

**MINISTERE DE L'URBANISME, DE
L'HABITAT, DES DOMAINES, DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET DE
LA POPULATION**

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple -Un But - Une Foi

DIRECTION NATIONALE DE LA POPULATION (DNP)



BP : E 791 - Tél 20 22 62 70 Fax 20 22 62 68 E-mail : dnp_population@yahoo.fr

RAPPORT FINAL

**ETUDE SUR LES PRIORITES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE
DES ADOLESCENTS ET JEUNES DANS LA REGION DE SIKASSO**

Période : 2019- 2021

mars 2023

Table des matières

Sigles et abréviations	4
Résumé	7
Introduction	8
1. Objectifs	9
1.1. Objectifs spécifiques	9
1.2. Résultats attendus	9
2. Démarche méthodologique	10
2.1. Revue documentaire	10
2.2. Enquête quantitative	10
2.3. Enquête qualitative	10
2.4. Méthode d'analyse	10
2.5. Limites de l'étude :	11
3. Présentation du cadre de l'étude	11
4. Définition des concepts	12
4.1. Santé de la reproduction/santé sexuelle et reproductive	12
4.2. La Planification familiale	13
4.3. La maternité à moindre risque	13
4.4. La santé sexuelle et reproductive	13
4.5. Jeunes et adolescents	13
5. RESULTATS DE L'ETUDE	14
5.1 Etat des lieux de la SSRAJ dans la région de Sikasso	14
5.1.1 Evolution de l'utilisation des méthodes de contraception chez les adolescents et jeunes dans la région de Sikasso	14
5.1.2 Evolution du Suivi de la Grossesse chez les adolescentes et jeunes filles dans la région de Sikasso :	25
- Situation des adolescents et jeunes ayant bénéficié au moins de 4 CPN :	25
5.1.3. Assistance à l'accouchement : le Lieu d'accouchement	26
5.1.4. Les consultations post-natales chez les adolescentes et jeunes dans la région de Sikasso :	30
5.1.5. Evolution du niveau de conseil sur la PF chez les adolescents et jeunes à Sikasso	31
5.1.6 Disponibilité des services SSRAJ dans la région	31
5.1.7. Persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la SSRAJ	34
Situation des violences basées sur le genre, enregistrées par le « ONE STOP CENTER » dans la région de Sikasso	36
5.1.8. Situation de personnes vivant avec un handicap (PVH)	36

5.2. Cartographie des intervenants et interventions par cercle	37
5.3. Besoins prioritaires par cercle	47
5.3.1. Information /communication sur la SSRAJ	47
5.3.2. Accès aux services de santé sexuelle et reproductive	48
5.3.3. Création d’espaces jeunes :.....	49
5.3.4. Priorité pour les personnes vivant avec un handicap	51
5.3.5. Récapitulatif des besoins prioritaires en SSRAJ et les solutions d’amélioration dans la région de Sikasso	52
5.4. Conclusion	53
5.5. Recommandations	54
I. Références	55
II. Annexes	55
15.1. Tableaux	57

Sigles et abréviations

ADAC : Association pour le Développement et l'Appui aux Communautés

ASDAP : Association de Soutien au Développement des Activités de Population

ATWA: Adolescent Transition in West Africa

BNCE : Bureau National Catholique pour l'Enfance

CAEB : Conseils et Appui pour l'Education à la Base

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CPN : Consultation pre-natal

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DSIH2: District Health Information System 2

DMPA-IM : depo-medroxyprogesterone acetate Intra-musculaire

DNP : Direction Nationale de la Population

DRPSIAP : Direction Régionale de Planification, de la Statistique et de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population

DRS : Direction Régionale de la Santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MAMA : L'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MGF/E : Mutilations Génitales Féminines/Excision

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA

OSC : Organisation de la Société Civile

PNP : Politique Nationale de Population

PSI Mali : ONG Population Services International

PVH : Personne vivant avec un handicap

SIS : Système informatique Sanitaire

SLPFEF : Service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille

SR : Santé de la Reproduction

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes

SWEDD : Projet Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence de développement international des Etats Unis

VBG : Violences Basées sur le Genre

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent :

- au Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) pour l'appui technique et financier ;
- au staff technique de la Direction Nationale de Population pour sa disponibilité et son engagement pour le suivi et la réalisation de l'étude ;
- aux membres du comité technique de pilotage de l'étude ;
- au Gouvernorat de la région de Sikasso pour son implication dans la conduite du processus;
- à la Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population de Sikasso (DRPSIAP) ;
- à l'équipe de Consultants pour son appui technique à la réalisation de cette étude ;
- à toutes les équipes de terrain (enquêteurs et contrôleurs).

Nos remerciements vont également :

- à la Direction Régionale de la Santé de Sikasso (DRS) ;
- aux CSRéf des cercles de Bougouni, de Sikasso, de Kolondiéba, de Koutiala, de Kadiolo, de Yanfolila et de Yorosso;
- aux groupements de jeunes et adolescents de la régions de Sikasso ;
- à toutes les populations des cercles enquêtés pour leur hospitalité, leur disponibilité et leur bonne compréhension dans l'exécution de notre mission ;

Nos remerciements vont enfin à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette étude.

Résumé

L'étude présentée dans ce rapport a pour objectif général d'identifier les priorités des adolescents et des jeunes (particulièrement les jeunes filles) en matière de santé sexuelle et reproductive dans les sept districts sanitaires de la région de Sikasso afin de fournir des informations qui puissent aider à mieux planifier les interventions à leur intention.

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive. Elle a été menée à travers la combinaison des méthodes quantitative et qualitative.

La méthode quantitative a utilisé l'exploitation des données secondaires des systèmes d'information sanitaire des CSRéf visités et la méthode qualitative a consisté à effectuer des entretiens (individuels et en groupes) avec les adolescents/jeunes et quelques acteurs impliqués dans la SR notamment les points focaux SR des CSRéf, les responsables des services locaux de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et les agents des ONGs intervenant dans la SR. Au total 32 entretiens individuels et 18 focus group ont été réalisés. Les deux méthodes ont été complétées par une revue documentaire qui a eu lieu tout le long de l'étude pour faire l'état des lieux de la SSRAJ et des pratiques traditionnelles néfastes dans la région et opérationnaliser certains concepts.

Les données quantitatives extraites des fichiers des SIS des CSRéf ont été traitées et analysées avec le logiciel Excel ; quant aux données qualitatives, elles ont été enregistrées, transcrites et analysées par la méthode d'analyse de contenu.

Les résultats montrent que les soins et services en SSRAJ sont accessibles dans tous les centres de santé publics de la région. Tous les usagers des services SR sont reçus et traités de la même manière, ce qui constitue une barrière pour les adolescents et jeunes qui souhaiteraient avoir un espace approprié pour leur prise en charge. Les pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage d'enfant, le mariage forcé, les mutilations génitales persistent malgré les multiples campagnes de sensibilisation pour leur éradication.

En ce qui concerne les intervenants en matière de SSRAJ, ils sont présents dans tous les cercles mais répartis de façon inégale. Lorsque certains cercles comme Bougouni, Kadiolo et Sikasso ont quatre intervenants, au même moment Kolondiéba et Yanfolila n'en ont qu'un seul chacun. Quant aux interventions, elles sont généralement consacrées dans la plupart des cas à la sensibilisation sur la SR et à l'orientation des personnes vulnérables vers les structures de prise en charge. Seul à Koutiala le projet ATWA semble s'adonner exclusivement à la SSRAJ, puisque ses cibles sont pour la plupart des scolaires.

Il ressort des entretiens que les besoins prioritaires des adolescents et jeunes en santé sexuelle et reproductive sont similaires dans tous les cercles de la région de Sikasso. Ces besoins prioritaires identifiés sont : l'information et la communication sur la SR, l'accès aux produits et aux services et la création d'espace jeune pour les questions de SR gérées par les jeunes eux-mêmes.

L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans la région de Sikasso passe par la création d'une synergie d'actions entre tous les intervenants. Aucune couche ne doit rester à la marge car le développement du pays passe par la bonne santé de la majorité de sa population que constituent les adolescents et les jeunes.

Introduction

La santé de la reproduction a eu un regain d'intérêt sur le plan mondial après la conférence mondiale du Caire en 1994 [1]. C'est à partir de cette conférence que différents acteurs ont été inclus dans le champ de la santé de la reproduction. Cela a amené à une prise de conscience de la part des acteurs nationaux, internationaux et locaux menant des activités de SR, sur l'importance d'impliquer les hommes, les femmes, les garçons et les filles, dans les différentes étapes de leur vie sexuelle et reproductive qui les concernent pour les autonomiser : naissance, adolescence, âge adulte, ménopause.

Après la CIPD, le Mali, à travers le Ministère de la Santé, a révisé les Politiques Normes et Procédures en santé de la Reproduction (SR) pour tenir compte des nouveaux éléments en matière de SR issus de ladite conférence. Ainsi, au Mali, le concept de santé de la reproduction a été redéfini et comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables en matière de SR que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et des jeunes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus.[2]

La population du Mali est composée d'une très forte proportion de jeunes puisque près des deux tiers (65%) ont moins de 25 ans.[3] Cette frange importante de la population constitue un potentiel de développement socio-économique si elle est bien éduquée, en bonne santé. Pourtant, c'est cette même frange qui est confrontée à des défis majeurs en matière d'accès à une prise en charge en santé de qualité et adaptée, surtout dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

En effet, la prise en compte et la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des jeunes/adolescents constitue un réel problème de santé publique, en témoignent les statistiques suivantes :

L'âge d'entrée en union des femmes est précoce ; 18 % des femmes de 25-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans et 53 % l'étaient déjà avant 18 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,5 ans chez les femmes de 25-49 ans et de 21 ans chez les hommes de 25-49 ans. Il ressort également des statistiques que la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans, à 59 % à 19 ans, âge auquel 53 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. [4] Ce contexte décrit l'état de vulnérabilité dans lequel se trouvent les adolescents et jeunes en matière SR. Cet état de fait semble être entretenu par des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. L'EDSM VI-2018 révèle cela en indiquant en particulier les besoins satisfaits en matière de planification familiale chez les filles de 15-19 ans de l'ordre de 8,1% et les besoins non satisfaits pour la même tranche d'âge à 12,8%. [4]

Pour la région de Sikasso l'âge médian d'entrée en union des femmes de 25-49 ans est inférieur à 18 ans, âge légal d'entrée en union au Mali ; le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 40 % [4]

Aussi, l'indice synthétique de fécondité demeure-t-il un indicateur de mesure des risques de mortalité maternelle encourus par les femmes. La région de Sikasso figure parmi les régions où

l'ISF est élevé. Il varie d'un minimum de 6,5 enfants par femme à un maximum de 7,3 enfants par femme. [4]

Également, la croissance rapide de la population pose de sérieux problèmes de planification du développement. D'où la nécessité d'adopter des politiques et programmes prenant en compte les questions de santé de la reproduction parmi lesquelles la fécondité des adolescentes et jeunes (15-24 ans) qui constitue une large part de la croissance de la population

La résolution de ces problèmes de planification du développement constitue un axe majeur du Gouvernement de la république du Mali et de ses partenaires. C'est pour cette raison que la Direction Nationale de la Population avec l'appui technique et financier de UNFPA a réalisé cette étude afin d'identifier les priorités en besoins en SSR des jeunes et adolescents dans les zones de forte fécondité comme la région de Sikasso (6,5 à 7,3 enfants par femme) pour mieux orienter les interventions.

Le présent rapport s'articule autour de cinq chapitres :

- Présentation de la zone d'étude
- Etat des lieux de la SSRAJ par cercle
- Cartographie des intervenants et interventions par cercle
- Cartographie des besoins prioritaires par cercle
- Solutions envisageables par cercle
- Conclusion et recommandations

1. Objectifs

L'objectif général de l'étude est d'identifier les priorités des adolescents et des jeunes (particulièrement les jeunes filles) en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans la région de Sikasso afin de fournir des informations qui puissent aider à mieux planifier les interventions en SR à leur intention.

1.1. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Faire l'état des lieux des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par cercle ;
- Cartographier et prioriser ces besoins par cercle ;
- Faire une cartographie des interventions et des intervenants à Sikasso en matière de SRAJ tout en faisant ressortir les gaps non seulement dans les priorités mais également dans la couverture géographique par les partenaires ;
- Faire une analyse croisée des différents besoins des jeunes et adolescents par cercles ;
- Formuler des recommandations pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des adolescents et jeunes de la région pour une meilleure prise en compte de leurs besoins.

1.2. Résultats attendus

- Les priorités en Santé de Reproduction des adolescents et des jeunes sont identifiées dans la région et par cercle ;
- Les besoins en SR des jeunes et adolescents sont priorisés ;

- Une cartographie des intervenants et des interventions est faite et les gaps sont identifiés ;
- Une analyse approfondie des besoins est faite ;
- Des solutions de satisfaction des besoins par zone sont proposées en tenant compte des spécificités des différentes localités concernées par l'étude.

2. Démarche méthodologique

L'étude est de type transversal et descriptif. La méthodologie utilisée pour la réaliser a porté sur une approche mixte avec des volets quantitatifs et qualitatifs enrichis par une revue documentaire.

2.1. Revue documentaire

Elle a été faite de façon transversale et a permis d'opérationnaliser les différents concepts relatifs à la santé sexuelle et reproductives des jeunes et adolescents. Elle a permis aussi de faire un état des lieux des documents sur la SRAJ dans la région de Sikasso.

Un accent particulier a été mis sur les données des systèmes d'informations des CSRéf des différents districts sanitaires visités.

2.2. Enquête quantitative

Le volet quantitatif de l'étude a été consacré à l'exploitation des données sur la santé sexuelle et reproductive de la région de façon générale et des différents cercles en particulier. Cette exploitation a permis de faire l'état des lieux en matière de SSRAJ et d'identifier les priorités en la matière dans la zone de l'étude. Une fiche d'exploitation des données secondaires a servi d'outil de collecte des informations.

2.3. Enquête qualitative

Elle a été menée avec les guides d'entretiens et les smartphones. Son intérêt particulier dans cette étude est l'appréhension des aspects qualitatifs de SSRAJ par localité et par acteur que le volet quantitatif n'explique pas.

2.4. Méthode d'analyse

L'analyse des fiches du système d'information sanitaire des cercles a permis d'apprécier :

L'évolution de l'utilisation des méthodes de contraception chez les adolescents et jeunes

- a- Evolution chez les nouvelles utilisatrices
- b- Evolution chez les anciennes utilisatrices
- c- Utilisation du condom masculine

L'évolution du Suivi de la Grossesse chez les adolescentes et jeunes filles

- a- Assistance à l'accouchement : le Lieu d'accouchement
- b- Les adolescents et jeunes ayant bénéficié au moins de 4 consultations prénatales (CPN)

Les consultations post-natales chez les adolescentes et jeunes à Sikasso

L'évolution du niveau de conseil sur la PF chez les adolescents et jeunes à Sikasso

Pour la partie qualitative, tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits et relus plusieurs fois. Les données obtenues ont ensuite fait l'objet d'un dépouillement manuel. Nous avons d'abord procédé à une analyse thématique. Cette étape nous a permis d'identifier les thèmes récurrents qui ont ensuite été analysés en fonction des caractéristiques socio démographiques des enquêtés.

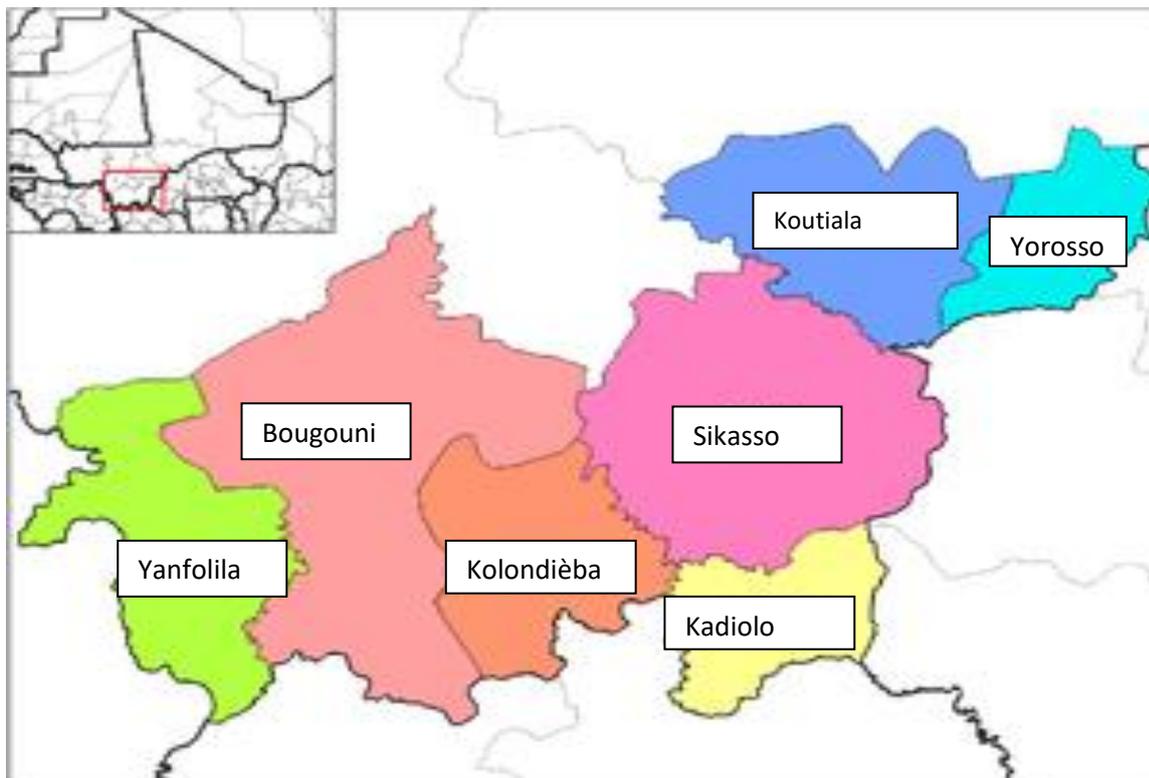
2.5. Limites de l'étude :

La principale limite de cette étude concerne la partie quantitative qui devait être traitée à partir des données secondaires sur la SSRAJ au niveau des différents CSRéf. Néanmoins, toutes les données ne sont pas disponibles au niveau des systèmes d'information sanitaire (SIS) des CSRéf pour permettre l'application de méthodes d'analyses statistiques rigoureuses (analyse bivariée et multivariée). Ainsi, il a été constaté dans l'exploitation des fichiers :

- L'absence de données désagrégées pour les adolescents et jeunes sur les complications liées à l'accouchement ;
- L'absence de données sur l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié ;
- La non-disponibilité des données sur les IST/ VIH ;
- La non-conformité des données de Bougouni et Kolondièba avec celles de Sikasso, Koutiala, Kadiolo, Yanfolila. Les données pour l'année 2021 de Bougouni et Kolondièba ne sont pas disponibles, d'où l'impossibilité de faire une comparaison avec les autres cercles.

Nonobstant ces limites, les résultats obtenus pourraient permettre d'orienter les actions pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans la région de Sikasso.

3. Présentation du cadre de l'étude



Source : <http://www.mapnall.com>, carte géographique-région-de-Sikasso

Située dans l'extrême sud pays, la région de Sikasso est la troisième région administrative du Mali. Elle s'étend sur une superficie de 71 790 km² et fait frontière avec trois pays : le Burkina Faso à l'est, la Côte d'Ivoire au sud et la Guinée Conakry à l'ouest.

Selon les Projections Démographiques 2010 -2035 de la Direction Nationale de la Population, la région de Sikasso avait une population de **3 633 478** habitants en 2019 contre 2 643 179 en 2009 soit une augmentation de 990299 personnes en 10 ans (2009 et 2019).[5] Cette population est répartie entre sept cercles qui sont : Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila et Yorosso.

La population est composée essentiellement de Senoufo (Sikasso), de Miniankas (Koutiala), de Peuls (Wassoulou et Ganadougou) et de Samoghos (Kadiolo), etc. Cependant, à cause de ses conditions agricoles favorables, Sikasso reçoit aujourd'hui de nombreuses autres ethnies en provenance d'autres régions du pays (Dogon, Songhaï, etc.).

L'organisation du système de santé dans la région est calquée sur le découpage administratif : un hôpital régional au niveau de la région et un CSRéf par cercle et des CSCOM dans les communes. Une particularité apparaît dans la situation sanitaire de la région. Vu la densité et l'éloignement de certaines communes, il est apparu nécessaire de les doter en CSRéf pour faciliter l'accessibilité de la population aux services de santé de meilleure qualité. Il s'agit des communes rurales de BAYA (Sélingué), Niéna et de Kignan. Chacune de ces trois communes rurales dispose d'un centre de santé de référence (CSRéf). Ainsi, Sikasso dispose actuellement d'un (1) hôpital de deuxième référence, dix (10) districts sanitaires et des CSCOM au niveau des communes.

En parallèle de ce dispositif sanitaire public, il existe des structures confessionnelles parapubliques et privées qui offrent des services et soins de santé à la population dans la région. Les organisations de la société civile et ONGs participent également activement à la disponibilité de l'offre des services de santé, surtout dans le domaine de la SR.

4. Définition des concepts

4.1. Santé de la reproduction/santé sexuelle et reproductive

Le Programme d'action adopté par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire en 1994 en son paragraphe 7.2 définit la Santé de la Reproduction comme étant :

« 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. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables ; ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé ».

Ce n'est qu'à partir de 1994 que le champ couvert par la santé de la reproduction, inclut les différents acteurs, hommes et femmes, à différentes étapes de leur vie sexuelle et reproductive : naissance, adolescence, âge adulte, ménopause.

Les principales composantes de la santé de la reproduction

La santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents a reçu une attention mondiale lors de la CIPD. La SSRAJ comprend au moins 4 composantes à savoir : la planification familiale, la maternité sans risque (ou à moindre risque), la santé sexuelle et l'éducation à la vie familiale. [6]

4.2. La Planification familiale

La planification familiale est le pilier de la Santé de la Reproduction. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme étant « *un comportement, une manière de penser et de vivre que les individus et des couples adoptent librement et volontairement après information et réflexion, afin d'améliorer l'état du groupe familial. Elle contribue efficacement au développement social et économique d'une communauté ou d'un pays* ». [7]

Une meilleure connaissance et une meilleure utilisation des outils qu'offre la planification familiale (méthodes contraceptives, information, éducation, communication pour un changement de comportements) pourraient aider à :

- Prévenir les grossesses à risques qui sont pour la plupart liées à l'âge bas des jeunes filles. Parmi ces grossesses à risques il y a également les grossesses rapprochées des femmes ;
- Prévenir les grossesses non-désirées ;
- Lutter contre l'infécondité et l'infertilité causées par les IST ;
- Lutter contre la propagation des IST/VIH/SIDA.

4.3. La maternité à moindre risque

Elle a pour objet d'assurer une procréation à risque minimal pour la mère et pour l'enfant. Dans ce cadre, grossesse et accouchement doivent être menés à terme sans risque ou à moindre risque pour la mère et pour l'enfant. Cela dépend de trois (3) types de facteurs : les facteurs biophysiques c'est-à-dire l'âge de la mère au début de grossesse ; l'accès aux soins prénataux et obstétricaux assurés par un personnel qualifié ; la mise en place effective des dispositions légales permettant l'accès à l'IVG de manière sûre [8]

4.4. La santé sexuelle et reproductive

Elle consiste à mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité. Il s'agit de limiter au strict minimum chez les jeunes les pratiques sexuelles à risques c'est-à-dire réduire les risques de propagation des IST et du VIH/SIDA ainsi que des grossesses non désirées. Il s'agit aussi d'éliminer les violences sexuelles faites aux femmes (viol, incestes, les mutilations génitales, les sévices et agressions sexuelles). Une bonne santé en matière de sexualité constitue donc une condition préalable du progrès socio-économique et du développement durable dont les jeunes constituent le fer de lance [9]

4.5. Jeunes et adolescents

Il n'y a pas de définition universellement acceptée des termes jeunes et adolescents car plusieurs concepts entrent en jeu dans la définition de ces termes. Le dictionnaire Larousse définit l'adolescence comme étant la période de la vie entre la puberté et l'âge adulte [10]. L'UNFPA

et l'UNDESA (le département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies), définissent les jeunes comme les individus entre 15 et 24 ans, distinguant les adolescents (15-18 ans) des jeunes adultes (19-24 ans). Cette définition est néanmoins modulable car toutes les agences et entités internationales n'ont pas les mêmes catégorisations : ONU Habitat considère la jeunesse jusqu'à l'âge de 32 ans dans son Agenda 21, et la Charte Africaine de la Jeunesse place le curseur jusqu'à 35 ans. Dans le cadre de cette étude, nous désignerons sous le terme de « jeunes et adolescents » les 15-24 ans. De plus, une désagrégation des données par genre nécessaire à l'adaptation des besoins réels de SR en fonction du sexe des jeunes et adolescents, a mené à ne pas considérer les hommes et les femmes selon les mêmes tranches d'âge.

Il est néanmoins important de noter que les moins de 18 ans restent des mineurs/enfants aux yeux de la loi, quelle que soit la catégorie statistique ou sociodémographique qui leur est assignée.

5. RESULTATS DE L'ETUDE

5.1 Etat des lieux de la SSRAJ dans la région de Sikasso

Faire l'état des lieux de la SSRAJ dans la région de Sikasso nécessite la présentation du niveau actuel des indicateurs SSRAJ dans la région. Ces indicateurs ont été identifiés en exploitant des données au niveau du système local d'information sanitaire (SIS). Ils ont ensuite fait l'objet de traitement et d'analyse dans le présent rapport.

Il s'agit de :

- L'utilisation des méthodes contraceptives,
- Le suivi des grossesses avec les lieux d'accouchement,
- L'utilisation du condom masculin,
- Les consultations prénatales et post natales
- Le niveau de conseil sur la PF chez les adolescents et jeunes.

Les données concernant les autres indicateurs comme par exemple les IST/VIH ne sont pas désagrégées par tranche d'âge, empêchant ainsi une analyse spécifique pour les adolescents et jeunes. Quant aux données sur les VBG, leur enregistrement dans le DSIH2 n'aurait pas encore commencé selon nos interlocuteurs. Les données traitées et analysées sont représentées dans les graphiques ci-dessous.

5.1.1 Evolution de l'utilisation des méthodes de contraception chez les adolescents et jeunes dans la région de Sikasso

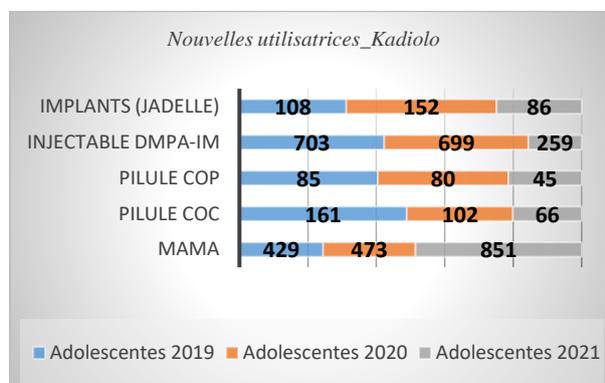
a-Evolution chez les nouvelles utilisatrices :

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Kadiolo

Les résultats des graphiques 1a et 1b ci-dessous nous révèlent qu'à Kadiolo, en 2019 comme en 2020 parmi les adolescentes, les injectables DMPA-IM avec respectivement 703 et 699 nouvelles utilisatrices et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) 429 (en 2019) et 473 (en 2020) sont les plus utilisées. Mais en 2021, on constate que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (1192 nouvelles utilisatrices) est plus utilisée suivie des injectables DMPA-IM (439 nouvelles utilisatrices). La même tendance est observée parmi les jeunes durant les trois périodes pour les deux méthodes. Cependant, on constate 1128 nouvelles utilisatrices en 2019, 1102 nouvelles utilisatrices en 2020 et 439 nouvelles utilisatrices d'injectables DMPA-IM en 2021.

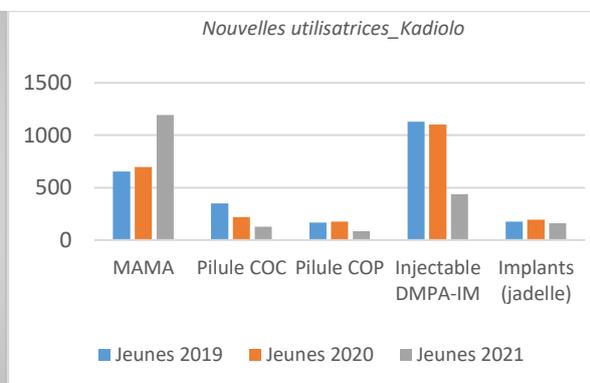
Globalement à Kadiolo, parmi les adolescentes et les jeunes, on remarque que l'utilisation des injectables DMPA-IM tend à diminuer entre 2019 et 2021 au profit de celles de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Par rapport à 2019, elle a diminué de 2,3% en 2020 et de 61% en 2021. Par contre celle de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a augmentée de 6,5% en 2020 et 82,26% en 2021.

Graphique 1a : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 1b : Evolution de l'utilisation des PF



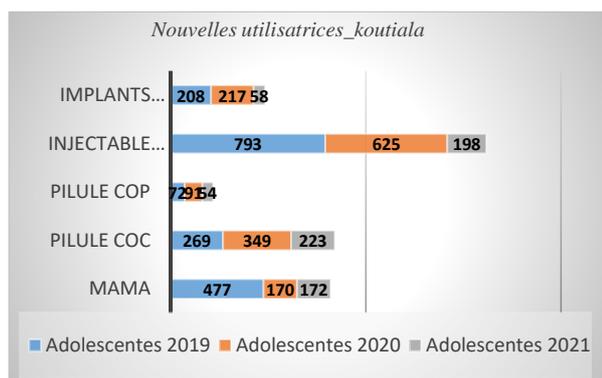
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Koutiala

Selon les résultats du tableau 11 (en annexe), on constate qu'à Koutiala, les injectables DMPA-IM et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) sont les plus utilisés en 2019 et en 2021 parmi les adolescentes et jeunes.

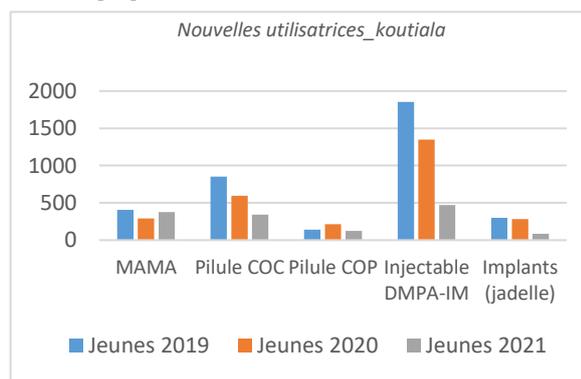
Dans l'ensemble à Koutiala, on constate une baisse de 36,62% du nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes de contraception entre 2019 et 2021 parmi les adolescentes et jeunes. Le nombre de nouvelles utilisatrices des injectables DMPA-IM chez les adolescentes était de 850 en 2019, 731 en 2020 et 275 en 2021, soit une baisse de 67,65% entre 2021 et 2019. Ce résultat était de 4216 en 2019, 1722 en 2020 et 988 en 2021, soit une baisse de 76,57% entre 2021 et 2019 parmi les jeunes.

Graphique 1c : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 1d : Evolution de l'utilisation des PF



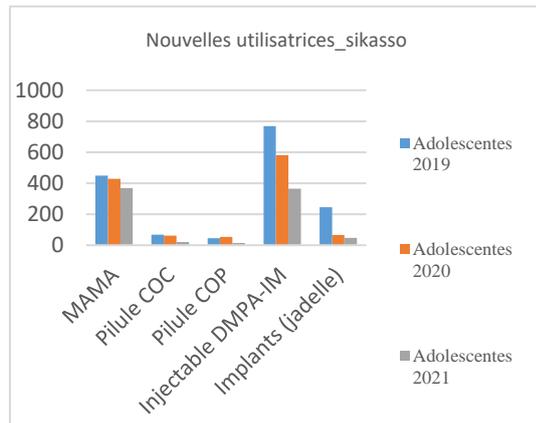
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Sikasso

Les résultats du tableau 13 (en annexe) nous révèlent qu'à Sikasso, c'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est la plus utilisée, suivie des implants (jadelle). On constate, 2631 nouvelles utilisatrices de MAMA en 2019, 2688 en 2020 et 2338 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, on compte 4147 nouvelles utilisatrices de MAMA en 2019, 4121 nouvelles utilisatrices en 2020 et 3536 nouvelles utilisatrices en 2021.

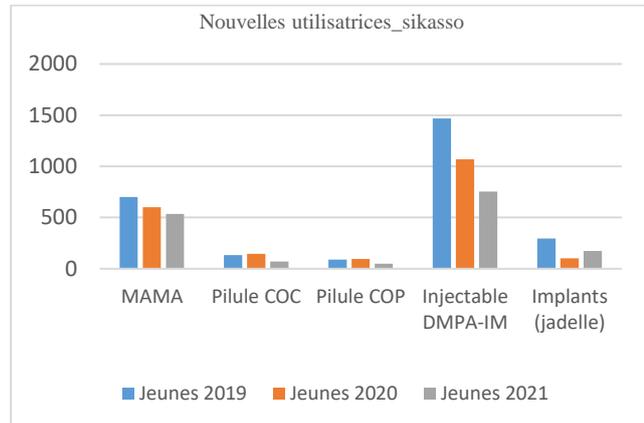
De façon globale, on remarque une tendance à la baisse de l'utilisation de toutes les méthodes entre 2019 et 2021. Parmi les adolescentes, le nombre de nouvelles utilisatrices a baissé de 11,14% entre 2019 et 2021 pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et de 38,04% entre 2019 et 2021 pour les implants (jadelle). Parmi les jeunes, ce résultat est de 14,73% pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et de 21,54% pour les implants (jadelle).

Graphique 1e : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 1f : Evolution de l'utilisation des PF



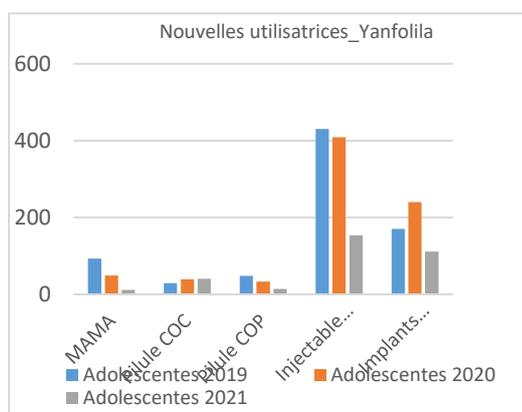
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Yanfolila

Les résultats des graphiques 1e et 1f ci-dessous nous révèlent qu'à Yanfolila, parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les nouvelles utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectable DMPA-IM suivis des Implants (jadelle).

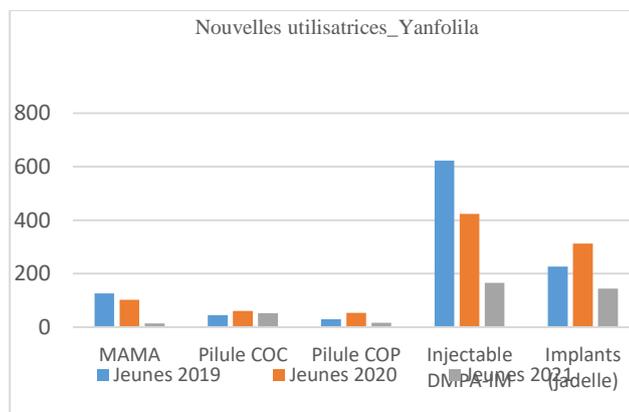
Cependant, on constate que parmi les adolescentes, le nombre de nouvelles utilisatrices d'Injectable DMPA-IM est passé de 650 en 2019 à 579 en 2020 et à 235 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 763 en 2019 à 690 en 2020 et à 292 en 2021. Concernant les Implants (jadelle), parmi les adolescentes le nombre de nouvelles utilisatrices est passé de 644 en 2019 à 521 en 2020 et à 331 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 631 en 2019 à 608 en 2020 et à 344 en 2021. (Voir tableau 9 en annexe)

Graphique 1g : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 1h : Evolution de l'utilisation des PF



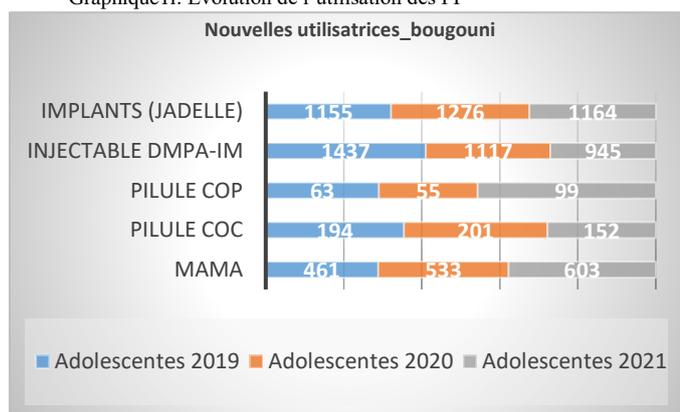
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Bougouni

Les résultats des graphiques 1g et 1h ci-dessous nous révèlent qu'à Bougouni, parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les nouvelles utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectable DMPA-IM suivis des Implants (jadelle).

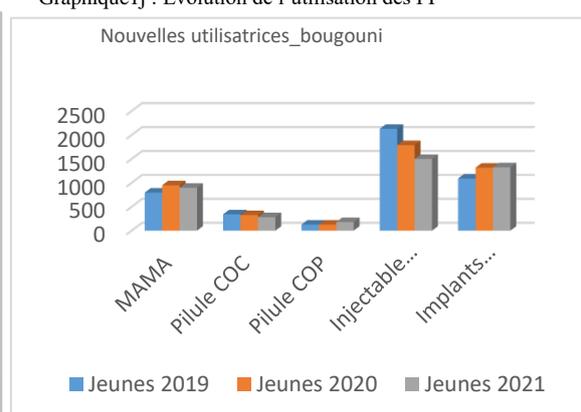
Cependant, on constate que parmi les adolescentes, le nombre de nouvelles utilisatrices d'Injectable DMPA-IM est passé de 1437 en 2019 à 1117 en 2020 et à 945 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 2128 en 2019 à 1787 en 2020 et à 1498 en 2021. Concernant les Implants (jadelle), parmi les adolescentes le nombre de nouvelles utilisatrices est passé de 1155 en 2019 à 1276 en 2020 et à 1164 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 1090 en 2019 à 1316 en 2020 et à 1324 en 2021. (Voir tableau9 en annexe)

Graphique 1i: Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 1j : Evolution de l'utilisation des PF



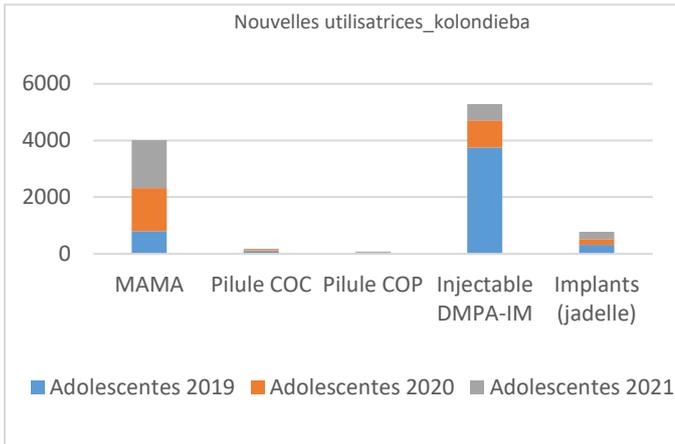
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution du nombre de nouvelles utilisatrices à Kolondièba

Selon les données disponibles dans le tableau 21 (voir annexe), nous remarquons qu'à Kolondièba, parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les nouvelles utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectable DMPA-IM suivis de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

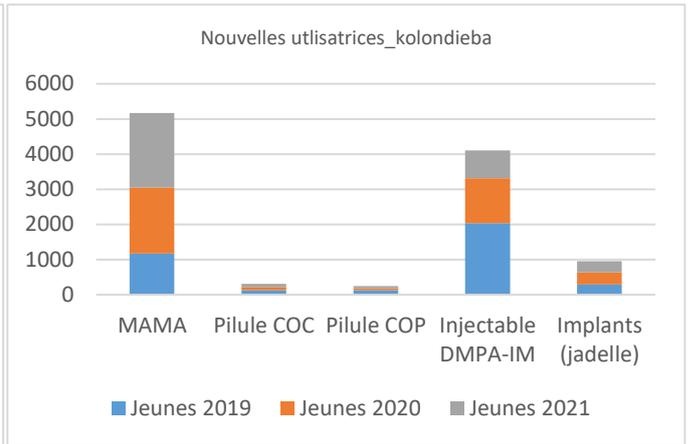
Cependant, on constate que parmi les adolescentes, le nombre de nouvelles utilisatrices d'Injectable DMPA-IM est passé de 3747 en 2019 à 965 en 2020 et à 573 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 2038 en 2019 à 1274 en 2020 et à 790 en 2021. Concernant la méthode MAMA, parmi les adolescentes le nombre de nouvelles utilisatrices est passé de 795 en 2019 à 1527 en 2020 et à 1684 en 2021. Parmi les jeunes, ce nombre est passé de 1176 en 2019 à 1881 en 2020 et à 2115 en 2021 (une tendance à la hausse).

Graphique1k : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique1l : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

b- Evolution du nombre d'anciennes utilisatrices :

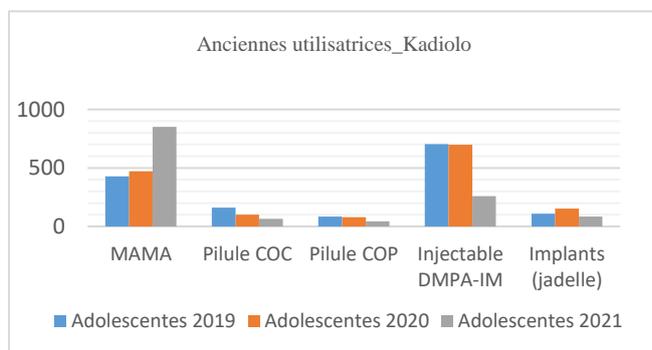
Evolution du nombre d'anciennes utilisatrices à Kadiolo

Selon les graphiques 2a et 2b ci-dessous, on constate à Kadiolo que parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivi de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

On constate, 703 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 699 en 2020 et 259 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 1128 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 1102 anciennes utilisatrices en 2020 et 439 anciennes utilisatrices en 2021.

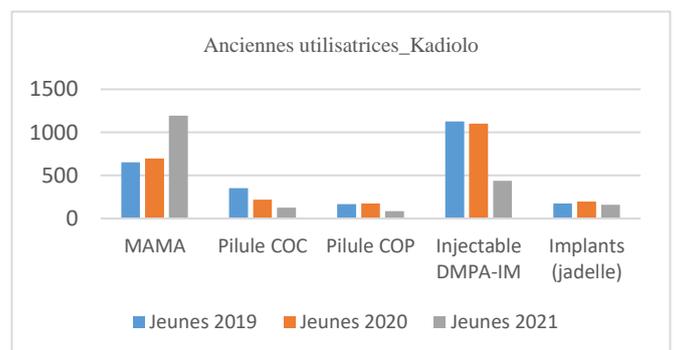
Globalement à Kadiolo, on observe donc une tendance à la baisse de l'utilisation de presque toutes les méthodes de PF entre 2019 et 2021 sauf la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 63,16% entre 2019 et 2021, par contre le nombre d'anciennes utilisatrices de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a augmenté de 98,37% en 2021 par 2019. Parmi les jeunes, ce résultat est de 61,08% pour les Injectable DMPA-IM et de 82,26% pour la méthode MAMA

Graphique 2a : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique 2b : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

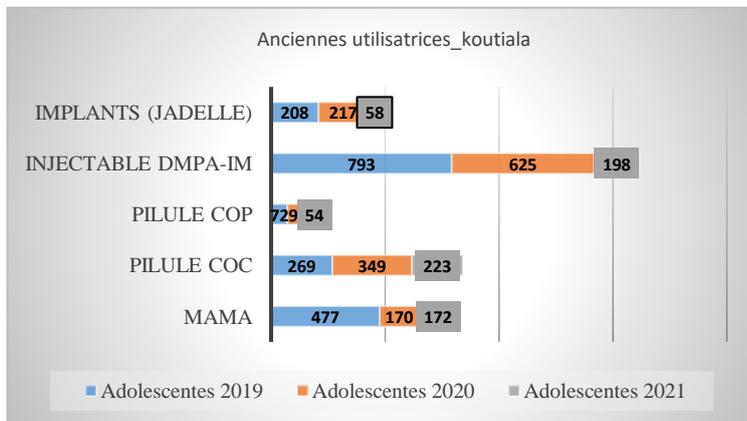
Evolution chez les anciennes utilisatrices à Koutiala

Selon les graphiques 2c et 2d ci-dessous, on constate à Koutiala que parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivis des Pilule COC.

On constate 793 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 625 en 2020 et 198 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 1852 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 1351 anciennes utilisatrices en 2020 et 469 anciennes utilisatrices en 2021.

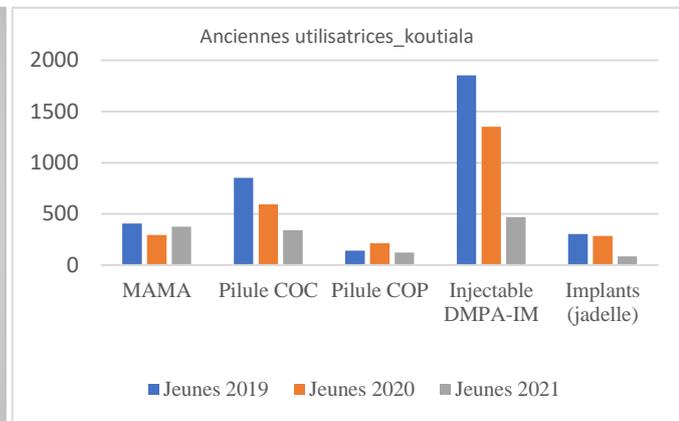
Dans l'ensemble à Koutiala, on observe donc une tendance à la baisse de l'utilisation de toutes les méthodes entre 2019 et 2021. Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 75,03% entre 2019 et 2021 et de 17,10% entre 2019 et 2021 pour les Pilules COC. Parmi les jeunes, ce résultat est de 74,68% pour les Injectables DMPA-IM et de 59,93% pour les Pilules COC.

Graphique2c : Evolution de l'utilisation des PF



source :: Exploitation données du SIS

Graphique2d : Evolution de l'utilisation des PF



source :Exploitation données du SIS

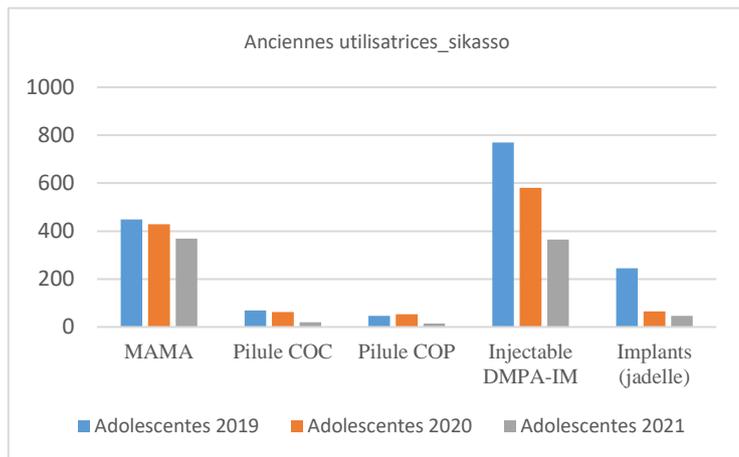
Evolution chez les anciennes utilisatrices à Sikasso

Les résultats des graphiques 2e et 2f ci-dessous nous montrent qu'à Sikasso, parmi toutes les méthodes de contraception disponibles, les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivis de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

On constate, 769 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 580 en 2020 et 365 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 1469 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 1068 anciennes utilisatrices en 2020 et 754 anciennes utilisatrices en 2021.

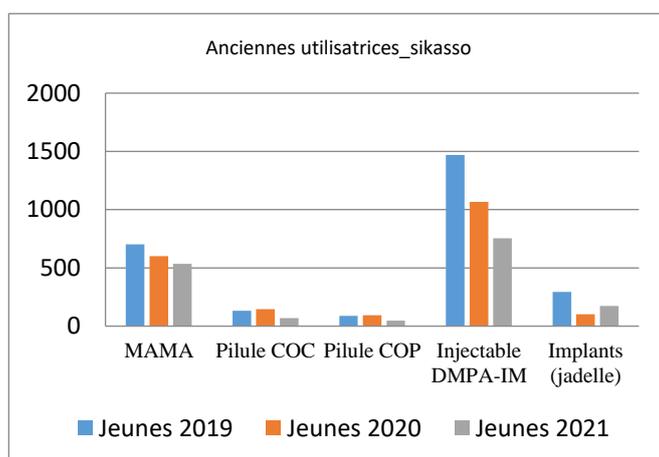
De façon globale, on remarque une tendance à la baisse de l'utilisation de toutes les méthodes entre 2019 et 2021. Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 52,54% entre 2019 et 2021 et de 17,82% entre 2019 et 2021 pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Parmi les jeunes, ce résultat est de 48,67% pour les Injectables DMPA-IM et de 23,68% pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Graphique2e : Evolution de l'utilisation des PF



source : Exploitation données du SIS

Graphique 2f : Evolution de l'utilisation des PF



source : Exploitation données du SIS

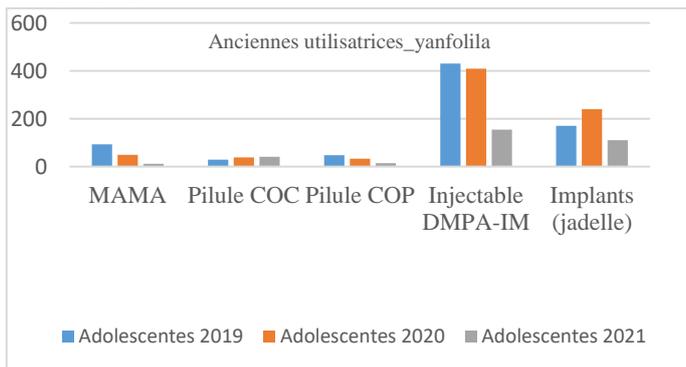
Evolution chez les anciennes utilisatrices à Yanfolila

Selon les résultats du graphique ci-dessous, on constate qu'à Yanfolila, les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivis des Implants (jabelle) parmi toutes les méthodes de contraception disponibles.

Cependant, on remarque 430 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 409 en 2020 et 154 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 623 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 423 anciennes utilisatrices en 2020 et 166 anciennes utilisatrices en 2021.

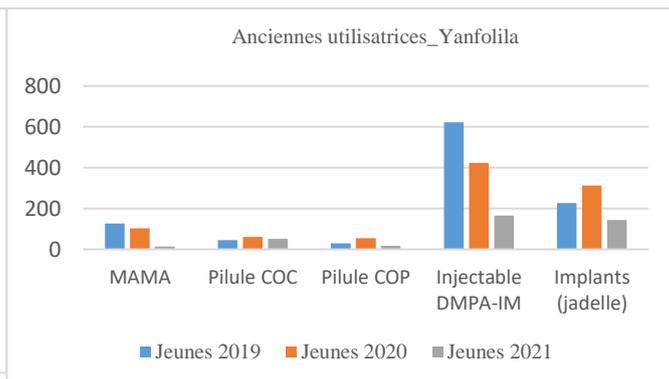
De façon globale, quel que soit la méthode utilisée, on remarque une tendance à la baisse de l'utilisation de PF chez les anciennes praticiennes entre 2019 et 2021. Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 64,19% entre 2019 et 2021 et de 34,71% entre 2019 et 2021 pour les Implants (jabelle). Parmi les jeunes, ce résultat est de 73,35% pour les Injectable DMPA-IM et de 36,28% pour les Implants (jabelle)

Graphique2g : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique2h : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

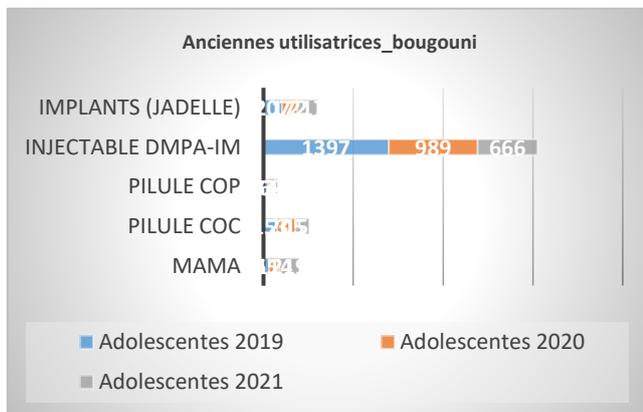
Evolution chez les anciennes utilisatrices à Bougouni

Selon les résultats du graphique ci-dessous, on constate qu'à Bougouni les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivis des Implants (jadelle) parmi toutes les méthodes de contraception disponibles.

Cependant, on remarque 1397 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 989 en 2020 et 666 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 2461 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 1730 anciennes utilisatrices en 2020 et 1370 anciennes utilisatrices en 2021.

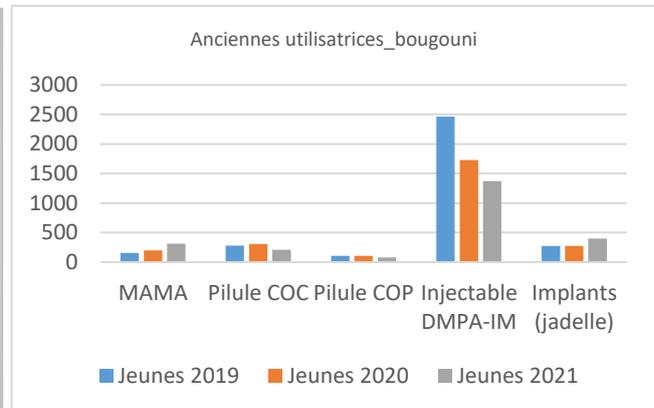
De façon globale, on remarque une tendance à la baisse de l'utilisation de PF chez les anciennes praticiennes entre 2019 et 2021 pour les Injectables DMPA-IM et évolution en dent de scie pour les Implants (jadelle). Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 52,33% entre 2019 et 2021. Parmi les jeunes, ce résultat est de 44,33%.

Graphique2i : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique2j : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

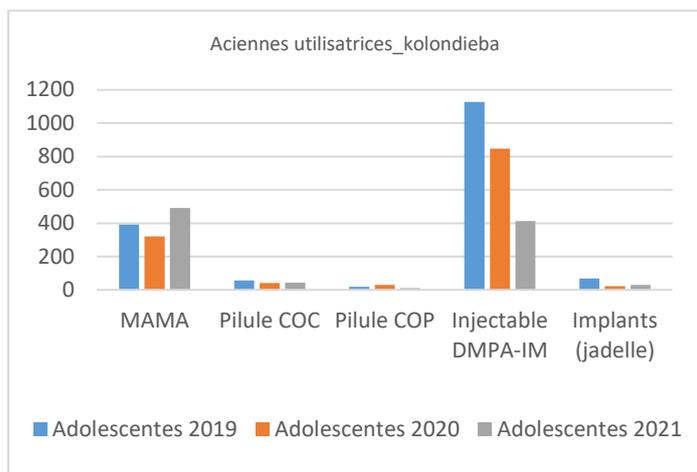
Evolution chez les anciennes utilisatrices à Kolondièba

Selon les résultats du graphique ci-dessous, on constate qu'à Kolondièba les anciennes utilisatrices de PF préfèrent le plus les Injectables DMPA-IM suivis de la MAMA parmi toutes les méthodes de contraception disponibles.

On remarque ainsi 1127 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 847 en 2020 et 413 en 2021 parmi les adolescentes. Parmi les jeunes, nous avons 1901 anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM en 2019, 1280 anciennes utilisatrices en 2020 et 659 anciennes utilisatrices en 2021.

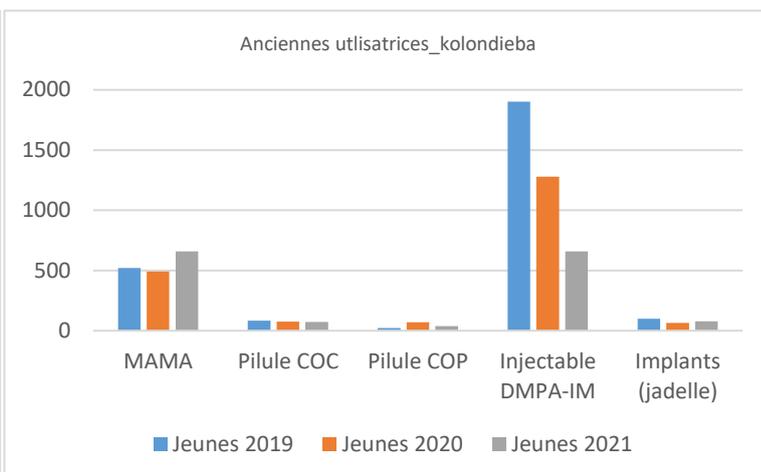
Dans l'ensemble, on remarque une tendance à la baisse de l'utilisation de PF chez les anciennes praticiennes entre 2019 et 2021. Parmi les adolescentes, le nombre d'anciennes utilisatrices d'Injectable DMPA-IM a baissé de 63,35% entre 2019 et 2021. Parmi les jeunes, ce résultat est de 65,33%.

Graphique2k : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

Graphique2l : Evolution de l'utilisation des PF



Source : Exploitation des données du SIS

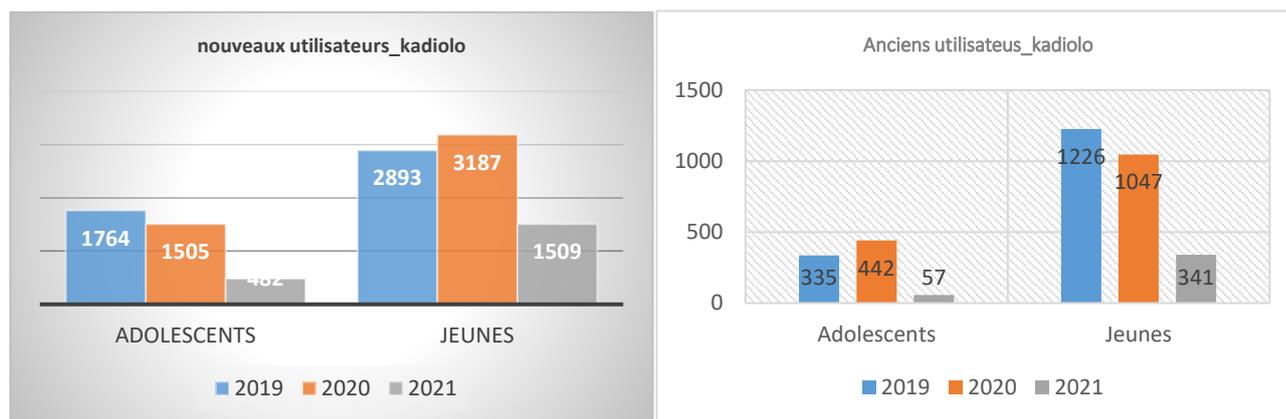
c) Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes entre 2019 et 2021 :

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Kadiolo

Au regard du graphique ci-dessous, on s'aperçoit qu'à Kadiolo, dans l'ensemble, les nouveaux utilisateurs de PF font plus recours au condom masculin que les anciens utilisateurs de PF.

Cependant, on remarque que parmi les nouveaux utilisateurs de PF, les jeunes garçons utilisent plus le condom par rapport aux adolescents. Le nombre de jeune est passé de 2893 en 2019 à 3187 en 2020 et 1509 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est de 1226 en 2019 contre 1047 et 341 en 2021 soit une tendance à la baisse entre 2019 et 2021.

Graphique2a : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



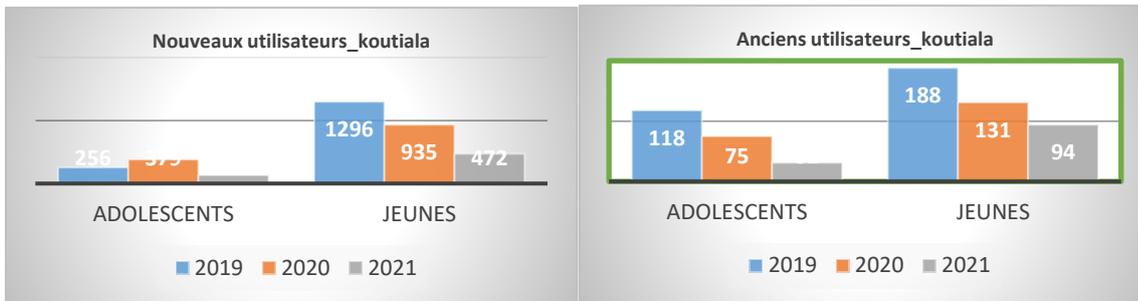
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Koutiala

Selon le graphique ci-dessous, de façon globale, on constate qu'à Koutiala le condom masculin est plus utilisé chez nouveaux utilisateurs de PF adolescents et jeunes que chez les anciens utilisateurs de PF.

La tendance de cette utilisation est à la baisse entre 2019 et 2021 parmi les nouveaux utilisateurs de PF aussi bien que parmi les anciens utilisateurs. Le nombre de jeune qui utilise le condom parmi les nouveaux est passé de 1296 en 2019 à 935 en 2020 et 472 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est de 188 en 2019 contre 131 en 2020 et 94 en 2021.

Graphique2b : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



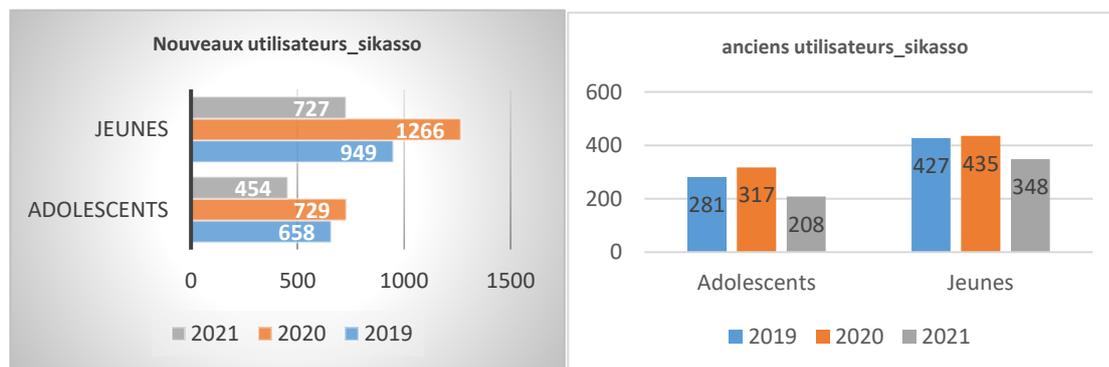
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Sikasso

Selon les résultats du graphique ci-dessous, de façon globale, on constate qu'à Sikasso le condom masculin est plus utilisé chez nouveaux utilisateurs de PF adolescents et jeunes que chez les anciens utilisateurs de PF.

On remarque une évolution en dent de scie entre 2019 et 2021 parmi les nouveaux utilisateurs de PF aussi bien que parmi les anciens utilisateurs. On remarque ainsi 949 nouveaux jeunes utilisateurs en 2019 contre 1266 en 2020 et 727 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs jeunes, nous avons 427 en 2019 contre 435 en 2020 et 348 en 2021.

Graphique2c : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



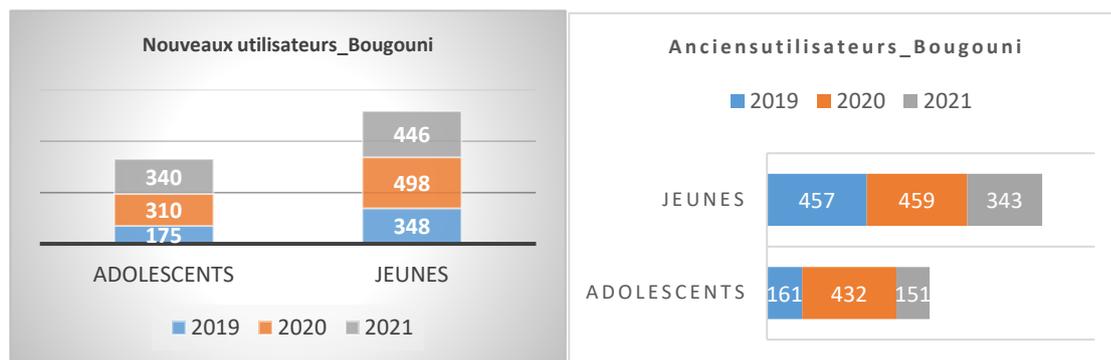
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Bougouni

Dans l'ensemble à Bougouni, le condom masculin est plus utilisé chez nouveaux utilisateurs de PF adolescents et jeunes que chez les anciens utilisateurs de PF (voir graphique 2d).

Le nombre de nouveaux jeunes qui utilisent le condom est passé de 348 en 2019 à 498 en 2020 et 446 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est passé de 457 en 2019 contre 459 et 343 en 2021.

Graphique2d : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



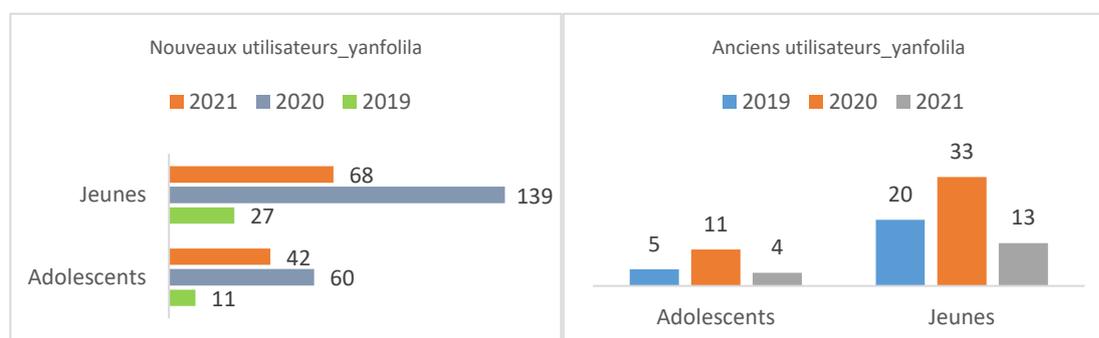
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Yanfolila

C'est à Yanfolila qu'on constate le plus faible niveau d'utilisation du condom masculin par autres cercles de la région. Cependant, selon le graphique ci-dessous, dans l'ensemble, on remarque que les nouveaux utilisateurs de PF adolescents et jeunes font plus recours au condom que les anciens utilisateurs de PF.

Le nombre de jeune qui utilise le condom parmi les nouveaux est passé de 27 en 2019 à 139 en 2020 et 68 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est de 20 en 2019 contre 33 et 13 en 2021.

Graphique2e : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



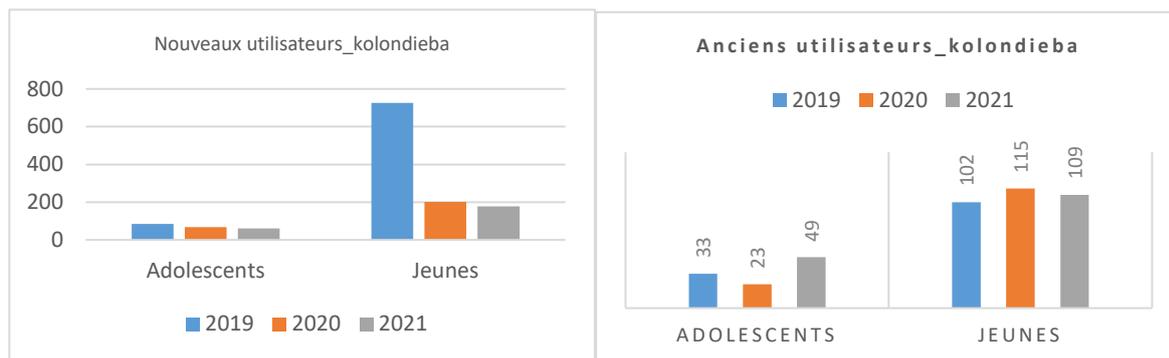
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Kolondièba

A Kolondièba, on constate la même tendance par rapport aux cercles. En d'autres termes le graphique ci-dessous nous montre que le condom masculin est plus utilisé chez nouveaux utilisateurs de PF adolescents et jeunes que chez les anciens utilisateurs de PF.

Le nombre de jeune qui utilise le condom parmi les nouveaux est passé de 725 en 2019 à 201 en 2020 et 178 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est de 102 en 2019 contre 115 et 109 en 2021.

Graphique2f : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



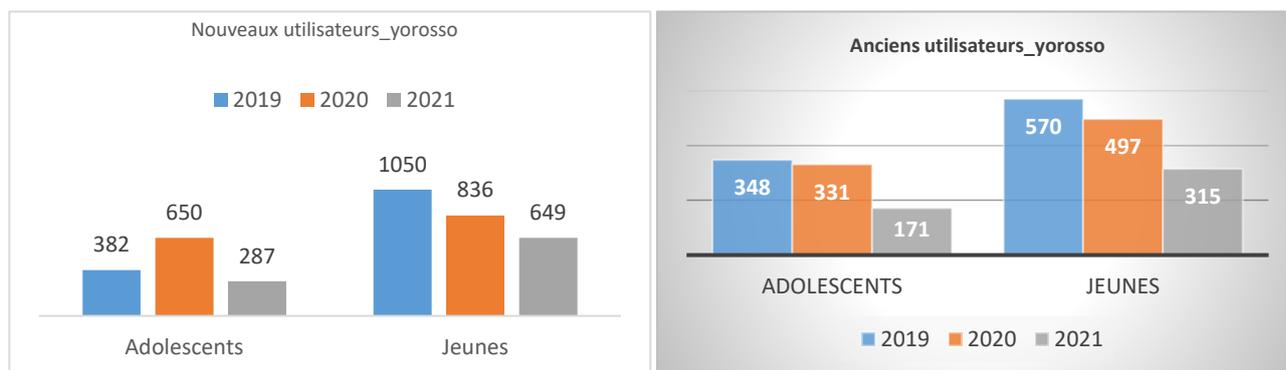
Source : Exploitation des données du SIS

Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes à Yorosso

Selon le graphique ci-dessous, on constate qu'à Yorosso le condom masculin est plus utilisé chez nouveaux utilisateurs adolescents et jeunes que chez les anciens utilisateurs.

Dans l'ensemble, on remarque une tendance à la baisse entre 2019 et 2021. Le nombre de jeune qui utilise le condom parmi les nouveaux est passé de 1050 en 2019 à 836 en 2020 et 649 en 2021. Parmi les anciens utilisateurs, ce résultat est de 570 en 2019 contre 497 et 315 en 2021.

Graphique2g : Evolution de l'utilisation du condom masculin chez les adolescents et jeunes



Source : Exploitation des données du SIS

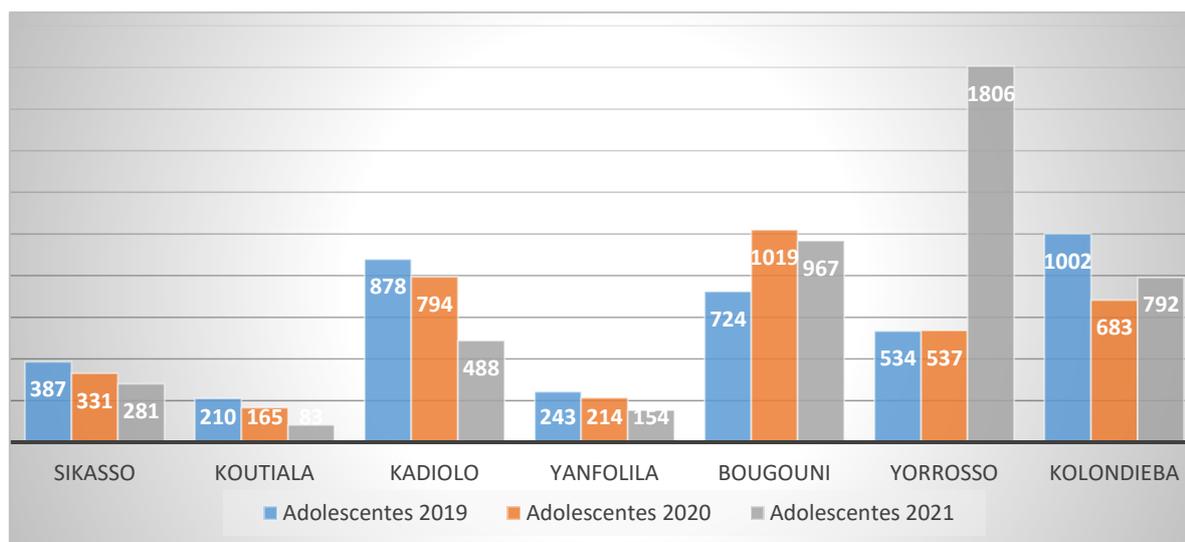
5.1.2 Evolution du Suivi de la Grossesse chez les adolescentes et jeunes filles dans la région de Sikasso :

- Situation des adolescents et jeunes ayant bénéficié au moins de 4 CPN :

Les informations sur la période d'accouchement sont assez cruciales dans une perspective de maintenir les femmes proches des structures de santé pour leurs accouchements. Les visites prénatales permettent de suivre médicalement la grossesse et de fournir des informations à la future mère sur le déroulé de la grossesse.

A cet effet, sur le graphique 3a ci-dessous nous constatons que le plus grand nombre de CPN a été réalisé à Yorosso suivi de Bougouni. Néanmoins, nous remarquons dans l'ensemble des cercles sauf à Yorosso et à Bougouni, une tendance à la baisse du nombre d'adolescentes et jeunes ayant effectué au moins 4 CPN. Cependant, le nombre d'adolescentes ayant effectué au moins 4 CPN à Yorosso a augmenté de 534 en 2019 à 537 en 2020 et à 1806 en 2021. A Bougouni, le nombre d'adolescentes ayant effectué au moins 4 CPN a augmenté de 724 en 2019 à 1019 en 2020 puis a chuté de 967 en 2021.

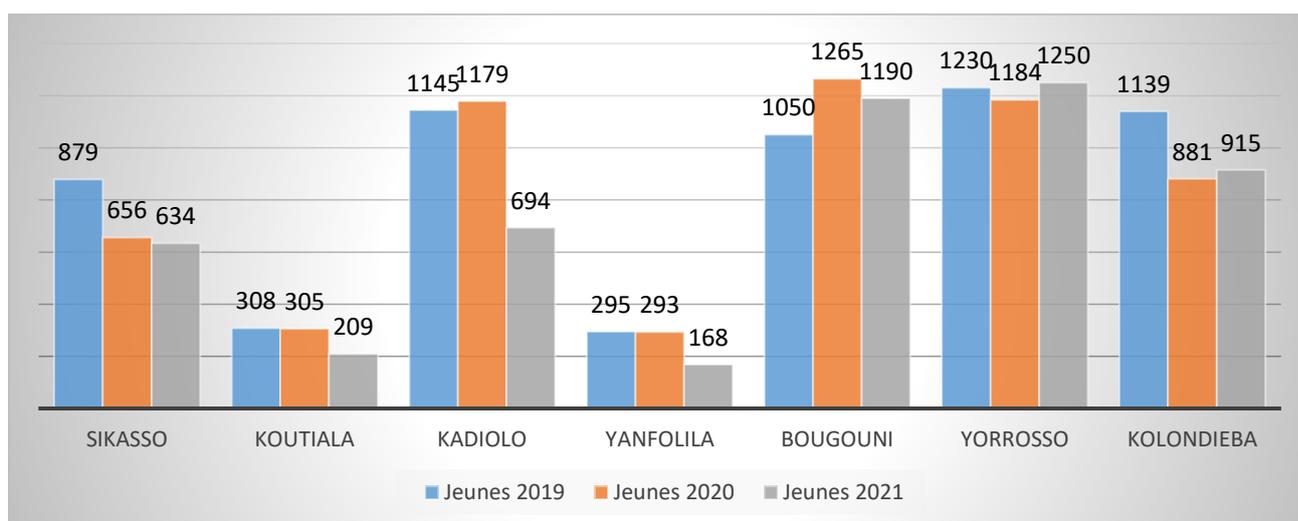
Graphique 3a : Répartition des adolescentes ayant effectués au moins 4 CPN



Source : Exploitation des données du SIS

Selon le graphique 3b ci-dessous nous constatons que le plus grand nombre de CPN effectué par les jeunes a été réalisé à Yorosso suivi de Bougouni. Ce qui signifie que les grossesses des jeunes femmes des autres cercles sont moins suivies que celles des jeunes femmes résidant dans les cercles de Yorosso et Bougouni. Cependant, de façon globale on constate une tendance à la baisse du nombre de jeunes ayant effectué au moins 4 CPN dans les cercles de Sikasso, Koutiala, Kadiolo, Yanfolila et Kolondieba. En effet, le nombre de jeunes ayant effectué au moins 4 CPN à Yorosso est passé de 1230 en 2019 à 1184 en 2020 et à 1250 en 2021. A Bougouni, le nombre de jeunes ayant effectué au moins 4 CPN est passé de 1050 en 2019 à 1265 en 2020 et à 1190 en 2021. Par ailleurs, on s'aperçoit que le nombre de jeunes ayant effectué au moins 4 CPN n'a pas varié de façon significative entre 2019 et 2021 dans les cercles de Koutiala et Yanfolila.

Graphique 3b : Répartition des jeunes ayant effectués au moins 4 CPN



Source : Exploitation des données du SIS

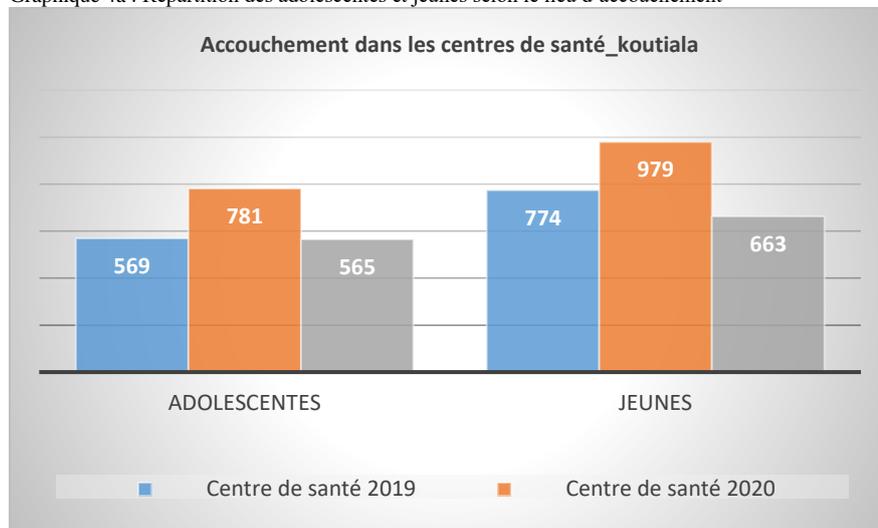
5.1.3. Assistance à l'accouchement : le Lieu d'accouchement

- Lieu d'accouchement à Koutiala :

On constate que la quasi-totalité des naissances chez les adolescentes et jeunes à Koutiala s'est déroulée dans un établissement de santé. Selon les résultats du graphique 3a ci-dessous, on s'aperçoit qu'en 2019 chez les adolescentes, 569 naissances ont eu lieu dans un centre de santé,

781 en 2020 et 565 en 2021. Ainsi, par rapport au nombre de naissance dans les centres de santé à Koutiala en 2019, on remarque une augmentation de 37,26% en 2020 et une diminution de 0,70% en 2021.

Graphique 4a : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement

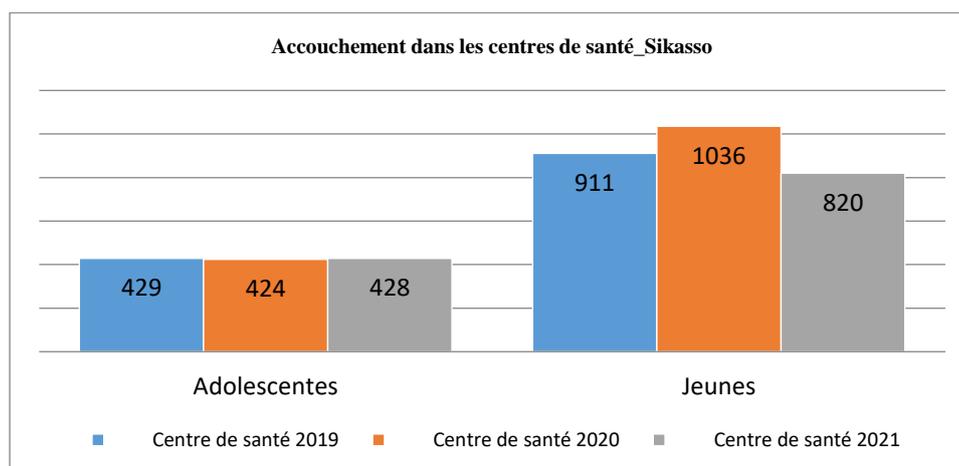


Source : Exploitation des données du SIS

- Lieu d'accouchement à Sikasso :

Selon les résultats du graphique 4b, on remarque que les naissances dans les centres de santé à Sikasso sont plus importantes chez les jeunes que chez les adolescentes. Autrement dit, entre 2019 et 2021, on a enregistré dans l'ensemble 1281 naissances dans les centres de santé chez les adolescentes contre 2767 naissances. On remarque aussi qu'il n'y a pas eu une différence notable entre les naissances dans les centres de santé chez les adolescentes durant les trois périodes. Néanmoins, chez les jeunes, 911 naissances ont été enregistrées dans les centres de santé à Sikasso en 2019 contre 1036 naissances en 2020, soit une augmentation de 14% par rapport à 2019 ; et 820 naissances en 2021 soit une diminution de 10% par rapport à 2019.

Graphique 4b : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement



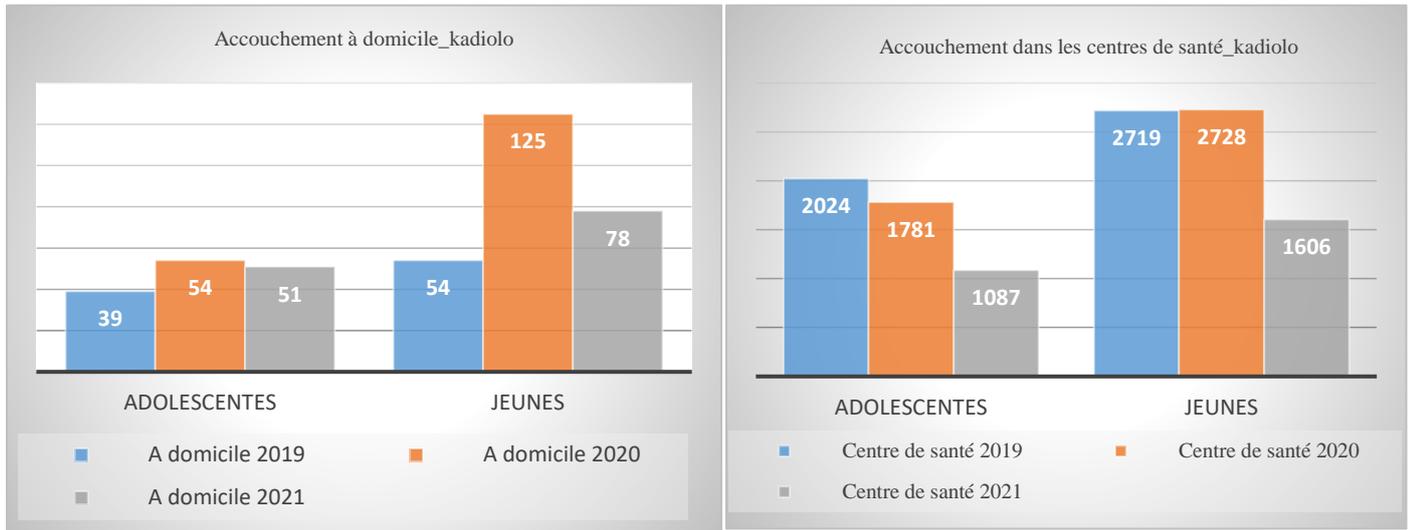
Source : Exploitation des données du SIS

- Lieu d'accouchement à Kadiolo :

Au regard des données du tableau 7 (en annexe), les naissances enregistrées à Kadiolo chez les adolescentes ainsi que chez les jeunes varient substantiellement selon le lieu d'accouchement

durant les trois périodes. Ainsi, nous voyons d'après le **graphique 3c** que les naissances qui se sont déroulées à domicile évoluent de façon instable chez les adolescentes durant les trois périodes, elles sont passées de 39 naissances à domicile en 2019 à 54 naissances domicile en 2020 soit une hausse de 38,5% et à 51 naissances en 2021. La même tendance est observée chez les jeunes par rapport aux accouchements à domicile. Cependant, par rapport aux naissances dans les centres de santé, comparativement aux naissances enregistrées en 2019 chez les adolescentes, le nombre de naissance a diminué de 12% en 2020 et de 46,3% en 2021.

Graphique 4c : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement

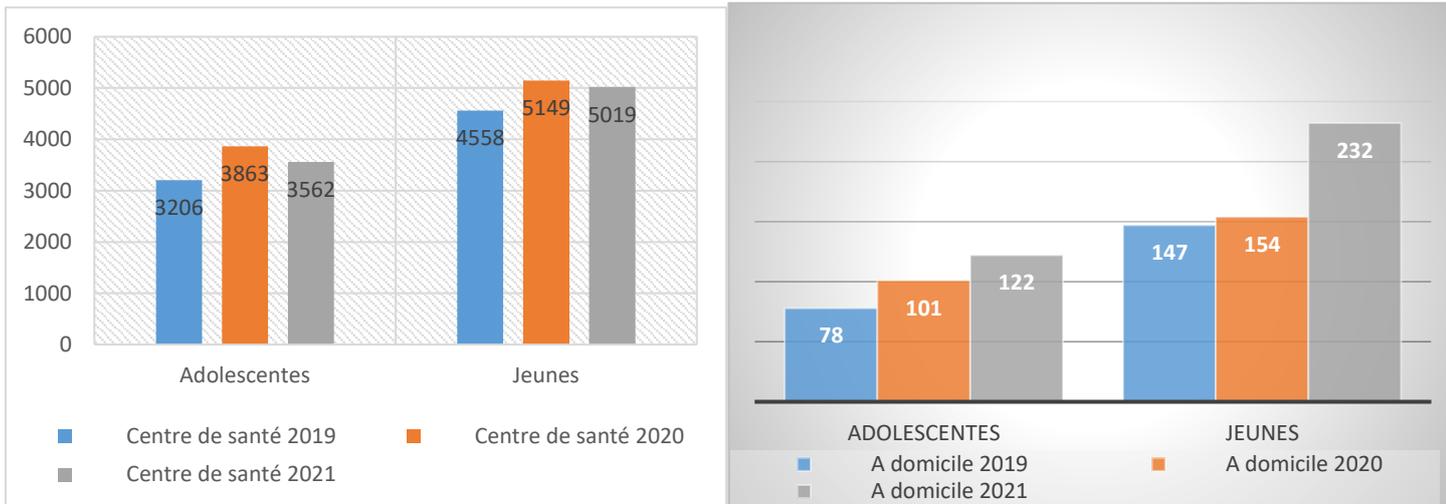


Source : Exploitation des données du SIS

- Lieu d'accouchement à Bougouni :

Au regard des données du tableau 5 (en annexe), les naissances enregistrées à Bougouni chez les adolescentes ainsi que chez jeunes varient substantiellement selon le lieu d'accouchement durant les trois périodes. Ainsi, nous voyons d'après le **graphique 4d** que les naissances qui se sont déroulées à domicile augmentent considérablement chez les adolescentes durant les trois périodes, elles sont passées de 78 naissances à domicile en 2019 à 101 naissances domicile en 2020 soit une hausse de 29,49% et à 122 naissances en 2021. La même tendance est observée chez les jeunes par rapport aux accouchements à domicile. Cependant, par rapport aux naissances dans les centres de santé, comparativement aux naissances enregistrées en 2019 chez les adolescentes, le nombre de naissance a augmenté de 20,50% en 2020 et de 10% en 2021.

Graphique 4d : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement

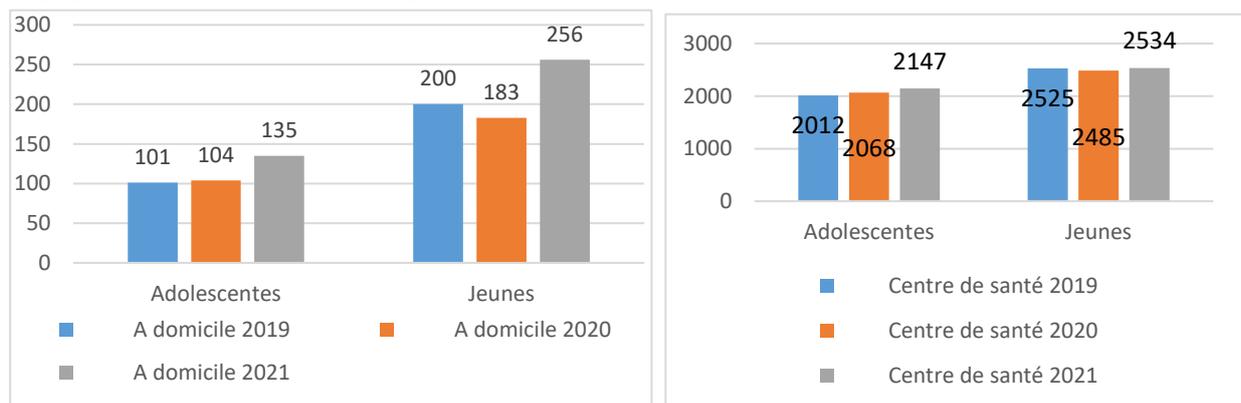


Source : Exploitation des données du SIS

Lieu d'accouchement à Kolondièba :

A l'instar des données du tableau 8 (en annexe), les naissances enregistrées à Kolondièba chez les adolescentes ainsi que chez jeunes évoluent en dent de scie durant les trois périodes quel que soit le lieu d'accouchement. Ainsi, nous voyons d'après le **graphique 4e** que les naissances qui se sont déroulées à domicile parmi les adolescentes suivent une tendance à la hausse. Ainsi, elles sont passées de 101 naissances à domicile en 2019 à 104 naissances domicile en 2020 et à 135 naissances en 2021 soit une hausse de 33,7%. Parmi les jeunes, on remarque une diminution du nombre d'accouchements à domicile en 2020 puis une augmentation en 2021 par rapport à 2019. Cependant, par rapport aux naissances dans les centres de santé, comparativement aux naissances enregistrées en 2019 chez les adolescentes, le nombre de naissance a augmenté de 2,8% en 2020 et de 6, 8% en 2021.

Graphique 4e : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement



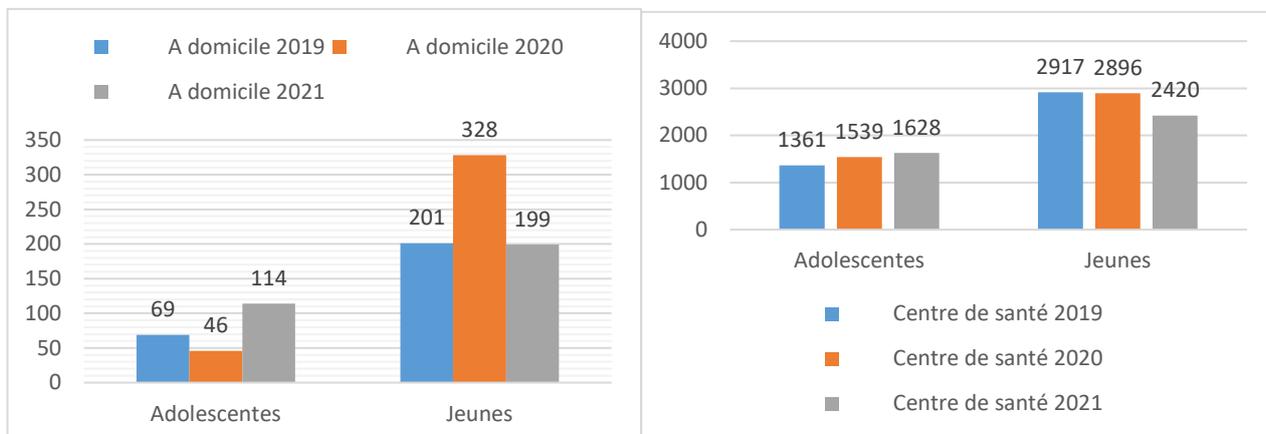
Source : Exploitation des données du SIS

- Lieu d'accouchement à Yorosso :

Au regard des données du tableau 7 (en annexe), les naissances enregistrées Yorosso parmi les adolescentes ainsi que parmi jeunes varient substantiellement selon le lieu d'accouchement durant les trois périodes. Ainsi, nous voyons d'après le graphique 4f que les naissances qui se sont déroulées à domicile évoluent de façon instable chez les adolescentes durant les trois périodes, elles sont passées de 69 naissances à domicile en 2019 à 46 naissances domicile en 2020 et à 114 naissances en 2021. Ce résultat est de 201 naissances à domicile en 2019, 328 naissances à domicile en 2020 et 199 en 2021. Cependant, par rapport aux naissances dans les

centres de santé, on remarque une tendance à la baisse chez les jeunes femmes et une augmentation durant les trois périodes chez les adolescentes.

Graphique 4f : Répartition des adolescentes et jeunes selon le lieu d'accouchement



Source : Exploitation des données du SIS

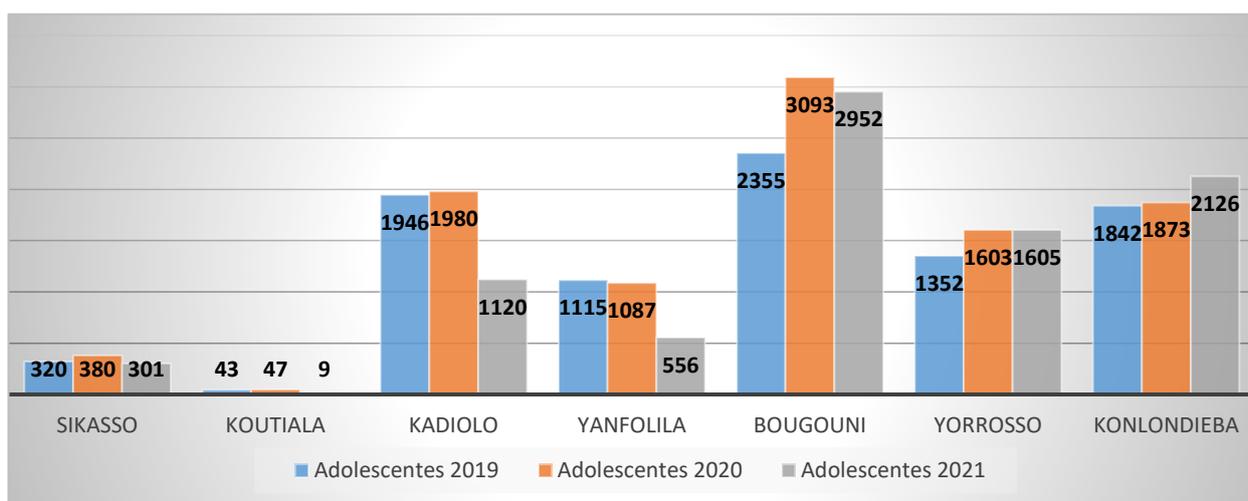
5.1.4. Les consultations post-natales chez les adolescentes et jeunes dans la région de Sikasso :

a. Les consultations post-natales chez les adolescentes et jeunes :

Le nombre de consultations post-natales évolue de façon instable entre 2019 et 2021 presque dans tous les cercles sauf à Yanfolila où l'on observe une tendance à la baisse.

On s'aperçoit donc que les consultations post-natales sont plus importantes dans les cercles de Bougouni et Kolondièba par rapport aux autres cercles. Par contre, on remarque un faible niveau de consultation post-natale à Sikasso et à Koutiala. Le nombre de consultation post-natale à Bougouni parmi les adolescentes a augmenté de 2355 en 2019 à 3093 en 2020. A Yanfolila, ce résultat a chuté de 1115 en 2019 à 1087 en 2020 et à 556 en 2021.

Graphique 5a : Evolution du nombre de consultation post-natale



Source : Exploitation des données du SIS

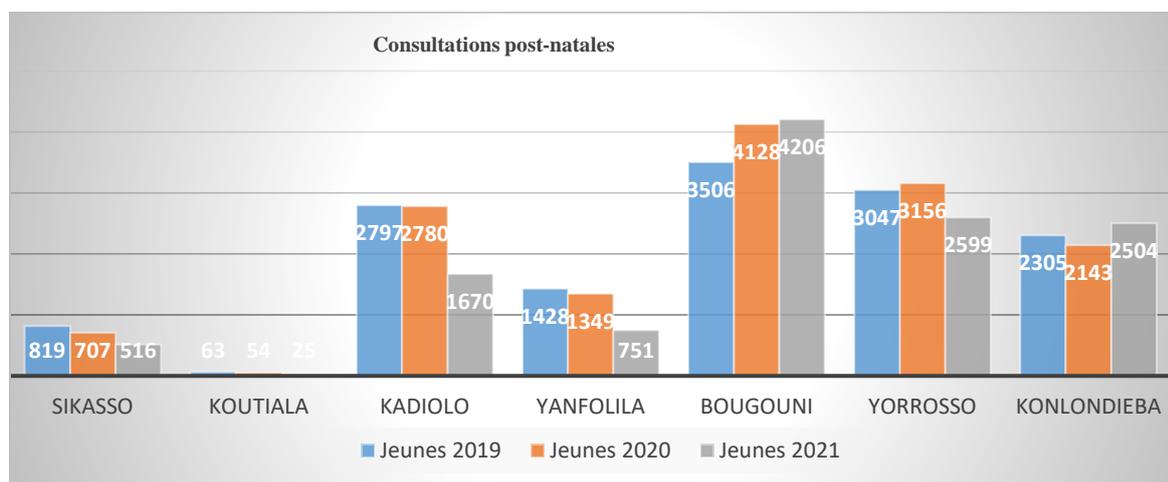
b. Les consultations post-natales chez les jeunes :

Les statistiques consignées dans le graphique ci-dessous nous montrent que parmi les jeunes, le nombre de consultations post-natales suit une tendance à la baisse entre 2019 et 2021 dans tous les cercles sauf à Bougouni où la tendance est à la hausse. Il ressort que parmi les jeunes

femmes le nombre de consultation post-natale est passé de 3505 en 2019 à 4128 en 2020 et à 4206 en 2021. A Yanfolila, ce résultat est passé de 1428 en 2019 à 1349 en 2020 et à 751 en 2021.

En outre, on observe le plus grand nombre de consultation post-natale parmi les jeunes à Bougouni suivi de Kolondièba. Néanmoins, on remarque un faible niveau de consultation post-natale à Koutiala.

Graphique 5b : Evolution du nombre de consultations post-natales

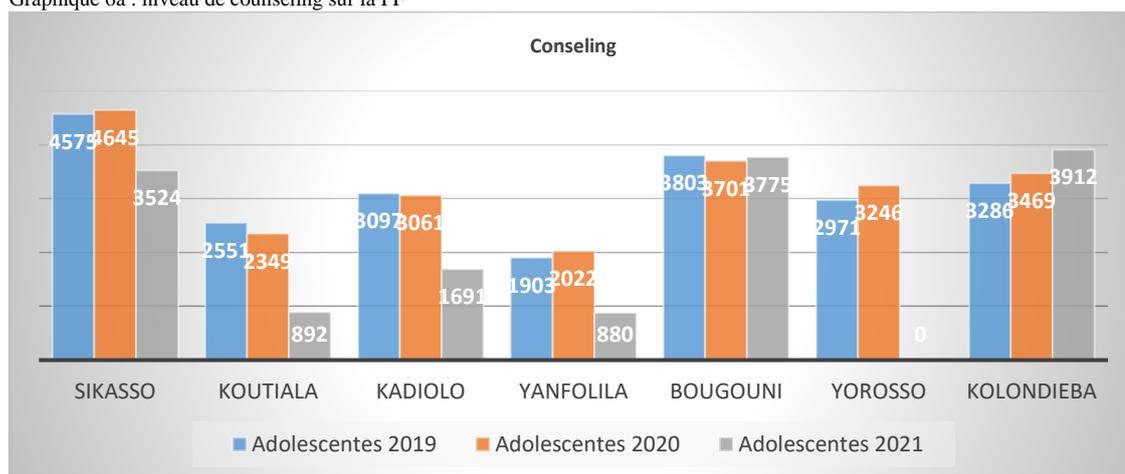


Source : Exploitation des données du SIS

5.1.5. Evolution du niveau de conseil sur la PF chez les adolescents et jeunes à Sikasso

Selon les résultats du graphique 6a ci-dessous, il ressort que le plus haut niveau de counseling sur la PF parmi les adolescentes est observé à Sikasso suivi de Bougouni. Le nombre de sessions de conseil sur la PF à Sikasso est passé de 4575 en 2019 à 4645 en 2020 et à 3524 en 2021. A Bougouni, ce résultat est passé de 3803 en 2019 à 3703 en 2020 et à 3775 en 2021.

Graphique 6a : niveau de counseling sur la PF



5.1.6 Disponibilité des services SSRAJ dans la région

Il ressort des entretiens qualitatifs que les services en santé sexuelle et reproductives des adolescents et jeunes sont effectifs dans l'ensemble des structures publiques de santé de la région, mais il n'existe pas de service spécifique pour les adolescents et les jeunes. Ces derniers reçoivent le même traitement que tous les autres usagers. Leur prise en charge se fait dans tous les CSRéf et CSCOM. Néanmoins, cette prise en charge ne respecte pas les standards de l'OMS

qui recommande la mise en place d'un espace dédié aux jeunes. D'après un enquêté, il est rare de trouver de tel espace dans les centres de santé à Sikasso. Pour le moment, il n'y a pas de discrimination positive à l'écart des adolescents et jeunes en matière de SR.

« Il n'y a pas de registre spécial pour les jeunes. Il existe seulement un registre commun où toutes les données sont enregistrées, tout est confondu. » (Point focal SR)

« Nous avons reçu des formations pour la prise en charge des adolescents et jeunes, par exemple séparer les salles d'attente pour que les enfants et leurs parents ne se retrouvent pas au même endroit. Pour le moment cela n'a pas vu le jour. » (Point focal SR)

« Il n'y a pas de distinction de traitement en termes d'accessibilité des jeunes et adolescents qu'ils soient mariés ou pas quand ils viennent solliciter les services de la contraception, de CPN, d'accouchement, ou de soins. » (Médecin chef)

« Les services SR ne sont pas adaptés aux jeunes ; si on avait des services réservés uniquement pour les jeunes et les adolescents ceci serait mieux. Il n'y a pas un temps réservé pour les jeunes et adolescents. » (Agent ONG)

« Oui, on a honte de partir à l'hôpital car tu peux aller tomber sur une personne à qui tu as du respect et cela gêne » (Focus jeunes garçons).

« A mon avis, il n'existe pas de service pour les adolescents et les jeunes dans notre localité. » (Focus jeunes garçons).

Bien qu'il n'y ait pas de traitement spécifique pour les adolescents et les jeunes en matière de SR, il ressort des entretiens que leur niveau de connaissance dans le domaine est acceptable. A la question « Qu'entendez-vous par santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ? » Les réponses enregistrées prennent en compte différents domaines :

« C'est l'espacement des naissances, c'est se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles » (Focus filles Koutiala)

« Pour moi il s'agit des difficultés liées à l'accouchement chez les filles mariées de façon précoce ; les grossesses prématurées sont à l'origine des problèmes de santé chez les filles. » (Focus filles Bougouni)

« C'est la santé des adolescents et jeunes dans la sexualité, dans la grossesse et à l'accouchement » (Focus filles Kadiolo)

« La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes concernent les infections que les adolescents et jeunes peuvent avoir lors des rapports sexuels. Il s'agit des IST, du VIH, etc. » (Focus filles Kolondiéba)

« Consulter les agents de santé pour avoir régulièrement une bonne orientation sur sa santé reproductive, le respect de la CPN par les femmes en grossesse, accoucher au centre de santé, respecter la vaccination de l'enfant jusqu'à terme pour garantir sa santé. » (Focus filles Yorosso).

« La santé sexuelle et reproductive est très importante pour les jeunes. En tant que jeune, il faut prendre ses responsabilités en évitant les maladies sexuellement

transmissibles comme les IST, le VIH Sida et prévenir les grossesses en utilisant les préservatifs.» (Focus_garçons_Sikasso)

« C'est la prévention de la santé des adolescents et des jeunes en matière de sexualité. » (Focus_garçons_Koutiala).

La disponibilité des services SRAJ a été confirmée par tous les enquêtés, mais des contraintes existeraient pour leur utilisation optimale par les adolescents et jeunes. Parmi ces contraintes, on note l'accessibilité financière, géographique et sociale.

« L'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive en termes d'accessibilité géographique n'est pas aisé, surtout dans les zones rurales. Dans les centres urbains, il n'y a pas assez de problème mais dans les villages reculés, les jeunes n'ont pas facilement accès aux services de santé. Ils ne sont pas autonomes financièrement et ne peuvent pas faire des kilomètres pour aller demander des soins sans l'avis des parents surtout chez les filles. » (PFFE).

- a) **L'accessibilité géographique** des structures de santé reste toujours un défi dans la région de Sikasso où 53% de la population vit dans un rayon de 5 km d'un CSCOM et 87,7% dans un rayon de 15 km. [12]. Nonobstant, il existe dans certaines localités des difficultés d'accès liés aux aléas climatiques notamment en saison des pluies.

« Pendant l'hivernage, nos activités sont concentrées dans les endroits accessibles aux abords de Kolondiéba, les zones éloignées sont abandonnées pendant cette période. » (Agent ONG)

« Je trouve que les services n'atteignent pas toutes les cibles, ils se limitent au niveau CSREF et CSCOM sans aller jusqu'au niveau village. La preuve en est que si tu demandes à un adolescent de quitter un village pour le CSCOM pour un besoin de SSRAJ, il ne va pas venir par crainte de ses parents. Le lieu où on donne ces services pose problème. » (Resp PFEF)

- b) **L'accessibilité financière** des jeunes est limitée. Cela se traduit par le manque de ressources pour s'acquitter du coût des services au niveau des structures. Les entretiens mettent en avant cette problématique. On peut donner comme exemple le cas d'une jeune fille qui s'est abstenu de consultations prénatales par manque d'argent ; ou encore le cas d'un jeune garçon qui a choisi les médicaments traditionnels aux traitements dans les centres de santé pour les mêmes raisons

On note dans les entretiens qu'au Mali, le chômage des jeunes amène bon nombre d'entre eux à rester à la charge financière de leurs parents. Par conséquent, le manque d'autonomie financière les pousse à privilégier l'aide de leurs paires pour régler des problèmes de SR plutôt que de solliciter l'appui financier de leurs parents pour consulter un centre de santé. Aussi les pressions socio-familiales poussent les jeunes hommes à nier la paternité des grossesses non planifiées ; et les jeunes filles consultent peu les centres médicaux avant l'accouchement, comme indiqué dans les analyses quantitatives plus haut.

Encadré 1 : Cas de décès suite à une grossesse non désirée :

N1¹ est une jeune femme âgée de 18 ans qui est rentrée en conflit avec ses parents suite à une grossesse non désirée. Elle est restée dans sa famille paternelle mais n'a pas reçu de soutien de leur part. N'ayant pas les ressources financières, elle n'a pas pu se rendre aux consultations

¹ Entretien avec la sage-femme, point focal SR du CSRéf

prénatales recommandées et est restée chez elle sans accès à des soins appropriés (alimentation, traitement) jusqu'à la date d'accouchement. Lorsque les contacts ont commencé, elle a fait appel à une infirmière d'un cabinet de soins privés, qui ne l'a pas référée à un centre de santé, et est restée avec elle au domicile. AD a accouché d'un enfant mort-né à domicile. En état médical critique, elle a été transportée au CSREF, où elle est -même décédée.

- c) **L'accessibilité sociale**, concerne les pesanteurs de l'environnement social qui freinent leur accès à des services de SSR. Notamment, le tabou autour de la sexualité, les fausses rumeurs sur la PF et les produits contraceptifs, la gêne dans la fréquentation des structures et certaines considérations dites religieuses.

Les normes sociales maliennes n'encouragent pas le dialogue intergénérationnel et entre les femmes et les hommes autour de la sexualité. Les adultes (parents) évitent d'en parler avec les jeunes (à leurs enfants) de même que garçons et filles s'abstiennent d'en parler entre eux. On constate une absence d'espace de dialogue communautaire sur la santé sexuelle et reproductive de façon générale et de la SSRAJ de façon particulière. L'interprétation de nombreux d'adultes, est qu'informer les jeunes sur la sexualité, signifie les inciter à la pratique. C'est dans cette logique que Hadiza et al, disent que « la prégnance de ces normes et valeurs de réserve et de pudeur consacrent et renforcent la censure sociale autour de la sexualité et de toutes les autres questions connexes.[13]

5.1.7. Persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la SSRAJ

La SSRAJ est entravée par les pratiques traditionnelles néfastes qui persistent même si la tendance est à la baisse. Parmi ces pratiques, on peut citer les mutilations génitales féminines (MGF), le mariage d'enfant, le mariage forcé et le lévirat.

a) Les mutilations génitales féminines :

Il s'agit d'une pratique traditionnelle néfaste persistante. Il ressort de la littérature que la lutte contre les MGF au Mali a commencé en 1966 par le Diocèse de San (Eglise Catholique) en tant que sensibilisation auprès de ses adhérents. [14]

Depuis plusieurs décennies, des institutions nationales et internationales ont initié des actions pour l'abandon des MGF/E au Mali. Néanmoins, la pratique persiste dans presque tous les cercles de la région de Sikasso. Le récit d'une responsable du service local de la promotion de la femme et de l'enfant en témoigne :

« Les pratiques néfastes continuent, par exemple l'excision, on ne sait plus comment faire. Nous avons fait beaucoup de sensibilisation, passer les cinémas numériques, installer les comités de veille et de surveillance, mais avec tout cela, le problème de l'excision demeure. Ce qui me tracasse dans cette question, c'est quand on parle d'excision, ce sont les hommes qui s'opposent, les femmes ne parlent pas. Elles qui subissent les conséquences de l'excision ne disent rien, ce sont les hommes qui disent que c'est une façon de rendre les femmes infidèles à leurs maris. » (Resp-Service local PFF).

b) Le mariage d'enfant :

Le mariage d'enfant est une réalité au Mali. Dans les études réalisées par la Direction Nationale de la Population sur le phénomène l'attestent (les études relatives aux effets de l'orpaillage traditionnel sur la scolarisation, le mariage des enfants, l'environnement et la propagation des IST/VIH Sida dans les cercles de Kangaba, de Yanfolila et de Kéniéba en 2015, 2016 et 2017). Il ressort de ces études que les filles sont mariées tôt, dès leur adolescence pour éviter les grossesses illégitimes c'est-à-dire hors union. Cette thèse est confirmée dans un article de vision

du monde sur les causes et conséquences du mariage précoce publié sur le site web : <http://www.visiondumonde.fr> : « *Plus vite une jeune fille est mariée, et plus les risques de grossesse hors mariage sont moindres. La pression sociale, bien qu'implicite, poussent alors les familles vers la décision du mariage avant même que leur enfant soit adulte.* » [15]

Cette approche pousse certains parents à marier leurs filles sans leur consentement, dès qu'un homme y est disposé. Par conséquent, l'âge légal du mariage (16 ans au Mali et 18 ans sur le plan international) n'est pas respecté dans la région de Sikasso. Les filles continuent d'être mariées avant leur majorité, et même avant leurs 16 ans :

« L'âge de mariage des filles est de 13-14 ans. Nous avons fait beaucoup de sensibilisation qui commence à donner des résultats. Le mariage des enfants commence à diminuer. » (Resp-Service local PFF).

Le fait que les adolescentes aient une vie sexuelle active est cité par quelques parents comme la raison fondamentale de leur mariage précoce et forcé. Un responsable du service local de la promotion de la femme témoigne que lors d'une rencontre avec les leaders communautaires sur la question du mariage d'enfant dans le cercle de Sikasso, un parent s'est exprimé en ces termes :

« Ma fille de 14 ans a eu un prétendant, j'ai refusé de la marier en disant qu'elle est à l'école et que je souhaiterais qu'elle continue. Quelque temps après, à ma grande surprise, j'apprends qu'elle est enceinte d'un autre homme. N'est-il pas préférable qu'elle soit enceinte dans le mariage par son mari légal que de l'être avec un inconnu qui, d'ailleurs conteste d'être l'auteur de la grossesse, nous demande-t-il ? Et il conclut, c'est la peur de tel comportement de nos filles qui nous pousse à les marier dès qu'un prétendant se montre. »

c) **Le mariage forcé :**

Le mariage forcé est le fait de marier une personne contre sa volonté. Il s'agit d'un mariage arrangé où la famille impose le mariage à leur enfant (qu'il/elle soit mineur ou non). Ces mariages touchent principalement les filles, et aussi dans une moindre mesure les garçons [16]

Dans la région de Sikasso, le mariage forcé est toujours pratiqué. Lors de son passage dans le cercle de Sikasso, l'équipe d'enquête de ce rapport a rencontré une victime de mariage forcé. Elle a quitté son domicile familial et a rejoint le centre d'accueil Bureau National Catholique pour l'Enfance (BNCE), pour échapper au mariage forcé.

Encadré 2 : Cas de mariage forcé

N2 est une adolescente de 17 ans. Elle a quitté la médresa pour poursuivre une relation avec un garçon d'un village voisin. Après l'avoir retrouvée, sa famille l'a contrainte à se marier à un de ses cousins à la mairie. Par la suite, elle a quitté le domicile conjugal pour rejoindre un de ses oncles à Sikasso. Ce dernier l'a orienté vers le centre d'accueil BNCE où elle vit depuis près d'un an. Elle est entièrement à la charge du centre qui est en discussion avec le père de la fille pour qu'il accepte son retour.

Le lévirat et le sororat n'ont pas été évoqués par les enquêtés comme ayant des incidences sur les SSRAJ. Cependant, ils créent d'autres problèmes tels que des cas violences basées sur le

genre, enregistrés au niveau du « ONE STOP CENTER » basé dans la cours du CSRéf de Sikasso.

d) Situation des violences basées sur le genre, enregistrées par le « ONE STOP CENTER » dans la région de Sikasso

Les « ONE STOP CENTER » sont des structures spécialisées mises en place pour la prise holistique (médicale, sociale, psychologique et juridique) des survivantes de violence basée sur le genre. Celui de Sikasso prend en charge les cas de VBG de toute la région. Installé il y a tout juste trois (03) mois, le « ONE STOP CENTER » de Sikasso a enregistré des cas de violences qui sont présentés dans le tableau-ci-dessous. Les données proviennent des responsables du « One Stop Center ».

Tableau 1: Cas de VBG enregistrés dans la région de Sikasso de juillet 2021 à octobre 2021

Types d'agression	Nombre de cas	Agés des victimes
Viol et pénétration	6	12 ans, 14 ans, 15 ans, 19 ans
Agression sexuelle	3	14 ans, 15 ans
Agression physique	5	14 ans, 21 ans, 22 ans
Agression sexuelle et physique	5	17ans, 18 ans, 22 ans
Mariage forcé	2	14 ans, 15 ans
Violence psychologique	1	22 ans
Agression sexuelle (attouchement)	1	3 ans
	23	

Source: One stop center Sikasso, octobre 2021

Il ressort du tableau que le « viol et pénétration » constitue le cas de violence le plus signalé dans la région (6 cas) et l'âge des survivantes varie de 12 à 19 ans. Pour les autres types de VBG, les survivantes sont âgées de 3 à 22 ans. Cela montre que toutes les femmes/filles sont susceptibles d'être survivantes de violence, même les plus jeunes.

5.1.8. Situation de personnes vivant avec un handicap (PVH)

Un autre constat pendant cette étude est le cas des personnes vivant avec un handicap qui ne bénéficient d'aucun traitement spécifique/adapté en matière de SR. Un responsable d'association de personnes vivant avec handicap l'exprime très clairement :

« La situation des personnes handicapées est spécifique parce que nous, en tant que personne handicapée, il y a certains d'entre nous qui ont des problèmes de mobilité ; donc face à cette situation beaucoup d'entre nous préfèrent rester à la maison compte tenu de leur problème de mobilité. » (PVH_Koutiala)

Le même locuteur poursuit :

« Il y a aussi les facteurs psychologiques parce que certaines personnes handicapées ont un complexe d'infériorité. Elles fuient le regard des gens. »

Dans la même veine, une autre personne vivant avec handicap déclare :

« Nos gens ne sont pas comme les autres. Quand ils ne sont pas bien accueillis, ils se découragent et restent à la maison. Ils abandonnent tout, même les CPN pour les femmes en grossesse. » (PVH_Sikasso)

Par manque de traitement spécifique, celles qui se rendent dans des centres de santé pour l'accouchement rencontrent des difficultés quant à la table d'accouchement qui n'est pas adaptée :

« Nos gens qui sont à terre rencontrent beaucoup de problèmes dans les centres de santé pour l'accouchement. Les tables d'accouchement ne sont pas adaptées. Nous avons dénoncé cette situation, mais jusqu'à présent le problème persiste. »
(PVH_Sikasso)

Il n'existe pas de données concernant uniquement l'accès au SR pour les personnes vivant avec handicap au Mali, mais les difficultés qui les empêchent de fréquenter les structures de santé pour les questions SR pourraient jouer négativement sur le niveau des indicateurs dans la région de Sikasso.

5.2. Cartographie des intervenants et interventions par cercle

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali de 2018, dans la région de Sikasso l'âge médian des femmes de 25-49 ans d'entrée en union est inférieur à 18 ans (âge légal d'entrée en union au Mali). L'âge médian où ont débuté les premiers rapports sexuels est de 16,5 ans chez les femmes de 25-49 ans et de 21 ans chez les hommes de la même tranche d'âge [4]. La même source révèle également que le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé à avoir des grossesses/enfants est de 40 %. Pour aider l'Etat du Mali à booster les indicateurs de SR, certains partenaires accompagnent les structures étatiques dans l'offre de soins et services en matière de SSRAJ dans la région. D'après le responsable de la coordination régionale des ONG à Sikasso, plusieurs acteurs étaient actifs sur le terrain, mais la crise institutionnelle et sécuritaire a mené nombre d'entre eux à l'arrêt. Les tableaux ci-dessous listent le répertoire des intervenants et leurs interventions en matière de SR dans les différents cercles de l'étude.

Tableau 2 : Situation des intervenants en SSRAJ à Bougouni :

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
USAID Keneya Sinsi Wale	19/45 CSCom	19/45 CSCOM	45/45 CSCom	45/45 CSCOM	45/45 CSCOM	45/45 CSCOM		
CAEB (Conseils et Appui pour l'Education à la Base	4/45 CSCom	District			4/45 CSCom	4/45 CSCom		
USAID KENEYA NIETA ONG JIGI/ONG	19/45 CSCom		19/45 CSCom		19/45 CSCom	19/45 CSCom	19/45 CSCom	Sensibilisation contre les VBG
ONG CAEB	Tout le district				Tout le district			
Projet AT-ABS SR-PF CANADA	Tout le district				Tout le district			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Dans les échanges avec les responsables du CSRéf et du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (SLPFEF) de Bougouni, il ressort que le district sanitaire bénéficie de l'accompagnement de certaines organisations non gouvernementales en matière de SSRAJ qui sont : keneya sinsi wale, CAEB (Conseil d'Appui et Education à la Base), Palladium Group/USAID/KENEYA SINI WALE, USAID/KENEYA NIETA et l'ONG JIGI. A côté de ces projets, il existe le projet ABS SR PF CANADA qui accompagne les structures publiques dans l'exercice de leurs missions en les dotant de matériels. La plupart de ces ONG interviennent dans le domaine de la sensibilisation et de

l'orientation sur la SR. Le nombre d'aires de santé couvertes est fonction du financement reçu selon un responsable d'ONG. Ainsi, l'ONG CAB, couvre tout le cercle, de même que le projet ABS SR PF Canada. Le programme de Palladium Group/USAID/KENEYA SINSI WALE et USAID/KENEYA NIETA et l'ONG JIGI interviennent dans 19 aires de santé sur 45 que compte le district sanitaire ; quant à l'ONG CAEB, elle ne couvre que 4 aires de santé. Les interventions concernent en grande partie les services de planification familiale, le conseil sur le dépistage du VIH, l'orientation des femmes en état de grossesse vers les centres de santé pour les CPN, les accouchements. A partir de cette année, le Palladium group/USAID KENEYA SINSI WALE fait le dépistage du cancer du col de l'utérus dans toutes les 45 aires du district sanitaire de Bougouni.

Tableau 3 : Situation des intervenants en SSRAJ à *Yanfolila* :

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
Marie Stopes Internationale	11 CSCom/21	11 CSCom/21		11 CSCom/21	11 CSCom/21	11 CSCom/21		
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district				Tout le district			
USAID /FHI 360	Tout le district				Tout le district			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Dans le district sanitaire de Yanfolila, en plus de l'ONG Marie Stopes internationale qui offre des services PF dans 10 aires de santé sur 20, il y a les projets ABS SR PF Canada et le programme FHI de l'USAID.

Tableau 4 : Situation des intervenants en SSRAJ à *Sikasso* :

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
USAID Keneya Nieta	Tout le district sanitaire				Tout le district sanitaire			VBG tout le district sanitaire
SAVE THE CHILDREN	Tout le district				Tout le district			
ONG AGIR	17/47 CCom				17/47 CCom			V B Gtout le district sanitaire
AMPPF	Tout le district				Tout le district			
ASAFAM (Association pour la santé familiale)	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire		VBG Tout le district sanitaire
PSI/Mali	Commune urbaine de Sikasso	Commune urbaine de Sikasso	Commune urbaine de Sikasso	Commune urbaine de Sikasso	Commune urbaine de Sikasso	Commune urbaine de Sikasso		DCCU (Dépistage du Cancer du col de l'Utérus)
ONG CAEB	Tout le district				Tout le district			
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district				Tout le district			

Direction régionale de la jeunesse (Radio voix des jeunes)	Commune urbaine de Sikasso				Commune urbaine de Sikasso			Information /éducation sur les VBG
--	----------------------------	--	--	--	----------------------------	--	--	------------------------------------

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Au moment de l'enquête, les intervenants dans le domaine des SR PF dans le district sanitaire de Sikasso étaient au nombre neuf (09). Certains interviennent dans tout le district et d'autres se limitent à la commune urbaine de Sikasso. Parmi ces intervenants, il y a la Direction régionale de la jeunesse qui, à travers une radio dédiée à la cause des adolescents et jeunes, informe et sensibilise la population sur les préoccupations des jeunes (santé, éducation, emploi, etc.) Cette station radio est appelée « voix des jeunes ». Elle couvre la commune urbaine de Sikasso et environs.

Quant à PSI/Mali, elle mène ses activités dans la commune urbaine de Sikasso, les zones rurales ne sont pas pour le moment dans son programme.

Tableau 5 : Situation des intervenants en SSRAJ à Kadiolo :

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
SWEDD	Tous les CSCom sauf Zégoua, Fourou, Katelè, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama et Torokoro		Tous les CSCom sauf Zégoua, Fourou, Katelè, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama et Torokoro	Tous les CSCom sauf Zégoua, Fourou, Katelè, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama et Torokoro	Tous les CSCom sauf Zégoua, Fourou, Katelè, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama et Torokoro			VBG Tous les CSCom sauf Zégoua et Fourou Katelè, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama et Torokoro
PSI/Mali					9 CSCom du district			

USAID Keneya Sinsi Wale					9 CSCom du district			
USAID /FHI 360								
DANAYA-SO, ADAC, CERKES		Tous les CSCom du district sanitaire						
ONG CAEB	Tout le district				Tout le district			
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district				Tout le district			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Le projet ABS SR PF Canada et l'ONG CAB accompagnent les structures publiques dans tout le district sanitaire de Kadiolo. Le projet SWEDD également est présent dans plusieurs aires de santé du district sanitaire de Kadiolo. Cependant, il est absent dans les aires de santé de Zégoua, Katelé, Gouenè, Ouatiali, Fanidiama, Torokorode et à Fourou... PSI/Mali et Kénéya Sinsi Walé interviennent seulement dans les activités de PF et dans 9 aires de santé du district.

Quant au consortium d'ONG : DANAYA-SO, ADAC, CERKES, il intervient dans le Service de conseil et de dépistage du VIH dans tout le district sanitaire.

*Tableau 6 : Situation des intervenants en SSRAJ à **Koutiala** :*

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
Save the Children (ATWA)	Ecoles des CAP Koutiala, M'péssoba, Zangasso				Ecoles des CAP Koutiala, M'péssoba, Zangasso			VBG Ecoles des CAP Koutiala, M'péssoba, Zangasso
ASDAP avec appui de l'UNFPA et du SWEDD	19 CSCom/36	19 CSCom/36			19 CSCom/36	19 CSCom/36		Prise en charge psychosociale des victimes de violence
USAID /FHI 360	Tout le district				Tout le district			
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district				Tout le district			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Les partenaires qui interviennent aux côtés des structures publiques dans le district sanitaire de Koutiala en SSRAJ sont l'ONG ASDAP, Save the Children à travers ATWA, USAID /FHI 360 et le projet ABS SR PF Canada. ASDAP intervient dans 19 aires de santé sur 36 et a comme cible toute la population en âge de procréer. Le projet ATWA évolue dans les écoles des centres d'animation pédagogique de Koutiala, M'Péssoba et Zangasso. Il intéresse uniquement aux scolaires. Quant à FHI 360 de l'USAID et le projet ABS SR PF Canada, ils interviennent dans tout le district sanitaire de Koutiala

*Tableau 7 : Situation des intervenants en SSRAJ à **Yorosso** :*

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
ONG/AGIR	9 CSCom							
ONG/EDUCO	3 CSCom							
Groupe d'ONG USAID Kènèya Sinsi Walé, USAID Kènèya Nièta, Unicef, PSI MALI, SAVE THE CHILDREN, Marie STOPES	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire			Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire		VBG Tout le district sanitaire
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district sanitaire				Tout le district sanitaire			
USAID /FHI 360	Tout le district sanitaire				Tout le district sanitaire			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

D'après les informations collectées au niveau du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, le groupe d'ONG (Kènèya Sinsi Walé, Kènèya Nièta(USAID), PSI MALI, SAVE THE CHILDREN, Marie STOPES) de même que les projets ABS SR PF Canada

et USAID/FHI360 interviennent dans tout le district sanitaire et les domaines intervention sont : Information/éducation sur la SSRAJ, Service de conseil et de dépistage du VIH, de planification familiale, Traitement et conseils sur les IST et la sensibilisation contre les VGB. A côté de ce groupe, deux autres ONG travaillent dans l'information/éducation sur la SSRAJ ; l'une dans 9 aires de santé (ONG/AGIR) et l'autre dans trois (3) (ONG/EDUCO).

Tableau 8 : Situation des intervenants en SSRAJ à **Kolondiéba** :

Intervenants	Interventions							
	Information/éducation sur la SSRAJ (couverture)	Service de conseil et de dépistage du VIH (couverture)	Soins pendant la grossesse et l'accouchement (couverture)	Services de soins pour fausse couche/ avortement (couverture)	Services de planification familiale (couverture)	Traitement et conseils sur les IST (couverture)	Santé mentale et aide psychosociale (couverture)	Autres services de SSRAJ (couverture)
ONG SOUTOURA	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire		Tout le district sanitaire	Tout le district sanitaire		VGB Tout le district sanitaire
ONG CAEB	Tout le district sanitaire				Tout le district sanitaire			
Projet AT-ABS SR- PF CANADA	Tout le district sanitaire				Tout le district sanitaire			

Source : Enquêtes auprès des acteurs

Les intervenants dans le district sanitaire de Kolondiéba au moment de l'enquête sont : l'ONG SOUTOURA, l'ONG CAB, et le projet ABS SR PF Canada. Ils couvrent tout le cercle. D'après un des responsables d'ONG leurs activités ne concernent pas seulement les adolescents et jeunes, mais toute la population générale.

❖ **Analyse des intervenants et interventions :**

L'analyse des différents tableaux montre que les cercles n'ont pas la même couverture en termes d'intervenants et d'interventions.

Pour les intervenants, les cercles de Sikasso et Kadiolo sont les plus dotés. Ils ont respectivement neuf (9) et sept (7) intervenants ou groupe d'intervenants dans les activités de SR, Bougouni en a six (6), Yorosso, cinq (5), Koutiala quatre (4). Les cercles de Kolondiéba et Yanfolila n'ont chacun que trois (3) intervenants.

Quant aux interventions en matière de SSRAJ, tous les intervenants y participent mais pas de façon exclusive ; les autres cibles aussi bénéficient de leurs interventions.

Il ressort des différents entretiens réalisés pendant cette enquête, qu'il n'y a pas de service exclusif pour les adolescents/jeunes en SR, tout le monde est traité de la même manière. Cependant, il semble que le projet ATAWA à Koutiala, compte tenu de ses cibles (les scolaires), évoluerait exclusivement dans la SSRAJ. Les activités de ATWA en santé sexuelle et reproductive sont uniquement concentrées dans les écoles de trois CAP du cercle de Koutiala (Koutiala, M'péssoba et Zangasso)

5.3. Besoins prioritaires par cercle

Les besoins prioritaires des adolescents et jeunes en matière de SSR dans la région de Sikasso ont été recensés auprès des adolescents/jeunes eux-mêmes et des prestataires de services et de soins SSRAJ. Trois besoins ont été identifiés comme prioritaires par les enquêtés :

- **L'information /communication sur la SSRAJ ;**
- **L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive**
- **Les espaces jeunes.**

A ces besoins généraux, s'ajoutent les besoins spécifiques des jeunes et adolescents vivant avec un handicap.

Le recensement des besoins prioritaires en SSRAJ dans la région de Sikasso laisse paraître une similitude dans leur expression au niveau de tous les cercles.

5.3.1. Information /communication sur la SSRAJ

Il ressort dans presque tous les entretiens que le besoin primordial des adolescents et jeunes en matière de SSRAJ est l'information et la communication sur le sujet. Selon la plupart des enquêtés, les jeunes manquent d'information sur leur propre corps de même que sur la santé sexuelle et reproductive.

Biologiquement, l'adolescence est une période de transition qui marque le passage progressif de l'enfance à l'âge adulte, accompagnée de développement et de maturations physiologiques et psychosociales. C'est une période clef en matière d'apprentissage de notions et de comportements de SSR qui seront mis en pratique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

« Le comportement acquis au cours de l'adolescence influe sur les résultats sanitaires et persiste toute la vie. » (<https://apps.who.int/iris>)

Néanmoins, les entretiens font ressortir que dans tous les cercles, la sexualité est perçue comme un sujet tabou qui ne doit pas être discuté entre adulte et enfant. Les entretiens mettent même en avant la perception selon laquelle la discussion de la vie sexuelle est associée à l'incitation à la pratique :

« Celui qui dit à son enfant de mettre des préservatifs pour faire des rapports sexuels veut l'inciter à pratiquer » (leader communautaire).

Dans ce contexte, il est évident que la bonne information sur la santé sexuelle ne soit pas donnée. Les rumeurs sur le phénomène prennent le dessus sur la vraie information. Les adolescents et jeunes s'informent entre eux suivant les expériences vécues par les uns et les autres. Les parents au lieu de procéder à une éducation sexuelle des filles, essaient de les faire peur quand celles-ci commencent leur menstruation. Selon un enquêté les termes qu'ils utilisent sont entre autres, « *Méfie-toi des garçons* », « *ne suit pas les garçons* ».

Dans la même veine, la santé de la reproduction n'est pas évoquée. Les vrais dépositaires de l'information sur la contraception et les méthodes contraceptives ne sont consultés que clandestinement. Cette attitude ne donne pas aux prestataires le temps nécessaire de donner des explications sur le sujet et sur les produits disponibles. Ce déficit d'information semble constituer un problème dans l'utilisation des services PF dans les localités de l'étude.

En résumé, l'information et la communication constituent un besoin prioritaire des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive dans la région de Sikasso. Les services existent ; mais par déficit d'information les jeunes semblent ignorer les services disponibles pour eux au niveau des centres de santé. Ils ne savent pas où aller et à qui s'adresser :

« On peut aller chercher dans les hôpitaux mais arriver là-bas on ne s'est pas à qui s'adresser » (Focus_garçon_Koutiala)

5.3.2. Accès aux services de santé sexuelle et reproductive

La deuxième priorité signalée par les enquêtés du niveau communautaire (adolescents/jeunes, leaders communautaires) est l'accès aux services tels que : les conseils et orientation, la prise en charge des infections, la disponibilité de produits contraceptifs, etc.

Néanmoins, selon les responsables des services de santé interrogés, ces services existent dans toutes les structures sanitaires publiques et communautaires. Ils étaient auparavant assurés par plusieurs acteurs, étatiques et ONG, qui ont désormais réorienté leurs activités de distribution gratuite des produits contraceptifs vers des campagnes de sensibilisation, de formation et d'orientation. Un responsable d'ONG déclare :

« L'ONG avait une unité de soins qui s'occupait des problèmes de santé des jeunes et adolescent. Mais actuellement cette unité est fermée pour faute de financement. Donc notre rôle se limite à l'appui conseil et à l'orientation des jeunes et adolescents et la planification familiale. Nous avons des espaces réserver aux jeunes avec le fond MUSCOKA pour leur apprendre la vie sexuelle comment se comporter. Nous avons aussi les clubs qui prennent en charge les jeunes mariés et les célibataires. Je suis un médecin des jeunes, l'ASDAP faisait la prise en charge globale de la santé sexuelle des adolescents et des jeunes, nous faisons la sensibilisation, des émissions Radio diffusées, des visites à domicile. Mon rôle se limite maintenant à leur orientation vers les structures de santé au CSRéf ou au CSCom » (Resp ONG/ASDAP_Koutiala).

La plupart des activités des ONGs sont donc actuellement centrées sur la sensibilisation et l'éducation sexuelle des adolescents et jeunes :

« Nous menons des activités de sensibilisation auprès des jeunes afin de leur apprendre la sexualité et les risques qu'ils peuvent en courir. » (ONG-CAEB_Bougouni).

Par conséquent, ce sont plutôt les structures de santé communautaires qui s'occupent de la prise en charge en SSRAJ. Ainsi, un responsable de la santé du niveau régional analyse que les ONG et les services de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille suscitent le besoin et les services de santé assurent l'offre de service. Ces propos sont renforcés par un responsable de l'ONG AGIR du district sanitaire de Sikasso :

« La distribution gratuite des préservatifs et produits contraceptifs faisait partie de notre activité, mais suite aux plaintes de la communauté sur cet aspect de notre mission, nous avons arrêté la distribution des produits et notre travail se limite actuellement à la sensibilisation et à l'orientation des couches vulnérables vers les structures dédiées aux activités SR. Nous, on avait une unité de soins mais elle n'est plus fonctionnelle. Seule l'unité de sensibilisation marche. » (Resp ONG/AGIR_Sikasso)

Néanmoins, certaines ONG continuent les prestations de services. C'est le cas de l'ONG SOUTOURA à Kolondiéba, qui fournit des services en IST/VIH et en PF :

« Nous intervenons dans la prise en charge des cas d'infection sexuellement transmissibles. Nous faisons le dépistage pour les IST/VIH. De janvier 2020 à aujourd'hui, nous avons eu plus de 100 cas de VIH que nous avons mis sous traitement et que nous suivons. Nous avons également un volet sur la PF. »
(ONG_SOUTOURA_Kolondiéba)

Le retrait de certaines ONGs de la chaîne de distribution des services en soins et en intrants en certains endroits, freine les activités de promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Avec leur approche communautaire, ces ONGs parvenaient à toucher beaucoup d'adolescents et jeunes.

5.3.3. Création d'espaces jeunes :

Il ressort des entretiens que les intrants en SR sont disponibles au niveau des centres de santé (CSRéf et CSCom), dans les pharmacies privées et en certains endroits désignés comme point de vente. C'est l'accès à ces endroits pour les questions de SR qui constitue le véritable problème pour les adolescents et jeunes. C'est cette barrière qu'il faut lever pour que la problématique de la SSRAJ trouve des réponses appréciables.

Pour améliorer l'utilisation des services de SSR, les adolescents et jeunes ont besoin de services qui leur sont adaptés. C'est pour cette raison que l'OMS a développé des critères à mettre en œuvre dans tous les centres de santé qui accueillent des adolescents et jeunes. Dans cette logique, les services de SSRAJ devraient entre autres être : accessibles, acceptables, équitables, appropriés et efficaces [15]. Cette initiative tarde à voir le jour dans la région de Sikasso, car selon le point focal SSRAJ de la DRS de Sikasso aucune structure dans la région de Sikasso n'a de tels espaces dans les centres de santé :

« Dans la région de Sikasso, je n'ai pas vu de centre spécialement pour les jeunes. La stratégie envisagée dans certains endroits pour le moment, c'est de permettre aux adolescents et jeunes d'être reçus à tout moment par l'agent de santé, même la nuit »
(Point focal SSRAJ_Sikasso)

Or, le troisième besoin prioritaire exprimé par les adolescents et jeunes de la région de Sikasso en SR est la création d'espace pour les jeunes. La plupart des enquêtés trouvent que les adolescents et jeunes ne se sentent pas à l'aise dans les formations sanitaires publiques. Leur présence suscite beaucoup de suspicions qui peuvent être stigmatisant pour eux. Pour éviter cette situation et permettre aux jeunes de fréquenter librement les structures de soins et services en SR, les jeunes préféreraient qu'un endroit spécifique leur soit dédié.

Pour les adolescents et jeunes l'idéal serait d'avoir un endroit où se font les activités de jeunesse (salle de jeux, de lecture, de cinéma, etc.) et d'intégrer les activités de SR à ces salles. Ce faisant, les jeunes pourraient satisfaire leurs besoins en santé sexuelle et reproductive sans stigmatisation :

« Créer des centres de loisirs pour les jeunes qui seront utilisés aussi comme centre de soins, d'information et d'éducation en SSR pour les jeunes, cela pourra réduire les grossesses et les infections sexuellement transmissibles. » **(Focus_filles Koutiala)**

« Beaucoup des jeunes aiment aller se soigner au centre de santé, mais par peur et ou par honte ils y renoncent et partent ailleurs. Il est préférable qu'ils aient leur centre à eux pour éviter la peur et la honte » **(Focus_garçons_Koutiala)**

« Pour améliorer la SSRAJ dans le cercle de Kolondiéba, il faut créer un centre d'écoute pour les jeunes, encourager les jeunes à se faire dépister. » (Focus garçons_Kolondiéba)

« Ouvrir des nouveaux centres de santé pour les jeunes, et avec les jeunes pour faciliter l'accès des jeunes au renseignement, aux produits et gérer par les jeunes » (Focus garçons_Sikasso)

Pour les agents de santé, la même idée ressort dans leurs propos. Ils souhaitent la création d'espace jeune, pour leur permettre d'avoir de bonne information sur la SR dans l'intimité.

« Il faut mettre en place des centres, des unités pour accueillir spécifiquement ces couches qui sont différentes des autres pour les mettre à l'aise, pour mieux discuter avec elles et pouvoir comprendre leur problème » (Agent de santé_Kolondiéba)

« Créer un centre d'écoute jeune par cercle pour les jeunes adolescents dans l'optique de les guider vers une bonne sexualité faite au bon moment » (Point Focal SSRAJ-CSRéf_Sikasso)

« D'abord que les services de santé soient adaptés à la prise en charge des adolescents et des jeunes. C'est-à-dire créer un espace pour ces jeunes dans le centre de santé pour qu'une fois que les adolescents se rendent dans un centre de santé, qu'ils sachent que c'est là où ils doivent aller et que cette unité soit vraiment bien adaptée surtout que la confidentialité soit garantie. Que ça soit les informations en cas de maladie il faut que les adolescents sachent qu'il y a un lieu dans un centre de santé où ils peuvent se rendre. » (Point Focal SSRAJ Kadiolo)

« Créer un espace pour les jeunes et un temps qui leur permet d'être reçus à tout moment par l'agent de santé, même la nuit » (Point Focal SSRAJ_DRS_Sikasso)

Les agents des ONGs abondent dans le même sens. Les adolescents/jeunes sont gênés de se rendre aux centres de santé. C'est pourquoi, selon eux, pour les atteindre, il faut des stratégies qui leur conviennent et qui s'apparentent à leur mode de vie. C'est dans ce sens que la direction régionale de la jeunesse de Sikasso avec le soutien de certains de ses partenaires a ouvert un espace « jeune » qui abrite en son sein une station radio, une clinique de soins et services en SR. Néanmoins, au passage de l'équipe d'enquête de ce rapport, seule la radio émettait : la clinique était à l'arrêt par manque de financement et d'intrants SR selon le responsable du conseil régional de la jeunesse de Sikasso.

« C'est le UNFPA qui nous finançait, qui ravitaillait la clinique en produits, mais c'est arrêté » (Resp CRJ_Sikasso)

A Kolondiéba, à défaut d'avoir un espace spécifique pour les jeunes, l'ONG SOUTOUROU a adopté une stratégie pour pouvoir atteindre le maximum de jeunes. Il s'agit de faire une immersion dans les grins de jeunes, jouer, prendre du thé avec eux et profiter pour passer les messages adaptés en SSRAJ.

« Souvent on va dans les grins des jeunes pendant la nuit, on s'assoit avec eux, on joue au participant du grin, on leur pose des questions sur les mesures de prévention, les voies de contamination. Vous trouvez qu'il y a des jeunes qui ne savent même pas porter un préservatif. Selon mon propre sondage, j'ai trouvé que 80% des jeunes qui utilisent le préservatif ne savent pas comment l'utiliser. Je pense que cette stratégie, si on l'utilise, ça peut donner beaucoup de résultats. » (Agent_ONG_Kolondiéba)

5.3.4. Priorité pour les personnes vivant avec un handicap

Dans la même veine, les PVH également souhaitent avoir un traitement conformément à leur état physique. A défaut d'un espace spécifique, ils souhaiteraient que les installations soient adaptées à leur état, que le personnel leur accorde de la considération et non du mépris. Une autre sollicitation est les produits contraceptifs destinés aux PVH soient mis au niveau de leurs associations pour distribution :

« Entre nous, on se comprend, il n'y a pas de gêne. » (PVH-Bougouni)

La prise en compte de ces priorités annoncées pourrait contribuer à améliorer significativement les indicateurs de la SSRAJ dans la région de Sikasso.

Outre ces trois besoins priorités évoqués, il y a également d'autres facteurs qui ne sont pas négligeables dans l'atteinte des performances en SSRAJ dans la région de Sikasso ; il s'agit du manque de moyens financiers et de l'indiscrétion des agents de santé qui se traduit par le manque de confiance.

« Quand on n'a pas confiance, on ne sollicite pas. » (Focus filles Kolondiéba)

La barrière financière est déterminante dans l'accès aux services. Tout se paie au niveau des structures de santé. Dans l'instabilité financière et sans emploi, les jeunes manquent de ressources pour leur permettre d'accéder aux produits contraceptifs qui sont payants. En effet, selon un responsable d'ONG : « c'est payant, le prix varie d'une méthode à une autre. » Bien qu'il y ait souvent des campagnes de distribution gratuite des produits, cela ne semble pas suffire pour satisfaire tous les besoins des adolescents et jeunes en SR. Il serait souhaitable de les rendre gratuits pour cette catégorie de population.

Pour les consultations prénatales les enquêtés évoquent le même problème financier qui empêcherait les jeunes filles célibataires à fréquenter les centres de santé. L'un des enquêté l'exprime en ces termes :

« Les raisons pour ne pas venir faire les CPN, c'est surtout le manque de moyen parce que généralement les partenaires de ces filles sont des jeunes garçons qui ne sont pas encore professionnellement actifs, donc ils n'ont pas les moyens pour faire la prise en charge d'une grossesse. Donc le manque de moyen peut être la première cause de non fréquentation pour la CPN » (Agent de santé_Bougouni).

Une autre raison évoquée par notre interlocuteur, est la volonté des filles célibataires à ne pas poursuivre leur grossesse lorsqu'elle n'est pas désirée, les menant ainsi à ne pas assurer le suivi de cette grossesse:

« Il y a de ces jeunes filles tellement qu'elles ne veulent pas la grossesse, elles se laissent aller jusqu'à l'accouchement sans faire de CPN. Elles ne se donnent même pas la peine de faire la CPN parce que c'est une grossesse qui n'est pas désirée, elles vont rester avec la grossesse jusqu'à l'accouchement. »

Ici également, il serait souhaitable de développer une stratégie pour un accès facile aux contraceptifs pour éviter les grossesses non désirées et la mise en place effective de la loi de 2002 sur l'accès à l'IVG lorsque la grossesse est issue d'un viol, si tel est le souhait de la survivante. De plus, si la grossesse est avancée ou que les barrières sont strictement financières, il serait pertinent de mettre en place des stratégies d'encouragement des adolescentes et les filles célibataires enceintes à fréquenter les structures pour assurer leur état de santé. Cela pourrait par exemple prendre la forme de ticket modérateur pour la prise en charge des frais de consultation et d'accouchement.

Les adolescents et jeunes enquêtés soulignent l'indiscrétion des agents de santé, comme un problème. Ils trouvent que certains agents de santé ne sont pas courtois et discrets à leur endroit. Ce comportement des agents de santé peut constituer également un frein à la fréquentation des services SR par les adolescents et jeunes :

« Ce que j'ai vécu moi-même quand j'avais eu une infection. Lors de la consultation, l'agent de santé m'a proposé la cour. Quand j'ai décliné l'offre, à ma grande surprise, il a donné l'information sur ma maladie à plusieurs personnes en dehors du centre de santé et l'information s'est propagée partout dans la ville de Bougouni. Je préfère me confier à mes camarades d'âge qu'à de tel agent de santé » (Focus_ filles_Bougouni).

Le manque de professionnalisme est le vecteur de telles attitudes, d'où la nécessité de renforcement de capacité des agents socio sanitaires.

L'âge des adolescents et jeunes est aussi ressorti des discours comme pouvant être un facteur de blocage dans leur fréquentation des centres de santé pour les questions SR. Par exemple, selon les enquêtés un garçon de moins de 15 ans, pour un besoin de préservatif n'osera pas se présenter devant un adulte qui a l'âge de son père pour l'exprimer ; de même qu'une fille de moins de 15 ans pour un besoin de méthode de contraception n'osera pas en parler à un adulte. Ces problèmes trouveraient leurs solutions dans la création « d'espace jeunes » d'après la plupart des adolescents et jeunes enquêtés.

Les besoins prioritaires en SSRAJ et les solutions d'amélioration recensés auprès des enquêtés sont récapitulés dans le tableau suivant.

5.3.5. Récapitulatif des besoins prioritaires en SSRAJ et les solutions d'amélioration dans la région de Sikasso

Tableau 9 : Situation des besoins prioritaires et solutions

Besoins prioritaires	Proposition de solutions
Information/communication/sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une synergie d'action entre les centres de santé et les radios locales sur les activités SSRAJ dans chaque cercle, • Instaurer des rencontres périodiques avec les leaders communautaires, les groupements de femmes dans chaque cercle sur les questions de SSRAJ • Mettre un numéro vert à la disposition des adolescents et jeunes pour les questions sur la SSRAJ par cercle. • Intégrer les notions de SSRAJ dans les modules d'enseignements à partir du second cycle. • Créer un espace de dialogue autour de la SSRAJ avec les jeunes. • Profiter de toutes les activités de jeunes pour parler de la SSRAJ
Accès aux soins et services	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre gratuit les produits contraceptifs pour les adolescents et jeunes dans tous les cercles. • Décentraliser la distribution des produits contraceptifs pour les adolescents et jeunes. • Réduire les frais de prise en charge des IST pour les adolescents et jeunes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Former les agents de santé au bon accueil et à la prise en charge des adolescents et des personnes vivant avec un handicap
Espace réservé aux A&J	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un espace jeune qui sera un complexe de loisirs en même temps qu'un espace de soins et services en SSRAJ par cercle.

5.4. Conclusion

L'étude sur les priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans la région de Sikasso avait pour objectif général d'identifier leurs besoins prioritaires en SR (en particulier pour les jeunes filles) afin de fournir des informations qui puissent aider à mieux planifier les interventions à leur intention. Pour cela, il a fallu faire d'abord l'état des lieux de l'existant ; puis identifier les intervenants et interventions en SSRAJ ; pour enfin rechercher les priorités des adolescents et jeunes en la matière.

Au niveau des données quantitatives, on constate que les méthodes contraceptives sont utilisées par les adolescentes et jeunes de la région de Sikasso et que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est la plus utilisée, suivis des implants (jadelle) et des injectables DMPA-IM.

Pour le suivi des grossesses, l'analyse des données montre que les adolescentes et jeunes fréquentent les centres de santé pour les accouchements.

L'enquête qualitative auprès des acteurs a permis d'apprécier le niveau de connaissance des acteurs sur la SSRAJ. La plupart des enquêtés ont donné des définitions de la SSR qui touchent plus ou moins à un aspect du phénomène. Aussi, elle a permis d'identifier dans la zone de l'étude certains intervenants et interventions en matière de SSRAJ.

En effet, les sept (7) districts sanitaires de la région de Sikasso qui étaient concernés, abritent chacun, en plus des structures publiques, des ONG nationales ou internationales travaillant tous dans la SSRAJ (même si toutes leurs activités ne sont pas consacrées uniquement à cela). La cartographie réalisée présente les intervenants et de leurs interventions par cercle. On note ainsi que la répartition des intervenants n'est pas équitable entre les cercles. Certains cercles ont plus de partenaires que d'autres.

Il n'existe pas d'interventions spécifiques pour les adolescents et les jeunes, ni pour ceux vivant avec un handicap.

Tous les intervenants travaillent dans le domaine de la santé de reproduction de façon globale. La prise en charge des PVH notent notamment le mauvais accueil, l'inadaptation des installations à leur état, le manque de ressources financières, comme des entraves à leur prise en charge dans les cercles de Sikasso.

Des entretiens avec les acteurs, trois besoins prioritaires se dégagent : l'information et la communication, l'accès aux produits SSRAJ et la création d'un espace jeune par cercle.

5.5. Recommandations

Pour améliorer les indicateurs en matière de SSRAJ dans la région de Sikasso, les enquêtés ont formulé certaines recommandations qui vont toutes dans le sens de la prise en compte des besoins prioritaires évoqués précédemment.

A l'intention de l'Etat :

1. Ministère de la sécurité
 - a. Renforcer la sécurité dans la région pour faciliter la mobilité des intervenants ;
2. Ministère de la santé et du développement social-Ministère de la Promotion de la Femme-Enfant et Famille-Ministère de l'éducation
 - a. Disséminer le plan stratégique national de SSRAJ et financer les activités
 - b. Renforcer la capacité des enseignants sur les trois types d'intégration des notions de SSRAJ
3. Districts sanitaires de Sikasso
 - a. Renforcer la capacité des agents socio sanitaires dans la prise en charge des questions de SSRAJ
 - b. Coordonner les activités des intervenants pour éviter la dispersion
 - c. Faciliter la diffusion périodique du niveau des indicateurs SSRAJ
 - d. Centraliser les données des intervenants par cercle au niveau des SLPFEF et des CSRéf

A l'intention de la Direction Régionale de la Santé

4. Renforcer le cadre de concertation régional pour éviter la duplication des activités dans la zone
5. Impliquer les adolescents et jeunes dans l'élaboration des programmes et projets sur la SSRAJ
6. Adapter les structures socio-sanitaires aux besoins des personnes vivants avec handicap afin de faciliter l'accessibilité aux adolescents et jeunes handicapés.
7. Prendre en compte les tranches d'âge (adolescents et jeunes) dans la collecte des données socio-sanitaire.

A l'intention des intervenants (ONG)

8. Appuyer les regroupements de jeunes dans la création des espaces jeunes dans les cercles
9. Renforcer la capacité des jeunes dans la gestion des espaces jeunes
10. Multiplier les campagnes de sensibilisation au niveau communautaire sur la SSRAJ
11. Multiplier les campagnes promotion et de distribution des produits contraceptifs
12. Adapter les messages de sensibilisation sur la SSRAJ au contexte local

6. Références

1. CIPD-1994, <https://www.un.org/fr/conferences/population/lecaire1994>
2. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, *Politique & normes des services de santé de la reproduction*, juin 2004
3. Ministre de l'économie et des finances, cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable du mali (CREDD 2016-2018).
4. Enquête Démographique et de Santé du Mali-2018
5. Direction Nationale de la Population, Projections Démographiques 2010-2035.
6. Akoto E. et Kamdeh H. : « Etude comparative des déterminants de la pratique de la contraception moderne en Afrique ». Communication à la troisième journée du réseau démographique, AUPELF-UREF, RABAT, du 9-12 décembre 1998, 18p.
7. Organisation Mondiale de la Santé, Planification familiale, 2019,
Site : [https : www.who.int](https://www.who.int)
8. Diarra, Tiéman et Bocquier « Enquête auprès des non Utilisatrices de Planification Familiale », rapport d'étude CILSS, 1997
9. Gillette et Faye, « Populations concernées par les mutilations génitales féminines en France », Journée technique d'information sur les mutilations génitales féminines (Actes), Edition GAMS, Paris, 1999.
10. Dictionnaire LAROUSSE, édition 2020
11. Charte africaine de la jeunesse, 14 décembre, 2010
12. Direction Régionale de la Santé. Couverture sanitaire de la région de Sikasso, 2020
13. Hadiza M. et Dagobi A., Résultats des enquêtes qualitatives sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans les districts sanitaires d'Aguié et Say, LASDEL, Etudes et Travaux n°113, 2015
14. Diallo A. Mutilations Génitales Féminines (MGF) au Mali : Revue de la littérature et des actions menées, National Fellow, Novembre 1997.
15. Vision du monde, Causes et conséquences du mariage précoce,
Site web: <https://www.visiondumonde.fr>
16. UNFPA/MUSKOKA, Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes, 2019.
<https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR>

7. Annexes

7.1. Personnel de l'étude

COORDINATION NATIONALE

Dr Sékou Amadou TRAORE, Directeur National de la Population

M. Ishaga COULIBALY, Directeur National Adjoint de la Population

SUPERVISION NATIONALE

Dr. Balkissa YATTARA, Chef de Division Etudes et Recherche, DNP

Mme TRAORE Aïssata TRAORE, Chef de Section Démo-Economie, DNP

M. Djanguiné CAMARA, Chargé de Programmes, DNP

CONSULTANT PRINCIPAL

Dr Mamadou Fadiala SISSOKO, Sociologue

CONSULTANT ASSOCIE

Mama DIARRA, Statisticien-Démographe

GESTION FINANCIERE

M. Ousmane DEMBELE, Comptable-matière, DNP

STRUCTURES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DE PILOTAGE

1. Réseau des Jeunes Handicapés du Mali (**RJM**)
2. Projet –Jeune
3. Direction Nationale de la Jeunesse (**DNJ**)
4. Direction Nationale de la Promotion de la Femme (**DNPF**)
5. Fonds des Nations-Unies pour la Population (**UNFPA**)
6. Institut National de la Statistique (**INSTAT**)
7. Observatoire National du Dividende Démographique (**ONDD**)
8. **ASDAP**
9. **ONG-AGIR**
10. Direction Générale de la Santé Publique (**DGSP**)
11. Direction Nationale de la Population (**DNP**).

7.2. Tableaux

Tableau 1 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes selon le lieu d'accouchement _Koutiala

<i>Age</i>	<i>Centre de santé</i>			<i>A domicile</i>		
	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>
<i>Adolescentes</i>	569	781	565	88	0	0
<i>Jeunes</i>	774	979	663	100	1	2

Tableau 2 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes selon le lieu d'accouchement _Sikasso

<i>Age</i>	<i>Centre de santé</i>			<i>A domicile</i>		
	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>
<i>Adolescentes</i>	429	424	428	5	1	0
<i>Jeunes</i>	911	1036	820	1	1	1

Tableau 3 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes selon le lieu d'accouchement _Kadiolo

<i>Age</i>	<i>Centre de santé</i>			<i>A domicile</i>		
	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>
<i>Adolescentes</i>	2024	1781	1087	39	54	51
<i>Jeunes</i>	2719	2728	1606	54	125	78

Tableau 4 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes ayant bénéficié au moins 4 CPN selon le cercle.

Région	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sikasso	387	331	281	879	656	634
koutiala	210	165	83	308	305	209
Kadiolo	878	794	488	1145	1179	694
Yanfolila	243	214	154	295	293	168

Tableau 5 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes ayant effectués de nouvelles consultations post-natales par cercle.

CERCLE	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sikasso	320	380	301	819	707	516
koutiala	43	47	9	63	54	25
Kadiolo	1946	1980	1120	2797	2780	1670
Yanfolila	1115	1087	556	1428	1349	751

Tableau 6 : Evolution de l'effectif des adolescentes et jeunes femmes ayant bénéficié le conseil sur la PF par cercle durant les trois périodes.

Région	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sikasso	4575	4645	3524	6523	6738	5505
Koutiala	2551	2349	892	5150	4865	2049
Kadiolo	3097	3061	1691	4931	4897	2202
Yanfolila	1903	2022	880	2185	2417	985

Tableau 7 : Evolution de l'effectif (% et effectifs) des anciennes utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Kadiolo.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	429	473	851	654	697	1192
Pilule COC	161	102	66	351	218	126
Pilule COP	85	80	45	167	175	86
Injectable DMPA-IM	703	699	259	1128	1102	439

Implants (jadelle)	108	152	86	176	195	161
---------------------------	-----	-----	----	-----	-----	-----

Tableau 8 : Evolution de l'effectif des nouvelles utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Kadiolo.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	429	473	851	654	697	1192
Pilule COC	161	102	66	351	218	126
Pilule COP	85	80	45	167	175	86
Injectable DMPA-IM	703	699	259	1128	1102	439
Implants (jadelle)	108	152	86	176	195	161

Tableau 9 : Evolution de l'effectif des nouvelles utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Yanfolila.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	496	628	303	680	720	337
Pilule COC	59	50	45	111	72	74
Pilule COP	42	36	18	53	86	21
Injectable DMPA-IM	650	579	235	763	690	292
Implants (jadelle)	644	521	331	631	608	344

Tableau 10 : Evolution de l'effectif (% et effectifs) des anciennes utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Yanfolila.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	93	49	12	126	103	14
Pilule COC	29	39	41	45	61	52
Pilule COP	48	33	14	30	54	17
Injectable DMPA-IM	430	409	154	623	423	166
Implants (jadelle)	170	240	111	226	312	144

Tableau 11 : Evolution de l'effectif des nouvelles utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Koutiala.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	558	584	393	1070	1281	1023
Pilule COC	524	330	181	2416	1361	889
Pilule COP	318	98	33	2282	738	835
Injectable DMPA-IM	850	731	275	4216	1722	988
Implants (jadelle)	652	737	216	999	1092	357

Tableau12 : Evolution de l'effectif (% et effectifs) des anciennes utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Koutiala.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	477	170	172	407	293	375
Pilule COC	269	349	223	851	594	341

Pilule COP	72	91	54	142	213	124
Injectable DMPA-IM	793	625	198	1852	1351	469
Implants (jadelle)	208	217	58	302	284	86

Tableau 13 : Evolution de l'effectif des nouvelles utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Sikasso.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	2631	2688	2338	4147	4121	3536
Pilule COC	242	107	37	373	228	55
Pilule COP	126	65	28	254	132	50
Injectable DMPA-IM	992	683	432	1438	1135	759
Implants (jadelle)	1112	1057	689	1365	1524	1071

Tableau 14 : Evolution de l'effectif des anciennes utilisatrices de PF chez les adolescentes et jeunes femmes selon les méthodes à Sikasso.

Méthode de PF	Adolescentes			Jeunes		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
MAMA	449	429	369	701	601	535
Pilule COC	69	62	20	132	146	70
Pilule COP	46	53	14	89	95	48
Injectable DMPA-IM	769	580	365	1469	1068	754
Implants (jadelle)	245	65	47	295	103	173

