REPUBLIQUE DU BENIN

--@--

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

---@@---

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

---@@@---

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

---@@@@---

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

---@@@@@---

Année : 2021 **N° 2352**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA SEXUALITE ET DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES ETUDIANTS DE L'INSTITUT NATIONAL MEDICO- SANITAIRE DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement le **29 Mars 2021** pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Yasmine Mègnissè Linda ADISSO

Née le 24 avril 1997 à Savalou (Bénin)

Directrice de thèse :

Pr Christiane TSHABU-AGUEMON

Co-directeur de thèse :

Dr Yassinmè Elysée SOMASSE

Président du Jury

Pr Justin Lewis DENAKPO

Membres du Jury

Pr Emilie FIOSSI KPADONOU

Pr Adolphe KPATCHAVI

Pr Christiane TSHABU-AGUEMON

Année Universitaire 2020-2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G.	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé •
LE DOYEN

[3]

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

[4]

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL- Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique

[5]

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé •
LE DOYEN

OCTOBRE 2019

24.	Dr AMOSSOU L. François	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie	Ethnologie

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

[7]

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

OCTOBRE 2019

[8]

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

[9]

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin.....	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

[10]

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins Infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr [illegible]NANI [illegible].....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

[11]

14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi Faculté des Sciences de la Santé LE DOYEN

[12]

38 - Mr AÏHOU Mamère	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou	Economie
44- Mr EKPINSE Emile	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé •
LE DOYEN

[13]

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace

Le Puissant fit pour moi des merveilles ; Saint est son nom !

A DIEU TOUT PUISSANT,

A Toi Mon Dieu, Maître des temps et des circonstances ; je te rends grâce pour ma vie, pour ta présence quotidienne depuis que j'existe. Merci pour toutes tes merveilles dans ma vie.

Grâce à toi, j'ai pu mener ce travail à bout. Reçois toute la gloire qui t'es due.

Achève en moi ce que tu as commencé et sois toujours à mes côtés.

Accorde-moi la sagesse et le discernement dans l'exercice de ma profession médicale.

A mes très chers parents, Guy ADISSO et Rabiatou BELLO,

Source de vie, d'amour et d'affection.

Je vous dédie cette thèse, pour l'amour que vous m'avez toujours donné, vos encouragements, vos pour mon instruction et mon bien-être.

Trouvez ici, dans ce modeste travail, le fruit de tant de dévouement et de sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour. Que le Seigneur m'accorde la grâce de pouvoir vous honorer à la hauteur du mérite qui est le vôtre. Qu'il vous bénisse et vous comble au-delà de vos espérances ! Qu'il vous accorde santé, bonheur, prospérité, et longévité !

A ma sœur Charbelle et mon frère Régis,

Recevez ici le témoignage de l'attachement, de l'amour, et de la reconnaissance que j'éprouve pour vous. Merci pour votre soutien sans faille au cours de toutes ces années de dur labeur. Que l'Esprit Saint vous guide dans vos différents secteurs et que vous fassiez toujours mieux et toujours plus ! Puissions-nous demeurer toujours unis !

A ma nièce Victoria DEGNANLAN,

Ma petite princesse, si tu pouvais comprendre tout l'amour que j'ai pour toi ! Sois bénie ! Je t'aime énormément.

A mes chers oncles et tantes maternels et paternels,

Merci pour le soutien de tous les jours et vos prières.

Veillez trouver dans ce travail ; l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection

A tous mes cousins et cousines, neveux et nièces maternels et paternels

Pour l'affection, la fraternité et vos prières.

A tous les membres des familles ADISSO et BELLO,

Proche ou loin des yeux, vous êtes dans mon cœur. Je vous dédie ce travail

A mon Pépé, le Professeur Sosthène ADISSO,

Je n'aurais pas fait des études médicales si vous n'aviez pas cru en moi. Vous avez voulu que je marche dans vos pas. Vous m'avez soutenu depuis mon entrée à la faculté de médecine jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Merci pour vos conseils, vos encouragements. Je vous

dédie ce travail en témoignage de ma profonde gratitude. J'implore Dieu, tout puissant, de vous accorder une bonne santé, une longue vie et beaucoup de bonheur !

A mes grands-parents paternels et à mon grand-père maternel : In memoriam

Puisse DIEU vous avoir en sa sainte miséricorde et que ce travail soit une prière pour votre âme !

A ma grand-mère maternelle,

Pour tes prières. Dieu te garde aussi longtemps parmi nous !

A mon beau-frère DEGNANLAN George,

Pour ton soutien et tes conseils

Au Dr Donald AHOGBEHOSSOU

Merci pour ton soutien, tes encouragements, ta gentillesse. Retrouve dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu te bénisse !

Au Dr Elysée SOMASSE,

Vous n'avez ménagé aucun effort pour l'aboutissement heureux de ce travail.

Vous dédier toutes les pages de ce document ne suffirait pas à exprimer combien votre soutien, vos conseils et vos encouragements m'ont permis de surpasser les difficultés que j'ai rencontrées au cours de ce travail. Merci pour tout. Que Dieu vous comble au-delà de vos attentes.

Remerciements

A Mr et Mme BAGLO,

Merci pour votre présence, votre soutien et vos prières

A ma tante Nicole ADISSO,

Merci pour votre amour et votre présence à mes cotés

A mon oncle Constantin ADISSO,

Merci pour vos conseils et encouragements

A la famille AHOGBEHOSSOU

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant ce parcours

A Madjer DEGBEY, Opportun TOSSA, Amen SINSIN

Voici enfin l'aboutissement de toutes ces nuits blanches. Recevez ce travail comme le vôtre. Brillante carrière à nous !

A mon groupe d'étude (Docteurs Etudiants)

Myrethe ADANZOUNNON, Hemeline ALLABI, Gloria FAGNON, Lauriane FAGNON, Férol GBENOU, Yasmine LALEYE, Charbel DATO, Diane HODONOU, Sylvio FALADE, Amen SINSIN, Gloria COTOMALE,

Chers collègues, chers frères et sœurs, merci pour la fraternité et la collaboration. Nous avons formé une bonne équipe qui aujourd'hui est devenue une famille. Puissiez-vous trouver dans ce travail le témoignage de mon affection et de mon estime. Que Dieu nous unisse davantage !

A mes camarades du groupe de stage interné

Yannick KIKI-MIGAN, Pacifique GBETCHEDJI, Olsen BATCHO, God Power NOBIME, Yasmine LALEYE, Mary-Ange BANKOLE, Ulrich PATINVOH, Sandry ADEBIAYE, Prince HOUNGBADJI, Adé LALOUPO,

Merci pour ces onze mois passés ensemble à soigner, travailler, rire, s'amuser. Belle carrière à nous !

A mes amies et sœurs,

Yasmine LALEYE, Hemeline ALLABI, Candide AFFOMASSE, Mary-Ange BANKOLE, Chérita SEHOUNKO, Merveille AHOUANDJINOU

De vraies amies, ça ne court pas les rues. Merci pour la fraternité durant toutes ses années. Je vous aime !

A mon ainé Dr Richnic GANSE,

Merci pour ta disponibilité et ton soutien depuis le début de cette aventure

A mon ami Charbel GBAGUIDI,

Merci pour ton soutien, tes conseils et tes prières

Aux coachs et MC confirmés de la Master Class 8^{ième} promotion,

Merci pour la fraternité et le soutien

A tous mes amis d'ici et d'ailleurs

Merci pour le soutien.

A tous mes enseignants du primaire et du secondaire

Merci pour la formation que vous m'aviez donnée.

A tout le personnel administratif de l'Institut National Médico- Sanitaire (INMeS)

Merci pour votre sympathie et votre soutien

Aux étudiants infirmiers et sages-femmes de l'Institut National Médico- Sanitaire (INMeS)

Sans votre précieuse contribution, ce travail n'aurait pu aboutir. Un grand merci à vous !

A tous ceux qui m'ont porté dans leurs prières

A toute la 42ème promotion de Médecine FSS Cotonou

Brillante carrière très chers collègues

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ma formation et à la réalisation de ce travail.

Merci !

HOMMAGES

A nos Chers Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Tout au long de mon parcours, vous m'avez appris le sens du devoir et de l'abnégation. Je veillerai, partout où je servirai, à vous valoriser en appliquant vos précieux enseignements Hommages respectueux !

A notre Maître et Directrice de thèse, le Professeur Christiane TSHABU AGUEMON

Cher Maître, votre simplicité, votre humilité, votre gentillesse, votre générosité et votre rigueur au travail et surtout votre amour du travail bien fait m'ont beaucoup marquée. En acceptant de diriger mon travail, vous me faites un grand honneur. J'ai eu le privilège de travailler sous votre direction et j'en suis honorée. Veuillez trouver en ces mots, le témoignage de ma grande admiration à votre égard.

Recevez chère maman mes hommages respectueux !

A mon co-directeur de thèse, le Docteur Elysée SOMASSE

Vous avez été tout au long de ce travail une véritable source de motivation. Merci pour votre constante disponibilité. Puisse cette thèse vous gratifier de ma reconnaissance et vous témoigner de mon admiration à votre égard. Que Dieu vous bénisse et vous comble au-delà de vos espérances !**A NOS JUGES,**

A notre Président du jury,

C'est une joie immense pour nous de vous avoir comme président de jury. Nous sommes très sensible à l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Votre rigueur scientifique, votre humilité et votre désir sans cesse renouvelé de transmettre votre savoir aux étudiants suscitent en nous beaucoup d'admiration et de respect. Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de présider ce jury. Merci, cher Maître ! Profondes déférences.

A nos honorables membres du jury

Chers Maîtres, nous sommes très honorée de vous savoir juges de ce travail. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande admiration et de l'estime que nous vous portons. Trouvez ici chers maîtres, le sentiment de toute notre reconnaissance.

Hommages respectueux !

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur.

Sigles et abréviations

µg	Microgramme
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AMPR	Acétate de Médroxyprogestérone Retard
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHU-MEL	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant, Lagune
CIC	Contraceptif Injectable Combiné
CIP	Contraceptif Injectables au Progestatif
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
COC	Contraceptif Oraux Combinés
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DIU-Cu	Dispositif Intra-Utérin au cuivre
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EE	Ethinylœstradiol
EN-NET	Enanthate de Noréthistérone
EP	Oestroprogestatif
FSH	Follicle Stimulating Hormone
GND	Grossesse non désirée
IC	Intervalle de confiance
IP	Indice de Pearl
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LH	Luteining Hormone
LNG	Lévonorgestrel
MCM	Méthode de Contraception Moderne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds ratio (rapport de côtes)
PC	Pilule Combinée
SD	Standard Deviation (Déviation standard)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIO	Sciences Infirmières et Obstétricales
SR	Santé de la Reproduction
SS	Santé Sexuelle
TVP/EP	Thrombose Veineuse Profonde/Embolie Pulmonaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des étudiants de l'INMES 56
Tableau 2: Réseau Social 57
Tableau 3: Connaissance sur la période de fécondité d'un cycle menstruel 59
Tableau 4 : Connaissance au sujet de la transmission et des moyens de protection contre les IST . 60
Tableau 5: Facteurs associés au niveau de connaissance sur les IST en analyse univariée 69
Tableau 6: Facteurs associés au niveau de connaissance sur les IST en analyse de régression logistique multiple 70
Tableau 7: Facteurs associés à l'âge idéal pour avoir un enfant 70
Tableau 8: Facteurs associés à l'âge pour le premier rapport sexuel 71
Tableau 9: Facteurs associés à une attitude positive sur la sexualité 72
Tableau 10: Facteurs influençant l'âge du premier rapport sexuel 73
Tableau 11: Analyse de régression linaire multiple de l'âge d'un 1er rapport sexuel 73
Tableau 12: Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne 74
Tableau 13:Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne dans une analyse de régression logistique multiple 75
Tableau 14: Facteurs associés à la contraception d'urgence 75
Tableau 15: Facteurs associés à une perception positive de la contraception 76
Tableau 16: Facteurs associés à l'utilisation d'une contraception par les personnes sexuellement actives 77
Tableau 17: Relation entre connaissance sur IST et contraception moderne et l'attitude relative à la contraception moderne 78
Tableau 18: relation entre les connaissances (sexualité et contraception moderne) et l'attitude relative à la sexualité 78
Tableau 19: Relation entre les connaissances (IST et contraception moderne) et l'utilisation actuelle d'une méthode moderne de contraception 79
Tableau 20: Relation entre attitude (relatives à la sexualité et la contraception moderne) et l'utilisation actuelle d'une méthode moderne de contraception 79

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude 5
Figure 2: Appareil reproducteur féminin 14
Figure 3 : Cycle menstruel 16
Figure 4: Appareil reproducteur masculin 18
Figure 5 : le préservatif féminin et son mode d'utilisation 23
Figure 6: le préservatif masculin 24
Figure 7: le diaphragme 26
Figure 8: la carpe cervicale 27
Figure 9: le DIU-Cu 29
Figure 10: Entrée principale de l'INMeS 47
Figure 11: Sources d'information sur la sexualité (N=83) 58
Figure 12: Répartition des étudiants selon les IST citées (N=83) 59
Figure 13: Opinion des étudiants par rapport à la sexualité (N=83) 61
Figure 14: Méthodes de contraception connues (N=83) 62
Figure 15: Méthodes naturelles connues (N=83) 63
Figure 16: Connaissance sur la contraception moderne (N=83) 64
Figure 17: Méthode modernes de contraception utilisées (N=27) 65
Figure 18: Raison de la non utilisation d'une méthode de contraception moderne (N=83) 66
Figure 19: Connaissance globale sur les IST (N=83) 67
Figure 20 : Niveau de connaissance globale sur la contraception moderne (N=83) 68

Sommaire

Introduction..... **4**

Généralités..... **10**

Cadre et méthodes..... **47**

Résultats..... **57**

Discussion..... **83**

Conclusions et suggestions..... **99**

Références..... **103**

Annexes..... **109**

Table des matières..... **133**

INTRODUCTION

Problématique

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 [1], le Bénin enregistre une forte mortalité maternelle, estimée à 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les grossesses chez les adolescentes, connues pour être plus à risque, sont assez fréquentes et contribuent à cette forte mortalité. En effet toujours selon l'EDS 2018, 20% des adolescentes ont déjà débuté la vie procréative. La plupart de ces grossesses sont non planifiées et posent le problème de l'éducation sexuelle et de l'utilisation encore faible des méthodes modernes de contraception. En effet, l'entrée dans la vie sexuelle active des jeunes est de plus en plus précoce [2]. Paradoxalement, trop peu de jeunes sont suffisamment préparés pour mener leur vie sexuelle en toute sécurité et de façon satisfaisante. Beaucoup de jeunes sont dans l'ignorance totale ou reçoivent des informations approximatives sur la sexualité. Le manque d'éducation sexuelle adéquate, les rumeurs à propos des contraceptifs sont parmi les principaux déterminants des grossesses des adolescentes en Afrique subsaharienne[3].

Le déficit d'information adéquate sur la santé sexuelle et reproductive ne permet en effet pas de jouir d'une bonne santé sexuelle et reproductive et favorise en dehors des grossesses précoces et non planifiées, des comportements sexuels inappropriés ayant des conséquences sociales, sanitaires et économiques néfastes. Ces grossesses non désirées aboutissent souvent à des interruptions clandestines. Selon les statistiques de l'OMS au niveau mondial, les complications imputables à l'avortement non médicalisé représentent 13% des décès maternels en 2008. Cette mortalité se situe presque entièrement dans les pays en développement.

L'Afrique représente la moitié de la mortalité imputable à l'avortement non médicalisé [4]. Au Bénin, l'avortement non médicalisé fait partie des principales causes de décès maternels avec un taux de létalité de 17% et ces avortements surviennent dans 81% des cas chez des jeunes de moins de 19 ans [5]. Au rang de ces complications, on dénombre, 31% de cas d'hémorragies, 26% de cas d'infections génitales, 16,4% de cas

d'anémie, 6,7% de cas d'état de choc, 3,7% de cas de perforations utérines et 8% de cas d'infertilité [6].

L'usage des méthodes modernes de contraception permettrait de réduire drastiquement ces conséquences désastreuses.

En 2018, la prévalence contraceptive était estimée au Bénin chez les femmes de 15-49 ans à 12% [1]. Des progrès ont été observés ces dix dernières années, permettant de passer d'une prévalence de 7,5% en 2012 à 12% en 2018. Néanmoins le niveau de couverture contraceptive est encore trop faible en référence aux pays de la sous-région[1] et par rapport aux engagements du Bénin consignés dans le partenariat de Ouagadougou qui étaient d'atteindre une prévalence de 22% en 2020 [7].

L'amélioration de l'utilisation de la contraception est un enjeu crucial de développement qui permettrait de réduire significativement la mortalité maternelle [8]. L'utilisation d'une contraception efficace pourrait en effet permettre d'éviter 90% de la mortalité liée à l'avortement et plus de 20% de la mortalité liée à l'obstétrique. [9] . Dansou et al (2019),[10]estimait que l'amélioration de l'utilisation de la contraception moderne de 8% à 34% entre 2015 et 2030 permettrait au Bénin d'éviter environ 200.000 décès d'enfants de moins de 5 ans et environ 10.000 décès maternels. Elle contribuerait aussi à faire baisser le nombre moyen d'enfants par femme de 5,7 à 3,5 et d'augmenter l'espérance de vie chez la femme de 5 ans.

Il est donc primordial de promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes ce qui leur permettra de vivre une sexualité épanouie et favorisera l'usage de la contraception.

Nous avons envisagé effectuer une étude quantitative de type CAP (Connaissance, attitude et pratiques), afin de collecter des informations sur les connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales, déterminer leurs attitudes (perceptions et croyances) et enfin évaluer leurs comportements en matière de sexualité et de contraception moderne.

[1] (Burkina Faso : 24,6 en 2016 ; Togo : 23,3% en 2017 ; Niger 15,6% en 2018 ; Côte d'Ivoire : 23% en 2018).

Le choix de cette cible des étudiants en sciences infirmières et obstétricales revêt une double importance : d'une part, il s'agit d'adolescents et jeunes dont les comportements actuels détermineront les comportements à l'âge adulte et d'autre part, il s'agit de futurs professionnels de la santé. Leur propre pratique actuelle et future de la sexualité et de la contraception influencera très certainement leur profil de prestations en services de santé sexuelle et reproductive.

Les résultats de l'étude devraient nous permettre d'identifier les besoins de renforcement de l'éducation sexuelle et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes de cette cible particulière.

1.1. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel ci-dessous (figure 1) montre les relations entre les différentes variables à mesurer et permet d'émettre les hypothèses de l'étude.

Selon ce cadre conceptuel qui se base sur les fondements théoriques des enquêtes CAP[11], les connaissances des étudiants relatives à la sexualité et à la contraception sont influencées par leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que par les facteurs éducationnels. Les connaissances influencent les attitudes qui sont également influencées par les facteurs socio-démographiques et éducationnels. Les attitudes des étudiants déterminent leurs pratiques personnelles en matière de sexualité et de contraception, lesquelles pratiques influenceront leurs prestations futures en santé sexuelle et reproductive en tant que professionnels de la santé. Enfin leurs prestations futures en matière d'offres de services de santé sexuelle et reproductive influenceront la santé sexuelle et reproductive de la population.

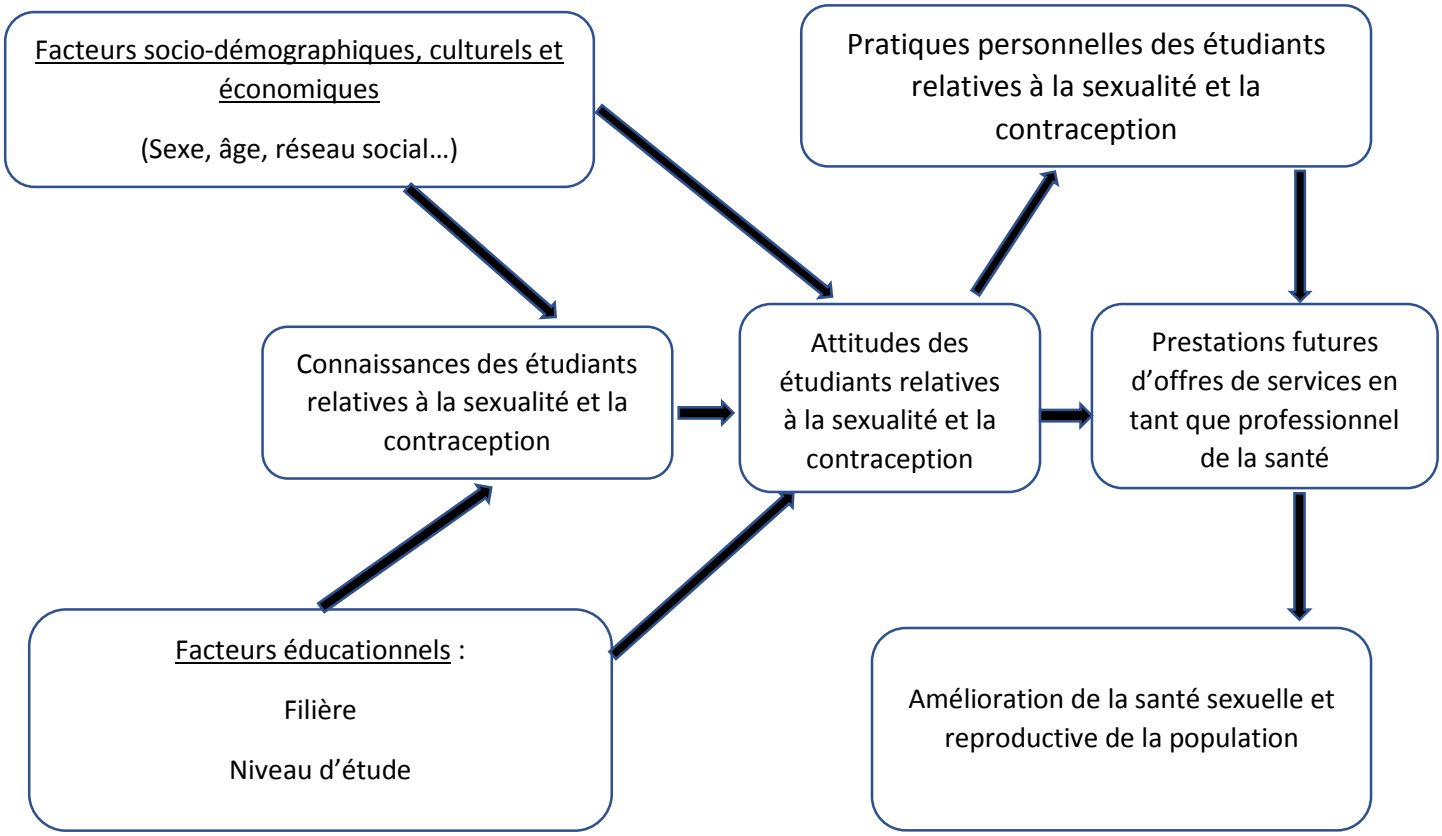


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude

1.2. Hypothèses :

Nous testerons les hypothèses suivantes :

- Les facteurs socio-économiques et éducationnels (filière d'étude en sciences de la santé, année d'étude en sciences de la santé) influencent le niveau de connaissances et les attitudes relatives à la sexualité et à la contraception moderne des étudiants
- Les connaissances et les attitudes des étudiants relatives à la sexualité et à la contraception moderne orientent leurs pratiques relatives à la sexualité et à la contraception moderne.

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif général

Etudier les connaissances, les attitudes et pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales de l'INMeS en matière de sexualité et de contraception.

1.3.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer les connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la sexualité et à la contraception.
- ✓ Déterminer les attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la sexualité et à la contraception moderne.
- ✓ Evaluer les pratiques relatives à sexualité et la contraception moderne chez les étudiants en sciences infirmières et obstétricales.
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent les connaissances, attitudes et pratiques relatives à la sexualité et la contraception moderne chez les étudiants en sciences infirmières et obstétricales.

1. GENERALITES

1.4. Définition de quelques concepts

- **Connaissance**

Les connaissances constituent un ensemble d'informations acquises sur une question donnée, ici les questions de sexualité et de contraception moderne. Elles permettent à l'individu de pouvoir séparer les informations exactes des fausses idées [11].

- **Attitude**

Les attitudes sont l'ensemble des perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations face à un phénomène. Il s'agit de la sexualité et de la contraception moderne dans notre cas. Les attitudes prennent en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption des bonnes pratiques. « L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités de promotion de la santé. Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques, et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne » [11].

- **Pratique**

Les pratiques représentent l'ensemble des habitudes et comportements d'un individu relatifs à un domaine précis. Elles constituent une résultante des connaissances et des attitudes [11].

- **Sexualité**

La sexualité est l'ensemble des phénomènes physiologiques, anatomiques et psychologiques qui se manifestent chez les êtres vivants en fonction des différents sexes [12]. La définition qu'en donne l'OMS est encore plus complète et plus complexe. En effet selon l'OMS, elle représente « un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie [qui] comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure

toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

Selon l'OMS, « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité, ellerequiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »[13]

Les étapes du développement de la sexualité [14]

On doit la description des stades libidinaux chez l'enfant à Freud. On distingue les stades prégénitaux comportant une phase orale, une phase anale et une phase phallique, le stade de latence et le stade génital.

- **Le stade oral :** La zone érogène dominante est la zone bucco-labiale. La satisfaction des besoins primaires de l'enfant dès la naissance passe principalement par la bouche. Le nourrisson, attaché au plaisir procuré par la tétée (plaisir de la succion et de la satiété), cherche, en dehors des temps consacrés au repas, à reproduire ce plaisir. C'est ainsi qu'il aime suçoter son pouce ou une tétine.
- **Le stade anal** : la seconde modalité d'organisation de la pulsion est centrée sur la zone anale. Vers 15 mois à deux ans, l'enfant apprend la propreté et exerce un contrôle sphinctérien. « L'enfant peut désormais décider du moment de l'acte de défécation et il devient capable de contrôler le plaisir d'expulser et de retenir
- **Le stade phallique :** L'évolution de l'enfant se poursuit. Du stade anal, il passe maintenant à la découverte de ses organes génitaux et de ceux de ses congénères, frères, sœurs, copains, mais aussi parents. Tout ce qui concerne la génitalité l'intrigue. C'est durant cette période qu'il découvre la masturbation.

C'est aussi à cet âge (entre 3 ans et 4 ans) que survient le complexe d'Œdipe : l'enfant rejette inconsciemment le parent du sexe opposé, pour tenter de séduire son père ou à l'inverse sa mère. C'est la période où l'enfant tente de se glisser dans le lit des parents, de capter l'attention du père ou de la mère.

Progressivement, face à l'échec de ce désir amoureux tourné vers le parent, l'enfant refoule son sentiment et accepte la situation en renonçant à épouser son parent. Ce renoncement lui permettra de connaître de « vraies» émotions amoureuses par la suite.

- **La période de latence** (entre six ans et la puberté) : l'enfant oublie les stades antérieurs et accepte la moralité.
- **Le stade génital** (après la puberté) : on note ici une résurgence des pulsions sexuelles sous des formes adultes qui deviennent plus intenses. L'adolescent dont le moi est encore immature, a des difficultés à les canaliser. Ces pulsions, d'abord auto-érotiques, fortement dominées par la masturbation entraînent l'adolescent vers la découverte de l'autre sexe pour la satisfaction de ses pulsions sexuelles. A ce moment, les relations sexuelles deviennent pour l'adolescent un besoin impérieux.

Contraception

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter »[15]

Quant à la contraception moderne, elle est définie comme étant l'utilisation d'un produit ou d'une procédure médicale qui interfère avec la reproduction par rapports sexuels[16]. Il s'agit d'un ensemble de procédés à caractère permanent ou non, destinés à prévenir la grossesse ou l'empêcher, de façon réversible, temporaire ou définitive.

1.5. Histoire de la contraception

Dans l'antiquité :

Depuis les temps les plus anciens, des procédés divers étaient utilisés dans un but anticonceptionnel.

Les récits romains et égyptiens témoignent de l'existence de pratiques contraceptives et abortives depuis l'antiquité [17]. La Gynécologie de Soranos d'Éphèse effectue d'ailleurs l'exposé médical le plus rationnel de l'antiquité en matière de contrôle des naissances [18]. On décrit en effet chez les égyptiens, des tampons de fibres qui se mettaient dans le vagin à titre anticonceptionnel et qui étaient constitués de mélanges d'épines d'acacia, de dattes et de miel [19]

Il était connu également dans l'antiquité différentes sortes de préservatifs, en vessie de chèvre (Grèce), en cuir ou en écailles de tortue (Asie). L'existence des préservatifs remonterait à 15 000 ans avant Jésus -Christ même s'il persiste une incertitude quant au but de leur utilisation comme contraceptif ou comme moyen de protection contre des parasites et les piqûres d'insectes[17]. La technique du retrait post-coïtal était aussi répandue dans les temps anciens notamment en pays islamiques.

XVIème au XVIIème siècle

De nouvelles méthodes contraceptives virent le jour entre le XVIème et le XVIIème siècle. Le 1er spermicide (eau bleue ou eau des savonniers) était de la lessive de potasse ou de soude utilisée par les femmes jusqu'au milieu du XX^{ième} siècle.

En 1564, Gabriel Fallope, anatomiste italien créa un fourreau d'étoffe légère (préservatif), fait sur mesure pour se protéger des maladies vénériennes en l'occurrence la syphilis (le mal français) qui sévissait à l'époque. Cela ne faisait donc que remettre au goût du jour le préservatif[17].

XVIIIème au XIXème siècle

Entre 1712 et 1715, a été développé en Europe un préservatif en boyau de mouton qui prendra le nom de condom. Mais Il a fallu la fin du XVII^{ème} siècle pour reconnaitre l'efficacité de ce préservatif contre les grossesses non désirées.

Au 19ème siècle, la méthode du retrait suivie d'une douche vaginale représentait la meilleure contraception dans les mentalités des femmes.

En 1838 aux Etats-Unis, Wilde créa le diaphragme et la même année le 1er préservatif en caoutchouc fut inventé après l'invention de la vulcanisation du caoutchouc par Goodyear®. Le 1er préservatif en latex ne verra le jour qu'en 1880 et il faudra attendre plusieurs années pour que son utilisation se répande.

Progressivement des structures et mouvements favorisant la contraception connurent le jour comme en Hollande avec la 1ère clinique de contrôle des naissances, créée en 1878.

En 1885, Walter Rendell, pharmacien anglais, conçut le premier ovule contraceptif à base de beurre de cacao et de quinine.

XIXème siècle à nos jours

Le XIXème siècle marqua un tournant décisif tant au niveau institutionnel, social, politique que scientifique pour un usage répandu de la contraception avec des mouvements féministes réclamant le droit pour la femme de disposer de son corps.

Au niveau scientifique, en 1920, les premiers stérilets apparaissaient, sous forme d'anneaux de soie chirurgicale, pour ensuite être en fer. En 1929, Ogino et Knauss déterminaient les périodes de fertilité et d'infertilité du cycle menstruel et en 1930, Knauss inventa la méthode des températures, permettant de repérer l'ovulation.

Au niveau social, les femmes se sont battues pour l'accès à la contraception. Les mouvements sociaux ont commencé en 1921 aux USA avec deux figures, celle de Margaret Sanger qui créa en 1921 l'*American Birth Control League*, précurseur du planning familial américain de 1942 et celle de Gregory Pincus, qui, grâce à de

remarquables expériences montrait le blocage de l'ovulation par des doses importantes de progestatif [20].

En France, en 1856, il y eut la création de « *la Maternité heureuse* » qui deviendra le *Mouvement Français pour le Planning Familial* en 1960, dans le but de légaliser les moyens anticonceptionnels. Des mouvements féministes et des figures telles que Simone Veil ont continué à se battre pour la libéralisation du droit à la contraception[21]. Dans la foulée, Lucien Neuwirth réussira après plusieurs tentatives infructueuses à faire adopter en 1967 un texte de loi autorisant la contraception et abrogeant la loi du 31 juillet 1920 qui « réprimait la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ».

Dans le même temps que le cadre politique et social évoluait en faveur de la contraception, des avancées scientifiques étaient observées au niveau des méthodes hormonales avec un élargissement des choix, une meilleure efficacité et tolérance. En 1995, la mise sur le marché du dispositif intra-utérin délivrant de petites doses de *lévonorgestrel* (développé initialement par le Population Council localisé à New York) a eu un impact important dans l'offre contraceptive.[22]

En 1974, en France, la loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 prévoit même la gratuité de la pilule pour les mineures dans les centres de planification et en 1975, la loi du 17 janvier 1975 autorisait enfin l'interruption volontaire de grossesse (IVG) jusqu'à 10 semaines de grossesse pour les femmes en situation de détresse.

Les conséquences de la généralisation de l'usage des méthodes contraceptives ont été la baisse de fécondité et de la mortalité. Mais cette transition démographique n'est pas encore une réalité à ce jour dans plusieurs pays en développement dont le Bénin.

Au Bénin

La Loi 1929 dans les pays francophones, interdisait toute propagande anticonceptionnelle et tout avortement. Depuis 1970 à nos jours, des efforts ont été faits pour l'amélioration de l'accès à la planification, surtout par la création de l'Agence Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF). La loi n°2003/4 du 03 mars 2003,

relative à la santé sexuelle et de la reproduction, consacre la liberté de choix en matière de contraception. Il persiste néanmoins l'usage de méthodes traditionnelles[23].

1.6. Rappels anatomiques et physiologiques du corps humain

1.6.1. Anatomie et physiologie de la femme

1.6.1.1. Les organes reproductifs chez la femme [24]

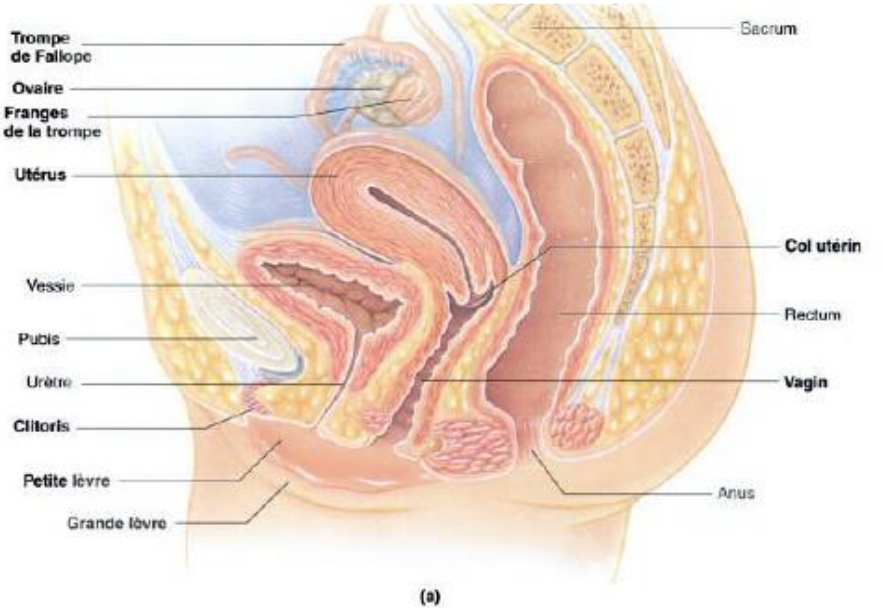


Figure 2: Appareil reproducteur féminin

a) Ovaires

Au nombre de deux, ils sont situés de part et d'autre du corps utérin dans la cavité pelvienne. Ils possèdent une fonction endocrinienne en sécrétant des hormones sexuelles et ce sont eux qui produisent les gamètes femelles : les ovules. L'ovaire comprend deux zones : un cortex composé de tissu conjonctif dense en cellules abritant les follicules ovariens et la zone médullaire riche en vaisseaux, qui est en continuité avec le hile de l'organe.

b) Trompes utérines

Ce sont deux conduits latéraux de 10-12 cm de long, situés entre l'utérus et les ovaires. Elles sont tapissées de cils permettant à l'ovule de remonter jusqu'à l'utérus. Elles sont divisées en quatre segments : le pavillon, l'ampoule, l'isthme et la portion interstitielle utérine. Sa paroi, est composée de quatre tuniques :

une muqueuse très plissée, une musculeuse, la sous-séreuse et la séreuse. C'est en général dans les trompes que se déroule la fécondation, c'est-à-dire la rencontre du spermatozoïde avec l'ovule.

c) Utérus

Il comprend deux parties : le corps et le col, reliés par l'isthme. Le corps utérin est la partie la plus volumineuse qui comprend une partie supérieure arrondie où s'insèrent les trompes et se termine par l'isthme qui fait la jonction entre le corps et le col de l'utérus. La paroi du corps utérin est composée de trois couches : une couche séreuse externe, appelée séreuse utérine ou parfois périmètre ; une couche de muscle, le myomètre et une couche muqueuse interne, l'endomètre. Le col utérin comprend également deux parties : l'endocol, qui démarre de l'isthme et qui se prolonge jusqu'à l'orifice s'ouvrant sur le vagin et l'exocol, qui se situe dans la partie supérieure du vagin. C'est aussi le lieu responsable de la sécrétion du mucus appelé la glaire cervicale. C'est cette dernière qui forme une barrière contre les spermatozoïdes et les agents infectieux. L'endomètre est l'endroit où se déroule la nidation après la fécondation et où l'embryon va se développer.

d) Vagin

C'est un conduit musculaire souple mesurant entre 7 et 12 cm de long et qui se situe entre la vessie (en avant) et le rectum (en arrière). C'est l'organe qui reçoit le pénis et le sperme lors des rapports sexuels. Ses parois minces et ses nombreux replis permettent, sous influence hormonale, son expansion lors de l'accouchement.

1.6.1.2. Le cycle féminin[25]

Les sécrétions de gonadotrophines et d'hormones ne sont pas simultanées et varient selon la période du cycle. La « Follicle-Stimulating Hormone » (FSH) permet au follicule de mûrir et de produire des œstrogènes. Lorsque le taux d'œstrogènes plasmatique est faible à modéré (début de cycle menstruel), ces derniers exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, prévenant ainsi tout pic de FSH ou de LH.

Lorsque le taux d'œstrogène plasmatique devient élevé (aux alentours du 12ème jour du cycle menstruel), l'inhibition de l'axe est levée et induit un pic de LH durant 24 à 48 heures. Cela déclenche l'ovulation au 14ème jour et stimule ensuite la lutéinisation des restes folliculaires pour former le corps jaune. Puis, les œstrogènes, la LH et la FSH voient leur concentration plasmatique régresser. Pendant ce temps, le corps jaune prend le relais et produit des hormones stéroïdes, œstrogènes et progestérone, inhibant à nouveau l'axe hypothalamo-hypophysaire, provoquant la chute des taux de gonadotrophines. Le cycle ovarien se découpe donc en trois phases :

- jour 1 à 10 : phase folliculaire
- jour 11 à 14 : phase ovulatoire
- jour 14 à 28 : phase lutéale

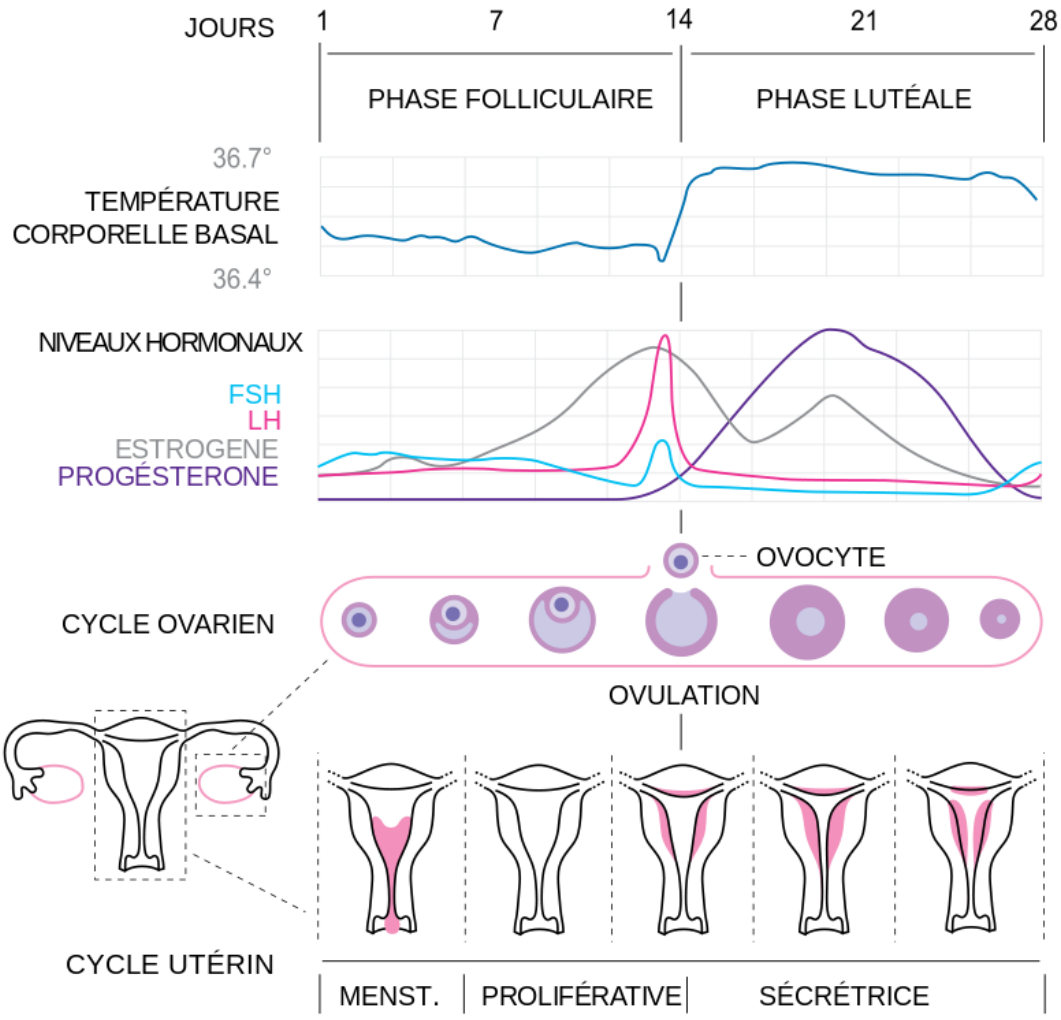


Figure 3 : Cycle menstruel

Le 1er jour des menstruations (règles) donne le point de départ d'un cycle. Théoriquement, l'ovulation a lieu au quatorzième jour. Un cycle féminin dure au total 28 à 32 jours. Après l'ovulation, l'endomètre qui correspond à la muqueuse de l'utérus et qui a proliféré pendant la phase folliculaire, s'épaissit davantage, se vascularise et développe de nombreuses glandes. L'objectif est de préparer l'utérus à la nidation. En cas d'absence de fécondation, l'endomètre se détache, dégénère et les capillaires collapsent. La femme observe alors un écoulement sanguin durant quelques jours, communément appelé « règles ».

1.6.2. Anatomie et physiologie de l'homme [26]

1.6.2.1. Les organes reproductifs chez l'homme

La participation de l'homme à la fonction de reproduction consiste en la production et l'émission de gamètes mobiles appelés spermatozoïdes. Cette production de spermatozoïdes, a lieu dans les tubes séminifères situés dans les testicules. Les glandes annexes (vésicules séminales, prostate) élaborent le liquide séminal. Ce dernier constitue avec les spermatozoïdes le sperme qui est canalisé dans l'urètre et par lequel se fait l'éjaculation (figure 4). Une éjaculation correspond à l'émission de 3 à 4 ml de sperme (contenant en moyenne 100 millions de spermatozoïdes par millilitre) par l'intermédiaire du pénis (organe de copulation de l'homme).

a) Les testicules

De forme ovoïdes et situés dans les bourses, ils sont entourés d'une membrane : la « tunique vaginale ». Chaque testicule est composé de 200 à 300 lobules testiculaires et chaque lobule comprend 1 à 4 tubes séminifères, lieu où se déroule la spermatogenèse. Entre les tubes séminifères se trouvent les cellules interstitielles (ou *cellule de Leydig*) sécrétrices d'hormones que l'on verra par la suite.

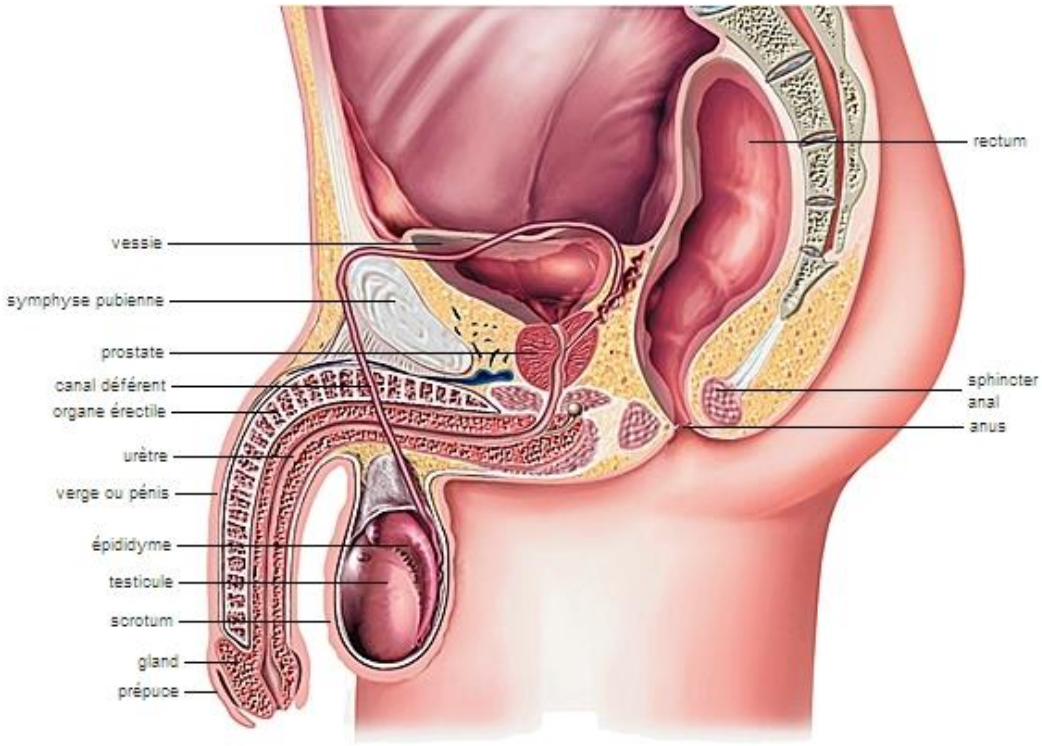


Figure 4: Appareil reproducteur masculin

b) L'épididyme

C'est un conduit pelotonné sur lui-même, accolé au testicule qui reçoit les spermatozoïdes produits et les dirige vers le canal déférent. Le trajet prend environ 3 semaines (déroulé l'épididyme ferait 6 - 7 mètres de long) et pendant ce temps, les spermatozoïdes terminent leur maturation afin d'acquérir le pouvoir de féconder et de mobilité.

c) Le canal déférent

C'est un tube de 45 cm qui remonte et transporte les spermatozoïdes depuis l'épididyme jusqu'à la prostate puis dans le canal éjaculateur.

d) Les vésicules séminales

Ce sont deux poches situées en arrière de la prostate et de la vessie et qui mesurent 5 à 7 cm de long. Elles sécrètent un liquide riche en fructose qui permet de nourrir les spermatozoïdes et sera l'un des constituants du mélange final formant le sperme.

e) La prostate

Logée sous la vessie, c'est une glande pesant de 15 à 20 g qui sécrète du liquide séminal à partir duquel le sperme est formé. Ce liquide favorise la mobilité des spermatozoïdes.

f) Les canaux éjaculateurs

Ils font suite à la jonction entre un canal déférent et la vésicule séminale. Ils ont pour rôle d'expulser le sperme dans l'urètre au moment de l'éjaculation**.**

g) Le pénis

Le pénis est composé d'une masse spongieuse dans laquelle se situe l'urètre, un conduit qui permet l'évacuation de l'urine lors de la miction et du sperme lors de l'éjaculation. Deux masses de tissu érectile dites « corps caverneux », sont couplées à une artère de calibre important qui s'engorge de sang durant l'érection et rend le pénis rigide. Ainsi, des contractions rythmiques des muscles périnéaux entraînent le sperme jusqu'à l'urètre, puis vers l'extérieur. À son extrémité distale, on retrouve le gland, également spongieux, élargi et de forme conique. Il est recouvert par un pli de peau appelé prépuce. À noter que c'est ce dernier qui est enlevé lors de la circoncision.

1.7. Qualité d'une bonne contraception

Une bonne méthode contraceptive doit avoir les caractéristiques suivantes : une bonne efficacité ; une bonne acceptabilité ; une bonne réversibilité et une bonne innocuité.[27,28]

1.7.1. Efficacité

C'est une caractéristique essentielle selon laquelle une méthode de contraception est capable, d'empêcher la survenue d'une grossesse. Il faut reconnaître qu'aucune méthode n'est efficace à 100%. L'indice de Pearl, créé en 1933 par le biologiste américain Raymond Pearl (1879-1940), permet de mesurer l'efficacité d'une méthode contraceptive. Il représente le nombre de grossesses observées pour cent femmes utilisant une méthode donnée, sur une période d'un an. Il se calcule en divisant le

nombre moyen de grossesses non planifiées par le nombre de mois d'utilisation de cette méthode de contraception et en multipliant le résultat par 1200. Classiquement, l'efficacité théorique est distinguée de l'efficacité pratique, qui prend en compte les erreurs comme l'oubli ou l'usage incorrect. Plus une méthode est efficace, plus l'indice de Pearl sera bas : un indice de Pearl compris entre 0 et 0,4% témoigne d'une excellente efficacité [17].

1.7.2. Acceptabilité

C'est la mesure dans laquelle un grand nombre d'utilisateurs accueillent la méthode sans obstacles psychologiques, socio-culturels ou religieux [27,28].

1.7.3. Réversibilité

C'est le retour à la fécondité normale après arrêt de la méthode. En effet, par définition, une méthode contraceptive non-réversible est appelée stérilisation [27,28].

1.7.4. Innocuité

La méthode contraceptive ne doit pas exposer la femme à des risques supérieurs au bénéfice attendu. Les incidents doivent être tolérables et peu fréquents. [27,28].

1.8. Les différentes méthodes contraceptives modernes

On distingue les méthodes locales et de barrière, les méthodes hormonales, les méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive et la contraception d'urgence [28].

1.8.1. Méthodes locales et de barrière

Les méthodes « barrières » ont le point commun d'agir localement pour empêcher la procréation. Il s'agit des méthodes chimiques (les spermicides) et des méthodes mécaniques (le préservatif, le diaphragme, la cape cervicale et du dispositif intra-utérin au cuivre)[27,28]

1.8.1.1. Méthodes chimiques

- **Les spermicides** [27,28]

Les spermicides, comme leur nom l'indique, ont pour but de détruire les spermatozoïdes ou bien de les immobiliser afin de les empêcher d'arriver à l'ovule. Ce sont le plus généralement des substances chimiques sous forme d'ovule, de tampon, de crème, de mousse, d'éponge imprégnée ou de gelée.

✓ **Utilisation**

Tout d'abord, on les utilisaient comme adjuvant obligatoire pour d'autres moyens de contraception comme les capes cervicales ou les diaphragmes vaginaux. Puis, avec la mise au point de spermicide puissant, ils peuvent désormais être utilisés seuls et assurer une contraception efficace. Les spermicides doivent être placés au fond du vagin avant chaque rapport sexuel et quelle que soit la période du cycle féminin. Il faut s'abstenir de tout lavage avec un savon pendant 6 à 8 heures après un rapport sexuel, car le savon désactive le principe actif. En cas de rapports multiples, il est recommandé de placer une deuxième dose ou un second ovule en supplément. En cas d'utilisation d'une éponge, il n'y a pas besoin de la remplacer. Immédiatement après un rapport, seule une douche externe à l'eau claire est autorisée. Ils peuvent être utilisés avec les préservatifs masculins et féminins, avec le diaphragme ou avec la cape cervicale.

✓ **Les avantages**

Les avantages sont leur disponibilité sans ordonnance et leur effet lubrifiant. Ils respectent la muqueuse vaginale et peuvent être placés plusieurs heures avant le rapport sexuel pour la crème et l'éponge.

✓ **Les inconvénients**

Les inconvénients sont l'efficacité pouvant être insuffisante s'ils sont utilisés seuls et la non-protection contre les IST.

✓ **Les effets indésirables**

Les principaux effets indésirables sont des irritations, voire des brûlures transitoires de la paroi vaginale, de la vulve et du pénis si leur utilisation est fréquente. Une augmentation de l'incidence d'infections des voies urinaires a été notifiée. Des cas d'allergies ont également été rapportés.

✓ **Les contre-indications**

Les contre-indications sont des mycoses vaginales ou des traitements locaux par voie vaginale, une IST, des infections urinaires à répétition et une plaie vaginale.

✓ **Efficacité**

Cette méthode de contraception peut être utilisée par toutes les femmes à l'exclusion de celles souffrant d'infections vaginales ou d'infections urinaires à répétition. L'innocuité des spermicides est totale, les incidents d'intolérance d'origine allergique restent exceptionnels, il n'y a pas de risque à les utiliser pendant l'allaitement. Les spermicides sont disponibles en pharmacie, sans ordonnance. Ils peuvent également servir de lubrifiant vaginal. Selon l'OMS, l'indice de Pearl lors d'une utilisation seule est de 18 en utilisation parfaite et de 29 en cas d'utilisation courante.

1.8.1.2. Méthodes mécaniques

- **Le préservatif**

➢ **Le préservatif féminin** [27,29]

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Il possède deux anneaux souples à chaque extrémité avec un côté ouvert et un côté fermé. L'anneau du côté de l'extrémité fermé permet le maintien au niveau du col de l'utérus tandis que l'anneau de l'extrémité ouverte reste à l'extérieur du vagin et permet l'introduction du pénis. Le préservatif féminin n'est pas réutilisable. Le plus souvent les utilisatrices de ce mode de contraception sont des femmes voulant être autonomes, ne désirant utiliser ni contraception hormonale, ni DIU et souhaitant se protéger vis-à-vis des IST.

Il doit être introduit dans le vagin avant le rapport. Il est à usage unique et n'existe que dans une seule taille.

✓ **Avantages**

L'utilisation de ce préservatif protège des infections sexuellement transmissibles, mais en cas d'utilisation imparfaite, il est nécessaire d'utiliser une contraception d'urgence. Ils peuvent être délivrés gratuitement dans les centres de planification familiale et dans certaines associations de lutte contre les IST.

✓ **Inconvénients**

Il peut être désagréable et nécessite un peu de pratique avant la 1ère utilisation.

✓ **Efficacité**

L'indice de Pearl est de 5 en utilisation parfaite et de 21 en utilisation courante. Son efficacité est moindre que celle du préservatif masculin[28]

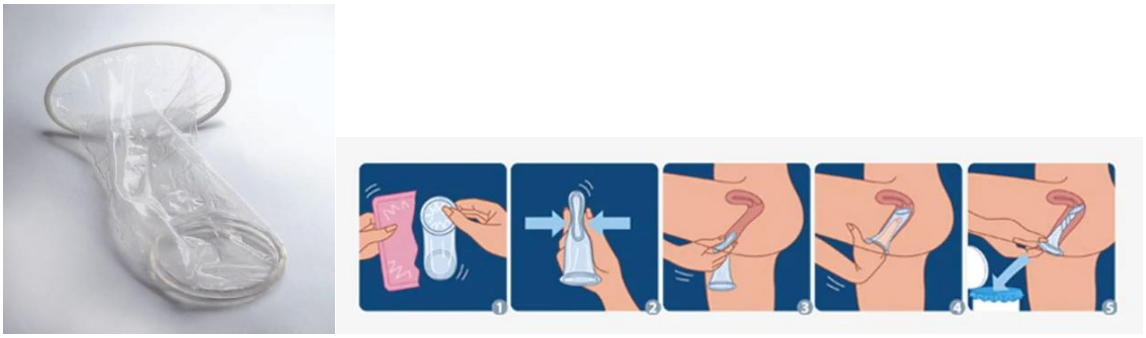


Figure 5 : le préservatif féminin et son mode d'utilisation

➢ **Le préservatif masculin** [17,27]

Le préservatif masculin est défini comme « une gaine en latex ou en polyuréthane (en cas d'allergie au latex) qui va retenir le sperme. Il est constitué d'une gaine cylindrique mince et flexible, fermée à une extrémité. Il en existe de nos jours de nombreux modèles, tailles, couleurs et parfum différents. Pour son utilisation adéquate, Il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et doit être enlevé avant la fin de l'érection. Il doit être utilisé quel que soit le moment du cycle féminin. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres méthodes contraceptives comme le spermicide. Les préservatifs sont à usage unique et peuvent être associés à un gel lubrifiant prévu à cet effet.

✓ **Avantages**

Ses avantages sont la prévention efficace des IST, sa simplicité d'utilisation, sa facilité d'accès (sans prescription) dans divers lieux comme les officines, les grandes surfaces, les centres de planification. De plus, l'homme devient acteur de la contraception, rôle qui a été longtemps géré exclusivement par la femme.

✓ **Inconvénients**

Le préservatif est parfois perçu comme pouvant diminuer le plaisir et l'élan sexuels. Il a aussi la contrainte de devoir être changé à chaque rapport

✓ **Efficacité**

Le préservatif est imperméable au sang, aux sécrétions vaginales et péniennes. Il empêche donc la fécondation, ainsi que la transmission d'IST entre les deux individus. Les normes de fabrication sont strictes, et une rupture en cours d'utilisation n'est pratiquement plus à craindre. Son indice de Pearl est de 2 en utilisation parfaite et de 15 en utilisation courante.



Figure 6: le préservatif masculin

- **Le diaphragme** [17,27]

Il est en forme de dôme avec une fine membrane étanche en silicone ou en latex, maintenue par un anneau souple. Il existe en plusieurs tailles pour s'adapter aux

dimensions du vagin (entre 50 à 90 mm). C'est le praticien lors d'un examen gynécologique qui doit déterminer la bonne dimension du diaphragme à utiliser. Il faut veiller à ce qu'il ne soit ni trop grand (le diaphragme risquant d'appuyer sur l'urètre, provoquer des dysuries et de ne pas tenir dans le vagin) ni trop petit (car cela laisserait trop d'espace et serait inefficace).

Le diaphragme est à poser au maximum 2 heures avant un rapport. La femme doit s'assurer de son bon positionnement après son introduction et doit l'enlever au minimum 6 heures après le dernier rapport et au maximum 24 heures après. Après l'emploi, il faut savonner le diaphragme à l'eau tiède ou froide, le sécher et le ranger minutieusement dans sa boîte. Enfin, il ne faut pas prendre de bain ou de douche dans les 8 heures suivant un rapport sexuel. Cette contraception est particulièrement adaptée aux femmes allaitantes, fumeuses, diabétiques ou ayant des contre-indications ou effets indésirables avec d'autres méthodes contraceptives**.**

- ✓ **Contre-indications**

Cette méthode est cependant contre-indiquée dans les six semaines suivant un accouchement, en cas de position inhabituelle de l'utérus, d'un prolapsus, lors des menstruations ou encore après certaines interventions chirurgicales portant sur le vagin.

- ✓ **Les effets indésirables**

Les effets indésirables peuvent être des infections urinaires ou vaginales, des irritations, des mauvaises odeurs ainsi que des réactions d'hypersensibilité. Il est obligatoire d'y associer un gel spermicide à déposer dans le creux du diaphragme avant son introduction dans le vagin pour une meilleure efficacité. À noter qu'il ne protège pas des IST.

✓ **Avantages**

Pour les femmes ne pouvant pas ou ne voulant pas utiliser une autre méthode contraceptive, le diaphragme a l'avantage d'être réutilisable et de pouvoir être placé un peu à l'avance**.**

✓ **Inconvénients**

Il est peut être encombrant.

La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné. Il ne protège pas contre les IST et le taux d'échec est élevé s'il est mal utilisé.

✓ **Efficacité**

L'indice de Pearl du diaphragme est de 6 en utilisation parfaite et de 16 en utilisation habituelle



Figure 7: le diaphragme

- **La cape cervicale** [17,27]

Il s'agit d'un obturateur, tout comme le diaphragme, à la différence près qu'il ne prend pas appui dans le vagin, mais doit s'adapter directement sur le col et y adhérer par effet de ventouse**.** Il en existe plusieurs tailles allant de 22 à 32 mm. Un spermicide doit également y être associé pour plus d'efficacité.

✓ **Avantages**

Pour les femmes ne pouvant pas ou ne voulant pas utiliser une autre méthode contraceptive, la cape cervicale a l'avantage d'être réutilisable et d'être placée un peu à l'avance**.**

✓ **Inconvénients**

Tout comme le diaphragme, la cape peut être perçue comme encombrante.

La mise en place nécessite également un apprentissage avec un médecin entraîné. Il ne protège pas non plus contre les IST et le taux d'échec est élevé en cas d'utilisation inappropriée.

✓ **Efficacité**

L'indice de Pearl de la cape cervicale pour une nullipare est de 9 en utilisation parfaite et 16 en utilisation courante.



Figure 8: la carpe cervicale

- **Dispositif intra-utérin au cuivre** [27,29]

Le dispositif intra-utérin au cuivre est un objet en plastique d'environ 3,5 centimètres ayant une forme en « T » et est entouré d'un fil de cuivre. Il est inséré via le vagin dans l'utérus pour y détruire les spermatozoïdes et ainsi prévenir toute fécondation dans la

trompe. Il provoque également une réaction inflammatoire de l'endomètre délétère pour la fécondation.

Il existe en 2 tailles différentes, un « *Short* » plus adapté pour les femmes nullipares et un « *Standard* » pour les multipares. L'insertion se fait en début de cycle (après les menstrues), après la mesure de la taille de l'utérus grâce à un hystéromètre, par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme

- ✓ **Avantages**

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

- ✓ **Inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains DIU, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples, risque de perforation utérine.

- ✓ **Contre - indications**

Le DIU est contre-indiqué dans les situations suivantes : infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine, malformations utérines importantes, maladies hémorragiques (sauf DIU au progestatif), certains fibromes, allergie au cuivre, cancer du col de l'utérus, de l'endomètre ou du sein, terrain immunodéprimé.

- ✓ **Efficacité**

Il constitue la méthode contraceptive temporaire la moins coûteuse, utilisée à long terme et sans contrainte quotidienne. L'indice de Pearl est de 0.6 en utilisation parfaite et de 0,8 en utilisation courante.

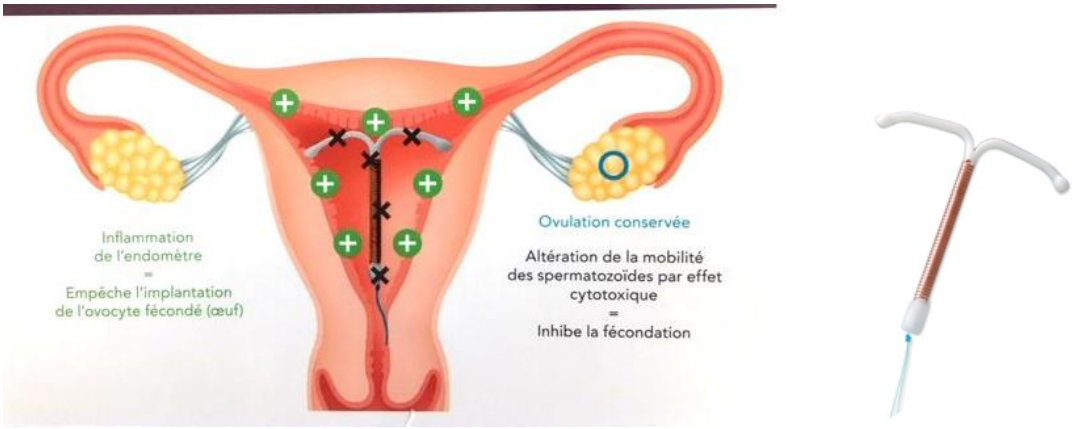


Figure 9: le DIU-Cu

1.8.2. Méthodes hormonales

Le principe de la contraception hormonale est d'inhiber l'ovulation à l'aide d'une association hormonale œstroprogestative ou progestative seule.

- **Mode d'action :**[27,28,30]

L'association œstrogène et progestérone exerce un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire : les sécrétions de FSH et de LH sont inhibées empêchant la croissance folliculaire et l'ovulation. On peut citer 3 actions qui se déroulent lors de la prise d'œstroprogestatifs :

- l'inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation
- la modification du mucus cervical c'est-à-dire la diminution de la sécrétion de la glaire cervicale et l'augmentation de sa viscosité empêchant le passage des spermatozoïdes dans le col utérin.
- la modification de l'endomètre (muqueuse utérine) qui devient impropre à la nidation.

Lors d'une prise quotidienne de progestatif seul, il y a également une inhibition de l'ovulation ainsi qu'une modification de la glaire cervicale qui devient plus visqueuse et donc non-favorable aux spermatozoïdes.

1.8.2.1. Les contraceptifs œstroprogestatifs [30]

❖ **La pilule œstroprogestative**

Elles sont appelées Pilules Combinées (PC) ou Contraceptifs Oraux Combinés (COC) : elles contiennent à la fois un progestatif et un estrogène.

On peut les classer en fonction du dosage en *Ethinylœstradiol* (EE) (normo ou minidosée), en fonction du type de progestatif utilisé (1ère, 2ème, 3ème ou 4ème génération) et en fonction du changement de composition au cours du cycle (mono, bi, triphasique ou séquentiel).

On distingue ainsi :

- **Selon la dose d'EE**
  - ✓ Pilule minidosée **:** entre 15 et 31 *ug*. Ex : Minidril®, Microgynon®
  - ✓ Pilule normodosée : 50 *ug* et plus. Ex : Stédiril®, Néogynon®
- **Selon la nature du progestatif**
  - ✓ **1ière** génération : contiennent comme progestatif *la noréthistérone*
  - ✓ **2ième** génération : contiennent comme progestatif du *lévonorgestrel* ou du *norgestrel*
  - ✓ **3ième** génération : contiennent comme progestatif du *désogestrel*, du *gestodèn*e ou du *norgestimate*
  - ✓ **4ième** génération : contiennent comme progestatif de la drospirénone, de la chlormadinone, du diénogest ou du nomégestrol
- **Selon la répartition des doses au cours du cycle** :
  - ✓ Monophasique : même dose sur 21 jours. Ex : Minidril®
  - ✓ Biphasique : à deux doses sur 21 jours. Ex : Adépal®
  - ✓ Triphasique : à trois doses sur 21 jours. Ex : Trinordiol®
  - ✓ Séquentielles : EE utilisé seul pendant 7 jours puis en association à un progestatif sur 14 jours**.**

✓ **Avantages :**

- Le COC est efficace immédiatement
- Elle a peu d'effets secondaires
- Elle diminue la quantité des règles et leur durée
- Diminue les crampes des menstrues
- Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens
- Prévient les grossesses extra utérines
- Méthode réversible
- Régularise le cycle

✓ **Inconvénients et précautions :**

- Ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA
- Diminue la production du lait maternel
- Doivent être pris tous les jours
- L'oubli augmente l'échec
- Peut avoir des effets secondaires tels que : nausée, vertiges, céphalées
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments : rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants…

✓ **Effets secondaires des COC :**

Les effets secondaires les plus fréquents des COC sont : les nausées, vertiges, sensibilité mammaire, céphalées, spotting, hypertension artérielle, aménorrhée, acné, retard dans le retour à la fécondité.

✓ **Indications des COC**

- Femmes en âge de procréer ;
- Mères allaitantes (6 mois post partum ou plus) ;
- Les femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 6 semaines après l'accouchement ;
- Femmes après avortement, femmes avec crampes menstruelles ;
- Femmes avec antécédents de grossesse extra utérine

✓ **Contre-indications**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

✓ **Efficacité**

L'indice de Pearl est de 0,3 en théorie et de 8 en utilisation courante, d'après l'OMS.

❖ **Contraceptifs injectables combinés (CIC)**

Les contraceptifs injectables combinés (CIC) contiennent un œstrogène à courte durée d'action et un progestatif à longue durée d'action. La préparation injectable est libérée lentement sur une période de 28 jours, à partir de l'emplacement de l'injection. Une seule injection est administrée chaque mois. Les deux préparations qui existent actuellement sont les suivantes :

• 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone et 5 mg de cypionate d'œstradiol (Cyclofem®, Cycloprovéra®, Lunelle® et Novafem®).

• 50 mg d'énanthate de noréthistérone et 5 mg de valérianate d'oestradiol (Mésigyna® et Norigynon®**).**

✓ **Mécanisme de l'action :**

Le mécanisme d'action est le même que pour les COC.

✓ **Indications**

Les CIC peuvent être prescrits à toute femme qui en fait la demande, en toute connaissance de cause, après avoir été conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication. Les CIC sont recommandés aux femmes qui :

- désirent une méthode de contraception extrêmement efficace.
- souhaitent éviter d'avoir à stocker des contraceptifs à domicile.
- ont du mal à s'astreindre aux contraintes de la prise de contraceptifs oraux.

✓ **Contre-indications**

Les CIC ne devraient pas être utilisés dans les circonstances suivantes :

- allaitement et avant la fin de la sixième semaine du post-partum.
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire actuelles ou dans le passé
- troubles cérébrovasculaires ou cardiopathie ischémique actuels ou dans le passé.
- valvulopathie cardiaque compliquée.
- hypertension avec pathologie vasculaire.
- migraine avec aura.
- cancer du sein présent dans les 5 dernières années.
- diabète avec complications vasculaires.

✓ **Effets secondaires**

Le premier cycle est généralement court, entre 10 et 20 jours, les saignements se produisant ensuite tous les mois. Durant les 3 premiers mois, 30 % des femmes font état de saignements irréguliers, mais la plupart des utilisatrices retrouvent des saignements réguliers au terme de la première année d'utilisation. L'aménorrhée est

rare. Parmi les autres effets secondaires mineurs éventuels, citons la prise de poids et de légères céphalées.

❖ **Autres formes galéniques de contraceptifs œstroprogestatifs**

➢ **Le patch contraceptif "Evra"**

✓ **Composition**

C'est un dispositif hormonal transdermique très mince, de 4,5 cm sur 4,5 cm contenant la norelgestromine et l'*Ethinylœstradiol*.

✓ **Mode d'action**

Il assure une bonne inhibition de l'activité folliculaire**.**

✓ **Mode d'emploi**

Il est appliqué sur peau propre, lisse, saine et sèche et changé selon un rythme hebdomadaire de 3 semaines sur 4. Les 4 sites possibles d'application sont le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

✓ **Efficacité**

Il est très efficace avec un indice de Pearl de 0,7 à condition d'être bien utilisé.

✓ **Avantages**

L'observance est meilleure qu'avec la pilule, avec une bonne tolérance et réversible dès l'arrêt. Il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

✓ **Inconvénient**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Il n'est pas recommandé chez les moins de 18 ans.

- **L'anneau vaginal "NUVARING"**

✓ **Composition**

Anneau souple de 54 mm de diamètre, il délivre à travers la paroi vaginale quotidiennement 15 µg d'*EE* et 120 µg d'*étonogestrel*.

✓ **Mode d'emploi**

L'anneau est mis en place dans le vagin le 1er jour du cycle pour une durée de 3 semaines sans interruption puis retiré, au terme de ces 21 jours, pendant une semaine. La remise en place de l'anneau se fait le même jour de la semaine suivant le retrait**.**

✓ **Avantages**

Son principal avantage est que le risque d'oubli est beaucoup plus faible que pour la pilule**.**

✓ **Mécanisme d'action**

L'anneau libère pendant trois semaines consécutives une dose quotidienne de 15 µg d'*Ethinylœstradiol* et de 120 µg d'*étonogestrel* (un progestatif de 3ème génération) et possède donc le même mode d'action que les pilules œstroprogestatives**.**

✓ **Contre-indications et inconvénients :**

Ses contre-indications et ses effets indésirables sont les mêmes que ceux des œstroprogestatifs oraux. En dehors de ses effets indésirables communs, il peut entraîner des effets locaux tels que : gêne lors des rapports sexuels (17%), sécheresse vaginale (4%) et érosions vaginales (2,5%).

✓ **Efficacité**

Selon l'OMS, l'indice de Pearl est de 0,3 en utilisation optimale et de 8 en utilisation courante.

1.8.2.2. Les contraceptifs hormonaux par progestatifs seuls [17,28]

❖ **La pilule progestative**

La propriété d'une pilule progestative se caractérise par son effet anti-gonadotrope, mais également par les modifications périphériques de l'appareil génital. Deux méthodes de contraception progestative orale existent :

- L'une se caractérisant par l'administration de faibles doses de progestatifs de façon continue : la pilule microprogestative.
- L'autre se caractérisant par l'administration de fortes doses de progestative de façon discontinue : la pilule macroprogestative.

➢ **Micro progestatifs ''micropilule''**

C'est un progestatif faiblement dosé. Il existe 2 types de micropilules progestatives actuellement prescrites :

- Microval® (30ug de *levonorgestrel*).
- Cerezette® (75ug *desogestrel* : progestatif de 3ème génération).

✓ **Mode d'action :**

Ils entraînent :

- Un épaississement de la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes
- Un amincissement de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation
- Une action anti gonadotrope en inhibant le pic pré-ovulatoire de LH (action constante au *desogestrel*).

✓ **Mode d'emploi**

La micropilule se prend tous les jours, à heure fixe, 28 jours sur 28, sans arrêt entre 2 plaquettes**.**

✓ **Efficacité**

Son efficacité est grande, avec un IP=0.5, toutefois elle dépend de la qualité de l'observance.

✓ **Avantages**

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser ce contraceptif, sans risque et efficacement, à n'importe quel âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans**.**

✓ **Effets secondaires et inconvénients**

Les plus fréquents sont : spotting, aménorrhée, augmentation du risque de GEU, sensation de jambes lourdes, ictère, irrégularité des menstrues qui constitue l'effet indésirable le plus fréquemment signalé.

✓ **Contre-indications**

Il s'agit des accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs, la cardiopathie ischémique, des accidents vasculaires cérébraux, des migraines avec aura à tout âge, des cancers du sein, des hépatites virales en évolution, des cirrhoses décompensées, des adénomes hépatiques et des hépatomes malins**.**

➢ **Les macroprogestatifs**

Il s'agit des progestatifs de synthèse à forte dose (comme le Lutényl®, le Lutéran® ou le Surgestone®).

✓ **Mécanisme d'action**

Ils ont une action anti gonadotrope qui assure un blocage de l'ovulation**.**

✓ **Mode d'emploi**

Ils sont administrés du 5ème au 25ème jour du cycle soit 20 jours sur 28**.**

✓ **Indication**

- Jeunes femmes nécessitant une action anti-oestrogénique forte dans le cas d'une pathologie mammaire bénigne (mastodynie, mastopathie fibrokystique) ou utérine (fibrose, hyperplasie endométriale, endométriose)
- Femmes en péri-ménopause (hyperoestrogénie relative)

✓ **Contre-indication**

Antécédent d'accident thrombo-embolique et d'altération grave de la fonction hépatique**.**

❖ **Les implants**

- **Implanon®**

Il est composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large contenant d'étonogestrel (métabolite actif du *desogestrel*).

- **Jadelle®**

C'est un implant constitué de deux bâtonnets en s*ilastic (silicone)* contenant du lévonorgestrel.

- **Norplant®**

Il est constitué de six capsules souples de *silastic* (silicone) contenant du lévonorgestrel.

✓ **Mode d'action**

Ils agissent en empêchant l'ovulation, en modifiant la glaire cervicale et en rendant la paroi interne de l'utérus impropre à la nidation.

✓ **Mode d'emploi**

Les implants sont insérés en sous-cutané au niveau de la face interne du bras non dominant au niveau du sillon entre le biceps et le triceps. Elle se fait sous anesthésie locale par le médecin ou la sage-femme.

✓ **Efficacité**

Ils sont très efficaces dès la pose avec une durée de protection de 3 ans pour l'*Implanon*, 5ans pour le *Jadelle* et 7 ans pour le *Norplant*. Les implants ont un IP de 0,05.

✓ **Avantages**

Il n'y a pas de problème d'observance, les implants sont bien tolérés et réversibles dès le retrait**.**

✓ **Inconvénients**

Il peut y avoir des troubles du cycle. Les implants laissent une petite cicatrice de 2 mm après le retrait**.**

✓ **Contre-indications**

Comme contre-indications, nous pouvons citer une thrombose évolutive, une affection hépatique sévère.

❖ **Contraceptifs injectables à base de progestatif seul**

Les contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP) se composent d'hormones stéroïdes synthétiques semblables à la progestérone, hormone féminine. Ils sont administrés par injection intramusculaire, ce qui entraîne une résorption lente vers le sang. Une seule injection suffit à assurer une contraception sûre et hautement efficace pendant 2 ou 3 mois. Les injectables aux progestatifs seuls les plus couramment utilisés sont :

- L'*acétate de médroxyprogestérone* retard (*AMPR*) : chaque dose de 1 ml contient 150 mg d'AMPR ; elle est administrée tous les trois mois.
- L'*énanthate de noréthistérone* (*EN-NET*) : chaque dose de 1 ml contient 200 mg d'*EN-NET* ; elle est administrée tous les deux mois.

✓ **Mécanisme de l'action contraceptive :**

Même mécanisme que tous les autres contraceptifs aux progestatifs seuls.

✓ **Indications**

Les contraceptifs injectables aux progestatifs seuls doivent être prescrits à toute femme qui en fait la demande en toute connaissance de cause, après avoir été dûment conseillée, et qui ne présente pas de contre-indication. Les CIP peuvent être spécifiquement recommandés aux femmes qui :

- Désirent une méthode contraceptive très efficace.
- Allaitent.
- Préfèrent éviter d'avoir à stocker leurs contraceptifs à domicile.
- Ont du mal à se souvenir de prendre les contraceptifs oraux.
- Ne doivent pas utiliser de contraceptifs contenant des œstrogènes.

✓ **Contre-indications**

Ne pas conseiller les CIP ni les fournir en présence des facteurs suivants :

- Cancer du sein.
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en cours (TVP/EP).
- Cardiopathie ischémique ou troubles cérébrovasculaires actuels ou dans le passé.
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Diabète sucré avec maladie vasculaire

✓ **Effets secondaires**

Aménorrhée, spotting ou métrorragie, saignement abondants ou prolongés, prise de poids.

❖ **Le dispositif intra utérin au lévonorgestrel**

✓ **Mode d'action**

Les DIU ont en commun une action inhibitrice sur la croissance de l'endomètre et entraînent un épaississement de la glaire cervicale. En plus de ces mécanismes, le DIU au *levonorgestrel* bloque l'ovulation.

✓ **Mode d'emploi**

Le DIU est posé par le médecin ou la sage-femme formée. Il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet et son retrait.

✓ **Efficacité**

Les stérilets sont très efficaces dès la pose avec une durée de protection de 3 à 5 ans selon le stérilet**.**

✓ **Avantages**

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait**.**

✓ **Inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certain DIU, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples**.**

✓ **Contre-indications**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine, les malformations utérines importantes, les fibromes.

1.8.3. Méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive [28]

Les méthodes chirurgicales étaient toujours considérées comme des méthodes de stérilisation donc irréversibles mais grâce à l'avancée de la microchirurgie, elles peuvent être de nos jours réversibles. Il s'agit de :

- **La ligature tubaire bilatérale** : c'est la ligature des trompes chez la femme.
- **La vasectomie** : c'est la ligature des canaux déférents chez l'homme empêchant les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique.

1.8.4. La Contraception d'urgence[17,28]

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel à risque de grossesse (sans contraception préalable). Elle peut faire appel au DIU au cuivre ou à la contraception d'urgence hormonale.

✓ **Mode d'action**

Elles agissent en perturbant l'ovulation, ils modifieraient l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse pas accueillir un éventuel œuf. Ils agissent également sur la fécondation.

✓ **Mode d'emploi**

Le *levonorgestrel* (Norlevo®) se prend dans cette indication de contraception d'urgence dans les 12 à 72 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse. Par contre l'*ulipristal acétate* et le DIU au cuivre peuvent être utilisés dans les 5 jours après la relation sexuelle à risque.

- ✓ **Efficacité**

L'efficacité du DIU-Cu est de 99 % s'il est inséré dans le délai imparti, celle du *Norlevo*® est de 84 % s'il est utilisé jusqu'à 72 heures après le rapport sexuel et de 63 % s'il est utilisé au-delà de 72 heures et l'*ulipristal* acétate a une efficacité de 97%.

- ✓ **Avantages**

La contraception d'urgence est efficace, sans contre-indication médicale sauf le DIU-Cu.

- ✓ **Inconvénients**

Il existe plusieurs inconvénients possibles à savoir : nausées, vomissements, douleurs abdominales basses, fatigue, céphalées, vertiges, tension mammaire, règles abondantes, diarrhées, métrorragies, retard de règles.

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude :

2.1.1. Bref aperçu sur la République du Bénin [31]

Le Bénin estun État del'Afriquedel'Ouest, qui couvre une superficie de 114 764 km^2 et s'étend sur une superficie de 700 km^4, du fleuve Niger au Nord à la côte Atlantique au Sud. Le Bénin comptait 10 741 458 habitants en 2016. Le pays fait partie de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et a comme voisins le Togo à l'Ouest, le Nigeria à l'Est, le Niger au Nord-Est et le Burkina Faso au Nord-Ouest. Sur le plan administratif, Porto-Novo est la capitale politique et Cotonou la capitale administrative et économique. La langue officielle est le Français et la monnaie est le franc CFA. Le Bénin est subdivisé en 12 départements, 77 communes, 528 arrondissements et compte 3420 villages ou quartiers de villes.

2.1.2. La ville de Cotonou

2.1.2.1. Situation géographique de Cotonou

La ville de Cotonou ou département du Littoral est une ville mégalopole, côtière cosmopolite. Elle est limitée à l'Ouest par la commune d'Abomey Calavi (département de l'Atlantique) , au Sud par l'océan Atlantique et au Nord par le lac Nokoué. A l'Est, la ville de Cotonou est bornée par la commune de Sèmè-Kpodji (dans le département de l'Ouémé). D'une superficie de 79km2, elle est composée de 13 arrondissements et de 140 quartiers de ville.

La ville de Cotonou, située au Sud du Bénin est traversée par une lagune qui la divise en deux entités géographiques distinctes. Le cœur de la ville est à 90 km de la frontière du Togo, à 40 Km de celle du Nigéria. De par sa situation, elle représente un pôle d'attraction des personnes de tous les horizons.

2.1.2.2. Données socio-démographiques de Cotonou

La population de la ville de Cotonou est de 679 012 habitants avec 325 872 hommes et 353 140 femmes. Son poids démographique est de 6,8% de la population du pays avec une densité de 8419 habitants/km2. Presque toutes les ethnies du pays se côtoient dans cette ville. Ce brassage ethnique est plus ou moins dominé par une ethnie

particulière : les *fons* et apparentés. Le département du Littoral est marqué du point de vue religieux par la religion catholique (57,8 % des habitants), l'islam (14,2%), le christianisme céleste (7,8%), les autres religions chrétiennes (4,4%).

2.1.2.3. Caractéristiques économiques

Etant la ville la plus importante du Benin et capitale économique du pays, Cotonou est le principal centre de décision politique et économique avec ses différentes infrastructures. En effet, Cotonou abrite l'unique port maritime du pays, la majorité des départements ministériels, l'un des plus grands marchés de l'Afrique de l'Ouest (Dantokpa) et l'essentiel des services administratifs. En dehors de quelques industries, les activités exercées dans la ville de Cotonou sont constituées essentiellement par le commerce qui est la principale source de revenu des ménages. Cette situation est favorisée par la présence du marché Dantokpa et la proximité du Nigéria**.**

2.1.2.4. Données sanitaires

La ville de Cotonou dispose de structures opérationnelles du secteur public de tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Sur le plan national, le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) est une structure de référence nationale où sont développées toutes les spécialités médicales et chirurgicales ainsi que les activités de recherche. Au niveau intermédiaire, nous avons le Centre Hospitalier et Universitaire de la mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) qui est une structure de référence départementale. Au niveau périphérique, il existe 4 zones sanitaires urbaines.

2.1.2.5. Cadre d'étude proprement dit [32]

Notre étude a eu pour cadre l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) de Cotonou.



Figure 10: Entrée principale de l'INMeS

L'INMeS est un établissement de formation et de recherche en soins infirmiers et obstétricaux. Il est placé sous la tutelle de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) et est situé à Cotonou, au quartier *Ahouanlèko*, il est limité au Nord et à l'Est par le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM), au Sud par l'Avenue Pape Jean Paul II et à l'Ouest par le Ministère de la Décentralisation.

Il comprend deux écoles à savoir l'Ecole Supérieure des Infirmiers Infirmières d'Etat et l'Ecole Supérieure des Sages-Femmes d'Etat.

L'INMeS offre des formations en licence accréditées par le CAMES. Il met sur le marché de l'emploi chaque année plus d'une centaine de professionnels de santé titulaires d'une licence en Science Infirmière et Obstétricale (SIO) Option Infirmier et Sage-femme. L'ouverture officielle d'un cycle Master en SIO a été effective à l'INMeS le 13 décembre 2014 avec quatre filières :

- Santé Mentale
- Gynécologie-Obstétrique
- Pédiatrie et Puériculture
- Anesthésie et Réanimation

2.2. Méthodes d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique dont la collecte des données s'est étendue sur une période de deux mois allant du 02 novembre au 30 décembre 2020.

2.2.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée des étudiants inscrits en 2ème et 3ème année de licences en sciences infirmières et obstétricales au titre de l'année académique 2020-2021.

2.2.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Etudiant inscrit en 2ème et 3ème année de Licences en sciences infirmières ou obstétricales à l'INMeS au titre de l'année académique 2020-2021.
- Accepter de prendre part à l'enquête après avoir lu la note d'information et donner son consentement éclairé.

2.2.2.2. Critères d'exclusion

- Etudiants en année de master, en raison de l'âge en général plus élevé et de l'expérience professionnelle

Les étudiants de 1ère année de Licence n'ont pas été inclus car leur rentrée académique n'avait pas débuté au moment de la collecte des données.

2.2.3. Échantillonnage

2.2.3.1. Taille de l'échantillon

La population d'étude étant « finie », nous avons utilisé la formule *de Swartz avec l'application d'un facteur de correction* [33] permettant de déterminer la taille d'échantillon pour l'estimation d'une proportion dans une population finie.

$\boldsymbol{n = \frac{NZ^2P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2P(1-P)}}$, où d est la précision absolue (5%), N la taille de la population des étudiants inscrits en deuxième et troisième année de licence en sciences infirmières et obstétricales à l'INMeS pour l'année académique 2020-2021 : N=179. Z est la valeur de

la normale centrée réduite pour un niveau de confiance de 95% soit 1,96. P est la proportion de référence du phénomène évalué (ici la prévalence contraceptive). Selon la 5ème enquête démographique et de santé réalisée au Bénin de novembre 2017 à février 2018 au Bénin, la prévalence contraceptive parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) était de 12%[1].

La taille d'échantillon calculée était de 86 étudiants pour être représentative des étudiants inscrits en 2ème et 3ème année de Licence à l'INMeS.

2.2.3.2. Technique d'échantillonnage

Tous les étudiants de deuxième et troisième année de Licence en sciences infirmières et obstétricales ont été contactées et sollicitées pour participation. Le lien pour participation a été diffusé sur les forums Whatsapp de chaque année d'étude dans les deux filières. Les étudiants ont participé à l'enquête sur mode volontaire.

2.2.4. Opérationnalisation des variables

2.2.4.1. Les variables dépendantes

Evaluation des connaissances

Pour évaluer la connaissance approfondie des étudiants sur les IST et la contraception, nous avons procédé au calcul de score intégrant différentes variables :

- Le niveau global de connaissance sur les IST

  Il a été déterminé avec un score de connaissance globale sur les IST, calculé en attribuant la côte de 1 pour chaque IST correctement citée (Gonococcie, VIH, Syphilis, trichomonase, chancre mou), 1 point pour le rejet de la candidose comme IST, 1 point pour le rejet de chaque fausse idée à savoir que « la transmission des IST se passe uniquement avec les travailleuses de sexe », « il est possible de guérir du VIH/SIDA », « la pilule contraceptive protège des IST » « le préservatif n'est pas efficace contre les IST ». Le score maximal de 10 a été catégorisé en faible (0 à 4), moyen (5 à 7) et bon (8 à 10).
- Le niveau global de connaissance sur la contraception moderne.

Il a été déterminé avec un score de connaissance globale de la contraception moderne, calculé en attribuant une côte de 1 pour chaque item correct des composantes suivantes :

- le rôle de la contraception moderne : 1 point pour chaque réponse correcte concernant les affirmations suivantes : « Rend stérile », « Permet d'espacer les naissances » , « permet de choisir le moment de tomber enceinte », « Limite le désir sexuel »
- la connaissance des différentes méthodes moderne : 1 point pour chaque méthode moderne citée : préservatif, diaphragme, spermicide, pilule contraceptive, contraceptif injectable, DIU/stérilet, implant, stérilisation
- la connaissance des avantages de la contraception moderne : 1 point pour chaque avantage reconnu : « Evite les grossesses non désirées », « Permet à la jeune fille de terminer ses études », « Permet le contrôle de la croissance démographique »
- la connaissance des inconvénients de la contraception moderne : 1 point pour chaque inconvénient reconnu : « Saignement », « prise de poids », « baisse de la libido ».

Le score minimal possible était de 0 et le maximum possible de 17. Le score a été catégorisé en trois : 0 à 5 (faible niveau de connaissance), 6 à 10 (niveau moyen de connaissance) et 11 à 17 (bon niveau de connaissance).

Evaluation des attitudes

- Attitudes des étudiants vis-à-vis de la sexualité

  Un score « attitude relative à la sexualité » a été créé en sommant les côtes attribuées à différentes variables relatives à l'attitude concernant la sexualité. Une côte de 1 a été attribuée pour chaque réponse adéquate à savoir : « tolérer un rapport sexuel avant le mariage », « Être Prêt à utiliser le préservatif même si partenaire opposé », « être d'accord qu'une

grossesse n'induise pas systématiquement l'arrêt des études », « ne pas accepter l'avortement provoqué ».

Le score maximal de 4 a été catégorisé en deux : Attitude négative (0 à 2), attitude positive (3 à 4).

- Attitudes des étudiants (positive ou négative) relatives à la contraception moderne.

  L'attitude relative à la contraception moderne a été évaluée en demandant aux étudiants s'ils avaient une opinion positive ou négative de la contraception moderne.

Evaluation de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception

- Utilisation d'une méthode de contraception moderne : l'étudiant est considéré comme utilisateur d'une méthode moderne de contraception, dès lors qu'il déclare en utiliser une au moment de l'enquête (sur les 30 derniers jours).

Autres variables dépendantes

- Age perçu pour avoir un 1er rapport sexuel
- Age perçu pour avoir un enfant
- Age au 1er rapport sexuel

2.2.4.2. Les variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient :

- Filière d'étude (soins infirmiers ou obstétricaux)
- Année d'étude (2ème ou 3ème année de licence)
- Sexe (masculin ou féminin)
- Tranche d'Age : (moins de 20 ans et 20 ans et plus) suivant la classification de l'OMS des adolescents et des jeunes[34].
- Religion : catégorisée en deux groupes à savoir les catholiques et protestants d'une part et les autres d'autre part
- Accès à internet : (tout le temps ou parfois)
- Utilisation d'un réseau social numérique (utilise un réseau social ou non)

2.2.5. Collecte des données

2.2.5.1. Phase de pré-test

Nous avons élaboré un questionnaire qui a été testé sur 20 étudiants pris au hasard au sein de l'Ecole nationale d'Economie, d'Administration et de Management (ENEAM) sise à Cotonou. Ceci nous a permis de corriger et d'adapter le questionnaire de l'enquête.

2.2.5.2. Phase de collecte

Nous avons créé dans un premier temps une fiche d'enquête en format word. Elle a servi de base à la création du questionnaire digitalisé sur l'application *KoboCollect® (application open source Collect de getODK qui est utilisé pour la collecte de données primaires dans les situations d'urgence humanitaire et dans d'autres environnements de terrain difficiles)* Les étudiants sollicités via WhatsApp (application mobile multiplateforme qui fournit un système de messagerie instantanée chiffrée de bout en bout aussi bien via les réseaux de téléphonie mobiles que par Internet) accédaient à un lien leur permettant d'ouvrir et d'auto-remplir le questionnaire après avoir donné leur consentement en début de questionnaire. Le consentement a été précédé de la lecture de la lettre d'information envoyée avec le lien du questionnaire. Les réponses anonymes parviennent automatiquement dans une base de données accessible au statisticien.

Cette modalité d'enquête en ligne a été choisie pour donner le temps à chaque étudiant de remplir sereinement et de manière confidentielle le questionnaire mais constituait également une excellente manière de limiter les contacts interhumains durant la période de COVID 19.

En outre les données ont été automatiquement enregistrées ce qui permettait d'éviter l'étape d'encodage des réponses et de gagner du temps, tout en évitant les erreurs de transcription.

2.2.6. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été exportées vers une base de données Excel pour analyse au moyen du logiciel SPSS version 27 après épuration de la base de données.

L'analyse des données a été effectuée en deux (02) phases :

- Une phase descriptive qui a consisté à décrire la valeur de chaque variable collectée. Les variables catégorielles ont été présentées en pourcentage et les variables quantitatives ont été synthétisées par la moyenne (déviation standard) ou la médiane (intervalle interquartile) en fonction de la normalité de la distribution des variables.
- Une phase analytique qui a consisté à rechercher l'association entre chaque variable dépendante et les variables indépendantes collectées. L'Odds ratio (OR) accompagné de son intervalle de confiance à 95% a été utilisé comme mesure de la force de l'association. La catégorie de référence pour l'OR a été celle ayant le moins d'événements. Pour la comparaison des proportions, nous avons utilisé le test chi carré de Pearson ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

  Pour ce qui est des comparaisons entre variables quantitative et catégorielle, le *test de Student* pour échantillons indépendants a été utilisé. Une analyse de régression linéaire multiple ou de régression logistique multiple a été appliquée pour les variables significatives en analyse univariée à un niveau de p valeur 0,10. Dans ce cas pour ce qui est de la régression logistique, les OR ajustés ont été présentés avec leur intervalle de confiance à 95%.

Les analyses d'associations ont été réalisées au seuil de signification statistique de 5%.

2.2.7. Aspects éthiques

Avant le début de l'enquête, une autorisation des Responsables de l'INMeS a été demandée et obtenue. L'étude a été soumise au comité local d'éthique pour la recherche biomédicale de l'Université de Parakou qui l'a approuvée sous le numéro 0327/CLERB-UP/P/SP/R/SA. Nous avons expliqué aux étudiants les principes et objectifs de l'étude, les garanties de confidentialité afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé avant participation. Les étudiants avant le remplissage du questionnaire en ligne, étaient amenés à donner leur consentement en ligne. Ce consentement a été précédé de la transmission d'une lettre d'information aux participants. Les données

identifiantes des étudiants n'ont pas été collectées et la présentation des données ne permettait pas de les identifier individuellement.

3. RESULTATS

Au total, 85 étudiants s'étaient prêtés au questionnaire mais deux (2) d'entre eux n'avaient pas donné leur consentement.

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des étudiants de l'INMES enquêtés

	Effectif (N=83)	Pourcentage %
Filière		
Soins Infirmiers	51	61,4
Soins obstétricaux	32	38,6
Année d'étude		
Deuxième	26	31,3
Troisième	57	68,7
Sexe		
Féminin	59	71,1
Masculin	24	28,9
Age (années): Moy±SD*		20,4±1,8
17-19 ans	24	28,9
20-25 ans	59	71,1
Nationalité		
Béninoise	81	97,6
Étrangère	2	2,4
Religion		
Catholique	44	53,0
Protestante	9	10,8
Autres	30	36,2
Situation matrimoniale		
Célibataire	75	90,4
En couple/fiancés	8	9,6

**SD : Standard Deviation*

Les étudiants en « soins infirmiers » et les étudiants en troisième année étaient majoritaires dans l'échantillon avec plus ou moins deux tiers de l'effectif. L'échantillon était à prédominance féminine avec 7 étudiants sur 10 du genre féminin. L'âge moyen était de 20,4 ans et 71% des étudiants avaient 20 ans ou plus.

Tableau 2: Réseau Social

	N=83	%
Accès à l'internet		
Parfois	24	28,9
Tout le temps	59	71,1
Est membre d'un réseau social		
Oui	60	72,3
Non	23	27,7

La grande majorité des étudiants (70%) avaient accès régulièrement à l'internet et un pourcentage similaire (72%) était membre utilisateur d'un réseau social numérique.

3.2. Description de la sexualité au sein des étudiants de l'INMeS

3.2.1. Informations et connaissances en matière de sexualité

3.2.1.1. Sources d'information sur la sexualité

Tous les étudiants (100%) avaient déjà reçu des informations sur la sexualité. Les sources d'informations étaient variées comme l'indique la figure 11. Les 3 principales sources d'informations sur la sexualité étaient les enseignants (71%), les amis (58%) et internet (54%). Seul un tiers des étudiants avaient été informés sur la sexualité par leurs parents.

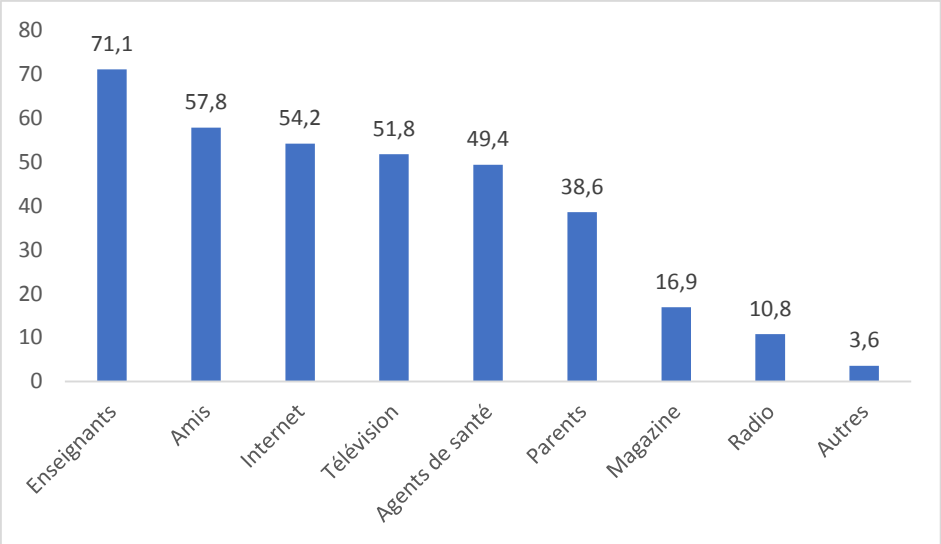


Figure 11: Sources d'information sur la sexualité (N=83)

3.2.1.2. Informations sur la sexualité par les éducateurs

Un étudiant sur 4 (24,1%) avait été informé sur la sexualité pour la première fois au cours primaire et la majorité au cours secondaire (75,9%).

On observe avec la figure 11 que seuls 38,6% des étudiants avaient reçu des informations sur la sexualité auprès de leurs parents. Cependant, la quasi-totalité (91,6%) des étudiants étaient d'avis que la sexualité ne devrait pas être un sujet tabou avec les parents.

3.2.1.3. Connaissance sur la période de fécondité d'un cycle menstruel

Environ 10% des étudiants ignoraient la période de fécondité en fonction du cycle (tableau 3). Un pourcentage similaire ignorait l'existence de période non féconde au cours du cycle menstruel. Six (6) pourcent des étudiants ignoraient que le premier rapport sexuel pouvait être fécondant.

Tableau 3: Connaissance sur la période de fécondité d'un cycle menstruel

	N	%
En fonction du cycle menstruel	83	
Ignore	6	7,2
Fin de cycle	1	1,2
Milieu de cycle	76	91,6
Risque de grossesse au 1er rapport sexuel	83	
Ignore	2	2,4
Non	3	3,6
Oui	78	94
Risque de grossesse à tout moment du cycle menstruel	83	
Ignore	1	1,2
Non	76	91,6
Oui	6	7,2

3.2.1.4. Connaissance des différentes Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

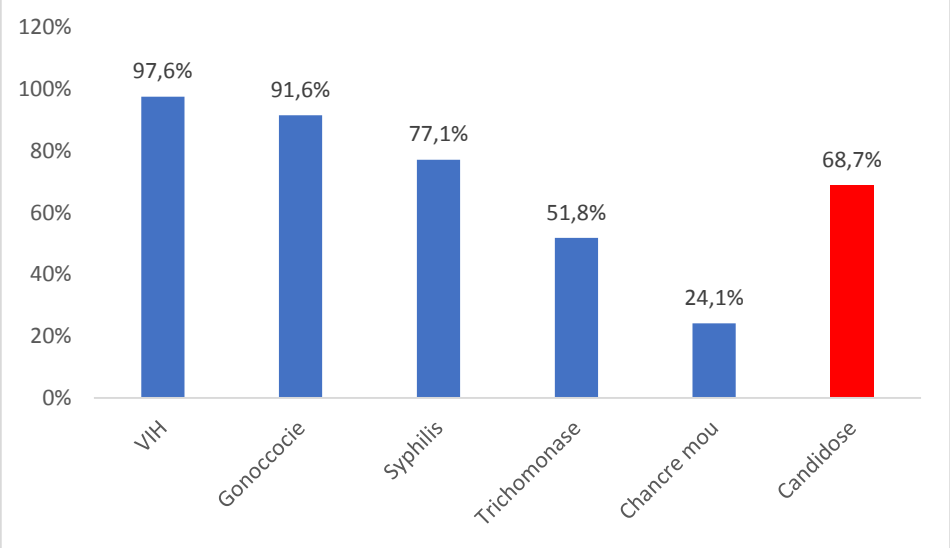


Figure 12: Répartition des étudiants selon les IST citées (N=83)

Le VIH/SIDA et la gonococcie étaient les IST les plus connues et citées par la plupart des étudiants (97,6% et 91,6% respectivement). La syphilis était citée par 3 étudiants sur

4, la trichomonase par seulement la moitié et le chancre mou, moins connu, cité par un étudiant sur 4. Deux tiers des étudiants citaient à tort la candidose comme une IST.

Le tableau 4 montre que concernant la transmission des IST, 3,6% des étudiants avaient des idées fausses selon lesquelles, la transmission des IST ne se produit qu'au cours de rapports sexuels avec des travailleuses de sexe et plus d'un étudiant sur 10 (13,2%) n'avaient pas rejeté l'idée que l'on puisse guérir du SIDA. Un étudiant sur 10 pensait que le préservatif n'est pas efficace contre les IST et 7% pensaient à tort que la pilule contraceptive pourrait protéger contre les IST.

Tableau 4 : Connaissance au sujet de la transmission et des moyens de protection contre les IST

	N=83	%
Transmission uniquement par rapport avec les travailleuses du sexe	**83**	
Ignore	1	1,2
Non	79	95,2
Oui	3	3,6
Possible de guérir du SIDA	**83**	
Ignore	8	9,6
Non	72	86,7
Oui	3	3,6
Protection contre les IST avec la pilule contraceptive	**83**	
Ignore	1	1,2
Non	76	91,6
Oui	6	7,2
Efficacité du préservatif contre les IST		
Ignore	4	4,8
Oui	71	85,5
Non	8	9,6

3.2.2. Attitudes relatives à la sexualité

3.2.2.1. Age idéal perçu pour avoir des enfants

L'âge idéal (moyenne± déviation standard) pour avoir un enfant selon les étudiants, était de 23,8±2,1 ans avec un âge idéal minimal de 18 ans et un maximum de 29 ans.

3.2.2.2. Age idéal perçu pour tenir un premier rapport sexuel

L'âge moyen idéal (moyenne± déviation standard) perçu pour tenir le 1er rapport selon les étudiants était de 19,3±2,3 ans avec un âge idéal minimal de 15 ans et un maximum de 25 ans.

3.2.2.3. Opinion relative à la sexualité

La figure 13 montre la répartition des étudiants selon leur opinion sur la sexualité. On peut observer que l'attitude la plus favorable était celle d'accepter que la grossesse d'une étudiante n'induise pas l'arrêt de ses études. Trois (3) étudiants sur 4 (74,7%) étaient favorables à l'utilisation du préservatif même contre l'avis de leur partenaire et deux tiers n'approuvaient pas l'avortement provoqué. Seuls 4 étudiants sur 10 toléraient un rapport sexuel avant le mariage, la majorité étant donc conservatrice et auto-restrictive.

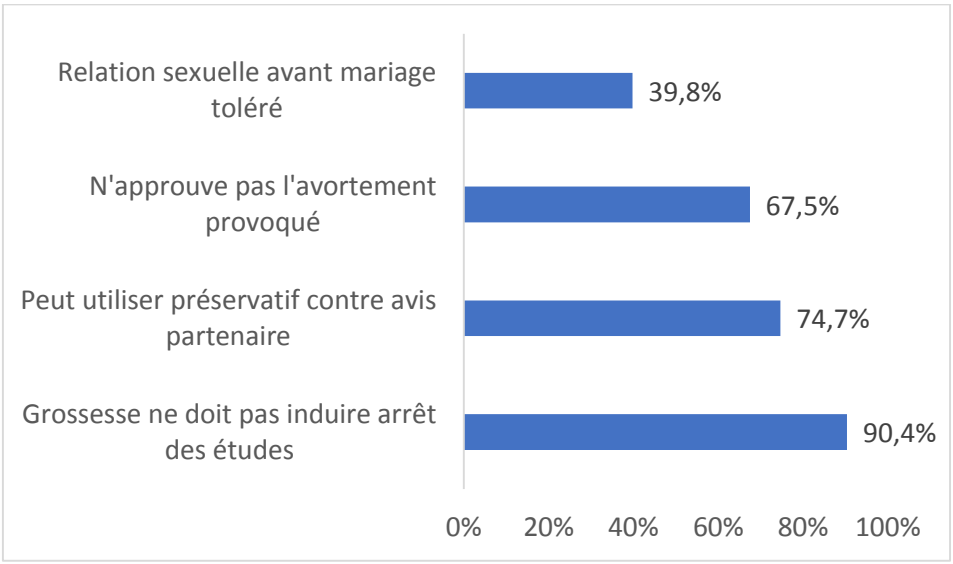


Figure 13: Opinion des étudiants par rapport à la sexualité (N=83)

3.2.3. Pratiques relatives à la sexualité

3.2.3.1. Expérience du premier rapport sexuel

Près de la moitié des étudiants **(47%)** avaient déjà eu un rapport sexuel et pour tous, il s'agissait d'une expérience hétérosexuelle.

L'âge moyen (moyenne ± SD) au 1er rapport sexuel était de **18,7±2,1 ans** avec un intervalle de confiance à 95% de **18 à 19,3 ans**.

3.2.3.2. Rapports sexuels occasionnels.

Un peu moins d'un tiers (28,2%) des étudiants sexuellement actifs ont déclaré tenir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels non réguliers. Parmi ceux-ci, deux tiers (63,6%) ont déclaré utiliser un préservatif.

3.3. Description de la contraception chez les étudiants de l'INMeS

3.3.1. Connaissances relatives à la contraception

3.3.1.1. Connaissance des méthodes modernes de contraception

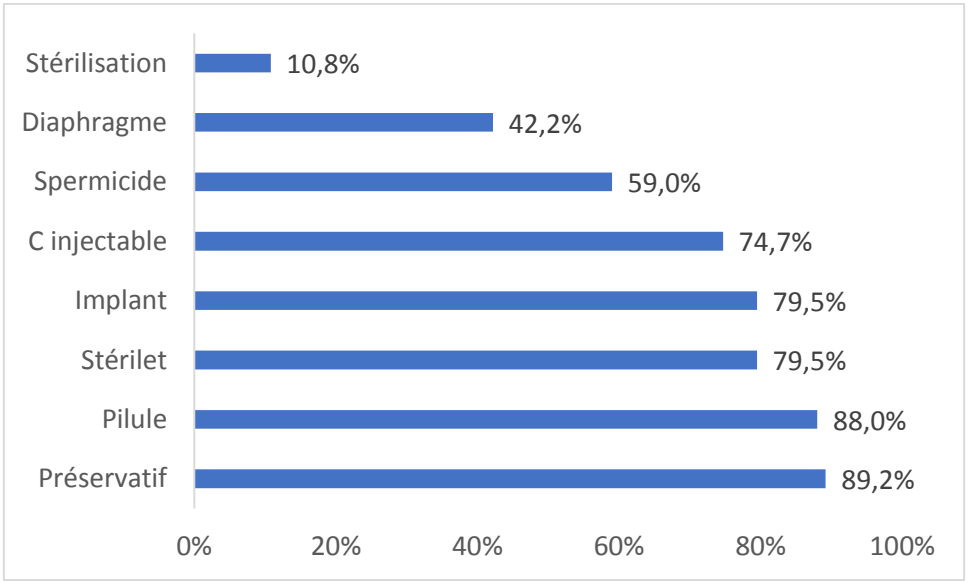


Figure 14: Méthodes de contraception connues (N=83)

Les 5 méthodes modernes de contraception les plus citées par les étudiants étaient le préservatif, la pilule contraceptive, le stérilet, l'implant et le contraceptif injectable. La stérilisation n'est connue que par un étudiant sur 10.

3.3.1.2. Connaissance des méthodes naturelles de contraception

Parmi les méthodes naturelles de contraception citées, la méthode de calendrier venait en tête suivie de l'abstinence sexuelle et du coït interrompu (figure 15).

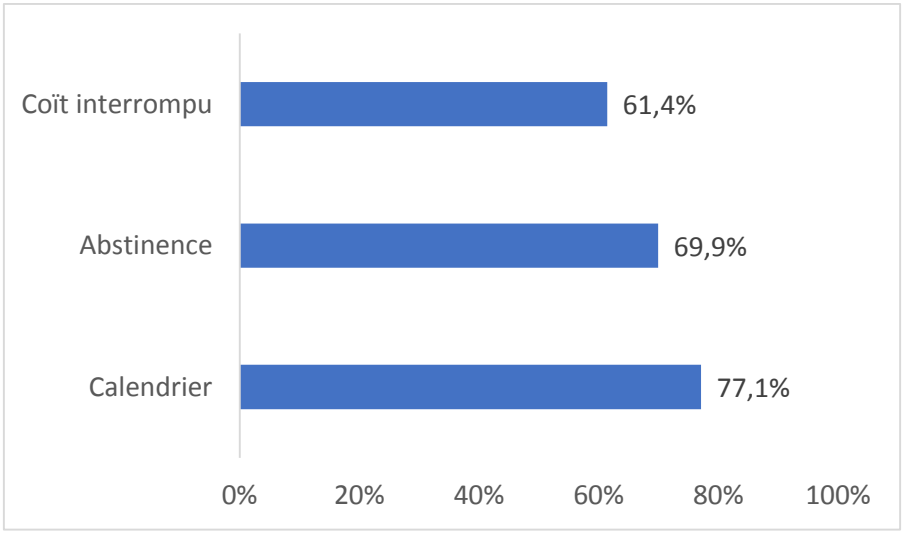


Figure 15: Méthodes naturelles connues (N=83)

3.3.1.3. Connaissance de la contraception d'urgence

Sept étudiants sur 10 (71,1%) avaient une bonne connaissance de la contraception d'urgence, comme « une méthode à prendre dans les 72 heures suivant un rapport à risque de grossesse ».

3.3.1.4. Connaissance du rôle, des avantages et des inconvénients de la contraception moderne

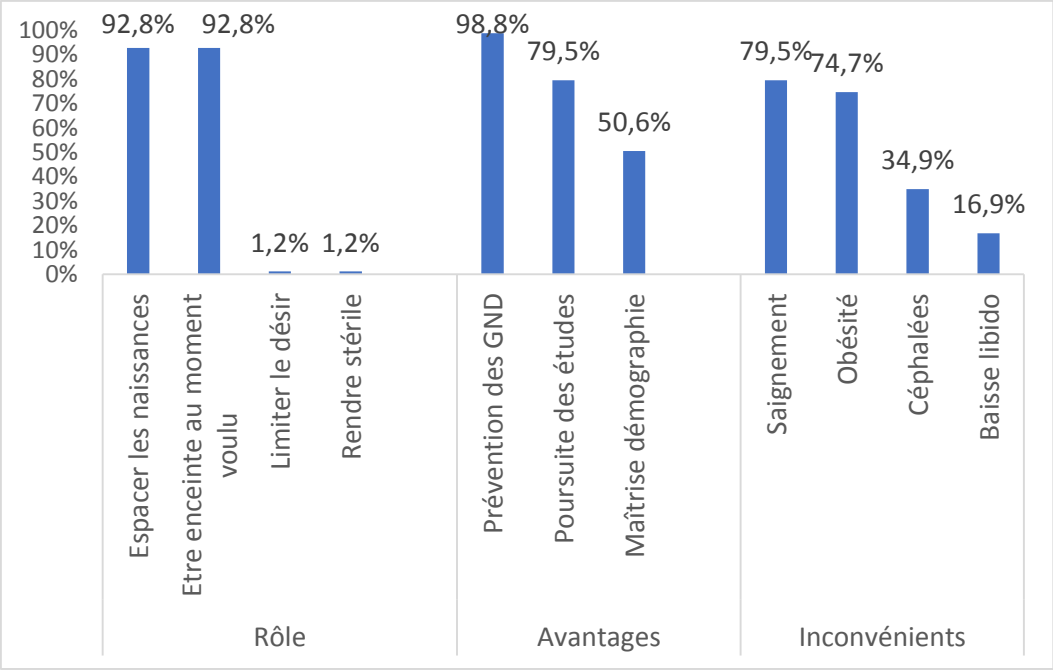


Figure 16: Connaissance sur la contraception moderne (N=83)

La plupart des étudiants connaissaient bien le rôle de la contraception. Au niveau des avantages, tout juste la moitié savait que les MCM aidaient à maîtriser la croissance démographique. Les deux principaux effets secondaires des MCM à savoir les saignements et l'obésité avaient été cités par environ 3 étudiants sur 4.

3.3.2. Attitude relative à la contraception moderne

L'attitude par rapport à la contraception a été évaluée en demandant aux étudiants s'ils avaient une opinion positive ou négative de la contraception moderne.

Trois (3) étudiants sur 4 (74,7%) avaient une opinion positive de la contraception moderne.

3.3.3. Pratiques relatives à la contraception

3.3.3.1. Utilisation d'une méthode moderne de contraception

En considérant l'ensemble de l'échantillon, la prévalence de l'utilisation actuelle (30 derniers jours) d'une MCM était de 30,1%. En considérant uniquement les étudiants sexuellement actifs, la prévalence contraceptive était de **51,3%.** Toutefois, plus de deux tiers (69,2%) des étudiants sexuellement actifs avaient déjà expérimenté une méthode moderne de contraception.

3.3.3.2. Les méthodes de contraception moderne utilisées

Parmi les personnes déclarant utiliser une méthode moderne de contraception, le préservatif et la pilule contraceptive étaient les méthodes utilisées à des fréquences respectives 81,5% et 40,7%.

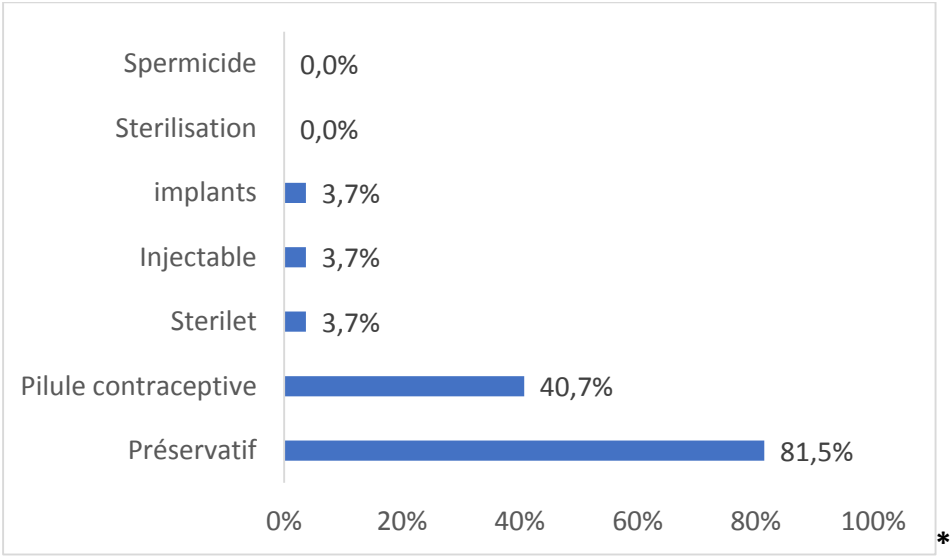


Figure 17: Méthodes modernes de contraception utilisées (N=27)

3.3.3.3. Utilisation de la contraception d'urgence

En se limitant aux personnes sexuellement actif (N=39), le tiers (33,3%) avait déclaré avoir déjà recouru à une méthode moderne de contraception d'urgence.

3.3.3.4. Raisons de la non utilisation d'une méthode moderne de contraception

La non-tenue de rapports sexuels réguliers est la raison la plus souvent avancée (31,6%) par les non utilisateurs d'une MCM. Cette raison est suivie par les effets secondaires des MCM (26,3%) et des raisons religieuses (21,1%).

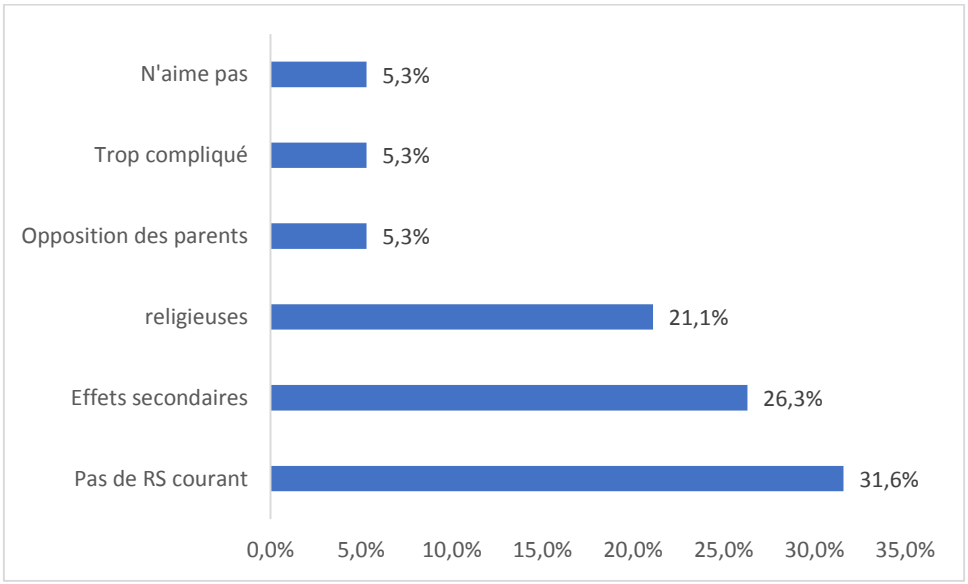


Figure 18: Raison de la non utilisation d'une méthode de contraception moderne (N=83)

3.4. Evaluation des connaissances et des attitudes :

Plusieurs variables ont été combinées pour évaluer les connaissances (approfondies) des IST et de la contraception moderne ainsi que les attitudes relatives à la sexualité et à la contraception moderne.

3.4.1. Connaissance globale des IST

Un score de connaissance globale sur les IST a été calculé en attribuant la côte de 1 pour chaque IST correctement citée et pour chaque réponse correcte concernant les fausses idées sur la transmission ou la protection contre les IST. Le score maximal de

10 a été catégorisé en faible (0 à 4), moyen (5 à 7) et bon ou approfondi (8 à 10). On note sur la figure 20 que **53%** des étudiants avaient une bonne connaissance globale ou approfondie sur les IST.

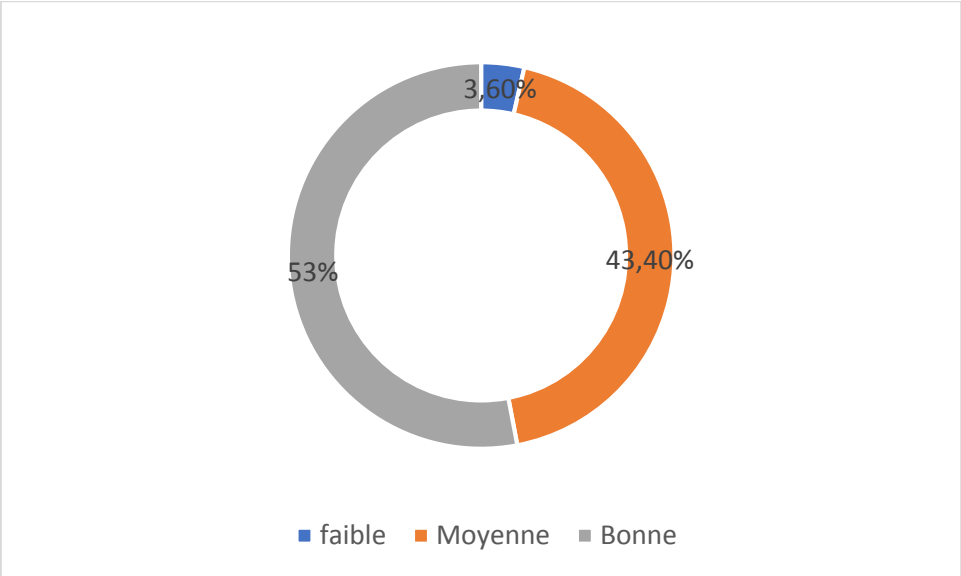


Figure 19: Connaissance globale sur les IST (N=83)

3.4.2. Connaissance globale sur la contraception moderne

Un score de connaissance globale de la contraception moderne a été calculé en sommant les scores pour la connaissance : du rôle de la contraception moderne (1 point pour chaque bonne réponse), de la connaissance des différentes méthodes modernes (1 point pour chaque méthode bien citée), de la connaissance des avantages de la contraception moderne (1 point pour chaque bonne réponse), de la connaissance des inconvénients de la contraception moderne (1 point pour chaque bonne réponse). Le score minimal possible est de 0 et le maximum possible de 17. Le score a été catégorisé en trois : 0 à 5 (faible niveau de connaissance) 6 à 10 (niveau moyen de connaissance) et 11 à 17 (bon niveau de connaissance ou connaissance approfondie)

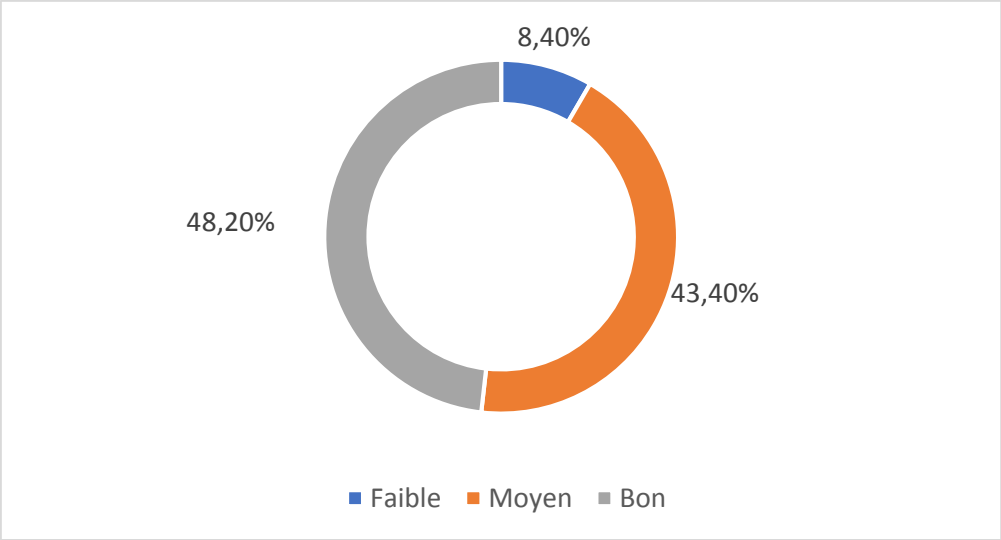


Figure 20 : Niveau de connaissance globale sur la contraception moderne (N=83)

Un peu moins de la moitié des étudiants (**48,2%**) avaient un bon niveau (ou approfondi) de connaissance sur la contraception moderne.

3.4.3. Attitude globale relative à la sexualité

Un score « attitude positive de la sexualité » a été créé en sommant les côtes pour les différentes variables relatives à l'attitude sur la sexualité : 1 point pour chaque réponse adéquate à savoir : « tolérer un rapport sexuel avant le mariage », « être prêt à utiliser le préservatif même si partenaire opposé », « accepter qu'une grossesse n'induise pas l'arrêt des études », « ne pas accepter l'avortement provoqué ».

Le score maximal de 4 a été catégorisé en deux : « attitude négative » (0 à 2), « attitude positive » (3 à 4).

Environ deux tiers des étudiants (65,1%) avaient une « attitude positive » de la sexualité.

3.4.4. Attitude globale relative à la contraception moderne

L'attitude globale relative à la contraception moderne a été évaluée positive lorsque l'opinion de l'étudiant sur la contraception était positive (perception positive).

Dans l'échantillon, 74,7% des étudiants avaient une « attitude positive » relative à la contraception moderne.

3.5. Résultats analytiques

3.5.1. Facteurs influençant les connaissances attitudes et pratiques relatives à la sexualité

3.5.1.1. Facteurs influençant le niveau de connaissance sur les IST

En analyse univariée (tableau 5), les variables significativement associées à la connaissance globale sur les IST étaient l'année d'étude, et l'utilisation d'un réseau social numérique. En effet les étudiants de 3ème année, et ceux utilisant un réseau social numérique étaient plus susceptibles d'avoir une meilleure connaissance sur les IST. Toutefois, dans le modèle ajusté de régression logistique (tableau 6), seule l'année d'étude était significativement associée à une bonne connaissance des IST.

Tableau 5: Facteurs associés au niveau de connaissance sur les IST en analyse univariée

	N	% Bonne connaissance IST	OR brut (IC 95%)	p
Filière				0,66
Soins infirmiers	51	54,5	1,2(0,5-2,9)	
Soins obstétricaux	32	50,0	1	
Age				0,403
17-19 ans	24	45,8	1	
20-25 ans	59	55,9	1,5(0,6-3,9)	
Religion				0,11
Catholique/protestant	53	47,2	1	
Autre	30	63,3	1,9(0,8-4,8)	
Sexe				0,27
Masculin	24	62,5	1,7(0,7-4,6)	
Féminin	59	49,2	1	
Année d'étude				**0,006**
Deuxième	26	30,8	1	
Troisième	57	63,2	3,9(1,4-10,4)	
Accès internet				0,4
Tout temps	59	55,9	1,5(0,6-3,9)	
Parfois	24	45,8	1	
Membre d'un réseau social				**0,039**
Oui	60	60,0	2,8(1,0-7,7)	
Non	23	34,8	1	

Tableau 6: Facteurs associés au niveau de connaissance sur les IST en analyse de régression logistique multiple

	N	% Bonne connaissance IST	OR ajusté (IC 95%)	p
Année d'étude				**0,004**
Deuxième	26	30,8	1	
Troisième	57	63,2	4,8(1,6-13,9)	
Membre d'un réseau social			1	0,09
Oui	60	60,0	2,6(0,9-7,5)	
Non	23	34,8		

3.5.1.2. Facteurs associés à l'âge idéal perçu pour un 1er rapport sexuel et pour avoir un enfant

Tableau 7: Facteurs associés à l'âge idéal pour avoir un enfant

	N	Age idéal pour avoir des enfants Moyenne ±SD (Années)	p
Filière			0,28
Soins Infirmiers (SI)	51	24,0±2,1	
Soins obstétricaux (SO)	32	23,5±2,0	
Sexe			**0,02**
Masculin	24	24,7±2,03	
Féminin	59	23,5±2,05	
Religion			0,94
Catholique/protestant	53	23,8±1,9	
Autre	30	23,9±2,3	
Année d'étude			0,99
Deuxième	26	23,8±1,8	
Troisième	57	23,8±2,2	

Les étudiants de sexe féminin percevaient un âge idéal pour avoir des enfants, en moyenne plus bas que ceux de sexe masculin (23,5 ans vers 24,7 ans, p valeur=0,02).

A l'inverse, pour ce qui est de l'âge idéal pour un 1er rapport sexuel (tableau 8), les étudiants de sexe féminin situaient un âge idéal pratiquement 2 ans plus élevé que ceux de sexe masculin (19,8 vs 18,1, p=0,002). Les étudiants en soins obstétricaux situaient l'âge du premier rapport sexuel en moyenne 1 an plus élevé que leur homologue des soins infirmiers (19,9 vs 18,9, p=0,05).

***Tableau 8:** Facteurs associés à l'âge idéal pour le premier rapport sexuel*

	N	Age idéal pour le 1er rapport sexuel : Moyenne ±DS (Années)	p
Filière			**0,05**
Soins infirmiers	51	18,9±1,9	
Soins obstétricaux	32	19,9±2,8	
Sexe			**0,002**
Masculin	24	18,1±1,5	
Féminin	59	19,8±2,4	
Religion			0,93
Catholique/protestant	53	19,3±2,1	
Autre	30	19,4±2,7	
Année d'étude			0,67
Deuxième	26	19,5±2,2	
Troisième	57	19,3±2,4	

3.5.1.3. Facteurs associés à une « attitude positive » de la sexualité

Seul l'âge était significativement associé à une attitude positive sur la sexualité (tableau 9). En effet, la proportion d'étudiants ayant une « attitude positive » était plus importante parmi les étudiants de 20-25 ans comparativement à ceux de 17-19 ans (45,8% vs 72,9%, p=0,02).

Tableau 9: Facteurs associés à une « attitude positive » de la sexualité

	N	% « attitude positive » de la sexualité	OR brut (IC 95%)	p
Filière				0,7
Soins infirmiers	51	66,7	1,2(0,5-3,0)	
Soins obstétricaux	32	62,5	1	
Age				**0,02**
17-19 ans	24	45,8	1	
20-25 ans	59	72,9	3,2(1,2-8,4)	
Religion				0,47
Catholique/protestant	53	67,9	1,4(0,6-3,6)	
Autre	30	60,0	1	
Sexe				0,23
Masculin	24	75,0	1,9(0,7-5,5)	
Féminin	59	61,0	1	
Année d'étude				0,34
Deuxième	26	57,7	1	
Troisième	57	68,4	1,6(0,6-4,1)	
Accès internet				0,41
Tout temps	59	67,8	1,5(0,6-4,0)	
Parfois	24	58,3	1	
Utilise un réseau social				0,12
Oui	60	60,0	1	
Non	23	78,3	2,4(0,8-7,4)	

3.5.2. Facteurs influençant l'âge au 1er rapport sexuel

Deux variables expliquaient significativement l'âge au 1er rapport sexuel dans le modèle univarié (tableau 11) à savoir l'année d'étude et l'âge. Ces variables étaient restées significatives dans l'analyse de régression linéaire multiple (tableau 12). En passant de la deuxième à la troisième année, l'âge au 1er rapport sexuel augmentait en moyenne de 1,5 ans et en passant de la classe d'âge des 17-19 ans à la classe d'âge 20-25 ans, l'âge au premier rapport sexuel augmentait en moyenne de 2,7 ans.

***Tableau 10:** Facteurs influençant l'âge du premier rapport sexuel*

	N	Age au 1er rapport sexuel Moyenne ±DS (Années)	p
Filière			0,65
Soins Infirmiers (SI)	28	18,6±1,9	
Soins obstétricaux (SO)	11	18,9±2,6	
Sexe			0,49
Masculin	14	18,4±2,2	
Féminin	25	18,8±2,05	
Religion			0,96
Catholique/protestant	28	18,7±1,9	
Autre	11	18,6±2,5	
Année d'étude			**0,04**
Deuxième	9	17,4±1,8	
Troisième	30	19,0±2,2	
Age (années)			**<0,001**
17-19	8	16,5±1,9	
20-25	31	19,2±1,7	
Membre réseau social			0,34
Oui	29	18,5±2,3	
Non	10	19,1±1,4	
Accès à internet			**0,04**
Oui parfois	8	19,6±1,1	
Oui tout le temps	31	18,4±2,2	

Tableau 11: Analyse de régression linéaire multiple de l'âge d'un 1er rapport sexuel

	b (ES)	t	p
Constante	14,98(1,79)	8,35	<0,001
Année d'étude 3ème année/2ème année	1,5(0,64)	-4,04	<0,001
Age (années) 17-19/ 20-25	-2,7(0,66)	2,40	0,002

R^2= 38,5%

3.5.3. Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne

Les étudiants en soins obstétricaux, ceux en 3ème année et ceux d'une autre religion que la religion chrétienne, avaient un niveau de connaissance globale sur les MCM plus

élevé en analyse univariée (voir tableau 12). Mais en analyse de régression logistique (tableau 13), ajustées les unes pour les autres, seule l'année d'étude était significativement associée à une bonne connaissance de la contraception moderne.

Tableau 12: Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne

	N	% Bonne connaissance de la contraception moderne	OR brut (IC 95%)	p
Filière				**0,039**
Soins infirmiers	51	39,2	1	
Soins obstétricaux	32	62,5	2,6(1-6,4)	
Age				0,08
17-19 ans	24	33,3	2,4(0,9-6,4)	
20-25 ans	59	54,2	1	
Religion				**0,038**
Catholique/protestant	53	39,6	1	
Autre	30	63,3	2,6(1,0-6,6)	
Sexe				0,45
Masculin	24	41,7	1,0	
Féminin	59	50,8	1,4(0,6-3,8)	
Année d'étude				**0,032**
Deuxième	26	30,8	1,0	
Troisième	57	56,1	2,9 (1,0-7,7)	
Accès internet				0,24
Tout temps	59	44,1	1	
Parfois	24	58,3	1,8(0,7-4,6)	
Utilise réseau social				0,31
Oui	60	51,7	1,6(0,6-4,4)	
Non	23	39,1	1	

Tableau 13: Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne dans une analyse de régression logistique multiple

	N	% Bonne connaissance de la contraception moderne	OR ajusté (IC 95%)	p
Filière				**0,068**
Soins Infirmiers	51	39,2	1	
Soins obstétricaux	32	62,5	2,6(0,9-5,9)	
Année d'étude				**<0,001**
Deuxième	26	30,8	1	
Troisième	57	56,1	2,3(0,9-5,9)	
Religion				0,17
Chrétienne	24	41,7	1	
Autre	59	50,8	1,9(0,7-5,2)	

3.5.4. Facteurs associés à la connaissance de la contraception d'urgence

Tableau 14: Facteurs associés à la contraception d'urgence (CU)

	N	% bonne connaissance CU	OR brut (IC 95%)	p
Filière				0,11
Soins infirmiers	51	64,7	1	
Soins obstétricaux	32	81,3	2,4(0,8-6,8)	
Age				0,57
17-19 ans	24	66,7	1	
20-25 ans	59	72,9	1,3(0,5-3,7)	
Religion				0,5
Catholique/protestant	53	73,6	1,4(0,5-3,7)	
Autre	30	66,7	1	
Sexe				0,27
Masculin	24	62,5	1,8(0,6-4,8)	
Féminin	59	74,6	1	
Année d'étude				**<0,001**
Deuxième	26	38,5	9,8(3,3-29,1)	
Troisième	57	86	1	
Accès internet				0,27
Tout temps	59	74,6	1,8(0,6-4,8)	
Parfois	24	62,5	1	
Membre d'un réseau social				0,2
Oui	60	51,7	1,9(0,7-5,3)	
Non	23	50,0	1	

En ce qui concerne la contraception d'urgence, seule l'année d'étude expliquait significativement le niveau de connaissance. En effet les étudiants en 3ème année maîtrisaient mieux la contraception d'urgence (CU) que leurs homologues de deuxième année.

3.5.5. Facteurs associés à une attitude positive de la contraception moderne

Tableau 15: Facteurs associés à une perception positive de la contraception

	N	% « attitude positive » de la contraception	OR brut (IC à 95%)	p
Filière				0,32
Soins infirmiers	51	78,4	1,7(0,6-4,5)	
Soins obstétricaux	32	68,8	1	
Age				0,96
17-19 ans	24	75,0	1,0(0,3-3,1)	
20-25 ans	59	74,6	1	
Religion				0,76
Catholique/protestant	53	73,6	1	
Autre	30	76,7	1,2(0,4-3,3)	
Sexe				0,1
Masculin	24	87,5	3,1(0,8-11,6)	
Féminin	59	69,5	1	
Année d'étude				0,187
Deuxième	26	65,4	1	
Troisième	57	78,9	2,0(0,7-5,6)	
Accès internet				0,1
Tout temps	59	79,7	2,4(0,8-6,7)	
Parfois	24	62,5	1	
Utilise réseau social				0,5
Oui	60	76,7	1,4(0,5-4,2)	
Non	23	69,6	1	
Information/parents				0,28
Oui	32	81,3	1,8(0,6-5,2)	
Non	51	70,6	1	

Aucun des facteurs analysés n'était significativement associé à l'attitude relative à la contraception moderne.

3.5.6. Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode moderne de contraception par les personnes sexuellement actives

Tableau 16: Facteurs associés à l'utilisation d'une contraception par les personnes sexuellement actives

	N	% utilisant une MCM actuellement	OR brut (IC 95%)	p
Filière				0,06
Soins infirmiers	28	60,7	4,1(0,9-18,9)	
Soins obstétricaux	11	27,3	1	
Age				1,00
17-19 ans	8	50,0	1	
20-25 ans	31	51,6	1,1(0,2-5,1)	
Religion				0,648
Catholique/protestant	28	53,6	1,4(0,3-5,6)	
Autre	11	45,5	1	
Sexe				0,224
Masculin	14	64,3	2,3(0,6-8,8)	
Féminin	25	44,4	1	
Année d'étude				0,451
Deuxième	9	66,7	2,3(0,5-10,9)	
Troisième	30	46,7	1	
Accès internet				0,451
Tout temps	31	54,8	2,0(0,4-9,9)	
Parfois	8	37,5	1	
Membre d'un réseau social				
Oui	29	51,7	1,1(0,3-4,5)	1,00
Non	10	50,0	1	

Aucune des variables analysées n'était significativement associée à l'utilisation d'une MCM parmi les étudiants sexuellement actifs. On peut néanmoins observer que les étudiants en soins obstétricaux étaient deux fois moins nombreux à utiliser une MCM, les étudiants de sexe féminin 1,5 fois moins. Les personnes ayant régulièrement accès à internet utilisaient également plus souvent une MCM (54,8% vs 37,5%).

3.5.7. Relation entre les connaissances et les attitudes

Tableau 17: Relation entre connaissance sur IST et contraception moderne et l'attitude relative à la contraception moderne

	N	% « attitude positive » la contraception moderne	OR brut (IC 95%)	p
Connaissance sur la Contraception moderne				0,34
Bonne	40	70,0	1	
Faible à moyenne	43	79,1	1,6(0,6-4,4)	
Connaissance globale sur les IST				**0,009**
Bonne	44	86,4	3,9(1,4-11,6)	
Faible à moyenne	39	61,5		
Attitude relative à la sexualité				**0,05**
Positive	54	81,5	2,7(1,0-7,4)	
Négative	29	62,1		

Une meilleure connaissance des IST était associée significativement à une « attitude positive » de la contraception moderne.

Une « attitude positive » de la sexualité était associée également à une « attitude positive » de la contraception moderne.

Tableau 18: relation entre les connaissances (sexualité et contraception moderne) et l'attitude relative à la sexualité

	N	% « attitude positive » de la sexualité	OR brut (IC 95%)	p
Connaissance globale sur les IST				0,86
Bonne	44	65,9	1,1(0,4-2,7)	
Faible à moyenne	39	64,1		
Connaissance sur la Contraception moderne				0,99
Bonne	40	65,1	1,0(0,41-2,5)	
Faible à moyenne	43	65,0		

Le niveau de connaissance (IST ou contraception) n'influençait pas l'attitude relative à la sexualité.

3.5.8. Relations entre les connaissances et les pratiques

Tableau 19: Relation entre les connaissances (IST et contraception moderne) et l'utilisation actuelle d'une méthode moderne de contraception

	N	% utilisation actuelle MCM	OR brut (IC 95%)	p
Connaissance sur les IST				0,4
Bonne	44	34,1	1,5(0,6-3,9)	
Faible à moyenne	39	25,6	1	
Connaissance sur la contraception				0,98
Bonne	40	30,0	1	
Faible à moyenne	43	30,2	1,0(0,4-2,5)	

Le niveau de connaissance sur les IST ou la contraception n'influençait pas le niveau de pratique de la contraception moderne.

3.5.9. Relation entre les attitudes et les pratiques

Tableau 20: Relation entre attitude (relatives à la sexualité et la contraception moderne) et l'utilisation actuelle d'une méthode moderne de contraception

	N	% utilisation actuelle MCM	OR brut (IC 95%)	p
Attitude sur la sexualité				**0,018**
Positive	44	38,9	3,9(1,2-13,1)	
Négative	39	13,8	1	
Attitude sur la contraception moderne				**0,017**
Positive	62	37,1	5,6(1,2-26,3)	
Négative	21	9,5	1	

L'attitude relative à la sexualité tout comme l'attitude relative à la contraception moderne influençaient le niveau d'utilisation de la contraception moderne au sein de l'échantillon.

4. DISCUSSION

La discussion de nos résultats s'articule autour des points suivants :

- ✓ Validité méthodologique
- ✓ Atteinte des objectifs
- ✓ Résultats confrontés à la littérature.

4.1. Validité méthodologique

4.1.1. Validité interne

4.1.1.1. Biais potentiels

L'étude pourrait également avoir été influencée par des biais d'information. En effet, les données collectées se basaient exclusivement sur les déclarations des répondants, en espérant leur sincérité quant aux réponses fournies. Le biais de « désirabilité sociale » amenant à des déclarations inexactes est possible. Toutefois, le fait que ce soit un questionnaire auto-administré et son caractère anonyme pourraient garantir une probabilité élevée au niveau de la sincérité des déclarations.

Une mauvaise compréhension des questions posées peut aussi conduire à des réponses ne traduisant pas la pensée du participant. Nous avons pris soin de tester la compréhension des questions auprès d'un public d'étudiants différent de la cible avant l'enquête. La probabilité de biais d'information est donc globalement faible.

Etant donné qu'il s'agit d'une étude observationnelle, nous ne sommes pas à l'abri d'effets de variables de confusion pouvant expliquer certaines associations statistiques observées. Ces variables ont pu être contrôlées. En effet, toutes les variables significatives ont été réintroduites dans un modèle multivariable où elles ont été ajustées par rapport à toutes les variables ayant un niveau de signification statistique d'au moins 10%.

4.1.1.2. Difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée a été dans un premier temps, l'exigence des étudiants que nous leur accordions un forfait internet avant de répondre au questionnaire en ligne. Il a fallu les sensibiliser et les convaincre avec l'aide du Directeur

adjoint de l'INMeS. Ces difficultés n'ont pas entaché la qualité de l'étude.

4.1.1.3. Puissance statistique

Notre taille d'échantillon, bien qu'atteignant la taille estimée (83 pour une taille estimée de 86) est assez petite. Elle a été déterminée sur base d'une prévalence contraceptive attendue de 12% alors que dans notre échantillon cette prévalence a été de 30,1%. En considérant cette prévalence, la taille d'échantillon nécessaire aurait dû être de 116. Cela représente un facteur qui diminue la puissance statistique de notre étude. En effet nous avons pu observer des associations statistiques qui malgré la force de l'association observée étaient non significatives.

4.1.2. Validité externe

L'étude n'est pas à l'abri de biais de sélection qui peuvent entacher sa représentativité. D'une part, la participation à l'étude était volontaire, ce qui peut exclure certains étudiants ayant des caractéristiques spécifiques et ne voulant pas faire connaître leur point de vue sur un sujet aussi tabou que la sexualité. Mais le questionnaire étant auto-rempli, et dans la confidentialité (pas de données identifiantes recueillies), le risque d'exclusion par crainte de divulgation d'identité est faible

D'autre part, pour participer à l'étude, les étudiants devraient disposer d'un smartphone et pouvoir se connecter à internet le temps de renvoyer le questionnaire. Nous avons pu vérifier auprès des responsables d'année que quasi tous les étudiants disposaient d'un smartphone et accédaient souvent à internet, le réseau WhatsApp étant un moyen de communication régulièrement utilisé entre les étudiants. Au cours de cette étude la plupart avaient également d'ailleurs déclaré avoir accès à l'internet tout le temps.

Au final le risque de biais de sélection était faible d'autant plus que nous avons comparé la répartition des étudiants par filière et par année d'étude à l'INMeS à la répartition observée dans notre échantillon et les profils étaient assez similaires

(résultats non montrés). Nous pouvons donc conclure que notre échantillon est représentatif des étudiants de l'INMeS des deuxièmes et troisièmes années en Licences infirmières et obstétricales, exception faite donc des étudiants en première année et ceux en année de master qui ne faisaient pas partie de notre cible.

4.2. Atteinte des objectifs

La méthodologie utilisée nous a permis de tester nos hypothèses et d'atteindre les objectifs fixés.

- Nous avons pu déterminer le niveau de connaissance des étudiants en sciences infirmières et obstétricales de l'INMES sur la sexualité et la contraception moderne. Nous avons observé que 53% avaient une bonne connaissance des IST et 48,2% avaient une bonne connaissance de la contraception moderne.

- Au niveau des attitudes, nous avons observé que 65,1% avaient une « attitude positive » de la sexualité pendant que 74,7% avaient une « attitude positive » de la contraception moderne

- Au niveau des pratiques, nous avons observé que 47% des étudiants étaient sexuellement actifs, le premier rapport sexuel étant intervenu en moyenne à l'âge de 18,7 ans. Un peu moins d'un tiers des étudiants sexuellement actifs (28%) avaient des rapports sexuels occasionnels avec des partenaires non réguliers et 64% seulement d'entre eux utilisaient un préservatif.

Par rapport à l'expérience actuelle d'une méthode moderne de contraception, nous avons observé une prévalence contraceptive de 30,1%. En considérant les étudiants sexuellement actifs, c'est 51,3% qui utilisaient au moment de l'étude (dernier mois) une méthode moderne de contraception, le préservatif et la pilule contraceptive étaient les méthodes les plus utilisées à raison de 81,5% et 40,7%.

- Les facteurs sociodémographiques et éducationnels qui influençaient les connaissances, les attitudes et les pratiques tant concernant la sexualité que la contraception moderne, ont été déterminés.

Les hypothèses suivantes ont pu être vérifiées.

- les facteurs socio-démographiques et éducationnels influençaient le niveau de connaissance : en effet les étudiants en année avancée étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance des IST et de la contraception moderne. Les étudiants en filière « soins obstétricaux » avaient également une meilleure connaissance sur la contraception moderne.

- Il a été mis en évidence une relation significative entre la connaissance des IST et l' »attitude positive » de la contraception moderne. Aussi, avons-nous mis en évidence une relation significative entre les attitudes relatives à la sexualité et la contraception moderne et l'utilisation d'une méthode moderne de contraception. Cela permet de confirmer l'intérêt de travailler non seulement sur les connaissances mais également sur les croyances et les représentations que chaque personne se fait de la sexualité et de la contraception moderne.

4.3. Revue de la littérature confrontée à nos résultats

4.3.1. Analyse des caractéristiques sociodémographiques des participants

Parmi les 83 étudiants enquêtés, on notait une prédominance féminine (71,1%). Leur âge allait de 17 ans à 25 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle située entre 20 et 25 ans (71,1 %).

Sanz-Martos et al [35], en étudiant les connaissances et attitudes des jeunes étudiants en soins infirmiers au sujet des méthodes contraceptives dans 7 universités espagnoles retrouvait aussi une prédominance féminine (80,4%).

Ces résultats reflètent la féminisation du secteur de la santé tant en Occident qu'en Afrique et rejoignent les résultats d'une étude réalisée par **Bessière et al** [36] sur la féminisation des professions de santé en France qui montraient que 70% des professionnels de la santé étaient du sexe féminin .

Parmi nos enquêtés, 97,6% étaient de nationalité béninoise. Deux tiers des étudiants

étaient catholiques ou protestants cela parce que le Bénin est un pays à prédominance chrétienne[1]. Tous les étudiants avaient accès à internet (dont 71,1% tout le temps et 28,9% parfois). Cela pourrait s'expliquer par le coût abordable de la connexion actuellement au Bénin et cela indique que l'utilisation des réseaux numériques peut être un excellent canal pour l'éducation sexuelle des adolescents et jeunes à Cotonou.

4.3.2. Connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la sexualité

L'évaluation des connaissances des étudiants en matière de sexualité avait porté sur la connaissance de la période de fécondité d'un cycle menstruel et des infections sexuellement transmissibles.

Dans notre étude, 96,6% des étudiants connaissaient la période de fécondité d'un cycle menstruel. Cette proportion est au-dessus des résultats de **Houndeffo** (72,1%) [37] au cours de son étude réalisé chez les jeunes à Cotonou en 2017. Cette différence s'explique par le fait que notre population d'étude soit composée d'étudiants en sciences de la santé, recevant certainement des enseignements sur la sexualité.

Le VIH/SIDA et la gonococcie étaient les IST les plus connues et citées par la plupart des étudiants (97,6% et 91,6% respectivement). Ces données sont comparables à celles de **Sidibe et al** [38] au Mali en 2006, où le VIH/SIDA était aussi l'IST la plus connue avec une proportion de 97,5% suivie de la gonococcie mais dans une proportion moindre (45%). La meilleure connaissance de la gonococcie dans notre échantillon pourrait s'expliquer par les enseignements reçus en sciences de la santé.

Globalement dans notre échantillon, seuls 53% des étudiants avaient une bonne connaissance globale sur les IST. En Malaisie, chez les étudiants en médecine en 2013, **Hatta et al** [39] avait reporté une proportion légèrement plus élevée (69,2%) d'étudiants ayant une bonne connaissance sur les IST et le VIH/SIDA. De manière plus spécifique dans notre étude, il faut souligner que les niveaux de connaissance des IST étaient faibles. Par exemple, la syphilis n'était connue que de 3 étudiants sur 4 (77,1%), la trichomonase de la moitié (51,8%) et surtout le chancre mou par 1 sur 4 (24,1%) et

deux étudiants sur 3 (68,7%) considéraient à tort la candidose comme une IST. Il y a lieu de renforcer les curricula sur les IST et le VIH/SIDA pour les étudiants de l'INMeS.

Dans notre étude, les étudiants en 3ème année avaient en général un niveau de connaissance globale sur les IST significativement plus élevé que leur homologue de deuxième année. Cette différence pourrait s'expliquer par l'enseignement reçu, certainement plus fourni en dernière année de licence.

Les 5 principales sources d'informations sur la sexualité dans notre étude étaient les enseignants (71%), les amis (58%), internet (54%), la télévision (52%) et les agents de santé (49%). Au rang des sources d'information sur la sexualité, les parents ne représentaient que 38,6%.

Dans l'étude **de Bagnan et al** [40] réalisée en 2016 à Cotonou chez des étudiants en médecine et à l'INMES, les sources d'information sur la contraception étaient majoritairement les médias (90%) et les enseignements (60%).

Le profil des sources d'informations retrouvé dans notre échantillon était similaire à celui retrouvé par **Asut et al** au Nigéria en 2018 lors de son étude sur les connaissances et les perceptions des étudiants en première année de médecine de l'université internationale de Nicosia sur la planification familiale et la contraception d'urgence. Selon cette étude, les sources d'information sur la sexualité étaient les enseignants (58,6%), l'internet (41,4%), les médias (32,4%), les parents (30,6%) [41].

Sanz-Martos et al [35] en étudiant les connaissances et attitudes des jeunes étudiants en soins infirmiers au sujet des méthodes contraceptives dans 7 universités espagnoles retrouvaient que les principales sources d'information des étudiants sur la sexualité étaient l'internet (47,2%) ; professionnels de santé (26,4%) ; les amis (18,7%) ; les parents (5,7%).

Gros et [42] retrouvait à Paris dans son étude sur la connaissance des jeunes sur la contraception les infections sexuellement transmissibles que les principales sources d'information des jeunes sur la sexualité en 2009 étaient les enseignements sur les

« Sciences de la Vie et de la terre » (69%), les médias (49%) les parents (38%), le médecin (30%) et les amis (28%).

Dans notre étude et celle de **Asut et al** [41], les enseignants étaient cités comme première source d'information. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'étudiants en sciences de la santé et donc les questions de sexualité étaient nécessairement abordées.

On note que les parents ne représentent une source d'information que pour un tiers environ des jeunes dans notre étude. Il en est de même des études citées précédemment et réalisées au Nigeria[41], en Espagne[35] et en France[42]**.** Dans une étude ghanéenne[43] chez des étudiants en école supérieure, la proportion ayant reçu des informations des parents était encore plus faible (3,3%). Cela reflète un certain niveau de tabou persistant au niveau de l'implication des parents dans l'éducation sexuelle des adolescents et jeunes.

Au rang des sources d'informations, internet se positionne en bonne place et peut donc être considéré comme un canal accessible d'informations sur la sexualité pour les jeunes, à exploiter. Dans le cas des écoles de formation en sciences de la santé, on doit davantage exploiter les enseignements pour renforcer les connaissances et favoriser des pratiques responsables chez cette cible particulière de futurs professionnels de la santé qui auront la responsabilité d'engager et suivre la population pour une santé sexuelle et reproductive épanouie.

4.3.3. Connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la contraception moderne

Les méthodes contraceptives les plus citées dans notre étude étaient le préservatif (89,2%), la pilule contraceptive (88%), le stérilet (79,5%), l'implant (79,5%), les contraceptifs injectables (74,7%), le spermicide (59%), le diaphragme (49,2%) et enfin la stérilisation très faiblement connue (10,8%) pour des étudiants en sciences

infirmières et obstétricales.

Bagnan et al [40] en 2016, retrouvaient chez les étudiants en médecine et à l'INMeS à Cotonou le préservatif et la pilule contraceptive comme les méthodes les plus citées, respectivement pour 82% et 75%.

Houndeffo [37] avait aussi retrouvé le préservatif (100%), suivi des contraceptifs injectables (88,9%) du stérilet (46,5%), des spermicides (46,1%), la pilule n'ayant été citée que par un tiers des jeunes (35%) dans cette étude mais la stérilisation était aussi la méthode la moins connue (20,8%).

Des études ghanéenne[43] et tanzanienne[44] retrouvaient également le préservatif en tête des méthodes connues suivie de la pilule contraceptive mais dans des proportions non similaires. Au Mali, en 2014 lors de son étude sur la connaissance et la perception du planning familial en milieu universitaire à Bamako, **Sogoba** [45] retrouvait la pilule contraceptive au premier rang (36%) des méthodes citées suivi du préservatif (20,5%), des méthodes traditionnelles (11%), des contraceptifs injectables (10%) le jadelle (7%) l'allaitement maternel (6,5%), le dispositif intra utérin (5,5 %). Les spermicides étaient moins cités avec (1,5%).

En France, **Gros et al** [42] en 2009 retrouvait le préservatif (97,5%) en première position, suivie de la pilule contraceptive (94,2%), le stérilet (52,5%), l'implant (48%), le patch (34,5%), l'anneau (34,5%), le spermicide (31,5%) et le diaphragme (27,5%).

Au niveau de l'évaluation plus approfondie des connaissances sur la contraception moderne, basée sur la connaissance du rôle de la contraception, ses avantages, inconvénients et la connaissance des différentes méthodes de contraception, on constate que 48,2% des participants avaient un bon niveau de connaissance globale sur la contraception moderne. Les étudiants en 3ème année de Licence ayant un meilleur niveau de connaissance même si la différence n'était pas statistiquement significative. Cette observation pourrait s'expliquer par le contenu du cours sur la contraception certainement plus riche et aussi l'expérience des stages cliniques plus

importante pour les étudiants en dernière année de licence. Une étude malaisienne [39] avait observé un pourcentage (60,4%) un peu plus élevé que la nôtre d'étudiants en médecine ayant un bon niveau de connaissance sur la contraception. La même étude faisait également le constat selon lequel le niveau de connaissance était meilleur chez les étudiants en année d'étude avancée.

En ce qui concerne spécifiquement la contraception d'urgence, nous avons observé que 71,1% des étudiants en avaient un bon niveau de connaissance et cette proportion était plus élevée chez les étudiants en troisième année. Dans une étude réalisée en milieu universitaire à Parakou en 2000, **Fourn et al** [46] avait reporté une proportion plus faible (51%) d'étudiants connaissant la contraception d'urgence. La proportion plus élevée dans notre cas pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon est constitué d'étudiants en sciences de la santé. Etant donné le rôle de cette méthode de contraception pour éviter les grossesses non planifiées après prise de risque (rapports sexuels non protégés sans contraception optimale, rupture de préservatifs, agression sexuelle…), il est nécessaire de renforcer la connaissance des futurs professionnels de santé pour sa vulgarisation.

4.3.4. Attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la sexualité

Nous avons recueilli l'avis des étudiants sur les rapports sexuels avant le mariage et 61,1% des étudiants n'approuvaient pas de rapport sexuel avant le mariage. Cela provient probablement d'une éducation chrétienne conservatrice et restrictive incriminant l'acte sexuel en dehors du cadre du mariage.

Ces résultats se rapprochent de ceux de Romel et al [47] qui dans leur étude sur les corrélats de l'abstinence sexuelle chez les étudiants universitaires urbains aux Philippines retrouvaient qu'environ 90 % des élèves n'étaient pas d'accord à l'égard des rapports sexuels avant le mariage.

En Malaisie, l'étude de Hatta et al[39] retrouvait dans une population d'étudiants majoritairement musulmans, une proportion de 80% n'approuvant pas la sexe avant le mariage. Ici également on peut mettre comme hypothèse le poids de la religion.

Dans notre étude, près de 7 jeunes sur 10 désapprouvent la pratique des avortements provoqués. Ces résultats sont similaires à ceux de **Sogoba** [45] en 2015 lors de son étude sur la connaissance et la perception du planning familial dans le milieu universitaire à Bamako et de **Houndeffo** [37]avec respectivement que 80% et 60% des jeunes qui désapprouvaient la pratique des avortements provoqués.

Dans notre étude, 74,7% étaient d'accord à utiliser un préservatif contre le refus du partenaire, **Sinayoko** au cours de son étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24ans à Bamako en matière de Planification Familiale en 2015 avait retrouvé 40,3% de jeunes disposés à utiliser le préservatif même contre l'avis de leur partenaire [48].

En combinant la perception du rapport sexuel avant le mariage, la perception des avortements provoqués, la perception de l'utilisation du préservatif contre le gré du partenaire et l'opinion par rapport à l'arrêt éventuel des études en raison d'une grossesse, nous avons déterminé que deux tiers des étudiants soit 65,1% avaient une « attitude positive » vis-à-vis de la sexualité. Il s'agit d'une attitude ouverte et émancipatrice de la sexualité. Elle est d'autant plus importante pour des étudiants en sciences infirmières et obstétricales qui doivent pouvoir tolérer et promouvoir une attitude moins normative ou moralisatrice et plus ouverte de la sexualité comme le fait de tolérer des rapports sexuels avant le mariage, l'essentiel étant pour le jeune de prendre les précautions adéquates pour limiter les risques. Seul l'âge était associé à une attitude positive sur la sexualité. En effet les plus âgés (20-25 ans) étaient plus « ouverts » que les plus jeunes. Cela peut s'expliquer par un niveau de maturité plus élevé.

Nous avons cherché à déterminer l'âge idéal perçu pour tenir le premier rapport sexuel ou avoir des enfants. Cet âge moyen idéal perçu pour le premier rapport sexuel était

significativement plus élevé chez les filles que chez les garçons (18,9 vs 19,8 ans). Par contre pour l'âge idéal perçu pour le premier enfant, ce sont les garçons qui proposaient un âge idéal significativement plus élevé que chez les filles (24,7 vs 23,5 ans).

4.3.5. Attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la contraception moderne

La plupart des étudiants (85,5%) approuvaient l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ce taux est légèrement au-dessus des 71,1% retrouvés par **Houndeffo** [37] et des 66% retrouvés par **Sogoba** [45]**.** La différence peut s'expliquer par le fait que dans notre étude il s'agit de futurs professionnels de la santé qui ont une vision plus ouverte de la contraception moderne et de son rôle.

L'opinion négative concernant les méthodes contraceptives a connu une régression significative au Bénin au vu des résultats **de Akouegninou** [49] à Cotonou en 2006 (72,7%), de **Oussou** [50] à Porto-Novo en 2010 (34,6%) et **Gnonlonfoun** [51] en 2015 (19,1%) et le nôtre (25,3%) en 2020 au Bénin.

On peut conclure qu'il y a une amélioration sensible de l'information véhiculée sur la contraception au fil des années.

4.3.6. Pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la sexualité

La moitié des étudiants (47%) avaient déjà eu un rapport sexuel à un âge moyen (moyenne ± SD) de 18,7±2,1 ans. Dans l'étude de **Houndeffo** [37] sur les adolescents et jeunes de Cotonou âgés de 18 à 21 ans c'est 76,2% qui avaient déjà eu un 1er rapport sexuel à un âge moyen de 16,7 ans. Dans l'étude de **Sanz-Martos et al** en Espagne [35] c'est 80,2% chez les adolescents et jeunes à un âge moyen de 16,37 ans et en France **Gros et al**[42] retrouvaient 78% avec un âge moyen de 16,5 ans pendant que **Sinayoko** [48] retrouvait au Mali chez les jeunes de 15-24 ans, une proportion sexuellement

active de 55,2%. Au Nigéria en 2009, chez des étudiants en sciences infirmières, **Ndifon et al** [52] retrouvaient 65,1% d'étudiants ayant déjà eu leur premier rapport sexuel. Dans une étude en Chine [53] chez des étudiants en médecine et en soins infirmiers c'est seulement 19,6% qui avaient déjà eu un 1er rapport sexuel.

On peut observer que l'âge moyen dans notre étude était plus élevé que la moyenne de 16,3 ans observée au Bénin lors de l'enquête mixte à indicateurs multiples chez les jeunes adolescents et jeunes de 10-24 ans [54] et plus élevé que l'étude de **Houndeffo** [37] à Cotonou et des études maliennes et européennes cités ci-haut. L'explication la plus plausible est que dans notre échantillon les étudiants soient plus concentrés sur leurs études, en témoigne la faible proportion de 47% par rapport aux 78% de **Houndeffo** [37] qui ont déjà tenu un rapport sexuel. Toutefois, nous ne sommes pas l'abri de déclarations inexactes par désirabilité sociale (biais de désirabilité sociale). Toutefois comme évoqué dans la partie « validité méthodologique », le risque est faible étant donné que le questionnaire était auto-administré et anonyme.

Les résultats de l'étude de **Bagnan et al**[40] en 2006 à Cotonou sur une population d'étudiants en médecine et à l'INMES , donc plus proche de notre étude et qui a couvert la tranche d'âge de 18 à 31 ans révèlent une proportion sexuellement active de 56%, un peu élevée que nos résultats (47%).

Dans notre échantillon, seulement 71,8% des jeunes sexuellement actifs soit 7 jeunes sur 10 avaient des rapports sexuels planifiés. Ce taux est nettement plus élevé que celui signalé par Houndeffo en 2017 (18,6%) [37].

Parmi ces étudiants qui tiennent des rapports sexuels occasionnels, les deux tiers (63,6%) avaient déclaré utiliser un préservatif.

Le nombre de partenaire sexuel dans notre échantillon depuis l'expérience du premier rapport sexuel varie de 1 à 70, le nombre médian étant de 2, plus faible que la moyenne de 7,5 partenaires sexuels retrouvés par Gros et al en France[42].

4.3.7. Pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives aux méthodes contraceptives modernes

Dans notre échantillon, On a observé que 30,1% des étudiants utilisaient au moment de l'étude une MCM. Lorsque l'on considère seulement les étudiants sexuellement actifs, cette prévalence montait à 51,3%. Dans l'étude de **Bagnan et al** (2016) c'est 86,5% des étudiants qui utilisaient une méthode moderne de contraception [40].

Notre prévalence est similaire à celle de Houndeffo [37] (52,8%).

Dans une étude chinoise [53] réalisée chez des étudiants en médecine et en sciences infirmières, parmi les étudiants sexuellement actifs, il a été reporté une proportion proche de la nôtre de 54,8% utilisant des méthodes modernes de contraception.

Parmi les 51,3% qui déclaraient utiliser une méthode moderne de contraception, le préservatif et la pilule contraceptive étaient essentiellement les méthodes utilisées avec respectivement 81,5 et 40,7%. Dans l'étude de **Bagnan et al** [40] c'est le préservatif, les méthodes naturelles et la contraception d'urgence avec des proportions de 77%, 56% et 26%. Nos résultats sont plus proches de ceux de **Houndeffo** [37] à Cotonou qui avait également retrouvé le préservatif et la pilule contraceptives comme méthodes contraceptives les plus utilisées mais dans les proportions respectives de 73% et 15%.

Sanz-Martos et al [35] avait également retrouvé le préservatif et la pilule contraceptives comme méthodes contraceptives les plus utilisées dans les proportions respectives de 43,4% et 20,1% en Espagne. Même constat chez **Gros et al** [42] dans les proportions respectives de 94% et 85% chez les jeunes en France .

Ce premier choix du préservatif serait lié à sa facilité d'accès : disponible dans les services de santé, les pharmacies, les centres de planning familial et dans les marchés mais aussi sa simplicité d'utilisation sans effets secondaire, son coût très abordable. Son utilisation devrait être encouragée dans cette frange de la population sexuellement active notamment pour sa fonction de double protection : protection

contre les IST et les grossesses non planifiées. Nous avons également observé que la pilule contraceptive était assez utilisée par les jeunes, mais cette méthode n'offre pas l'avantage de se protéger contre les IST/VIH/SIDA surtout si l'on considère qu'il y a des jeunes qui ont plusieurs partenaires sexuels.

Nous avons observé que les méthodes contraceptives les plus connues étaient également les plus utilisées. Il est donc important de donner aux jeunes l'information adéquate sur l'ensemble des méthodes contraceptives pour faciliter leur utilisation en fonction des besoins individuels.

Parmi les personnes sexuellement actives, le tiers (33,3%) avait déclaré avoir déjà recouru à une méthode moderne de contraception d'urgence ; **Gros et** [42] a retrouvé en France que plus de la moitié (52%) des jeunes avaient déjà eu recours à la pilule contraceptive d'urgence.

La non-tenue de rapports sexuels couramment était la raison la plus souvent avancée (31,6%) par les non utilisateurs d'une méthode de contraception moderne dans notre échantillon. Cette raison était suivie par les effets secondaires des MCM (26,3%) et les raisons religieuses (21,1%). Chez **Bagnan et al** [40] chez les étudiants en médecine et en sciences infirmières et obstétricales à Cotonou, les raisons évoquées étaient essentiellement le manque de connaissance sur la contraception et la crainte des effets secondaires dans des proportions respectives de 62,5% et 20%.

Houndeffo et [37] avait reporté que les principales raisons évoquées par les jeunes qui n'utilisaient pas de méthode de contraception moderne était : les effets secondaires, l'ignorance, la peur des parents et le refus du partenaire.

4.3.8. Relation entre connaissance et pratiques et relations entre attitudes et pratiques

Nous avons retrouvé une association significative entre les connaissances et les attitudes. Aussi, une attitude positive sur la sexualité ou la contraception influençait

l'utilisation des MCM. Zeng et al[53] avait aussi retrouvé en Chine chez les étudiants en médecine et en sciences infirmières une relation significative entre les attitudes à l'égard de la sexualité et les pratiques sexuelles et de contraception.

Ces observations en lien avec la théorie du modèle des croyances en santé [55] nous amènent à penser qu'il faudrait travailler non seulement les connaissances mais également influencer les attitudes (croyances et représentations) des étudiants pour espérer une meilleure pratique notamment l'utilisation des MCM. La méthode de l'éducation complète à la sexualité (ECS) pourrait être proposée. Elle permet d'aborder la sexualité dans sa globalité au-delà des aspects purement physiologiques et fonctionnels. Elle aborde les fondements de la sexualité, une vision positive et épanouissante, le respect des différences et bien d'autres concepts favorables à une « attitude positive » de la sexualité et de la contraception. L'éducation complète à la sexualité permet aux jeunes de prendre des décisions structurantes sur les relations et la sexualité et de naviguer dans un monde où les violences basées sur le genre, les inégalités genre, les grossesses précoces et non désirées, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) continuent de faire peser de graves risques sur leur santé et leur bien-être »[56].

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Conclusion

Au terme de notre étude transversale à visée descriptive et analytique auprès de 83 étudiants en sciences infirmières et obstétricales à Cotonou dont l'objectif principal était d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques de ces étudiants en matière de sexualité et de contraception moderne, il ressort que les étudiants avaient un niveau de connaissance modeste par rapport à la sexualité et la contraception moderne. Il a été estimé que 53 % des étudiants avaient une bonne connaissance des IST et 48,2% une bonne connaissance de la contraception moderne. La principale source d'information sur la sexualité et la contraception était les enseignements reçus et cela explique qu'en général, les étudiants en 3ème année aient un meilleur niveau que leurs homologues de deuxième année. Quant aux attitudes, 65,1% des étudiants avaient une « attitude positive » de la sexualité et 74,7% de la contraception. En ce qui concerne les pratiques, on observe que 47% seulement des étudiants avaient tenu le premier rapport sexuel et à un âge moyen plus élevé que la moyenne des adolescents et jeunes au Bénin. Ils ne sont pas à l'abri de risque étant donné que les rapports sexuels occasionnels avec des partenaires non réguliers étaient pratiqués par 28% des personnes seulement actives avec une utilisation du préservatif dans seulement 64% des cas. Les méthodes modernes de contraception ont déjà été utilisées par 69% de la cible mais pour la grande majorité, il s'agissait essentiellement de préservatif (81,5%) et de pilule contraceptive (40,7%).

Etant donné le rôle futur crucial que va jouer cette cible d'étudiants en sciences de la santé dans la promotion d'une santé sexuelle et reproductive épanouie et responsable après de la population, il est indispensable de renforcer les enseignements sur la santé sexuelle et reproductive et d'améliorer les pratiques personnelles de ces étudiants.

Suggestions

Au terme de notre étude sur les connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité et des méthodes contraceptives modernes auprès des étudiants de l'INMeS, nous nous permettons de formuler quelques suggestions :

A l'endroit de nous-même

- ✓ Faire une restitution des résultats aux étudiants de l'INMES et aux autorités académiques de l'INMES, les uns pour prendre conscience de leur situation et les autres pour identifier les besoins de renforcement des enseignements sur la sexualité et la contraception.

A l'endroit des autorités administratives de l'INMeS

- ✓ Renforcer les programmes de cours de santé sexuelle et de la reproduction (sexualité, les méthodes contraceptives modernes) afin d'améliorer le niveau de connaissance des étudiants sur le sujet et cultiver à leur niveau une ouverture et une « attitude positive » et épanouie de la sexualité. Dans ce sens, la formation des enseignants à une pédagogie innovante des cours en santé sexuelle et reproductive doit être également renforcée. Au delà des connaissances, il faut des activités et des échanges constructifs visant à déconstruire les préjugés et certaines croyances concernant la sexualité et la contraception. Dans ce sens l'approche de l'éducation complète à la sexualité peut être envisagée.

A l'endroit des autorités socio-sanitaires et politiques

- ✓ Introduire l'éducation sexuelle en milieu scolaire, en élaborant des programmes adaptés à chaque niveau d'enseignement ;
- ✓ Renforcer les campagnes d'information de sensibilisation pour améliorer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- ✓ Mobiliser des ressources pour adapter les services d'informations et d'éducation sexuelle en utilisant par exemple des plateformes numériques étant donné le niveau d'adhésion des jeunes à ces canaux numériques.

A l'endroit des parents et des éducateurs

- ✓ Commencer tôt (avant la puberté) l'éducation de l'enfant en matière de sexualité et de contraception moderne ;
- ✓ Faciliter l'accès sécurisé des enfants à des services d'informations et de conseils sur la sexualité.

A l'endroit du personnel médical

- ✓ Être attentif et disponible pour les jeunes ;
- ✓ Eduquer les jeunes sur la sexualité avec une « attitude positive » et ouverte sur la sexualité et non moralisatrice ;
- ✓ Intégrer systématiquement le counseling sur la contraception au cours des consultations de routine à l'endroit des jeunes vus en consultation.

5. REFERENCES

1. INSAE, ICF International. Enquête Demographique et de Santé du Bénin, 2017-2018. Rockville, Maryland, USA; 2019.

2. Slater J. L'éducation sexuelle en ballottage. Courr Unesco. 2000;07‑08:17‑8.

3. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. Reprod Health. 2018;15(1):22‑89.

4. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Hman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012;379(9816):625‑32.

5. Goyaux N, Alihonou E, Diadhiou F, Leke R, Thonneau PF. Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(6):568‑73.

6. Lombart D. Les Soins post-abortum à la Maternité Lagune de Cotonou à propos de 485 cas d'avortement recensés à la Maternité Lagune de Cotonou. [Cotonou]: Université d'Abomey-Calavi; 2000.

7. Family Planning 2020. Bénin: Preneur d'engagement depuis 2013 [Internet]. 2020 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: http://www.familyplanning2020.org/fr/benin

8. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries. Lancet. 2012;380(9837):111‑25.

9. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: WHO, éditeur. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva; 2004. p. 1255‑320.

10. Dansou J, Adekunle AO, Arowojolu AO. Factors associated with the compliance of recommended first postnatal care services utilization among reproductive age women in Benin Republic: an analysis of 2011/2012 BDHS data. Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol. 2017;6(4):1161.

11. José EM, Oudou N. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. Heal Sci Dis. 2013;14(2):4‑7.

12. Simard D. La difficile définition de la santé sexuelle [Internet]. HAL Archives-ouvertes.fr. 2018. Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02091708/document

13. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. World Health Organization; 2021 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

14. Brun A, Bernard C. La sexualité infantile. 2e éd. Dunod, éditeur. Malakoff; 2013. 176 p.

15. Organisation Mondiale de la Santé. Contraception [Internet]. 2010 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/contraception/fr/

16. Hubacher D, Trussell J. A definition of modern contraceptive methods. Contraception. 2015;92(5):420‑1.

17. Bodet A. Histoire de la contraception: De la grossesse subie à la grossesse désirée. Université Angers: UFR Médecine; 2014.

18. van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Popul Sociétés. 2005;418:1‑4.

19. Sullivan R. Divine and rational: The reproductive health of women in ancient Egypt. Obstet Gynecol Surv. 1997;52(10):635‑42.

20. Pincus G, Chang M. The effects of progesterone and related compounds on ovulation and early development in the rabbit. Acta Physiol Lat Am. 1953;3(2‑3):177‑83.

21. Pavard B. Si je veux, quand je veux : contraception et avortement dans la société française (1956-1979). Presses Universitaires de Rennes, éditeur. France Culture. Rennes; 2012. 154 p.

22. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! médecine/sciences. août 2020;36(8‑9):687‑8.

23. O. Attanasso, R. Fagninou, C. M'bouke, Amadou Sanni M. Les facteurs de la contraception au Bénin: analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001. Cotonou; 2005.

24. Sherwood L. Physiologie Humaine. 2ème éditi. De Boeck Université, éditeur. Bruxelles; 2006. 637 p.

25. Soares AP. Hormonologie - Reproduction Physiologie de l'axe gonadotrope. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689‑99.

26. Larousse. Appareil génital masculin - [Internet]. Encyclopédie médicale; [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/appareil_génital_masculin/13292

27. Sami Yassine Kassab. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. Sci Pharm. 2019;50‑110.

28. Fatiha Terki, Usha Malhotra. Directives médicales et de prestation des services: santé sexuelle et reproductive. 3è édition. Fédération Internationale de la

Planification familiale, éditeur. London; 2004. 447 p.

29. USAID, JHPIEGO, OMS. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. OMS, JHPIEGO, éditeurs. Genève, Baltimore; 2011.

30. Bahamondes L, Bahamondes MV, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. Hum Reprod Update. sept 2015;21(5):640‑51.

31. Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Présentation du Bénin [Internet]. France Diplomatie. 2020. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/benin/prsentation-du-benin/

32. INMeS. Présentation de l'Institut National Médico-Sanitaire [Internet]. Cotonou; 2019 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: htpps://inmes.uac.bj/

33. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. Arch Orofac Sci. 2006;1:9‑14.

34. OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2021 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

35. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Clavijo-Chamorro MZ, Ramos-Morcillo AJ, López-Rodríguez MM, et al. Young Nursing Student's Knowledge and Attitudes about Contraceptive Methods. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(16):5869.

36. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Rev Fr Aff Soc. 2005;1(1):17.

37. Houndeffo C. Connaissance, attitude et pratique de la sexualite et des methodes contraceptives modernes chez les jeunes a cotonou. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Abomey-Calavi; 2017.

38. Sidibe T, Sangho H, Traore MS, Cissé MB, Diallo B, Keîta MM, et al. Knowledge, attitudes, and practices of adolescents in an urban school environment in Bamako, Mali, around family planning, sexually transmitted infections, and AIDS. Mali Med. 2006;21(1):39‑42.

39. Sidi H, Loh SF, Mahadevan R, Puteh SEW, Musa R, Wong CY, et al. Knowledge and attitude on sex among medical students of a Malaysian university: A comparison study. Asia-Pacific Psychiatry. 2013;5(SUPPL. 1):103‑9.

40. Bagnan A, Ogoudjobi M, Lokossou M, Houndenou S, Afoukou Obossou A, Kabibou S, et al. Contraception among Medical and Paramedical Students in Cotonou, Benin in 2016: Knowledge and Practices. Clin Mother Child Heal. 2017;14(2):2‑5.

41. Asut O, Ozenli O, Gur G, Deliceo E, Cagin B, Korun O, et al. The knowledge and perceptions of the first year medical students of an International University on family planning and emergency contraception in Nicosia (TRNC). BMC Womens Health. 2018;18(149).

42. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Gynécologie et obstétrique. HAL, Achives Ouvertes; 2010.

43. Gbagbo FY, Nkrumah J. Family planning among undergraduate university students: a case study of a public university in Ghana. BMC Womens Health. janv 2019;19(12).

44. Somba MJ, Mboline M, Obure J, Mahande MJ. Sexual behaviour, contraceptive knowledge and use among female undergraduates' students of Muhimbili and Dar es Salaam Universities, Tanzania: A cross-sectional study. BMC Womens Health. 2014;14(1):1‑8.

45. Sogoba A. Etude de la connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire : cas des étudiants de la FMOS, FAPH, FSEG, FSJP. Thèse de doctorat en médecine.Université des Sciences, des techniques et des technologies de Bamako; 2015.

46. Fourn N, Aguemon B, Kabibou S, Hounkponou F, Lafia I, Fourn L. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). Sante Publique (Paris). 2014;26(4):541‑6.

47. Lacson RS, Theocharis TR, Strack R, Sy FS, Vincent ML, Osteria TS, et al. Correlates of Sexual Abstinence among Urban University Students in the Philippines. Int Fam Plan Perspect. 1997;23(4):168‑72.

48. Sinayoko D. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la Commune I et II du District de Bamako en matière de planification familiale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bamako; 2015.

49. Akouegninou V. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité et de contraception en milieu scolaire à Cotonou. 2006. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Abomey-Calavi; 2003.

50. Oussou S. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité chez les adolescents en milieu scolaire dans la ville de Porto-Novo. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Abomey-Calavi; 2010.

51. Gnonlonfoun S. La sexualité et la contraception dans deux lycées publics de Porto-Novo. Thèse de Doctorat en Médecines. Université de Porto-Novo; 2016.

52. Ndifon W, Ogaji D, Etuk S. Sexuality, Contraception And Unintended Pregnancy Among Female Student Nurses In Calabar, Nigeria. Benin J Postgrad Med. 2009;8(1):12‑21.

53. Zeng Y, Luo T, Zhou Y. Relationships between attitudes toward sexuality, sexual behaviors, and contraceptive practices among Chinese medical and nursing undergraduates. Nurs Heal Sci. 2015;17:287‑92.

54. INSAE. Bénin - Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples MICS 2014. Archives des Enquêtes Statistiques du Bénin. 2019.

55. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Psychologie de la santé. 2è édition. Psychologie de la santé. Dunod; 2014.

56. UNESCO. Pourquoi l'éducation complète à la sexualité est importante? [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante

6. ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'enquête

ENQUÊTE SUR CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

DE LA SEXUALITE ET DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES ETUDIANTS DE L'INMES

Bonjour/ Bonsoir. Nous effectuons une étude sur le thème : connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité et des méthodes contraceptives modernes chez les étudiants de l'INMES à Cotonou, dans le cadre des travaux de notre thèse de doctorat de fin de cycle. Ce questionnaire a pour but de mieux cerner les connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité et de la contraception. Vos réponses franches, nous aideront à comprendre les problèmes liés à la sexualité et à la contraception afin de proposer des solutions adéquates pour un meilleur épanouissement de la jeunesse. Nous vous rassurons que les informations que vous allez nous fournir seront collectées dans l'anonymat et seront tenues confidentielles. Votre participation à l'enquête est volontaire. Merci de votre aide : la réussite de l'enquête en dépend.

I- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Filière d'étude

Q1_2INMES

- ○ Soins Infirmiers (SI)
- ○ Soins obstétricaux (SO)

Sexe

Q1_3

- ○ Masculin
- ○ Féminin

Quel âge avez-vous ?

Q1_4

_____

En quelle année êtes-vous ?

Q1_5

Quelle est votre nationalité ?

Q1_6

- ◯ Béninoise étrangère
- ◯ **précisez la nationalité si étrangère**

Q1_6AUTRE

Si vous êtes béninois, quelle est votre ethnie ?

Q1_7

- ◯ Adja
- ◯ Bariba
- ◯ Dendi
- ◯ Fon
- ◯ Goun
- ◯ Mahi
- ◯ Mina
- ◯ Yoruba
- ◯ Torri
- ◯ Wémè
- ◯ Autres

Précisez l'autre ethnie Q1_7AUTRE

Quelle est votre religion ?

Q1_8

- ◯ Catholique
- ◯ Musulmane
- ◯ Témoin de Jéhovah
- ◯ Protestante
- ◯ Traditionnelle
- ◯ Autres

Précisez l'autre religion

Q1_8AUTRE

Quelle est votre situation matrimoniale ?

Q1_9

- ◯ Célibataire
- ◯ Fiancé(e)
- ◯ Marié(e)
- ◯ En couple (sans mariage)

Avez-vous un ou des enfants ?

Q1_9b

- ◯ Oui Non
- ◯ **» 10) Vie sociale**

Allez-vous dans des boîtes de nuit ou à des fêtes où les jeunes dansent ?

Q1_10a

- ◯ Oui souvent (par ex toutes les semaines)
- ◯ Oui parfois (environ 1 fois par mois)
- ◯ Oui rarement (une à deux fois par an)
- ◯ Non jamais

Avez-vous accès à l'Internet ?

Q1_10b

- ◯ Oui tout le temps
- ◯ Oui parfois
- ◯ Non pas du tout

Etes-vous membre d'un réseau social sur l'Internet ?

Q1_10c

- ◯ Oui
- ◯ Non

Statut professionnel de votre père

Q1_11

- ◯ Salarié secteur public
- ◯ Salaire, Secteur privé
- ◯ Indépendant
- ◯ Chômeur

Statut professionnel de votre mère

Q1_12

- ◯ Salarié secteur public Salaire, Secteur privé
- ◯ Indépendant
- ◯ Chômeur
- ◯ **Profession du père**

Q1_13

Profession de la mère

Q1_14

Situation matrimoniale des parents

Q1_15

- ☐ Monogame
- ☐ Divorcés
- ☐ Polygames
- ☐ Mon père est veuf
- ☐ Ma mère est veuve
- ☐ Aucun de mes parents n'est en vie

Avec qui vivez-vous?

Q1_16

- ◯ Père
- ◯ Mère
- ◯ Père et mère Oncle
- ◯ Tante
- ◯ Ami (s, e, es)
- ◯ Seul (e)
- ◯ Interné (e)
- ◯ Grande famille Fère et ou sœur autres
- ◯ **Préciser autres personnes avec qui vous vivez**
- ◯ Q1_16AUTRE
- ◯

A combien s'élève votre argent de poche mensuellement ?

Q1_17 (Montant en F. CFA) (Marquer 0 si vous n'en recevez pas du tout)

_____

Si vous ne recevez pas d'argent de poche, comment vivez vous ?

Q1_18

- ◯ Je fais des jobs je reçois de l'aide d'amis
- ◯ Autres
- ◯ **Précisez autre moyen par lequel vous vivez**

Q1_18AUTRE

II- CONNAISSANCES

Avez-vous entendu parler de la sexualité en général ?

Q2_1

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quelles sont vos trois principales sources d'informations sur la sexualité ?

Q2_2 (Veuillez choisir au plus trois (03) modalités)

- [ ] Parents
- [ ] Amis
- [ ] Enseignants Magazine
- [ ] Radio
- [ ] Télévision Agent de santé site internet
- [ ] Autres
- [ ] **Préciser autres sources**
- [ ] Q2_2AUTRE
- [ ]

Avez-vous l'habitude de parler de la sexualité avec l'un de vos parents ?

Q2_3

- ◯ Oui souvent
- ◯ Oui parfois
- ◯ Oui rarement
- ◯ Non jamais

A quel niveau d'étude aviez-vous entendu parler de la sexualité pour la première fois ?

Q2_4

- ◯ Primaire
- ◯ Secondaire
- ◯ Université

Aimeriez-vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ?

Q2_5

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui à quel niveau d'étude ?

Q2_5a

- ◯ Primaire
- ◯ Secondaire Université
- ◯

Selon vous, la sexualité doit –elle rester comme un sujet tabou entre parents et enfants ?

Q2_6

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Connaissez-vous la période de fécondité d'un cycle menstruel chez la femme ?

Q2_7

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Si vous connaissez cette période de fécondité, où se situe-t-elle ?

Q2_8

- ◯ début du cycle milieu du cycle fin du cycle

Le premier rapport sexuel peut-il entraîner une grossesse ?

Q2_9

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Pensez-vous qu'à tout moment du cycle une femme peut avoir des rapports sexuels sans craindre une grossesse ?

Q2_10

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Savez-vous ce qu'on appelle contraception ?

Q2_11

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, qui vous a informé pour la première fois sur la contraception ?

Q2_11a

- Papa
- Maman
- Oncle
- Tante Amis
- Enseignants Frère/Sœur
- Magazine
- Radio
- Télévision site internet
- **Quelles sont vos autres sources d'information ?**
- Q2_11b
-

La contraception c'est l'ensemble des méthodes qui permettent de

Q2_11c

- [ ] Rendre stérile la femme
- [ ] Espacer les naissances
- [ ] De tomber enceinte seulement quand le couple le désire
- [ ] De protéger contre les IST
- [ ] De limiter le désir sexuel

Connaissez-vous la contraception d'urgence ?

Q2_11d

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui c'est quoi la contraception d'urgence

Q2_11e

- Une méthode pour avorter
- Une méthode de contraception à prendre dans les 48 à 72 heures après un rapport sexuel

Autre

Préciser les autres connaissances que vous avez de la contraception d'urgence

Q2_11eAUTRE

Connaissez-vous des méthodes de contraception ?

Q2_12

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui lesquelles ?

Q2_12a

- ☐ Préservatifs
- ☐ Abstinence sexuelle
- ☐ Stérilet
- ☐ Diaphragme
- ☐ Injectables
- ☐ Spermicide
- ☐ Implants
- ☐ Stérilisation
- ☐ Coït interrompu
- ☐ Pilule
- ☐ Méthode de calendrier
- ☐ Douche vaginale
- ☐ Autres

Préciser les autres méthodes de contraception

Q2_12aAUTRE

Connaissez- vous les avantages liés à l'usage de la contraception ?

Q2_13

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, cochez ceux que vous connaissez

Q2_13a

- [ ] Permet d'éviter les grossesses non désirées
- [ ] Protège contre les IST
- [ ] Permet à la jeune fille de terminer ses études
- [ ] Permet le contrôle de la masse démographique
- [ ] Autres

Préciser autres avantages

Q2_13aAUTRE

Connaissez-vous les inconvénients liés à l'usage de la contraception?

Q2_14

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, cochez ceux que vous connaissez

Q2_14a

- [ ] Saignements irréguliers
- [ ] Prise de poids
- [ ] Maux de tête
- [ ] Dimunition de la libido (désir sexuel)
- [ ] Autres

Préciser les autres inconvénients liés à l'usage de la contraception que vous connaissez

Q2_14aAUTRE

Connaissez-vous les conséquences des avortements provoqués ?

Q2_15

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, cochez les conséquences que vous connaissez

Q2_15a hémorragie

- [ ] Perforation utérine
- [ ] Infection génitale
- [ ] Décès
- [ ] Stérilité

Connaissez-vous les infections sexuellement transmissible (IST) ?

Q2_16

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, cochez-les

Q2_16a

- [ ] VIH/Sida
- [ ] Gonococcie
- [ ] Syphilis
- [ ] Trichomonas
- [ ] Chancre mou
- [ ] Candidose génitale

Les IST s'attrapent au cours d'un rapport sexuel uniquement avec les prostitués

Q2_17

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Il est possible de guérir du SIDA

Q2_18

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

La pillule contraceptive protège contre les IST

Q2_19

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Le préservatif est efficace contre les IST

Q2_20

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

La masturbation nuit gravement à la santé

Q2_21

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

III- ATTITUDES

Quel est selon vous l'âge idéal pour le 1er rapport sexuel ?

Q3_1 (l'âge en année)

_____

Quel est selon vous l'âge idéal pour avoir un enfant ?

Q3_2 (l'âge en année)

_____

Etes-vous pour les rapports sexuels avant le mariage ?

Q3_3

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

Aprouvez-vous l'utilisation des méthodes de contraception ?

Q3_4

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯

Ne sais pas

Avez-vous présentement un partenaire sexuel?

Q3_5

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Ne sais pas

vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de Sexualité en général ?

Q3_6a

- ◯ Oui
- ◯ Non

vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de Méthodes de contraception ?

Q3_6b

- ◯ Oui
- ◯ Non

Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

Q3_7

- ◯ Oui
- ◯ Non

Que feriez-vous si vous aviez une grossesse non désirée ou si vous-en étiez l'auteur ?

Q3_8

- ◯ Je mène à terme / je la fais mener à terme
- ◯ J'avorte / je la fais avorter
- ◯ Je ne sais pas

Une grossesse doit elle conduire une jeune fille à arrêter ses études?

Q3_9

- ◯ Oui
- ◯ Non

Que pensez-vous de l'utilisation des méthodes de contraception ?

Q3_10

- ◯ Bon
- ◯ Mauvais
- ◯

Sans avis

Que pensez-vous des avortements provoqués ? Q3_11

- ◯ Bon
- ◯ Mauvais Parfois nécessaire
- ◯

IV- PRATIQUES

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Q4_1

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quel type de rapport sexuel avez-vous eu ?

Q4_1a

- ◯ Homosexualité
- ◯ Hétérosexualité
- ◯ Bisexualité (homo et hétéro)

A quel âge avez-vous eu votre 1er rapport sexuel (inscrivez l'âge)

Q4_1b

_____

Combien de partenaire avez-vous eu depuis votre premier (1er) rapport sexuel ?

Q4_1c

_____

Combien de partenaire avez-vous actuellement ?

Q4_1d

- ◯ Un seul
- ◯ Plusieurs
- ◯ Pas de partenaire

Quelles raisons vous motivent à avoir des rapports sexuels (plusieurs réponses possibles) ?

Q4_1e

- ☐ Par amour
- ☐ Par plaisir
- ☐ Pour gagner de l'argent
- ☐ Pour avoir de bonnes notes
- ☐ Pour faire comme les amis
- ☐ Par curiosité
- ☐ Parce que mon partenaire me force
- ☐ Pour garder mon ami (e)
- ☐ Pour prouver ma virilité
- ☐ Autres

Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels ?

Q4_1f

- ○ Toutes les semaines
- ○ Une à deux fois par mois
- ○ une à deux fois par trimestre
- ○ une à deux fois par an

Avez-vous des rapports sexuels ?Q4_1g

- ○ Planifiés
- ○ Imprévus

Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ? Q4_2

- ○ Oui
- ○ Non

Si vous avez répondu oui, avez-vous utilisé un préservatif lors de ce rapport sexuel occasionnel ?Q4_3

- ○ Non
- ○ Oui

Indiquez la fréquence si oui Q4_3a

- toujours
- rarement
- souvent
- jamais

Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?Q4_4

- Oui
- Non

Si oui lesquelles ?

Q4_4a

- Préservatifs
- Abstinence sexuelle
- Stérilet
- Diaphragme
- Injectables
- Spermicide
- Implants
- Stérilisation
- Coït interrompu
- Pilule
- Méthode de calendrier
- Douche vaginale
- Autres

Préciser autres méthodes contraceptives utilisées

Q4_4aAUTRE

Quelles sont vos sources d'approvisionnement en produits contraceptifs ?

Q4_5

- [ ] Officines/pharmacie
- [ ] Centres de planning familial
- [ ] Maternité
- [ ] Dispensaire Infirmerie
- [ ] Marché
- [ ] **Etiez-vous satisfait(e) de cette méthode ?**

Q4_6

- ( ) Très satisfait(e)
- ( ) Satisfait(e)
- ( ) Peut satisfait (e)
- ( ) Insatisfait (e)

Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception d'urgence ?

Q4_7

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui quel était le nom du produit ?

Q4_7a

_____

Si oui combien de fois l'avez-vous déjà utilisé ?

Q4_7b

_____

Avez-vous déjà eu à réaliser ou faire réaliser un test de grossesse ?

Q4_8

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui quelle en était la raison ?

Q4_8a

- ○ Rapport non protégé
- ○ Oubli de prise de la méthode de contraception
- ○ Doute sur l'efficacité de la méthode de contraception
- ○ Autre

Préciser autre raison

Q4_8aAUTRE

Avez-vous déjà changé de méthode de contraception ?

Q4_9

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui pour quelle raison ?

Q4_9a

- ○ Effets secondaires
- ○ Coûts
- ○ Difficile de respecter la fréquence
- ○ Mes études en santé m'ont amené à changer
- ○ Autre raison

Préciser autre raison pour laquelle vous avez changé de méthode

Q4_9aAUTRE

Utilisez-vous actuellement (sur les 30 derniers jours) une des méthodes contraceptives pour éviter une grossesse?

Q4_10

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si non, pourquoi ?

Q4_10a

- [ ] Raison religieuses
- [ ] Raison ethnique
- [ ] Craintes de mes parents
- [ ] Opposition de mon partenaire
- [ ] C'est trop compliqué
- [ ] Le coût est élevé
- [ ] J'ai honte
- [ ] Je n'ai pas l'information
- [ ] Crainte des effets secondaires
- [ ] Pas de relation sexuelles
- [ ] Je ne sais où m'en procurer
- [ ] Je n'aime pas la contraception
- [ ] Autres

Préciser autres méthodes contraceptives pour éviter une grossesse

Q4_10aAUTRE

Si oui, la quelle / lesquelles ?

Q4_10b

- [ ] Pilule
- [ ] Préservatifs
- [ ] Stérilet
- [ ] Diaphragme
- [ ] Injectables
- [ ] Spermicide
- [ ] Implants
- [ ] Stérilisation
- [ ] Coït interrompu
- [ ] Abstinence sexuelle
- [ ] Méthode de calendrier
- [ ] Douche vaginale
- [ ] Autres

Préciser Autres méthodes

Q4_10bAUTRE

Comment l'utilisez-vous ?

Q4_10c

- ( ) Occasionnellement de façon permanente
- ( ) **Avez-vous des effets secondaires liés à l'utilisation de ces méthodes ?**

Q4_10d

- ( ) Oui
- ( ) Non

Si oui, cochez le ou les effets secondaires éventuels que vous avez eus

Q4_10e

- [ ] Saignements en dehors des règles
- [ ] Prise de poids
- [ ] Maux de tête
- [ ] Diminution de la libido
- [ ] autres effets

Préciser autres effets

Q4_10eAUTRE

Etes-vous satisfait(e) de la méthode actuelle ?

Q4_10f

- ○ Très satisfait(e)
- ○ Satisfait(e)
- ○ Peut satisfait (e)
- ○ Insatisfait (e)

Avez-vous déjà été enceinte ou l'auteur d'une grossesse ?

Q4_11

- ○ Jamais
- ○ Une fois Deux fois plusieurs fois
- ○ **Si oui, avez-vous voulu de cette / de ces grossesses?** Q4_11a
- ○ Oui
- ○ Non

Quel a été le dénouement (la fin) ? Q4_11b

- ○ Avortement provoqué Accouchement
- ○ Fausse couche spontanée
- ○ **Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un agent de santé pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la sexualité et la contraception ?** Q4_12

- ○ Oui
- ○ Non

MERCI !

Annexe 2 : Autorisation de la directrice de l'INMeS



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
INSTITUT NATIONAL MÉDICO-SANITAIRE

DIRECTION

Cotonou, le 25 septembre 2020

N° 245 -20/UAC/INMeS/DA/SG/CSS/CSAP

AUTORISATION

La Directrice de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) soussignée, autorise Madame **ADISSO M. L. Yasmine**, étudiante en 7ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé (**FSS**) de l'Université de l'Université d'Abomey-Calavi (**UAC**), à réaliser une enquête auprès des étudiants dudit Institut. Ladite enquête, qui porte sur une étude intitulée : « **Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité et des méthodes contraceptives modernes en milieu estudiantin à Cotonou : cas des étudiants de la FSS, l'INMeS, ENEAM** », entre dans le cadre de la réalisation de sa thèse de Doctorat d'Etat en médecine.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

LA DIRECTRICE,

Institut National Médico-Sanitaire - INMeS - La directrice

Lisette ODOULAMI YÈHOUESSI
Professeur Titulaire d'Ophtalmologie

01 BP 862 – TEL. (00229) 21 30 05 93 / 67 33 33 71 E-Mail : inmes.uac@uac.bj COTONOU

Annexe 3 : Autorisation du comité d'éthique

UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 09 octobre 2020

REF: 0327/CLERB-UP/P/SP/R/SA

AVIS ETHIQUE

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 09 octobre 2020. Il a étudié le dossier du projet d'étude « **Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité et des méthodes contraceptives modernes en milieu estudiantin à Cotonou** ».

Ledit projet d'étude est soumis par Mme **Yasmine Mègnissè Linda ADISSO** doctorante pour le diplôme de Docteur d'Etat en médecine.

Après étude et clarification, ledit projet tel que présenté est conforme et respecte les principes éthiques fondamentaux (respect de la dignité et de la liberté des personnes, respect du principe de bienfaisance et de non malfaisance).

En conséquence le CLERB-UP déclare que ce projet respecte les principes éthiques et en donne un avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Président

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de l'Université de Parakou — Président

Professeur Simon A AKPONA

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne constituent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

Table des matières

Sigles et abréviations xxiv
Liste des tableaux xxv
Liste des figures xxvi
1. INTRODUCTION 1
1.1. Problématique 2
1.2. Cadre conceptuel 4
1.3. Hypothèses : 5
1.4. Objectifs 6
1.4.1. Objectif général 6
1.4.2. Objectifs spécifiques 6
2. GENERALITES 7
2.1. Définition de quelques concepts 8
Connaissance 8
Attitude 8
Pratique 8
Sexualité 8
Les étapes du développement de la sexualité [14] 9
Contraception 10
2.2. Histoire de la contraception 11
2.3. Rappels anatomiques et physiologiques du corps humain 14
2.3.1. Anatomie et physiologie de la femme 14
2.3.1.1. Les organes reproductifs chez la femme [24] 14
2.3.1.2. Le cycle féminin[25] 15
2.3.2. Anatomie et physiologie de l'homme [26] 17
2.3.2.1. Les organes reproductifs chez l'homme 17
2.4. Qualité d'une bonne contraception 19
2.4.1. Efficacité 19
2.4.2. Acceptabilité 20
2.4.3. Réversibilité 20
2.4.4. Innocuité 20
2.5. Les différentes méthodes contraceptives modernes 20
2.5.1. Méthodes locales et de barrière 20
2.5.1.1. Méthodes chimiques 21
2.5.1.2. Méthodes mécaniques 22
2.5.2. Méthodes hormonales 29

2.5.2.1. Les contraceptifs œstroprogestatifs [30] 30
2.5.2.2. Les contraceptifs hormonaux par progestatifs seuls [17,28] 36
2.5.3. Méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive [28] 42
2.5.4. La Contraception d'urgence[17,28] 42
3. CADRE ET METHODE D'ETUDE 44
3.1. Cadre d'étude : 45
3.1.1. Bref aperçu sur la République du Bénin [31] 45
3.1.2. La ville de Cotonou 45
3.1.2.1. Situation géographique de Cotonou 45
3.1.2.2. Données socio-démographiques de Cotonou 45
3.1.2.3. Caractéristiques économiques 46
3.1.2.4. Données sanitaires 46
3.1.2.5. Cadre d'étude proprement dit [32] 47
3.2. Méthodes d'étude 48
3.2.1. Type et période d'étude 48
3.2.2. Population d'étude 48
3.2.2.1. Critères d'inclusion 48
3.2.2.2. Critères d'exclusion 48
3.2.3. Échantillonnage 48
3.2.3.1. Taille de l'échantillon 48
3.2.3.2. Technique d'échantillonnage 49
3.2.4. Opérationnalisation des variables 49
3.2.4.1. Les variables dépendantes 49
3.2.4.2. Les variables indépendantes 51
3.2.5. Collecte des données 52
3.2.5.1. Phase de pré-test 52
3.2.5.2. Phase de collecte 52
3.2.6. Traitement et analyse des données 52
3.2.7. Aspects éthiques 53
4. RESULTATS 55
4.1. Caractéristiques de l'échantillon 56
4.2. Description de la sexualité au sein des étudiants de l'INMeS 57
4.2.1. Informations et connaissances en matière de sexualité 57
4.2.1.1. Sources d'information sur la sexualité 57
4.2.1.2. Informations sur la sexualité par les éducateurs 58
4.2.1.3. Connaissance sur la période de fécondité d'un cycle menstruel 58

4.2.1.4. Connaissance des différentes Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 59
4.2.2. Attitudes relatives à la sexualité 61
4.2.2.1. Age idéal perçu pour avoir des enfants 61
4.2.2.2. Age idéal perçu pour tenir un premier rapport sexuel 61
4.2.2.3. Opinion relative à la sexualité 61
4.2.3. Pratiques relatives à la sexualité 62
4.2.3.1. Expérience du premier rapport sexuel 62
4.2.3.2. Rapports sexuels occasionnels. 62
4.3. Description de la contraception chez les étudiants de l'INMeS 62
4.3.1. Connaissances relatives à la contraception 62
4.3.1.1. Connaissance des méthodes modernes de contraception 62
4.3.1.2. Connaissance des méthodes naturelles de contraception 63
4.3.1.3. Connaissance de la contraception d'urgence 63
4.3.1.4. Connaissance du rôle, des avantages et des inconvénients de la contraception moderne 64
4.3.2. Attitude relative à la contraception moderne 64
4.3.3. Pratiques relatives à la contraception 65
4.3.3.1. Utilisation d'une méthode moderne de contraception 65
4.3.3.2. Les méthodes de contraception moderne utilisées 65
4.3.3.3. Utilisation de la contraception d'urgence 66
4.3.3.4. Raisons à non utilisation d'une méthode moderne de contraception 66
4.4. Evaluation des connaissances et des attitudes : 66
4.4.1. Connaissance globale des IST 66
4.4.2. Connaissance globale sur la contraception moderne 67
4.4.3. Attitude globale relative à la sexualité 68
4.4.4. Attitude globale relative à la contraception moderne 68
4.5. Résultats analytiques 69
4.5.1. Facteurs influençant les connaissances attitudes et pratiques relatives à la sexualité 69
4.5.1.1. Facteurs influençant le niveau de connaissance sur les IST 69
4.5.1.2. Facteurs associés à l'âge idéal perçu pour un 1er rapport sexuel et pour avoir un enfant 70
4.5.1.3. Facteurs associés à une « attitude positive » de la sexualité 71
4.5.2. Facteurs influençant l'âge au 1er rapport sexuel 72
4.5.3. Facteurs associés à la connaissance globale sur la contraception moderne 73
4.5.4. Facteurs associés à la connaissance de la contraception d'urgence 75
4.5.5. Facteurs associés à une attitude positive de la contraception moderne 76

4.5.6. Facteurs associés à l'utilisation d'une méthode moderne de contraception par les personnes sexuellement actives 77
4.5.7. Relation entre les connaissances et les attitudes 78
4.5.8. Relations entre les connaissances et les pratiques 79
4.5.9. Relation entre les attitudes et les pratiques 79
5. DISCUSSION 80
5.1. Validité méthodologique 81
5.1.1. Validité interne 81
5.1.1.1. Biais potentiels 81
5.1.1.2. Difficultés rencontrées 81
5.1.1.3. Puissance statistique 82
5.1.2. Validité externe 82
5.2. Atteinte des objectifs 83
5.3. Revue de la littérature confrontée à nos résultats 84
5.3.1. Analyse des caractéristiques sociodémographiques des participants 84
5.3.2. Connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la sexualité 85
5.3.3. Connaissances des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la contraception moderne 87
5.3.4. Attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la sexualité .. 89
5.3.5. Attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives à la contraception moderne 91
5.3.6. Pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales sur la sexualité 91
5.3.7. Pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales relatives aux méthodes contraceptives modernes 93
5.3.8. Relation entre connaissance et pratiques et relations entre attitudes et pratiques 94
6. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 96
6.1. Conclusion 97
6.2. Suggestions 97
7. REFERENCES 100
8. ANNEXES 106
Résumé 136
Abstract : ..... **Erreur ! Signet non défini.**

SERMENT D'HYPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

Résumé

La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes est déterminante pour l'évolution démographique et constitue un enjeu de santé publique. Les adolescents et jeunes qui font des études en sciences de la santé sont une cible particulière, étant donné que leurs connaissances, attitudes et pratiques actuelles influenceront leurs pratiques professionnelles futures en matière de prestations en santé sexuelle et reproductive.

Objectif :

Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en sciences infirmières et obstétricales à l'INMeS de Cotonou.

Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique. Les données ont été collectées via la plateforme *KoboCollect*

Résultats :

Des 83 étudiants qui ont pris part à l'étude, 70% étaient du genre féminin et 61,4% étaient inscrits en Soins infirmiers.

Les niveaux de connaissance sur les IST et sur la contraception n'étaient pas optimaux. Seuls 53% avaient une bonne connaissance sur les IST et 48,2% sur la contraception moderne. Leur attitude au regard de la sexualité a été jugée assez conservative, 61,2% n'approuvant pas les rapports sexuels avant le mariage. Cependant, 47% avaient déjà eu un rapport sexuel à un âge moyen de 18,7 ans. Parmi les étudiants sexuellement actifs, 51,3% utilisaient une méthode moderne de contraception. Les méthodes les plus utilisées étaient essentiellement le préservatif (81,5%) et la pilule contraceptive (40,7%).

Les attitudes relatives à la sexualité influençaient la pratique d'une méthode de contraception. Les principales raisons évoquées pour ne pas utiliser une méthode moderne de contraception étaient le fait de ne pas tenir de rapports sexuels actuellement (32%), les effets secondaires (26%), les raisons religieuses (21%) et l'opposition du partenaire (21%).

Conclusion

Le renforcement des connaissances et des attitudes des étudiants en sciences infirmières et obstétricales à travers les enseignements en sciences infirmières et obstétricales avec des approches pédagogiques adaptées est nécessaire.

Mots-clés : connaissance, attitude, pratique, sexualité, contraception, étudiants.

Abstract:

The sexual and reproductive health of adolescents and young people is critical to demographic change and is a public health issue. Adolescents and young people studying health sciences are a particular target, as their current knowledge, attitudes and practices will influence their future professional practices in sexual and reproductive health services.

Objective:

To determine the knowledge, attitudes and practices of nursing and midwifery students at INMeS school in Cotonou.

Study design:

We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study. The data were collected via the KoboCollect platform

Results:

Of the 83 students who participated in the study, 70% were female and 61.4% were enrolled in nursing study.

The student knowledges levels on STIs and contraception were not optimal. Only 53% had a good knowledge of STIs and 48.2% of modern contraception. Their attitude towards sexuality was found to be quite conservative, with 61.2% not approving pre-marriage sex. However, 47% had already had sex at an average age of 18.7 years. Among sexually active students, 51.3% were using a modern method of contraception. The most common methods used were mainly condoms (81.5%) and birth control pills (40.7%).

Attitudes about sexuality influenced the use of a contraceptive method. The main reasons given for not using a modern method of contraception were not having sex (32%), side-effects (26%), religious reasons (21%) and the partner's opposition (21%).

Conclusion

It is necessary to strengthen the knowledge and attitudes of nursing and midwifery students through teaching in nursing and midwifery sciences with adapted pedagogical approaches.

Key words: knowledge, attitude, practice, sexuality, contraception, students.