sur la sexualité visant les parents
- Organiser des services de « counselling » afin de prendre en charge les adolescents sur le plan psychologique et émotionnel ;
- Développer des interventions de communication de masse;

### **3. Rendre disponible des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité, accessibles aux adolescents comprenant les services suivants :**

- consultations prénatales et postnatales ;
- approvisionnement en contraceptifs (y compris en préservatifs) sans rupture de stocks ;

- approvisionnement (sans rupture de stocks) en médicaments essentiels pour le traitement des IST et des autres affections liées à la santé sexuelle ;
- disponibilité de la contraception d'urgence et des préservatifs dans des points de distribution identifiée dans chaque localité ou de quartier ;
- dépistage volontaire de l'infection au VIH ;
- test volontaire de grossesses ;
- counselling en rapport avec la sexualité en général, les grossesses, les avortements, qu'ils soient volontaires ou non, et le VIH/SIDA en particulier ;
- prise en charge des conséquences de l'avortement ;
- disponibilité d'heures d'ouverture compatibles avec le mode de vie des populations cibles ;
- prise en charge et traitement des IST (notamment par l'approche syndromique pour ce qui concerne les garçons) ;
- un système de référence et contre référence associant les structures sociales et médicales les plus proches ou les plus appropriées ;
- Création d'un environnement et d'une atmosphère qui inspirent confiance et qui permettent de respecter l'intimité des adolescents et des jeunes ;

## Références bibliographiques

- 1- OMS ,2013. « *Santé de l'adolescence* ». OMS, Genève, Suisse.
- 2- ALLPORT G.W., 1935. « *Handbook of social psychology* ». Clark University. Murchinson C. Worcester. Page 798-844
- 3- AMC, 1988. « *Politique de l'AMC : L'avortement provoqué* ». Association médicale canadienne, Toronto, Canada.
- 4- BLOCH H. et coll. (Editeurs) : Grand dictionnaire de psychologie. Larousse, 1994.
- 5- Encarta, 2009. Définition de connaissance.
- 6- OMS, 2012. « *Contraception d'urgence* ». Aide mémoire. OMS, Genève, Suisse
- 7- OMS, 2012. « *Contraception* ». Aide mémoire. OMS, Genève, Suisse.
- 8- OMS, 2013. En ligne (<http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>) (consultée le 12 Janvier 2012). OMS, Genève, Suisse
- 9- Nations-Unies, 1994. Rapport de la conférence international sur la population et le développement. Caire. Page 197
- 10- OMS, 2013. En ligne ([http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)) (consultée le 4 décembre 2012). OMS, Genève, Suisse.
- 11- STANLEY K.H., 2004. *US Teenage Pregnancy Statistics with Comparative Statistics for Women Aged 20–24*. Special Report, Updated. 1–14 & Notes
- 12- Eaton DK et al., 2006. *Youth risk behavior surveillance-United States, 2005*. *MMWR Surveill Summ*. 2006 Jun 9; 55(5):1-108. **This article on Pubmed**.
- 13- MCINTYRE P., 2007. *Adolescentes enceintes : Apporter une promesse d'espoir dans le monde entier*. OMS. Oxford, Royaume-Uni, page 4.
- 14- OMS, 2009. *Grossesse à l'adolescence : un problème culturel complexe*. OMS. Volume 87, Genève, page 405-484.
- 15- FNUAP, 2010. *La jeunesse en chiffres*. Haïti. Page 3.
- 16- UNICEF, 2011. *La situation des enfants dans le monde : l'Adolescence l'âge de tous les possibles*. UNICEF, New-York, USA, page 20-22.
- 17- OMS, 2009. *Grossesse à l'adolescence : un problème culturel complexe*. OMS. Volume 87, Genève, page 405-484.
- 18- UNICEF, 2011. *La situation des enfants dans le monde : l'Adolescence l'âge de tous les possibles*. UNICEF, New-York, USA, page 22
- 19- UNICEF, 2011. *La situation des enfants dans le monde : l'Adolescence l'âge de tous les possibles*. UNICEF, New-York, USA, page 24
- 20- Idem
- 21- Idem
- 22- ONUSIDA, 2011. *Rapport de situation : Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*. Genève.



- 23- UNICEF, 2011. *La situation des enfants dans le monde : l'Adolescence l'âge de tous les possibles*. UNICEF, New-York, USA, page 25.
- 24- Idem
- 25- Idem
- 26- OMS, 2011. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles*. Genève, Suisse, page 27
- 27- OMS, 2011. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles*. Genève, Suisse, page 72
- 28- IHSI, 2009. *Caractéristiques sociodémographiques des jeunes*. Port-au-Prince, Haïti.
- 29- FNUAP, 2010. *La jeunesse en chiffres*. Haïti, Page 4.
- 30- PNUD, 2010. *Rapport sur le développement humain (RDH) : Indicateurs internationaux de développement humain*. Haïti.
- 31- IHSI, 2009. *Caractéristiques sociodémographiques des jeunes*. Port-au-Prince, Haïti.
- 32- LUNDE H., 2009. *Enquête sur la jeunesse d'Haïti*. Rapport statistique, Volume I.
- 33- FNUAP, 2010. *La jeunesse en chiffres*. Haïti. Page 6.
- 34- Idem
- 35- IHSI, 2009. *Caractéristiques sociodémographiques des jeunes*. Port-au-Prince, Haïti.
- 36- LUNDE H., 2009. *Enquête sur la jeunesse d'Haïti*. Rapport statistique, Volume I.
- 37- CAYEMITTES M. et al., 2006. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 4. Haïti.
- 38- MSPP et al., 2001. *Politique Nationale de santé des adolescents et des jeunes*. Haïti, page 36.
- 39- CAYEMITTES M. et al., 2006. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 4. Haïti.
- 40- OMS, 2012. *Statistique Sanitaire Mondiale*. OMS. Genève, Suisse page 112-113
- 41- FNUAP, 2010. *La jeunesse en chiffres*. Haïti, Page 3.
- 42- MSPP et al., 2001. *Politique Nationale de santé des adolescents et des jeunes*. Haïti, page 12.
- 43- CAYEMITTES M. et al., 1995. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 2. Haïti.
- 44- MSPP et al., 2001. *Politique Nationale de santé des adolescents et des jeunes*. Volume 3. Haïti, page 10.
- 45- Idem
- 46- CAYEMITTES M. et al., 2001. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 3. Haïti.
- 47- CAYEMITTES M. et al., 2001. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 4. Haïti.
- 48- UNGASS, 2012. *Rapport de situation nationale*. Haïti, page 52
- 49- OMS, 2012. *Statistique Sanitaire Mondiale*. OMS. Genève, Suisse.
- 50- FREUD, S., 1987. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Collection Folio/Essais, Gallimard, Paris. page 180

- 51- DOLTO F., 1988. *La cause des adolescences*. Paris, page 21.
- 52- TORDJMAN G., 1978. *Réalités et problèmes de la vie sexuelle : adolescents*. Hachette, Paris, page 25.
- 53- WORLDRELIEF, 2004. *Enquête sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes protestants par rapport à la sexualité*. Port-au-Prince.
- 54- GOLD M., 2010. *Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors*. Journal of pediatric and adolescent gynecology. Volume 3, no 5. , pages 290-297.
- 55- IHE, 1995. *Evaluation du programme de contrôle et de prévention du centre pour le développement et la santé (CDS)*.
- 56- ORAISON M., 1966. *Le mystère humain de la sexualité*. Seuil. Paris, page 111.
- 57- LEVY J. et al., 1992. *Sexualité contraception et sida chez les jeunes adultes : Variations ethnoculturelles*. Collection globale, Méridien. Québec, page 40.
- 58- ORAISON M., 1966. *Le mystère humain de la sexualité*. Seuil. Paris, page 116-117.
- 59- Foucault M., 1976. *Histoire de la sexualité : La Volonté de savoir*. Tome I Collection tel. Gallimard. Paris, page 170.
- 60- REICH W., 1976. *L'irruption de la morale sexuelle*. Petite bibliothèque, Payot, Paris, page 179.
- 61- Idem
- 62- TORDJMAN G., 1978. *Réalités et problèmes de la vie sexuelle : adolescents*. Hachette, Paris, page 137.
- 63- ROCHER G., 1969. *Introduction à la sociologie générale : L'action sociale*. Editions Hurtubise HMH, Montréal, page 56.
- 64- LEGRAND B., 1990. *Coup d'œil sur la famille haïtienne*. Editions des Antilles, Port-au-Prince, page 31.
- 65- LEVY J. et al., 1992. *Sexualité contraception et sida chez les jeunes adultes : Variations ethnoculturelles*. Collection globale, Méridien. Québec, page 11.
- 66- CAYEMITTES M. et al., 2006. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 4. Haïti
- 67- LEVY J. et al., 1992. *Sexualité, contraception et sida chez les jeunes adultes : Variations ethnoculturelles*. Collection globale, Méridien. Québec, page 11.
- 68- RWENGE M. 2000. *Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun*. Perspectives Internationales pour le Planning Familial. Numéro spécial de 2000:13-8.
- 69- .Biglan A et al., 1990. *Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behaviour among adolescents*. Journal of behavioral medicine, 13:245-261. **[This article on PubMed](#)**
- 70- MASSN-MS-UNFPA-Population Council. 2002. *Etude diagnostic au niveau communautaire sur le vécu des adolescents(es) et de leurs besoins en santé de la reproduction*. Bazéga et Gourma.
- 71- MASSN-MS-UNFPA- Population Council-DFID., 2002. *Revue des politiques et des programmes sur la santé de la reproduction des adolescents*. Burkina Faso.
- 72- GOLD M., 2010. *Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors*. Journal of pediatric and adolescent gynecology. Volume 3, no 5. , pages 290-297.
- 73- OMS, 2009. *Grossesse à l'adolescence : un problème culturel complexe*. OMS. Volume 87, Genève, page 405-484.

- 74- OMS, 2006. Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé. OMS. Genève.
- 75- AROWOJOLU AO., ADEKUNLE AO., Juill 1999. *Knowledge and practice of emergency contraception among Nigerian youths*. Int J Gynaecol Obstet., 66(1):31-32.
- 76- OTTENSEN S., and al., 2002. *Comment améliorer la contraception d'urgence par les adolescents?*. Journal de gynécologie, Masson.
- 77- DiClemente RJ et al., 2001. *Parental monitoring and its association with a spectrum of adolescent health risk behaviours*. Pediatrics, 107:1363-1368. **This article on PubMed**.
- 78- Berer M., 2006. *Oui au préservatifs, non à l'abstinence*. Reproductive Health Matters, London, UK.

## Liste des tableaux

Tableau I : Statistiques et caractéristiques régionales / VIH et sida / 2011 .....	6
Tableau II : Représentation du taux de fécondité par groupe d'âge et par milieu de résidence .....	9
Tableau III : Liste des localités et habitations de la section communale de Fond-des-Blancs .....	17
Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	23
Tableau V : Représentation des enquêtés par sexe et âge.....	24
Tableau VI : Répartition des enquêtés par sexe et par niveau d'étude.....	24
Tableau VII : Répartition des enquêtés par sexe et statut matrimonial .....	25
Tableau VIII : Répartition des enquêtés par âge et statut matrimonial .....	25
Tableau IX : répartition des enquêtés par sexe et fréquence d'exposition aux médias .....	25
Tableau X : Utilisation de l'internet par sexe .....	26
Tableau XI : Répartition des enquêtés par sexe et leur appartenance à un groupe social.....	26
Tableau XII : Répartition des enquêtés par sexe et religion .....	26
Tableau XIII : Répartition des IST citées par sexe .....	27
Tableau XIV : Connaissances sur les mécanismes de transmission et de protection contre le VIH (% de bonnes réponses) .....	28
Tableau XV : <i>Connaissances sur le diagnostic et le traitement du VIH/ sida</i> par sexe (% de bonnes réponses).....	28
Tableau XVI : Niveau de connaissances des enquêtés sur les IST par sexe (En % de bonnes réponses) .....	29
Tableau XVII : Présentation des sources d'informations par sexe .....	29
Tableau XVIII : Connaissance sur les méthodes modernes de contraception .....	30
Tableau XIX : Autres méthodes de contraceptions utilisées dans la région .....	30

Tableau XX : Présentation des sources d'informations sur la contraception par sexe.....	31
Tableau XXI : Attitudes des enquêtés face aux IST / VIH/sida et par sexe .....	31
Tableau XXII : Représentation des attitudes des adolescents face à la sexualité par sexe .....	32
Tableau XXIII : Relation entre le sexe et l'âge de début des rapports sexuels.....	32
Tableau XXIV : Relation entre des enquêtés par leur appartenance à un groupe social et l'âge de début des premiers rapports sexuels .....	33
Tableau XXV : relation entre la religion et l'âge de début des premiers rapports sexuels.....	33
Tableau XXVI : Moyens de protection utilisés lors du dernier rapport sexuel par les enquêtés .....	33

### Liste des figures

Figure 1 : Représentation de la prévalence du VIH par groupe d'âge et par sexe .....	10
Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude .....	19
Figure 3 : Représentation des enquêtés en fonction de leur localité de résidence .....	24
Figure 4 : Utilisatrices des services de planning familial (PF) ayant fréquentées le centre entre Juillet 2010 et Août 2012.....	37

### Liste des Photos

Photo 1 : Carte géographique de la république d'Haïti .....	8
Photo 2 : Situation géographique de la section communale de Fond-des-Blancs .....	18
Photo 3 : Route menant à l'intérieur de la section communale de Fond-des-Blancs.....	65
Photo 4 : Entrée de la section communale de Fond-des-Blancs.....	65
Photo 5 : Marché de Sainthon le centre de la section communale de Fond-des-Blancs .....	66
Photo 6 : Route menant à la localité de St-Jules/ l'une des localités de l'enquête.....	66
Photo 7 : Photo d'un focus group avec les parents.....	67
Photo 8 : Type de maison des villages ruraux haïtiens.....	67

## Annexes I: Guide d'entretien semi structuré

### Connaissances, Attitudes et comportement en matière de santé sexuelle des adolescents de 15 - 19 ans de la 9eme section communale de Fond-des-Blancs

Nom de l'enquêteur :

Localité : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012

#### I – Caractéristiques sociodémographique

<p>1 - Age  __   __  ans</p>	<p>7 - Appartenez- vous à quelle religion ?</p> <p><input type="checkbox"/> Catholique</p> <p><input type="checkbox"/> Protestant</p> <p><input type="checkbox"/> Vodouisant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de religion</p> <p><input type="checkbox"/> Autre Préciser _____</p>
<p>2 - Sexe :</p> <p><input type="checkbox"/> Masculin</p> <p><input type="checkbox"/> Féminin</p>	<p>8 - À quelle fréquence écoutez-vous la radio ?</p> <p><input type="checkbox"/> Presque tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p>3 - Niveau d'études :</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas fait l'école</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Secondaire</p> <p><input type="checkbox"/> Supérieur</p>	<p>9 - À quelle fréquence suivez-vous la télévision ?</p> <p><input type="checkbox"/> Presque tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p>4 - Statut matrimonial :</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire</p> <p><input type="checkbox"/> Marié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorcé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Veuf (ve)</p> <p><input type="checkbox"/> Placage (e)</p>	<p>10 - À quelle fréquence lisez-vous un journal ou une revue ?</p> <p><input type="checkbox"/> Presque tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p>5 – Quelle est votre profession ?</p> <p>_____</p>	<p>11 - Avez-vous déjà utilisé Internet?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne connaît pas ce que s' est</p>
<p>6- Appartenez-vous à un groupe ou club social ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>12- Avez-vous déjà entendu parler des IST?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>13-Citez celles que vous connaissez :</p> <p>_____</p>
<p>6.1 -Si oui, quel(s) type(s) de groupe ou club social ?</p> <p><input type="checkbox"/> Association religieuse</p> <p><input type="checkbox"/> Club de sports</p> <p><input type="checkbox"/> Troupe théâtrale/danse/musicale</p> <p><input type="checkbox"/> Guides/scouts</p> <p><input type="checkbox"/> Club de jeunes</p> <p><input type="checkbox"/> Autres _____</p>	

#### II- Connaissance du VIH et du sida et d'autres ITS

<b>A- Connaissance des mécanismes de prévention et des moyens de prévention</b>	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Le partage des aiguilles d'injection de drogues augmente le risque d'attraper le virus du sida. (Vrai)			
2. La multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque d'infection par le virus du sida. (Vrai)			
3. Les condoms protègent à 100 % contre le virus du sida. (Faux)			
4. Il suffit d'une relation sexuelle sans protection pour contracter le virus du sida. (Vrai)			
5. Le moyen le plus sûr de ne pas contracter le VIH par voie sexuelle est de ne pas avoir de relations sexuelles du tout. (Vrai)			
6. Les hommes qui ont des relations sexuelles non protégées entre eux risquent plus que les couples hétérosexuels de contracter le virus du sida. (Vrai)			
7. La vaseline n'est pas un bon lubrifiant à utiliser avec un condom. (Vrai)			
8. Il existe des vaccins contre l'infection par le VIH et le sida. (Faux)			
9. Le risque d'infection par le virus du sida est plus grand lors de relations vaginales que lors de relations anales. (Faux)			

<b>B- Connaissance du diagnostic et du traitement</b>	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Il existe des médicaments pour guérir du virus du sida. (Faux)			
2. On peut être infecté par le VIH pendant dix ans ou plus sans être atteint du sida. (Vrai)			
3. On peut guérir de l'infection par le VIH ou du sida si on se fait soigner très tôt. (Faux)			
4. Il peut s'écouler jusqu'à 6 mois à partir de l'infection par le VIH avant qu'on puisse détecter la présence du virus dans son sang. (Vrai)			

<b>C- Connaissance des ITS ainsi que du VIH et du sida</b>	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau. (Faux)			
2. On peut attraper l'herpès génital en ayant des rapports sexuels buccaux. (Vrai)			
3. Il arrive souvent qu'une personne qui a une MTS ne présente aucun symptôme. (Vrai)			
4. Les IST augmentent le risque d'attraper le VIH (Vrai)			
5. Les hommes et les femmes risquent autant d'avoir des problèmes sanitaires graves s'ils attrapent une MTS. (Faux)			
6. **Le partage des aiguilles pour prendre de la drogue augmente le risque d'infection par le virus du sida. (Vrai)			
7. Les personnes infectées par le virus du sida meurent habituellement en quelques semaines. (Faux)			
8. Lorsqu'une personne est infectée par le VIH ou a le sida, son organisme ne peut plus se défendre contre certaines maladies. (Vrai)			
9. Lorsqu'on partage des aiguilles pour prendre de la drogue, on risque d'attraper le virus du sida. » (Vrai)			
10. Les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel risquent plus que les autres d'être infectées par le virus du sida. » (Vrai)			
11. Lorsqu'on a des rapports sexuels, on peut réduire le risque d'attraper le virus du sida en utilisant un condom. » (Vrai) -			
12. Il existe des analyses sanguines qui permettent de savoir si une personne a été infectée par le virus du sida. » (Vrai)			

**III- Connaissances de la contraception**

<p><b>1. Avez-vous déjà entendu parler de la contraception</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non (si non, laissez les autres cases)</p>	<p><b>2. Ou avez-vous entendu parler de la contraception</b></p> <p><input type="checkbox"/> Radio</p> <p><input type="checkbox"/> Télévision</p> <p>Autres, précisez _____</p>
<p><b>3. Parmi ces contraceptions, cochez celles que vous connaissez ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ligature des trompes</p> <p><input type="checkbox"/> Vasectomie</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux</p> <p><input type="checkbox"/> Stérilet</p> <p><input type="checkbox"/> Injectable</p> <p><input type="checkbox"/> Implant</p> <p><input type="checkbox"/> Condom masculin</p> <p><input type="checkbox"/> Condom féminin</p> <p><input type="checkbox"/> Spermicide</p> <p><input type="checkbox"/> Pilule de contraception d'urgence</p>	<p><b>4. Quelles sont les méthodes naturelles que vous connaissez ?</b></p>

**IV- Attitudes face à la santé sexuelle**

Attitudes envers les IST et le VIH	Oui	Non
Avez-vous peur d'attraper une IST?		
Avez-vous peur d'attraper le VIH ?		
Avez-vous déjà fait un test de dépistage d'une IST ?		
Avez-vous déjà eu une MST ?		
Si vous pensez avoir contracté une IST serez-vous gêné de consulter un médecin ?		
Vous confierez-vous à ton partenaire si vous avez IST ?		

Attitude face à la sexualité	Oui	Non
On a le droit d'avoir des relations sexuelles avant le mariage.		
On a le droit d'avoir des relations sexuelles avec un (e) inconnu (e).		

**V- Comportement Sexuel**

a) A quel âge avez-vous eu ton premier rapport sexuel? : \_\_\_\_\_

b) Protection contre le VIH, le sida et autres ITS et les grossesses non planifiées

- Moyens de protection utilisés lors des derniers rapports sexuels en date

- Aucun
- Pilule anticonceptionnelle
- Condom
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

- Quelles sont vos sources d'approvisionnement en préservatif ou en pilule du lendemain?

- École
- Boutique/Marché



- Pharmacie
- Centre de santé /Hôpital
- Autres (Préciser) \_\_\_\_\_

**c) Avez-vous déjà été enceinte (filles) ou mis une fille enceinte (garçon)?**

- Oui
- Non

**d) Avez-vous déjà fait un avortement?**

- Oui
- Non

**e) Si oui, Ou avez-vous fait cet avortement?**

- Hôpital
- Maison
- Autres \_\_\_\_\_

**f) Infections transmissibles sexuellement**

Questions :	Oui	Non
1. Avez-vous déjà eu une MTS (%)		
2. Avez-vous déjà subi un test de dépistage d'infection transmissible sexuellement (%)		
3. Serez vous trop gênés ou gênées pour consulter un médecin ou une infirmière si tu penses avoir une ITS		
4. Confiez vous à a ton partenaire une éventuelle ITS		

## Annexe II : Questionnaire de focus group des parents et des jeunes

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

Nombre de participants : \_\_\_\_\_

Sexe : F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

1. Parlez nous un peu des adolescents de cette localité?

a) Quelles sont leurs activités principales?

b) Quel genre de comportement ils adoptent dans la communauté?

- Rapport avec l'entourage

- Rapports leurs parents

- Rapports avec les pairs

- Délinquance

- Addictions

2. A peu près à quel âge les jeunes commencent- ils leur première relation amoureuse?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Quels sont les profils des partenaires? Jeunes, vieux, étrangers?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Qu'est-ce qui peut pousser un adolescent à avoir très tôt des relations amoureuses?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Qu'est-ce qui peut pousser les adolescentes à avoir des relations avec des hommes plus âgés ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Quelles sont les réactions des parents face à cela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Y-a-t-il des cas de grossesses précoces dans cette communauté ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Si oui, ou a eu lieu l'accouchement ?

---

---

9. Y-a-il des cas d'avortements chez les adolescents ?

---

---

10. Si oui, ou a eu lieu l'avortement et par qui ?

---

---

11. Ou les adolescents peuvent-ils se procurer des moyens de protection contre une grossesse ou les IST ?

---

---

12. Quelles sont les raisons qui peuvent empêcher les adolescents de se protéger ?

---

---

### Annexe III : Guide d'entretien individuel

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et prénom de l'interviewé : \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

- 1- Quelle est la date de la création de l'institution ?  
\_\_\_\_\_
- 2- Quelle est sa mission, son but, sa politique?  
\_\_\_\_\_
- 3- Quelle est sa stratégie et domaine d'intervention ?  
\_\_\_\_\_
- 4- Quelle est sa population cible (sexe, âge, caractéristiques, etc.)?  
\_\_\_\_\_
- 5- Quelles sont ses zones d'intervention par son/ses programmes ?  
\_\_\_\_\_
- 6- Quelles sont ses réalisations en matière de SSR ?  
\_\_\_\_\_
- 7- Comment se fait la coordination avec les autres acteurs ? (exemple : son rapport avec le MSPP, autres ONG?)  
\_\_\_\_\_
- 8- Existe-t-il des programmes/ projets pour les adolescents et les jeunes ?  
\_\_\_\_\_
- 9- Si, oui. Quels types de programmes / projets ?  
\_\_\_\_\_
- 10- Quel est l'impact de son/ses programmes sur les jeunes?  
\_\_\_\_\_
- 11- Recevez-vous des cas 'avortements, de viol ou autres violences dont les adolescents en seraient les victimes ?  
\_\_\_\_\_

## **Annexe IV : Extrait de la « Déclaration de la Politique Nationale de santé des adolescents et des jeunes »**

### **Visas et Considérants**

Le Gouvernement de la République :

- Vu les articles 19, 22, 11, 121, 133, 136, et 144 de la Constitution;
- Vu la loi du 24 février 1919 instituant le Service National d'Hygiène Publique;
- Vu le Décret-Loi du 12 septembre 1945 créant le Département de la Santé Publique , et ceux des 22 et 23 novembre de la même année définissant les attributions, et organisant les services du Département de la Santé Publique et de la Population;
- Vu le décret du 20 novembre 1975 restructurant le Département de la Santé Publique et de la Population en vue de l'adapter aux normes et aux nécessités de la Population Sanitaire Nationale;
- Vu le décret du 28 novembre 1983 réorganisant le Département de la Santé Publique et de la Population;
- Considérant la garantie accordée par la Constitution à tous les Citoyens Haïtiens sans exception d'exercer et de jouir du droit fondamental à la Santé sans restriction aucune;
- Considérant le taux élevé de mortalité générale et le niveau de l'espérance de vie à la naissance;
- Considérant que la Jeunesse est la force vive sur laquelle repose le développement durable futur du pays;
- Considérant l'absence de services de santé spécifiques adaptés aux besoins des jeunes;
- Considérant le taux de scolarisation faible et le taux d'analphabète élevé ;
- Considérant le manque d'encadrement pour les jeunes ;
- Considérant le manque d'emploi et la situation économique qui affecte les jeunes et leurs familles ;
- Considérant l'initiation précoce à la vie sexuelle chez les jeunes;
- Considérant et la prévalence des grossesses précoces et des avortements à risques chez les jeunes;
- Considérant le pourcentage des adolescents et des jeunes retrouvés dans la prévalence élevée de la mortalité maternelle;
- Considérant la prévalence de l'infection au VIH, des Infections Sexuellement Transmissibles chez les jeunes et la tendance à leur augmentation;
- Considérant les conséquences sur l'organisme humain des maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles;

- Considérant la prévalence en Haïti des maladies infectieuses, parasitaires et carencielles (diarrhées infectieuses, malaria, TB) retrouvée chez les jeunes;
- Considérant les déficiences protéino-caloriques, en iode et autres oligo-éléments chez les jeunes;
- Considérant que les accidents de la route et la violence représentent une des premières causes de morbidité, de mortalité et d'incapacité chez les jeunes;
- Considérant le poids démographique des jeunes dans la population;
- Considérant l'urgence de prendre des dispositions appropriées pour garantir un encadrement et une prise en charge médico-sanitaire et social intégrée afin de protéger les jeunes des deux sexes;
- Considérant que l'Etat Haïtien est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé par le développement de programmes et d'activités médico-sanitaires et social;
- Considérant qu'il convient de formuler des politiques nationales de Santé qui définissent mieux les objectifs à atteindre en matière de santé des jeunes, qui fixent les priorités et décrivent les différentes stratégies nationales pour atteindre ces objectifs;
- Sur le rapport de la Ministre de la Santé Publique et de la Population, la Ministre de l'Education Nationale de la Jeunesse et de Sports, le Secrétaire d'Etat à la Jeunesse, au Sport et au Service Civique et après délibération en Conseil des Ministres, le Gouvernement a décidé ce qui suit :

### **Engagement du Gouvernement – But – Problèmes Prioritaires – Objectifs**

#### **Article I.**

Par la présente le Gouvernement adopte une Politique Nationale de Santé et de développement des Jeunes et des Adolescents.

#### **Article II.**

- La Santé des Jeunes et des Adolescents se définissent comme un état de bien-être physique, psychologique et mental, spécifique à leur âge, à leur besoins sexuels et reproductifs, et à leur culture, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.

Considérant que l'Etat Haïtien est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens, dans toutes les Collectivités territoriales, les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé par le développement de programmes et d'activités médico-sanitaires;

**Article III.**

La Politique Nationale de Santé et développement des Jeunes et des Adolescents définit l'ensemble des options retenues par l'Etat Haïtien dans la plénitude de sa souveraineté pour améliorer les problèmes médico-sanitaires et social des Jeunes en Haïti. Ces dispositions sont prises en fonction de la situation sanitaire actuelle des jeunes, de notre niveau de développement technologique sur le plan sanitaire, et du niveau de développement économique du pays.

**Article IV.**

Dans le cadre cette Politique, le Gouvernement s'engage à travailler activement et résolument à la mise en place d'un ensemble d'interventions, soutenues par des allocations de ressources techniques et financières appropriées, pour garantir un encadrement et une prise en charge intégrée sur le plan médico-sanitaire et social aux adolescents et aux jeunes des deux sexes, et à établir des mécanismes de suivi de l'application de cette politique.

**Article V.**

La Politique Nationale de Santé et développement des Jeunes et des Adolescents a pour but de préserver et de protéger ces importantes ressources humaines que représentent les Jeunes, et de garantir l'Avenir et le Développement du Pays. Elle vise plus globalement à les maintenir toujours en excellente santé.

**Les Problèmes Prioritaires**

**Article :**

Les adolescents et les jeunes adultes bénéficieront de toutes les attentions prévues dans le système national de prestation de soins.

**Article :**

A côté des problèmes généraux de santé pris en charge par le système, le Gouvernement a décidé que certains problèmes confrontés par les adolescents et les jeunes bénéficient d'une attention spéciale moyennant la mise en place de programmes et services spécialisés spécifiquement orientés vers eux.

**Ces problèmes sont :**

- le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles
- les grossesses précoces et non-désirées et leurs conséquences
- Anémie et malnutrition
- Violences et accidents
- Les addictions et les accoutumances chimiques

**Article :**

Le Gouvernement ne reconnaît que les principaux problèmes de santé de la Jeunesse Haïtienne peuvent être prévenus. En conséquence, le Gouvernement concentrera ses efforts pour développer, supporter et encourager les programmes de prévention qui font la promotion d'un développement sain. De tels programmes incluent la coopération interministérielle pour parvenir aux objectifs suivants de santé et de développement :

- Education universelle pour les Jeunes
- s'assurer de l'intégration de la santé sexuelle et reproductive, de la santé nutritionnelle, et des concepts d'hygiène dans les curricula scolaires;
- L'organisation de loisirs éducatifs et culturels pour les jeunes, en particulier les plus désavantagés;
- L'insertion des jeunes dans la société et l'économie;
- La promotion de style de vie sain (sans drogues, avec nutrition, hygiène, sports, et autres activités du même genre)
- Jeunesse disposant d'aptitudes et de compétences susceptibles de les préparer à relever les défis de la vie quotidienne.

**Article :**

- Le gouvernement reconnaît que la prise en charge de ces problèmes et les actions pour leur résolution sont déterminantes pour le développement et l'épanouissement des jeunes en tant que capital humain à améliorer et à préserver.

**Objectifs :**

**Article :**

La présente Politique a pour objectifs :

- Améliorer de façon progressive et durable les indicateurs de santé et de développement des adolescents et des jeunes et les maintenir à un niveau compatible avec les droits humains et les objectifs socio-économiques du Pays.
- Bâtir l'accessibilité universelle des adolescents et des jeunes à des services spécifiques correspondant aux problèmes priorités

**Orientations Stratégiques :**

**Article :**

- **Le Gouvernement prendra toutes les dispositions pour garantir à tous les adolescents et les jeunes du Pays.**



- 1- Un accès géographique facile à tous les éléments essentiels des soins de santé primaires et aux structures de référence des niveaux secondaires et tertiaires**
- 2- Un accès géographique facile aux services et soins développés de façon spécifique pour répondre aux problèmes priorités**

**Article :**

- Le Gouvernement prendra toutes les dispositions pour créer et maintenir actualisée une base de données relative à tous les aspects de la vie des adolescents, adultes et des jeunes

**Article :**

- Le Gouvernement prendra toutes les dispositions pour créer et faire figurer au budget de la République un fond spécial pour supporter les interventions à développer par rapport aux problèmes priorités par cette politique. Cet apport du Trésor Public fera partie d'un système équilibré de financement qui tiendra compte des finances publiques, des dépenses individuelles, et de l'apport de l'aide externe.

**Article :**

- Le Gouvernement prendra toutes les dispositions pour que les adolescents et les adultes jeunes en situation difficile et sans ressources quel que soit leur lieu de résidence ait accès aux services et soins disponibles.

**Article :**

- Dans le cadre de cette Politique, des ressources humaines seront formées en quantité suffisante pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes en matière d'attention médicale, encadrement, information, éducation, loisirs.

**Article :**

- Dans le cadre de cette Politique, il sera mis en place par les structures publiques un mécanisme de régulation pour le choix, la publication et l'exploitation des études et des résultats de recherche relatifs à la problématique des jeunes en Haïti.

**- Article :**

- Des dispositions seront prises pour actualiser ou promulguer de nouvelles lois de protection des mineurs et des jeunes.

**- Article :**

- Dans le cadre de l'application de cette Politique, des interventions non médicales seront planifiées et mis en œuvre pour compléter les démarches du Secteur Santé.

### Annexe V : Carte géographique de la section communale de Fonds-des Blancs



## **Annexe VI : Photos de la section communale de Fond-des-Blancs**

**Photo 3 : Route menant à l'intérieur de la section communale de Fond-des-Blancs**



Source : Enquête de terrain /Aout 2012

**Photo 4 : Entrée de la section communale de Fond-des-Blancs**



Source : Enquête de terrain /Aout 2012

**Photo 5 : Marché de Sainthon le centre de la section communale de Fond-des-Blancs**



Source : Enquête de terrain /Aout 2012

**Photo 6 : Route menant à la localité de St-Jules/ l'une des localités de l'enquête**



Source : Enquête de terrain /Aout 2012

**Photo 7 : Photo d'un focus group avec les parents**



Source : Enquête de terrain /Aout 2012

**Photo 8 : Type de maison des villages ruraux haïtiens**



Source : Googlemap