

## Accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbéké

*Adolescent girls' access to sexual and reproductive health services and exposure to STIs/STDs in vulnerable areas of the Gbéké health region*

**KOUADIO Lorraine Nadia**

Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD) du Centre de Recherche pour le Développement (CRD), de l'Université Alassane Ouattara (UAO)

**Correspondance :** email : [nadialorraine77@gmail.com](mailto:nadialorraine77@gmail.com)

### Résumé

En Côte d'Ivoire, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des adolescentes constituent une problématique négligée dans la recherche, au regard de l'insuffisance des travaux scientifiques existants sur la question et de l'absence d'actions ciblées sur ce public spécifique, notamment dans les zones mal desservies. Cette recherche, centrée sur un public vulnérable et à risque, a été menée dans la région sanitaire du Gbéké, plus précisément dans les zones vulnérables. Elle fait un diagnostic socio-anthropologique de la situation des adolescentes vivant dans les zones vulnérables ou défavorisées en matière de SSSR dans la région sanitaire du Gbéké ; et détermine les implications sur celles-ci. De type qualitatif et quantitatif, elle repose sur un corpus de données composé de 48 entretiens (6 focus groups et 42 entretiens semi-directifs) et 337 questionnaires administrés. Ce corpus intégré permet une analyse approfondie de la situation des adolescentes. Les résultats montrent que, dans ces zones de l'étude, l'accès aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSSR) est très limité, résultante de l'enchevêtrement d'un ensemble des facteurs environnementaux, socio-culturels, économiques, structurels, géographiques, etc. Ces résultats montrent l'intérêt d'une approche systémique mettant en interaction différents acteurs dans la mise en place de politiques d'éducation et d'autonomisation des adolescentes. Une approche qui permettra d'améliorer l'accès des adolescentes aux SSSR, ce qui aura des répercussions positives sur leur vie, à moyen et à long terme, sur les plans social, économique, sanitaire et éducatif, ainsi que sur l'équilibre de l'environnement sanitaire.

**Mots clés :** Adolescentes, IST/MST, Vulnérabilités, Exposition, région sanitaire du Gbéké

### Abstract

In Côte d'Ivoire, the sexual and reproductive health and rights (SRHR) of adolescent girls are a neglected issue in research, given the lack of existing scientific work on the subject and the absence of targeted actions for this specific population, particularly in underserved areas. This research, which focuses on a vulnerable and at-risk population, was conducted in the Gbéké health region, specifically in areas of vulnerability. It provides a socio-anthropological assessment of the situation of adolescent

girls living in vulnerable or disadvantaged areas in terms of SRHR in the Gbéké health region and determines the implications for them. Qualitative and quantitative in nature, it is based on a data set comprising 48 interviews (6 focus groups and 42 semi-structured interviews) and 337 questionnaires administered. This integrated dataset enables an in-depth analysis of the situation of adolescent girls. The results show that, in these study areas, access to sexual and reproductive health services (SRHS) is very limited, due to a combination of environmental, socio-cultural, economic, structural and geographical factors, among others. These results demonstrate the value of a systemic approach that brings together different stakeholders in the implementation of policies for the education and empowerment of adolescent girls. Such an approach will enhance adolescent girls' access to SRHR, with positive repercussions on their lives in the medium and long term, in terms of social, economic, health, and educational outcomes, as well as on the overall health environment.

**Key words:** adolescent girls, SCI/SCD, vulnerabilities, exposition, Gbéké health region.

## 1. Introduction

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que leur exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST/MST) est un enjeu et un défi pour la santé publique. Le Fonds Muskoka (2025) contextualise ces enjeux à l'échelle régionale, montrant que 17% des décès chez les adolescents en Afrique de l'Ouest et centrale sont liés à des complications SSR, avec des taux de grossesses précoces dépassant la moyenne mondiale. Dans les pays africains précisément, ces problèmes constituent un enjeu critique dans les zones vulnérables. Ils contribuent à l'augmentation du taux de stigmatisation dans la société et des comportements parfois dissuasives des prestataires de soins, qui compromettent non seulement l'accès aux services et également leur qualité et leur acceptabilité.

En Afrique subsaharienne, les adolescentes font face à des obstacles multidimensionnels pour accéder à ces services essentiels. Ces barrières sont liées à une pluralité des contraintes à savoir : les contraintes financières, le manque d'informations adaptées, des normes socioculturelles restrictives, et les infrastructures de santé inadéquates. A cet effet, plusieurs études récentes ont été réalisées sur ce sujet OMS (2018). Celles-ci mettent en lumière les défis systémiques et socioculturels auxquels font face les populations dans les zones précaires. En effet, Chatot et Foin (2023), dans le cadre du projet PASFASS au Tchad sur la vulnérabilité accrue des adolescentes due aux contraintes d'accès aux soins et aux pratiques à risque comme les avortements clandestins, montrent que cette vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de faiblesses sociales, économiques et institutionnelles qui limitent leur accès aux soins et les exposent à des pratiques à risque telles que les avortements clandestins. Cette analyse est une approche socio-anthropologique qui révèle un enchevêtrement de facteurs socioéconomiques et institutionnelles qui influent sur la fréquentation des centres de santé. En outre, Komboigo et *al.* (2018), dans une étude menée à Ouagadougou, auprès de 720 adolescentes du secteur informel, montrent que 52,6% étaient sexuellement actives dès l'âge de 15 ans en moyenne, avec seulement 17,5% ayant accès aux services SSR. Ces résultats s'inscrivent dans la même perspective que ceux de Keita (2015), qui stipule qu'au Mali, 26% des jeunes déclarent des rapports sexuels en échange de ressources matérielles, exacerbant les risques d'IST.

En Côte d'Ivoire, l'accès des adolescentes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et leur exposition aux IST/VIH dans les zones vulnérables restent influencés par des dynamiques socio-culturelles complexes et des défis structurels. La plupart des adolescentes évitent les Services de Santé Sexuelle et Reproductive. L'UNICEF (n.d) montre qu'en 2018, 25000 adolescents de 10-19 ans étaient infectés par le VIH/Sida dont 56 % de filles, et 1500 nouvelles infections constatées chez les 15-19 ans (75 % des cas concernant les filles). De même, le Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (2012), souligne que dans nos régions, il n'y a que 45,8% des adolescentes infectées par le VIH qui

atteignent la suppression virale sous traitement ARV, contre 63% chez les adultes. Cependant, l'on constate une ignorance des centres de santé SSU-SAJ par la majorité des adolescentes à cause de la honte liée aux jugements sociaux, particulièrement dans les régions où les discussions sur la sexualité sont considérées comme tabous. Plus précisément, dans la région de Bouaké, Nochiami et al. (2024), révèlent que 73% des jeunes ignorent l'existence des services spécialisés (SSU-SAJ), tandis que la honte et la peur du jugement limitent leur recours aux soins.

Selon OMS (2021), chaque année, cinq millions d'adolescentes âgées de 15 à 18 ans subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et 70 000 décès liés à des avortements surviennent tous les ans dans cette tranche d'âge. Concernant les nouveaux cas d'infection par le VIH dans la région, plus que la moitié des personnes de 15-24 ans sont touchées et un tiers des nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) curables concernent des jeunes de moins de 25 ans. Dans les zones vulnérables, ces problématiques sont liées à des conditions socio-économiques précaires et une faible sensibilisation aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive Mbodj (2015). A cet effet, Laoubaou et al. (2006), souligne que les adolescentes sont particulièrement exposées aux IST/MST en raison de leur position vulnérable dans la société, souvent marquée par des inégalités de genre et un accès limité à l'éducation sexuelle. Ces facteurs contribuent à un cercle vicieux où le manque d'accès aux services appropriés augmente le risque d'infections, tout en renforçant les tabous sociaux qui freinent davantage l'utilisation de ces services.

L'ensemble de ces situations qui déterminent la SSR des adolescentes suscitent des interrogations suivantes : Comment les perceptions des adolescentes influencent-elles leur recours aux services de santé sexuelle et reproductive ? Quels sont les principaux obstacles auxquels les adolescentes font face dans l'accès aux services de santé reproductive ? Comme objectifs, il s'agit : i) d'analyser les perceptions des adolescents et jeunes qui influencent leur fréquentation des centres de santé dans les zones vulnérables dans la région sanitaire de Bouaké et ii) d'identifier les principaux obstacles socio-culturels auxquels les adolescentes font face pour accéder aux services de santé reproductive dans les zones vulnérables dans la région sanitaire du Gbéké.

## **2. Matériels et Méthodes**

La démarche méthodologique adoptée pour la production et l'analyse des données est basée sur les éléments suivants : le type d'étude, la technique d'échantillonnage et de sélection des participants, les techniques et outils de collecte des données ainsi que la méthode de traitement des informations.

### **2.1. Nature de l'étude**

La démarche méthodologique utilisée dans le cadre de cette recherche repose sur une approche mixte. La méthode mixte utilisée, est une étude combinant la collecte et l'analyse de données quantitatives collectées par administration directe d'un questionnaire, et qualitatives collectées au moyen d'entretiens semi-directifs et de focus groups discussion. Selon Nagels (2022), cette méthode est une perspective pragmatique en recherche. La combinaison de ces deux approches nous a permis de collecter les données qualitatives et quantitatives en lien avec les objectifs visés par l'étude, dont l'analyse aide à comprendre et évaluer la situation des SSR des adolescentes.

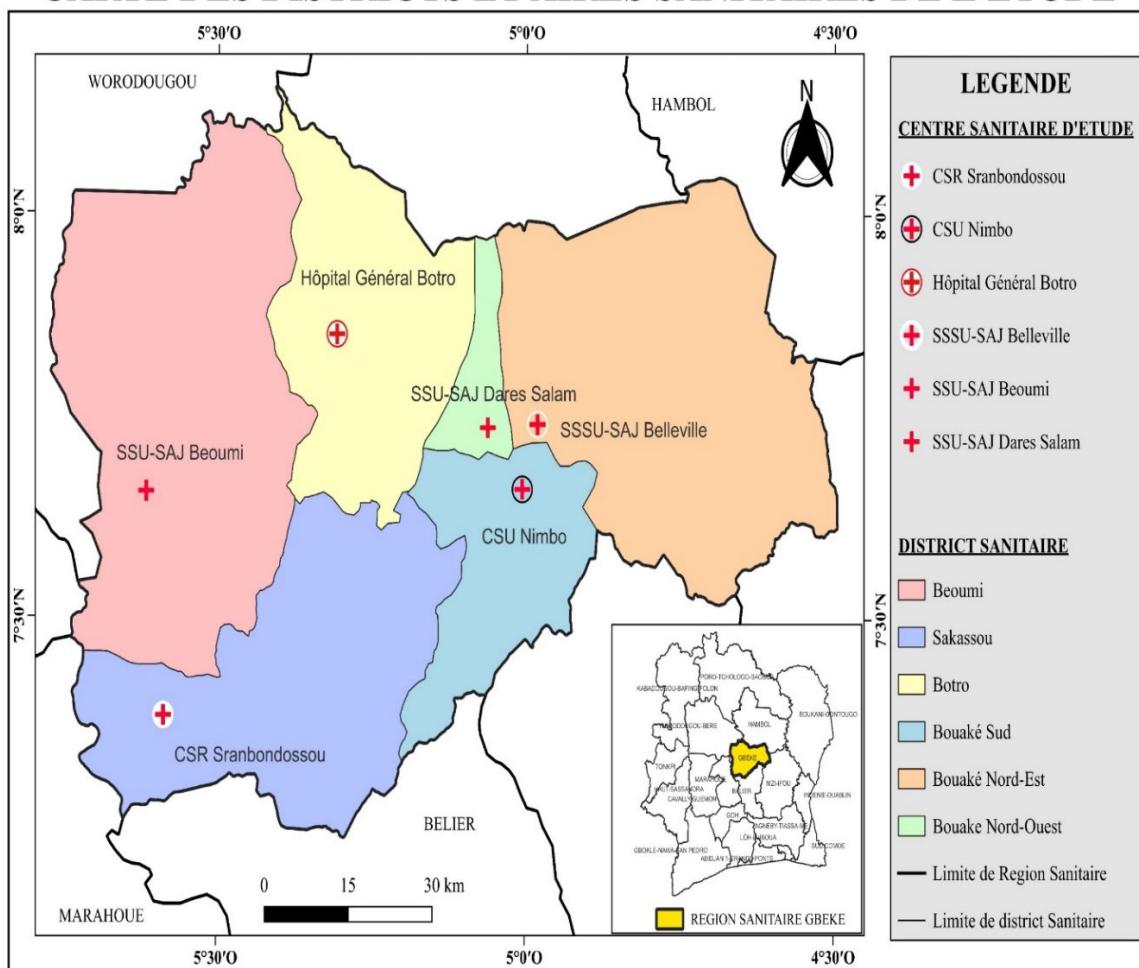
### **2.2. Sites d'étude**

L'étude a été réalisée dans la région du Gbéké (Bouaké), située au centre de la Côte d'Ivoire dans la vallée du Bandama. Bouaké est la deuxième grande ville de la Côte d'Ivoire après Abidjan et le chef-lieu de la région du Gbéké. Une population de 832.371 habitants, dont 433. 52 hommes et 398.619 femmes. Cette population est répartie sur une superficie de 312 Km<sup>2</sup> (RGPH, 2021). Bouaké regroupe six (6) Districts Sanitaires à savoir : le District Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud, Sakassou, Béoumi et Botro. L'étude a concerné les aires sanitaires de ces districts, en particulier les zones les plus vulnérables à la Santé Sexuelle et Reproductive et l'Exposition aux IST/MST de ladite région de chaque district. Ont été considérées comme aires sanitaires vulnérables, celles répondants

aux critères suivants avec acuité : Indisponibilité des services de santé sexuel et reproductive (Kits, IST, préservatif, gel lubrifiant, contraceptif modèle féminin...), zone d'orpaillage (prostitution, travail des enfants), taux de scolarisations, ampleur d'IST MST, accès géographique difficile, absence d'eau potable, taux élevé des grossesses précoces, taux élevé des violences basé sur le genre (viol, attouchement, excision, violence physique, violence verbale, mariage forcé...) et faible fréquentation de centre de santé.

La carte ci-après propose une localisation desdites districts et aires sanitaires de la région de Bouaké concernées pour l'étude.

## CARTE DES DISTRICTS ET AIRES SANITAIRES DE L'ETUDE



Source: DR Santé Bouaké, DIPE, OCHA, 2013

Réalisation: Kouamé Y. Franck, 2025

Figure 1 : Localisation des structures de prise en charge des PVVIH enquêtées

### 2.3. Echantillonnage

En se basant sur cette approche, l'échantillon de chaque volet (qualitatif et quantitatif) a été déterminé de manière distincte.

#### 2.3.1. Volet qualitatif

##### *Population cible*

Il s'agit des personnes auprès desquelles nous avons recueilli les données pour cette recherche. Les catégories de personnes qui constituent la populations-cibles sont :

- Les adolescentes de 10-19 ans des zones vulnérables

- Les prestataires des aires sanitaires les plus vulnérable
- Les mères ou parents des adolescentes des zones vulnérables

### **Critères de sélection**

#### **Aires sanitaires vulnérables**

La technique de l'échantillonnage utilisée pour le volet qualitatif est la technique du choix raisonné. Dans un premier temps, cette technique permet d'identifier les aires sanitaires dans la région du Gbéké en tenant compte du degré de vulnérabilité (faible fréquentation des centres de santé, prévalence des IST/MST, enclavement de l'aire sanitaire, indisponibilité des services, présence de sites favorable à la prostitution comme les sites d'orpaillage, les carrefours, etc.) selon les autorités sanitaires des districts. Dans un second temps, à l'intérieur des aires sanitaires, elle permettra d'identifier les répondants en tenant compte d'un certain nombre de critères (voir critères de sélection des participants).

#### **Répondantes**

Le critère de choix est celui de l'inclusion. Cette étude s'est basée sur l'accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et leur Exposition aux IST/MST dans les Zones Vulnérables de la région sanitaire du Gbéké. Les répondants sont à cet effet, les adolescentes des zones concernées par la recherche. En ce qui concerne les prestataires, ils ont été identifiés de manière inductive. Seuls les prestataires des aires sanitaires les plus vulnérables ont été enquêtés. Tous ces acteurs ont été enquêtés après avoir donné leur consentement libre et éclairé à participer à la recherche. Toutefois, les prestataires, les mères et les adolescentes enquêtées ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :

- Pour les prestataires enquêtées : être prestataire dans les aires sanitaires les plus vulnérables sélectionnées par districts de la région de Bouaké. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.
- Pour les mères : être résidante des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.
- Pour les adolescentes : être âgée de 10-19 ans, résidante des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude. Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

#### **Taille de l'échantillon**

Tout ceci nous a permis de réaliser 3 entretiens individuels avec 03 prestataires des aires sanitaires, 3 entretiens individuels avec 03 adolescentes de 10 à 19 ans, 1 focus de 08 participantes avec les mères et 1 focus de 08 participantes avec les adolescentes par aire sanitaire. Soit un total 48 entretiens réalisés (Voir tableau 1).

**Tableau 1 : Effectif des participants à l'étude qualitative par catégories d'acteurs**

<b>Catégorie de répondants</b>	<b>Effectif</b>
Prestataires de soins	18
Adolescentes de 10-19 ans	18
Mères	06
Adolescentes (FG)	06
<b>Total</b>	<b>48</b>

Source : Données d'enquêtes, oct-déc.2024

#### **2.3.2. Volet quantitatif**

Pour ce qui est de la phase quantitative, l'échantillon d'enquête a été calculé à l'aide de la méthode d'échantillonnage en grappes à deux degrés à partir de la formule suivante :

### ***Population cible***

Il s'agit des personnes auprès desquelles nous avons recueilli les données pour la phase quantitatif de la recherche. Les catégories de personnes qui constituent la populations-cibles sont : les adolescentes de 10-19 ans des zones vulnérables.

### ***Critères de sélection***

- Être adolescentes âgée de 10-19 ans,
- Être résidante des zones les plus vulnérables sélectionnées pour la recherche par aires sanitaires et être d'accord pour participer à l'étude.
- Avoir donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

### ***Technique d'échantillonnage***

L'échantillon a été déterminé sur la base de la moyenne des pourcentages des adolescentes par rapport à la population générale des aires sanitaires enquêtées. Celle-ci est de 26,7%.

### ***Calcul de l'échantillon***

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Cochran (1977) :

$$n = \frac{p * (1 - p) * \varepsilon^2}{t^2}$$

Avec

- $p = 50\%$  ;
- $\varepsilon$  = écart réduit de la loi normale au seuil d'erreur  $\alpha$ , cette valeur est égale à 1,96 pour le seuil d'erreur de 5% ;
- $t$  = précision d'échantillonnage fixée à 2%.
- $n$  = taille de l'échantillon optimale d'individu = 300

### ***Taille***

La taille de l'échantillon est donc de 300 adolescentes à enquêter sur l'ensemble de 6 aires sanitaires retenues. L'échantillon est reparti proportionnellement comme suit en tenant compte de la proportion des adolescentes dans chaque aire sanitaire.

**Tableau 2 : Proportion des adolescentes des aires sanitaires par rapport à l'ensemble**

Aires sanitaires	Population générale d'adolescentes de 10 à 19 ans de l'aire sanitaire	Pourcentage
CSU Nimbo	7874	17,6
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) Belleville	18723	41,9
SSU-SAJ Dar-es-Salam	10074	22,5
CSR-Srambodossou	96	0,2
SSU-SAJ Béoumi	3613	8,1
Hôpital général Botro	4323	9,7

<b>Total</b>	44703	100,0
--------------	-------	-------

Source : Kouadio L.N., 2024.

Ainsi, la répartition donne ce qui suit :

Echantillon = Proportion aire X Population générale des adolescentes/ 100

**Tableau 3 : Echantillon attendu de l'étude**

<b>Aire sanitaire</b>	<b>Nombre d'adolescentes à enquêter</b>
CSU Nimbo	53
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) Belleville	126
SSU-SAJ Dar-es-Salam	68
CSR-Sranbondossou	1
SSU-SAJ Béoumi	24
Hôpital général Botro	29
<b>Total</b>	<b>300</b>

Source : Kouadio L.N., 2024.

Cependant, pour des contraintes statistiques, nous avons majoré les échantillons inférieurs à l'idéal statistique qui est de 30. Ainsi, l'échantillon final est de 337 adolescentes enquêtées.

**Tableau 4 : Echantillon à la fin de l'enquête**

<b>Aire sanitaire</b>	<b>Nombre d'adolescentes enquêtées</b>
CSU Nimbo	53
Service de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) Belleville	126
SSU-SAJ Dar-es-Salam	68
CSR-Sranbondossou	30
SSU-SAJ Béoumi	30
Hôpital général Botro	30
<b>Total</b>	<b>337</b>

Source : Kouadio L.N., 2024.

#### **2.4. Techniques et outils de collecte des données**

Plusieurs techniques ont été mobilisées pour le recueil des données quantitatives, à savoir : la recherche documentaire, l'enquête par questionnaire et l'entretien. Pour l'application de chaque technique, nous avons eu recours à des outils que sont la grille de lecture pour la documentation ; le questionnaire et le smartphone pour l'enquête par questionnaire ; le guide d'entretien et le dictaphone pour l'entretien.

##### **2.4.1. Grille de lecture**

La grille de lecture est un cadre structuré qui nous a aidé à interpréter, analyser et synthétiser les informations issues des documents lus de manière organisée. Elle était structurée comme suit :

Nom de l'auteur	Titre du document et année de parution	Chapitre ou partie lu	Synthèse
-----------------	--	-----------------------	----------

##### **2.4.2. Questionnaire**

Le questionnaire a été construit à partir de l'exploitation des données qualitatives collectées en amont. Les indicateurs dégagés des données qualitatives ont permis d'évaluer la situation de la SSR des

adolescentes. Ceux-ci nous ont conduire à la construction du questionnaire structuré autour des points principaux suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Niveau de connaissance des adolescentes sur les services de santé sexuelle et reproductive
- Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes
- Problèmes de santé sexuelle et reproductive vécus par les adolescentes

#### **2.4.3. Guides d'entretien**

Deux guides d'entretien utilisés pour cette recherche : un adressé aux adolescentes et mères et un aux prestataires sur différents points abordés par chacun. Ceux-ci se présentent comme suit :

##### ***Guide d'entretien adressé aux prestataires***

- Perceptions en lien avec l'accès des adolescentes aux services de santé reproductive et leur Exposition aux IST/MST dans les Zones Vulnérables
- Perceptions des prestataires sur les VBG existantes/observées dans les aires sanitaires
- Besoins des adolescentes en services de santé reproductive et recommandations

##### ***Guide d'entretien adressé aux adolescentes***

- Conditions d'accès des adolescentes aux services de santé (accessibilité géographique, économique, disponibilité des prestations/services)
- Identification des besoins des adolescent-e-s et jeunes femmes en matière de santé en termes de la santé sexuelle reproductive, la planification familiale, le dépistage du VIH, la PTME, la distribution des préservatifs, les gels lubrifiants, la communication pour le changement de comportement, la mise sous TARV, le dépistage et le traitement de la tuberculose, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et l'accès au kit IST etc.
- Perceptions des adolescentes sur les VBG existantes/observées dans les aires sanitaires

#### **2.4.4. Dictaphone pour l'entretien**

Le dictaphone est un outil qui joue un rôle essentiel lors des entretiens de recherche, surtout dans une démarche qualitative. Pour cette recherche, il a permis d'enregistrer l'intégralité des entretiens tout en garantissant la conservation de toutes les informations, nuances, formulations exactes, pauses et émotions exprimées par les participants. Elle nous a permis également de faire les retranscriptions fidèles des propos recueillis.

#### **2.5. Traitement des données**

Le traitement des données s'est fait en deux (02) grandes phases en suivant la nature mixte de cette recherche. La première phase a concerné les données qualitatives. À la suite de la collecte, les enregistrements audios ont été transcrits intégralement. Les données transcris ont été importées, classifiées et encodées à l'aide du logiciel Nvivo 20 sur une durée de 1 mois. Après cela, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Cela nous a permis de faire un tri thématique, de regrouper les propos de sens commun et de construire les axes d'analyse. La seconde phase a porté sur les données quantitatives. Elle a été réalisée à l'aide de SPSS version 20.0. Ce logiciel nous a permis de faire deux types d'analyse. Il s'agit de l'analyse des fréquences d'une part et de celle des croisements de variables d'autre part.

#### **2.6. Dispositions éthiques de l'étude**

Pour garantir la prise en compte des exigences éthiques, nous avons assuré la confidentialité par l'anonymat données recueillies. Les identités réelles des répondants ont été protégées et remplacées par des prénoms fictifs. En outre, nous avons recueilli le consentement libre et éclairé des participantes et surtout des adolescentes avant de procéder à la réalisation des entretiens. Les objectifs, les méthodes,

les risques éventuels et les bénéfices de l'étude et leurs droits leur ont été clairement expliqués.

## 2.7. Cadre théorique

Le cadre théorique choisi pour l'analyse des données repose sur la théorie des représentations sociales. Selon Guimelli (2009), les représentations sociales constituent une modalité particulière de la connaissance, généralement qualifiée de « connaissance de sens commun, dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui les produisent ». Cependant, les représentations sociales vues comme des formes de connaissances socialement construites et partagées, permettent à un individu et aux groupes d'interpréter la réalité et d'agir dans leur environnement social.

Dans le cadre du diagnostic socio-anthropologique de l'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables, cette approche a permis d'identifier les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui conditionnent l'accès aux soins, les perceptions des services, ainsi que les pratiques à risque ou protectrices et aussi de proposer des interventions adaptées aux réalités locales et aux représentations sociales des adolescentes concernées.

## 3. Résultats

### 3.1. Recours des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive

L'analyse des données quantitatives montre que les adolescentes ont faiblement recours aux SSR. En témoigne le graphique ci-dessous.

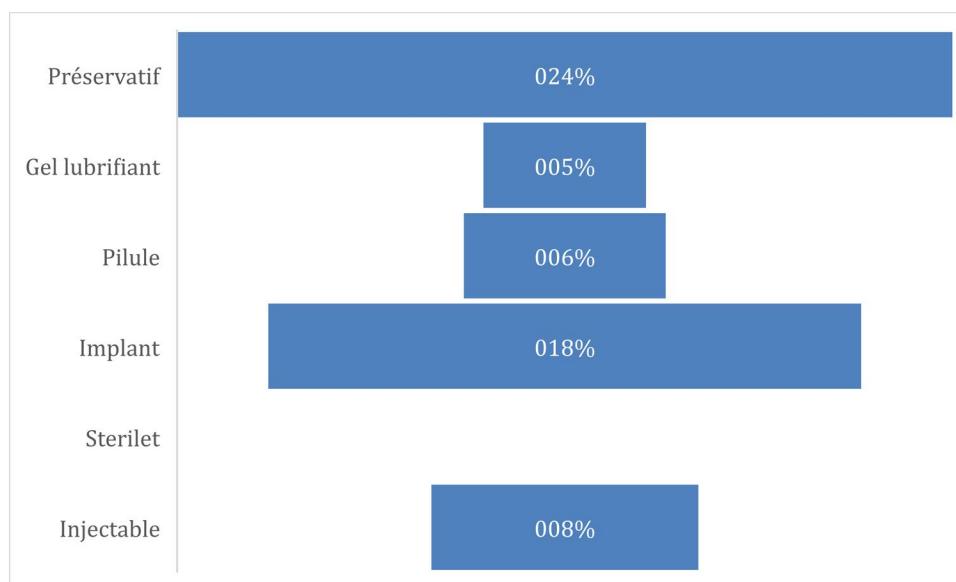


Figure 2 : Taux d'utilisation des SSR par les adolescentes enquêtées (n=341)

Source : Données quantitatives, 2024.

Ce graphique indique que seulement 23,8% des adolescentes enquêtées utilisent le préservatif pendant les rapports sexuels et 18,2% ont recours à l'implant. Par ailleurs, seulement 8,2% ont recours à l'injectable ; 6,2% à la pilule ; et 5% le gel lubrifiant. De manière générale, ce faible taux d'utilisation des SSR peut s'expliquer par le fait que plus de la moitié des adolescentes enquêtées (54,8%) déclare n'avoir aucune préférence en matière de SSR. C'est d'ailleurs ce met en évidence la figure ci-dessous.

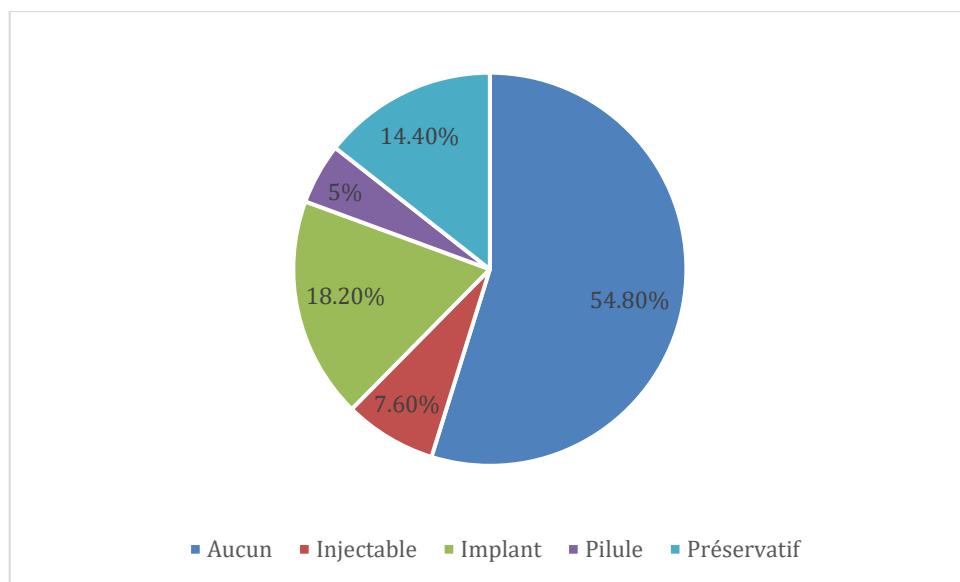


Figure 3 : Préférence des adolescentes enquêtées en matière de SSR (n=341)

Source : Données d'enquêtes, 2024.

Toutefois, en amont de l'enquête quantitative, les données qualitatives collectées et traitées mettent en exergue plusieurs obstacles à l'accès aux SSR et qui pourraient également déterminer le faible recours des adolescentes aux SSR.

### **3.2. Principaux obstacles à l'accès aux services de santé reproductive dans les zones vulnérables dans la région sanitaire du Gbêkê**

L'analyse des données qualitatives relève qu'il y a un enchevêtrement de facteurs multiples qui limitent l'accès ou le recours aux SSR chez les adolescentes enquêtées. Ceux-ci sont schématisés comme suit :

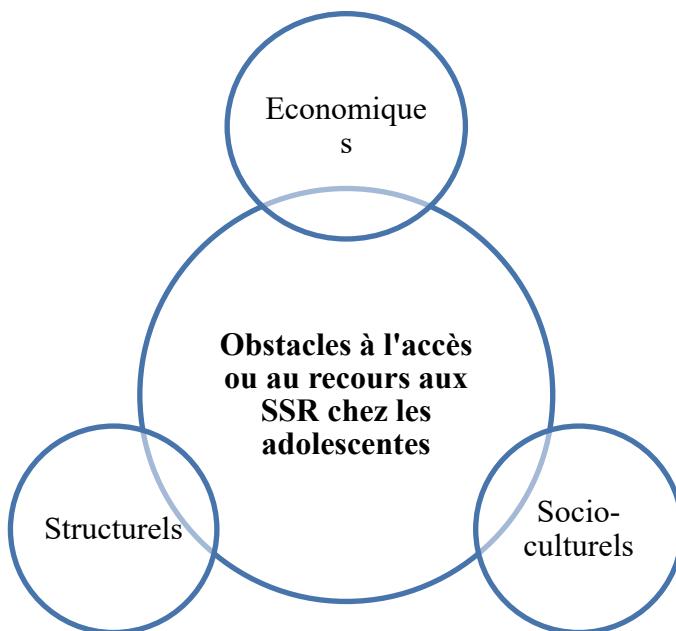


Figure 4 : Principaux obstacles à l'accès aux SSR chez les adolescentes

Source : Données d'enquêtes, 2024.

### 3.2.1. Obstacles socio-culturels

Plusieurs obstacles socio-culturels ont été mis en exergue par l'analyse des données collectées. On note dans l'ensemble que les perceptions sociales des SSR, la pression des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par les adolescentes et le leadership des partenaires sexuels constituent des obstacles à l'accès des adolescentes aux SSR dans les zones d'études.

#### *Perceptions des SSR*

Après analyse des données, il ressort que les perceptions des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) influencent significativement l'accès des adolescentes aux soins et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables du Gbéké. Certaines communautés interdisent formellement l'utilisation de contraceptifs, ce qui renforce la vulnérabilité aux IST/MST. En témoigne **Jémi**, une adolescente de l'aire sanitaire de Srambodossou, lors d'un entretien de groupe à travers ces propos : « *Moi, je sais que souvent les gens disent que quand tu n'as pas encore d'enfant puis tu prends ces choses-là c'est difficile d'avoir des enfants après c'est pour ça moi j'ai un peu peur de le faire* ».

Cette assertion selon laquelle l'utilisation des contraceptifs exposerait les adolescentes au risque de ne pas avoir des enfants plus tard est reconnue par la majorité des répondantes. Les contraceptifs modernes féminins sont donc perçus comme source d'infertilité voire de stérilité des adolescentes. Ainsi, pour ne pas compromettre ses chances de procréer, l'utilisation des contraceptifs est donc déconseillée ou désavouée dans les communautés. Par ailleurs, outre les perceptions sociales des SSR, la pression des parents entrave l'utilisation de ces intrants par les adolescentes.

#### *Pressions des parents sur les adolescentes*

Les adolescentes vivant dans les zones vulnérables de la région du Gbéké subissent une forte pression de leurs parents. Une pression qui limite leur recours aux SSR. En effet, selon des répondantes, le recours aux contraceptifs est perçu comme un facteur de libertinage sexuel. Lorsque les parents se rendent compte de l'utilisation des contraceptifs par leurs filles adolescentes, cela fait l'objet de remontrances, de plaintes car selon eux, cela signifie qu'elles entretiennent des relations sexuelles dans un premier temps. Dans un second, en plus d'entretenir des relations sexuelles, la prise des contraceptifs est perçue comme l'indicateur d'une vie sexuelle à risque ou de débauche avec plusieurs partenaires sexuels. Dans plusieurs familles dont sont issues les adolescentes enquêtées, discuter de la sexualité avec les adolescentes reste interdit et surtout perçu comme une incitation à l'activité sexuelle précoce. Carine, adolescente de l'aire sanitaire de Nimbo, en témoigne à travers les propos ci-dessous :

*Tantie, chez nous ici tu fais ça ma maman va te tuer. Elle dit que si tu n'as pas encore l'âge tu ne dois pas parlée de ces gens de choses hein, si elle t'entend parler de ça. Elle ne veut même pas qu'on regarde la tête pour ne pas voir les choses des grandes personnes. Elle ait que si on regarde ça va nous pousser à le faire aussi donc c'est comme si c'est interdit chez nous.*

En résumé, outre le fait d'être perçus comme un risque d'infertilité, la prise des contraceptifs par les adolescentes est l'objet de réinterprétations sociales chez les parents. Ceux-ci sont perçus comme des facteurs qui poussent les adolescentes à la pratique de la sexualité et souvent de manière à risque. Selon eux, pourquoi des contraceptifs lorsqu'on n'entretient pas de relations sexuelles avec un homme ? Telle est la logique qui sous-tend les réactions des parents et par ailleurs exercent une pression sur les adolescentes. Fort de ces réinterprétations et réactions des parents, les adolescentes sont souvent animées par la peur et par conséquent n'ont pas recours aux SSR. Cette situation n'est pas sans conséquence. En effet, n'ayant pas recours aux SSR de peur des réactions des parents, certaines adolescentes contractent des grossesses non désirées ou précoce, ce qui les exposent une fois de plus, à la pression des parents. Certaines se voient chassées du domicile familial. C'est le cas de **Lili**, une adolescente de l'aire sanitaire Botro, qui dit ceci : *Quand je suis tombée enceinte, mon papa dit de*

*prendre mes bagages je vais aller chez celui qui a fait ça, qu'il ne peut pas s'en occuper.*

En plus des perceptions et la pression des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par celles-ci dans le recours aux SSR est un facteur limitant.

### **Honte ressentie par les adolescentes**

La honte ressentie par plusieurs adolescentes est un frein à l'utilisation des SSR notamment les contraceptifs. Selon la majorité des adolescentes interviewées, il leur est difficile de se rendre au centre de santé pour demander des contraceptifs. Le faire constitue pour elles un dévoilement de leur sexualité à des personnes extérieures. En outre, elles redouteraient les jugements encourus en exposant ainsi leur sexualité. Nous en voulons pour preuve le propos de **Jad**, une adolescente de l'aire sanitaire de Béoumi, à cet effet : « *J'ai honte d'aller là-bas, je me dis que les gens vont me voir autrement. Vu que je suis encore petite pour ça, je ne peux y aller seule dès. J'ai vraiment honte* ».

En outre, lorsqu'elles sont atteintes d'une infection sexuellement transmissible, la honte éprouvée, les empêchent de recourir aux services de santé pour bénéficier de soins appropriés. Elles ont généralement recours au centre de santé en dernière intention et privilégient des soins à domicile à base d'autres solutions endogènes. Pour ce qui est des IST/MST, les résultats des enquêtes quantitatives montrent que sur un effectif de 341 adolescentes enquêtées, 112 soit 32,8% ont déjà contracté une IST/MST. Les types de IST/MST contractés sont les suivants :

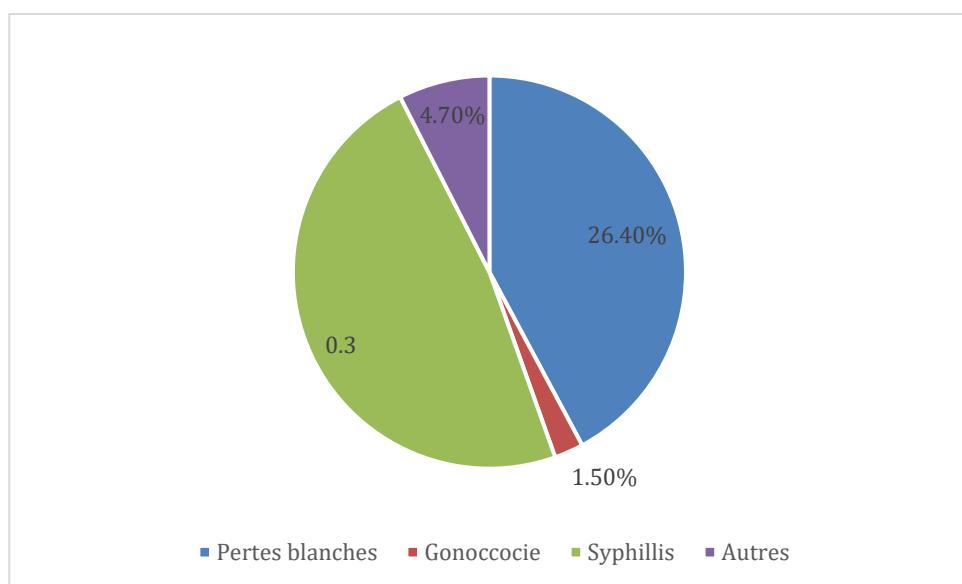


Figure 5 : IST/MST contractées par les adolescentes enquêtées (n=112)

Source : Données d'enquêtes, 2024

Ce graphique indique 26,4% des adolescentes ont été victimes de pertes blanches ; 1,5% de gonococcie et 0,3% des syphilis. Par ailleurs d'autres (4,7%) auraient été atteintes d'autres infections. Celles-ci se présentent comme suit :

**Tableau 5 : Autres infections sexuelles contractées par les adolescentes (n=16)**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	325	95,3	95,3	95,3
Brûlures après urines	1	,3	,3	95,6
Démangeaisons	8	2,3	2,3	97,9
Démangeaisons plus odeur	1	,3	,3	98,2
Des boutons plus pertes blanches	1	,3	,3	98,5
Des brûlures	1	,3	,3	98,8
Des démangeaisons	1	,3	,3	99,1
Des plaies qui démangent	1	,3	,3	99,4
Douleur lorsque j'urine	1	,3	,3	99,7
Plaie plus démangeaisons	1	,3	,3	100,0
Total	341	100,0	100,0	

Source : Données d'enquêtes, 2024.

Pour se faire soigner, les adolescentes ayant contracté des IST/MST ont eu recours à différents lieux de soins. La honte ayant influencé le choix de nombreuses parmi elles. « *Je ne peux y aller seule, c'est ma maman qui m'a accompagné* », nous disait Jad. Une déclaration qui met en exergue toute la gêne éprouvée par cette adolescente pour se rendre au centre de santé. Les résultats de l'enquête quantitative indiquent que 12% des adolescentes atteintes d'IST/MST ont eu recours au centre de santé, 8,2% aux soins à domicile, 5,6% aux vendeuses de médicaments traditionnels, 4,1% à la pharmacie, 1,5% aux vendeuses de médicaments de rue et 1,5% à une clinique (voir figure 4).

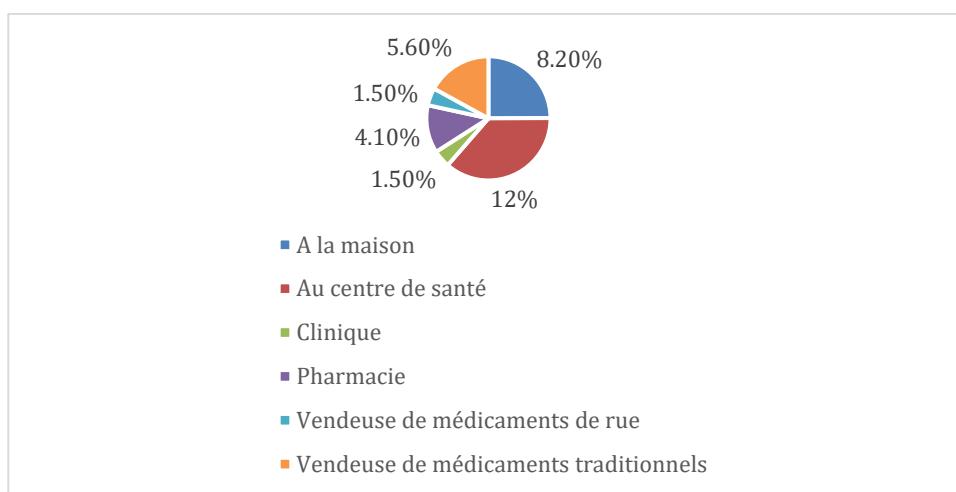


Figure 6 : Lieux de soins des adolescentes atteintes d'IST/MST (n=112)

Source : Données d'enquêtes, 2024.

La honte constitue une barrière psychologique et sociale majeure qui empêche plus les adolescentes de recourir aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones vulnérables dans la région du Gbéké. Cette honte a des répercussions ou implications négatives sur leur prise de décision et leur état de santé, car les exposant au risque de contracter des IST/MST.

### ***Confiance et leadership des partenaires sexuels***

Le pouvoir des partenaires sexuels des adolescentes et la confiance placée en eux, jouent un rôle important dans la vulnérabilité des adolescentes face aux IST et aux autres problèmes de santé sexuelle et reproductive tels que les grossesses précoces. Le plus souvent, ces adolescentes ont tendance à sous-estimer les risques liés à leurs partenaires, leur vouant une confiance indéfectible, surtout lorsqu'elles pensent mieux les connaître ou que ces partenaires sont perçus comme des hommes fidèles. Cette

confiance doublée du leadership de leurs partenaires suffit pour qu'elles se soumettent aux décisions de leurs partenaires en acceptant d'avoir des rapports sexuels non protégés. **Elo**, une adolescente de l'aire sanitaire de Nimbo, n'en dit pas moins à travers son propos ci-après :

*Tantie, c'est lorsque j'étais avec mon l'autre chéri là qu'on utilisait capote par moment, mais ça fait presque deux ans que je n'utilise plus car mon chéri n'aime pas. C'est lui qui fait tout pour moi donc on fait ce qu'il demande. Il dit qu'il n'aime pas du tout l'huile qui est dessus là. Comme il y a longtemps que nous sommes ensemble donc ça ne me dit rien.*

Les résultats de l'enquête quantitative corroborent ces analyses. Des raisons qui justifient la non utilisation des SSR tels que le préservatif, la décision des partenaires y occupe une place. En effet, 13,8% soit 47 sur 341 adolescentes déclarent que leurs partenaires sexuels refusent le préservatif car disent-elles, selon eux « *ça réduit le plaisir et ça blesse* ».

Après analyse, nous retenons que le leadership des partenaires sexuels et la confiance dont ils bénéficient des adolescentes est un facteur clé du faible recours des adolescentes aux SSR.

En synthèse, il y a donc un enchevêtrement d'obstacles socio-culturels qui influencent considérablement le recours et l'accès des adolescentes aux SSR dans les zones d'étude, dans la région sanitaire du Gbéké. Qu'en est-il des obstacles structurels ?

### 3.2.2. Obstacles structurels

Deux catégories d'obstacles structurels ont été relevés par les résultats de l'étude. Il s'agit de l'indisponibilité des SSR au sein des centres de santé et le manque de confiance des adolescentes face aux personnels de santé.

#### *Indisponibilité des SSR dans les centres de santé*

Pour ce qui est de l'indisponibilité des Services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), les résultats de cette étude montrent que celle-ci constitue un véritable problème dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbéké. On y note un manque d'infrastructures adéquates, une insuffisance du personnel formé, ainsi que la rareté des produits et services spécifiques aux besoins des adolescentes qui persistent dans les centres. Cela est soutenu par **Vigo**, l'un des prestataires de soins enquêtés dans l'aire sanitaire de Srambodossou, en ces termes :

*Disons que dans les villages et surtout dans les zones les plus vulnérables, il y a trop d'insuffisances. Nous prenons le cas de chez nous ici, au niveau du personnel il n'y a qu'une seule sage-femme, un infirmier, un médecin pour plus de combien de village c'est insuffisant. Il y a toujours un manque dans nos centres de santé, en produit comme toutes autres choses et cela complique les beaucoup. Parfois pour les adolescentes qui font l'effort de venir une fois ici soit il n'y a plus de produit ça peut être comme ça pendant quelque mois.*

En somme, dans de la région du Gbéké, l'indisponibilité des SSR limite l'accès des adolescentes à des soins appropriés et cela augmente leur exposition aux IST/MST. Mais, en plus de l'indisponibilité des SSR, il existe un facteur important qui dévoilent les données qualitatives. Il s'agit du manque de confiance des adolescentes face au personnel de santé et à la communauté.

#### *Manque de confiance face au personnel de santé et la communauté*

Les analyses montrent qu'il se pose un problème de confiance dans la relation entre les adolescentes et le personnel de santé et la communauté. D'abord, les adolescentes expriment aussi une méfiance envers les prestataires. Certains prestataires ne respecteraient pas le principe de la confidentialité et divulgueraient des informations sur les patients dans le village. De peur donc d'être exposées et d'être l'objet de regards indiscrets dans le village, certaines adolescentes hésitent donc à se rendre au centre

santé. Cela nous a été expliqué par **Josie**, une adolescente de l'aire sanitaire de Botro, cette réalité comme suit :

*Tantie, chez nous au village ici là tu ne peux pas faire confiance, pas ce qu'il y a un monsieur ici là, quand tu arrives tu expliques ton problème tu vas toutes entendre dans le village, tout le monde saura que tu es venu à l'hôpital. Même si c'est pour une simple maladie ils trouveront quelque chose à dire. C'est ce qui fait que nous les jeunes filles du village nous ne venons pas trop comme ça là.*

Le propos ci-dessus témoigne effectivement du manque de confiance des adolescentes face au personnel de santé. Certains d'entre eux diffuseraient les informations sanitaires à caractère secrètes sur leurs patients dans la communauté, au mépris des dispositions éthiques. On comprend donc que le recours aux SSR par les adolescentes n'est pas seulement influencé par des facteurs ou endogènes mais également par des facteurs exogènes résultant du manque de probité éthique des prestataires de soins.

### 3.2.3. Obstacles économiques

Les obstacles économiques sont de deux ordres. Nous avons d'une part la précarité financière des adolescentes et leur dépendance financière vis-à-vis des partenaires.

#### *Précarité financière des adolescentes*

Le chômage et la pauvreté sont des causes majeures qui poussent les adolescentes à négliger les SSR et à adopter des comportements à risque, parfois par nécessité économique. C'est par exemple le cas des relations sexuelles transactionnelles ou la prostitution qu'elles entretiennent. Cette situation de pauvreté constitue un facteur augmentant le taux de vulnérabilité des adolescentes face aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou maladies sexuellement transmissibles (MST). En outre, cela entraîne parfois les grossesses non désirées, souvent l'abandon scolaire. Le propos ci-après de **Viki**, une adolescente de l'aire sanitaire de Srambodossou, est révélateur de cette analyse :

*Moi je partais à l'école mais l'année passée lorsque j'ai pris la grossesse c'est ça j'ai arrêté un peu. On nous dit de ne pas chercher garçon pourtant le matin tu as faim tu n'as personne pour te donner de l'argent comment tu vas faire ? Moi je ne suis pas d'accord, tu vois tes camarades elles ont tout et puis toi tu n'as rien. C'est moi qui paye ma pommade, mon caleçon et tous les parents ton mis au monde ces fini c'est toi qui dois faire tout ça. Donc si tu es avec 2 ou 3 lui là te donne un peut et l'autre aussi. Il arrive par moment même où ce sont les parents même quoi te disent va chez ton gars dès que tes seins sortent net c'est fini pour eux, on te dit que tu es grande il faut te chercher, donc c'est compliquer.*

La pauvreté, les pressions sociales augmentent l'exposition des adolescentes aux risques. Cette situation nécessite des interventions intégrées combinant lutte contre la pauvreté, une éducation sexuelle, et une amélioration de l'accès aux soins et une promotion de l'autonomisation économique des jeunes filles. L'absence de tous ces facteurs soumettent les adolescentes à la précarité et les rendent financièrement dépendantes de leurs partenaires sexuels. Cette dépendance les rend vulnérables et dans leur quête de survie, elles ne disposent pas de la plénitude de leur décision en matière de recours aux SSR, ce qui les expose aux risques d'IST/MST.

#### *Dépendance financière des adolescentes de leurs partenaires et implications*

Fort de la précarité financière qui les caractérise, les adolescentes font face à des pressions, à la domination de leurs partenaires. Ceux-ci influencent fortement leurs choix et comportements en matière de sexualité. Cette influence est manifestée souvent par un manque de pouvoir décisionnel des adolescentes. Ce manque rend les adolescentes plus vulnérables aux risques sanitaires et sociaux comme les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles et la stigmatisation sociale. En témoigne **Béa**, une adolescente de l'aire sanitaire de Belleville :

*Depuis un moment mes parents ne font plus rien pour moi, je suis livrée à moi-même. Même l'année partait à l'école c'est mon copain qui fait tout pour moi jusqu'aujourd'hui hein. Ma pommade c'est lui, mon savon aussi même lorsque je tombe malade c'est lui qui me donne l'argent pour aller à l'hôpital donc je fais tout ce qu'il me demande.*

Les adolescentes des zones vulnérables de la région du Gbéké subissent une forte influence dominante venant de leurs partenaires sexuels. Cette influence les expose à divers risques sanitaires et sociaux.

Tous les obstacles à l'accès aux SSR identifiés démontrent la gravité de la situation des droits sexuels et reproductifs des adolescentes dans la région sanitaire du Gbéké, notamment au sein des aires sanitaires vulnérables enquêtées.

#### 4. Discussion

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue une problématique majeure dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbéké. Nos travaux de recherche mettent en exergue un faible recours des adolescentes aux SSR dans les zones d'étude, dans la région sanitaire du Gbéké. Dans l'ensemble, sur un échantillon total de 341 adolescentes enquêtées, très peu ont recours aux SSR, notamment le préservatif (23,8%) l'implant (18,2%) l'injectable (8,2%) la pilule (6,2%) le gel lubrifiant (5%). Ces résultats indiquent bien que la situation de l'utilisation des SSR par les adolescentes est très précaire dans ces zones, en dépit de l'existence de structures sanitaires. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

D'abord, nous avons des obstacles socio-culturels qui limitent l'accès ou empêchent les adolescentes à avoir recours aux SSR. Les obstacles mis en exergue par nos recherches sont les perceptions des SSR, les pressions des parents sur les adolescentes, la honte ressentie par les adolescentes et la confiance et leadership des partenaires sexuels. On note que les SSR notamment les contraceptifs dont l'utilisation par les adolescentes comporterait des risques d'infertilité, selon les communautés. Pour ce faire, les parents ont donc regard, un contrôle sur la vie sexuelle et reproductive de leurs filles adolescentes. Un regard qui se traduit par une pression exercée sur celles-ci. En outre, en ce qui concerne la honte, on retient qu'elle limite le recours des adolescentes aux centres de santé pour s'approvisionner en SSR mais également pour se faire soigner en cas de contraction d'une IST/MST. Pour ce qui est du leadership des partenaires sexuels, les résultats indiquent les adolescentes sont victime de l'ascendance qu'ont leurs partenaires sur elles. La prise de décision est l'affaire des partenaires sexuels, une position forte acquise en raison de la confiance totale à eux accordée par ces jeunes filles d'une part et d'autre part du fait qu'ils sont les pourvoyeurs de leurs besoins financiers. La dépendance financière des adolescentes vis-à-vis de leurs partenaires sexuels les rend vulnérables et les soumet à leur dictat.

Ensuite, nous avons les obstacles structurels qui limitent l'accès aux SSR chez les adolescentes. Ceux-ci sont entre autres, l'indisponibilité des SSR dans les centres de santé et le manque de confiance face au personnel de santé et la communauté. Dans les centres de santé des aires sanitaires enquêtées, la recherche montre qu'il y a une faible voire une indisponibilité des SSR, même si les adolescentes n'y ont pas vraiment recours. Outre, il ressort que les adolescentes manquent de confiance envers le personnel de santé. Certains membres du personnel de santé exposeraient leurs patients dans la communauté en divulguant des informations qui, normalement, devraient rester confidentielles. Ce manque de confiance dévoile ainsi une crise de l'éthique médicale dont l'un des principes est la confidentialité.

Enfin, nous avons les obstacles économiques. Ceux-ci sont en lien avec la précarité financière des adolescentes et de ses implications sanitaires sur les adolescentes. En l'absence d'activités génératrices de revenus, les adolescentes dépendent exclusivement de leurs partenaires sexuels. Cette dépendance entraîne également la multiplicité des partenaires sexuels chez les adolescentes, des comportements sexuels qui les exposent à des problèmes de santé sexuelle et reproductive.

En clair, il y a un enchevêtrement de facteurs socioculturels, structurels et économiques qui limitent l'accès et l'utilisation des SSR chez les adolescentes des zones d'étude. Des études antérieures permettent d'étayer les résultats de nos recherches. Au niveau du recours aux SSR, une étude de l'UNFPA (2020) a révélé que malgré l'existence des structures telles que les Services de Santé Universitaires-Santé Adolescents et Jeunes (SSU-SAJ) par exemple, la fréquentation de ces services par les adolescentes reste très faible. En effet, cette situation est liée à plusieurs facteurs tels que le manque de connaissance, de la stigmatisation sociale, et de la peur associée à l'utilisation de ces services. Chandra-Mouli et al. (2015), quant à eux, justifient la faible fréquentation des SSR par le fait que les adolescents ignorent souvent comment et à quel moment faire recours aux SSR et que les barrières socioculturelles, notamment la honte et la peur du jugement, limitent ces recours aux soins. Selon une étude réalisée par Solthis, (2022), ces obstacles existent plus fréquemment dans les zones vulnérables d'où les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et où les normes sociales également peuvent être particulièrement restrictives. C'est bien le cas des aires sanitaires où nos travaux de recherche ont été effectuées. Au regard de ces études, l'on retient que l'exposition des adolescentes aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées est totalement liée à cette faible utilisation des services adaptés, du fait des nombreuses barrières existantes.

Par ailleurs, cette situation n'est pas spécifique à la Côte d'Ivoire ou à la région sanitaire du Gbéké en particulier. En effet, des études menées ailleurs dans d'autres pays le démontrent. C'est le cas des travaux de Sawadogo et al. (2018), réalisés au Burkina Faso plus précisément à Ouagadougou. Ces travaux montrent que la sexualité précoce, le faible usage des méthodes contraceptives modernes, et le recours limité aux services de SSR sont les facteurs qui exposent les adolescentes à des risques élevés d'IST, de grossesses précoces et d'avortements à risque. En outre, selon WHO (2019), le préservatif reste la méthode contraceptive la plus utilisée, mais son usage reste insuffisant pour réduire significativement ces risques. Cette réalité dépeinte par WHO (idem) est soutenue par l' UNFPA Muskoka (2023) selon qui « *les crises politico-militaires et les contextes de vulnérabilité sociale, comme observé à Bouaké et dans la région du Gbéké, aggravent la situation en limitant l'accès aux soins et en augmentant les comportements sexuels à risque* ».

En dehors du faible recours des adolescentes aux SSR, des facteurs explicatifs et des risques associés, les travaux antérieurs et les nôtres relèvent un facteur majeur d'ordre structurel à savoir le manque de confiance des adolescentes envers le personnel de santé. Un facteur qui appelle à garantir la confidentialité, l'accueil aimable, et les formations du personnel soignant pour une bonne réduction du taux de la stigmatisation dans les zones vulnérables (Chandra-Mouli et al. 2015). Pour réussir cela, les politiques nationales et les cadres législatifs jouent également y ont un rôle important à jouer dans nos pays. Dans plusieurs pays en Afrique de l'Ouest, des lois restrictives et des normes sociales limitent l'accès des adolescentes aux services de SSR, plus précisément en matière de contraception et de prévention des IST selon (UNFPA, 2020 ; Coordination SUD, 2023). Il est donc important d'engager des réformes législatives et des campagnes de sensibilisation pour lever ces obstacles. Dans une étude menée à Bouaké par l'UNFPA (2023) en Côte d'Ivoire, il ressort que les adolescentes parlent souvent de sexualité avec leurs pairs et utilisent internet pour s'informer, mais ces sources ne remplacent pas des services professionnels accessibles et adaptés. « dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les adolescentes, en particulier les non-mariées, ont un accès limité aux contraceptifs via les services publics et se tournent souvent vers des sources informelles comme la famille ou les amis, ce qui peut compromettre la qualité et la continuité des soins » (Hellwig et Barros, 2023). Pour Jacot-Guillarmod et al. (2019), l'idée de l'utilisation des contraceptifs hormonaux chez les adolescentes est fortement influencée par des attitudes positives et un sentiment d'efficacité personnelle. De ce fait, il stipule que l'importance d'une éducation sexuelle complète et adaptée pourrait renforcer ces compétences.

La communication et l'éducation des adolescentes sur la santé sexuelle et reproductive sont des piliers essentiels pour l'amélioration des conditions de celles-ci. Mais en plus de ces piliers, notre recherche

montre qu'au regard de la précarité financière des adolescentes, des politiques d'encadrement et de financement d'activités génératrices de revenus sont nécessaires pour favoriser leur autonomisation financière, améliorer leur accès aux SSR et réduire leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables.

## **5. Conclusion**

L'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive reste toujours un défi dans les zones vulnérables avec des conséquences majeures sur la santé et l'avenir de celles-ci. Ce travail de recherche avait pour objectif de faire un diagnostic socio-anthropologique de l'accès des adolescentes aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive et leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables de la région sanitaire du Gbéké. Il a permis, à travers des entretiens semi-structurés de type individuel (42) et de groupe (06) et l'administration directe d'un questionnaire à 337 adolescentes, de collecter un corpus de données dont le traitement et l'analyse nous ont permis de montrer que l'accès aux SSR chez les adolescentes est entravé par un ensemble enchevêtré de facteurs socio-culturels, structurels et économiques. Ces facteurs limitent le recours des adolescentes aux centres de santé non seulement pour obtenir des contraceptifs, mais surtout pour se faire soigner en cas d'IST/MST. Cette situation contribue à l'émergence de problèmes de santé sexuelle et reproductrice tels que les grossesses précoces, les avortements à risque et les infections sexuellement transmissibles. Autant de problèmes qui compromettent le bien-être des adolescentes dans nos sociétés. Cette recherche montre la nécessité d'éduquer les adolescentes et les communautés à l'utilisation des SSR et d'initier des programmes d'autonomisation financière par le financement d'activités génératrices de revenus. Cette approche associant l'éducation et autonomisation financière pourrait être bénéfique dans la mesure où elle permettra d'améliorer la situation de l'accès des adolescentes aux SSR et de réduire leur exposition aux IST/MST dans les zones vulnérables dans la région du Gbéké. Toutefois, cela reste un défi à relever, dans la mesure où une approche systématique impliquant divers acteurs (leaders communautaires, professionnels de la santé, autorités locales administratives et financières, adolescentes, etc.) est nécessaire.

## **Source de financement**

Les recherches présentées dans cette publication ont été soutenues par le Global Development Network (GDN) et l'Agence Française de Développement (AFD). Les opinions exprimées dans cet article ne reflètent pas nécessairement celles du GDN ou de l'AFD.

## **Remerciements**

Nos remerciements aux partenaires financiers et techniques qui ont concouru à la réalisation de ce projet de recherche et à la publication de ce manuscrit. Ce sont :

- L'Agence Française de Développement, France ;
- Le Global Development Network, France ;
- Le Laboratoire de Recherche sur l'Innovation pour le Développement Agricole (LRIDA), Université de Parakou (UP), Bénin ;
- Le Centre de Recherche pour le Développement (CRD), Université Alassane Ouattara (UAO), Côte d'Ivoire ;
- L'Université de Goma (UNIGOM), République Démocratique du Congo ;
- Le Laboratoire de Géographie Humaine (LABOGEHU), Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), Sénégal ;
- Le Laboratoire interdisciplinaire de recherches en sciences sociales (LIRSS) de l'Unité de formation et de recherche en Économie, Management et Ingénierie Juridique, Université Alioune Diop de Bambe, Sénégal.

## Conflit of Intérêts

L'auteure déclare qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts lié aux données et à la publication du présent manuscrit.

## Références

- Chatot, F., & Foin, T. (2025). *Étude sur l'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescentes au Tchad*. Groupe URD. <https://www.urd.org/fr/projet/etude-sur-lacces-aux-soins-de-sante-reproductive-et-les-pratiques-a-risque-chez-les-adolescentes-au-tchad/>
- Chatot, F., Foin, T., & Nadjiadoum, S. (2023). *Contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescents.es au Tchad*. <https://reliefweb.int/report/chad/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductive-chez-les-adolescentes-au-tchad-2023>
- Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices". *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 333-340. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00126>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques*. 3rd Edition, John Wiley & Sons, New York.
- Coordination SUD. (2023). *Accès des adolescentes à la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest : défis et perspectives*. <https://www.coordinationsud.org/publication/acces-adolescentes-ssr-afrigue-ouest/>
- Fonds Muskoka. (2025). *Stratégies régionales pour la santé reproductive des adolescents en Afrique de l'Ouest*. <https://ffmuskoka.org/sante-sexuelle-des-adolescents-et-des-jeunes/>
- Guimelli, C. (2009). « Les représentations sociales ». *La pensée sociale* (p. 63-78). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/la-pensee-sociale-9782130497776-page-63?lang=fr>
- Hellwig, F., Barros, AJD. (2023). "What are the sources of contraceptives for married and unmarried adolescents: Health services or friends? Analysis of 59 low- and middle-income countries". *Front Public Health*. doi: 10.3389/fpubh.2023.1100129. PMID: 36815169; PMCID: PMC9939762.
- Keita, O. (2015). *Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes sur les IST/VIH à Bamako* [Thèse de médecine], Université de Bamako, Mali. <https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/795/1/15M156.pdf>
- Jacot-Guillarmod, M., & Diserens, C. (2019). « Enjeux et défis Contraception chez les adolescentes ». *Enjeux et défis*, [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_CDC76E7EF36D.P001/REF.pdf](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_CDC76E7EF36D.P001/REF.pdf)
- Komboigo, B. E., Zamane, H., Sib, R. S., Kiemtore, S., Kain, P. D., Ouattara, A., Traore, F., & Thieba-Bonane, B. (2018). « Accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso ». *Journal de la SAGO*, 19(2), 36–40. <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/45/33>
- Koné, N. A., & Coulibaly, S. H. (2024). « Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire ». *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. 6(3), 138-153. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i3.10> ; <https://www.ajol.info/index.php/rasp/article/view/288080/271373>
- Laouabaou, A.N., Wyss K., Schwärzler P., Brigit Obrist, M.M.B. (2006). «Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad», *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [Online], Hors-série 3 | <http://journals.openedition.org/vertigo/1852>; DOI: <https://doi.org/10.4000/vertigo.1852>
- Mbodj, F.L. (2015). « Vulnérabilités sociales et santé sexuelle : représentations, connaissances et comportements de jeunes à Nouméa », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, Varia, <http://journals.openedition.org/rfst/478> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.478>
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. (2012). *Soins et traitement ARV au cours de*

- l'infection à VIH pour le personnel médical.* Manuel de référence, édition 2012. <https://www.pnls.com/wp-content/uploads/2022/03/manuel-de-reference-vf-avril-2013-mac.pdf>
- OMS. (2021). *Avortement.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents : lignes directrices.* Genève. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241550346>
- Woog, G.G.V., (2006). *Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso.* <https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/or21.pdf>
- Solthis. (2022). *Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les zones vulnérables : état des lieux et recommandations.* Disponible sur : <https://www.solthis.org/publication/sante-sexuelle-adolescents-jeunes/>
- UNFPA. (2020). *Rapport sur l'état de la population mondiale (2020) : Contre ma volonté – Mettre fin aux pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles et compromettent l'égalité.* Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/publications/rapport-sur-letat-de-la-population-mondiale-2020>
- UNFPA Côte d'Ivoire. (2023). *Accès des adolescentes aux services SSR dans la région du Gbéké : Rapport d'étude Bouaké.* Disponible sur : <https://cotedivoire.unfpa.org/fr/publications>
- UNFPA MUSKOKA. (2023). *Santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les contextes de crise en Afrique de l'Ouest.* Disponible sur : <https://wcaro.unfpa.org/fr/publications>
- UNICEF. (nd). Analyse de la Situation des Enfants et des femmes en Côte d'Ivoire. Les adolescent(e)s et les jeunes. Disponible sur : <https://www.unicef.org/cotedivoire/media/3106/file/Les>
- Ziemle, C, M. (2017). « Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso : état des lieux et priorités ». Vol. 40, n° 1, *Science et technique, Sciences de la santé* [https://www.researchgate.net/publication/318983156\\_Sante\\_des\\_adolescents\\_et\\_des\\_jeunes\\_au\\_Burkina\\_Faso\\_etaut\\_des\\_lieux\\_et\\_priorites](https://www.researchgate.net/publication/318983156_Sante_des_adolescents_et_des_jeunes_au_Burkina_Faso_etaut_des_lieux_et_priorites)

© 2025 KOUADIO Lorraine Nadia, Licensee  
*Bamako Institute for Research and Development Studies Press.* Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

#### Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.