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 : 2022 **N° 2483**

IMPACT DE L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE SUR LA PREVENTION DES IST/VIH ET DES GROSSESSES NON DESIREES CHEZ LES ELEVES A COTONOU (2021-2022)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2022 pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Miness-Cyrillia J. S. DAGBETO née le 18 mars 1998 à ABOMEY

DIRECTRICE DE THESE :

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

CO-DIRECTEURS :

MCA SAIZONOU Jacques

Dr COOVI Foreck

Présidente du jury

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Membres du jury :

Pr KPATCHAVI Adolphe

MCA SAIZONOU Jacques

MCA TOGNIFODE Véronique

Année académique : 2021-2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

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

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine:	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Cardiologie

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médéssè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

Dédicaces

A celui que j'appelle affectueusement mon papa, celui qui me connaît mieux que moi-même.

À toi Dieu tout puissant, depuis le début de cette aventure tu avais déjà commencé ton œuvre. Mon entrée à la faculté de médecine était ton choix pour moi et malgré le fait qu'on me décourageait par crainte que je perde mes années sans jamais sortir Médecin, nous voilà sept années après Médecin. Et comme je te le disais tout le temps, je veux être un Médecin de Jésus-Christ pour les hommes. Accorde-moi la sagesse et le discernement dans l'exercice de ma profession.

À mon cher père, Jules DAGBETO

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Homme de vertu, tu resteras pour moi un exemple du travail bien fait. Je n'oublierai jamais tout le mal que tu t'es donné pour me multiplier mes fiches d'enquêtes pour ma collecte, tu as été présent et tu m'encourageais au petit effort. Chaque fois que l'envie d'abandonner me prenait, il suffit de penser au mal que tu te donnes pour la réussite de tes enfants pour me relever et continuer le chemin. Te rendre fier de moi était toujours une de mes priorités et je sais qu'aujourd'hui tu es fier de ce que je deviens. Trouve ici, dans ce modeste travail, le fruit de tant de dévouements et de sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour.

À ma chère Mère, Sidonie SENON

Avec toi je comprends aisément la portée de la pensée qui dit « Dieu n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères ». Femme patiente, tolérante, optimiste, l'amour que tu portes pour tes enfants nous donne toujours l'énergie nécessaire pour gravir les échelons les plus difficiles. Je t'ai toujours vue te battre jour après jour et tellement je suis fière de toi que je n'aurai pas d'excuses d'échouer. Si je suis arrivée là aujourd'hui c'est grâce à cette image de la femme battante que j'ai de toi et grâce à tes bénédictions quotidiennes. Mère, mon combat quotidien est de ne jamais te décevoir. Ce modeste travail ne suffit certes pas pour récompenser tant d'années de sacrifices, c'est ce que je peux pour toi à l'instant. Je souhaite que Dieu te donne longue vie et plus de santé pour que tu puisses savourer le reste.

À mon Fiancé Alban Mahugnon Macaire BOÏLOGOUN, tu m'as vu entrer à la faculté de médecine. Tu as été là pour me féliciter chaque fois que je passais d'une année à une autre. Et toutes les fois où j'étais à bout, tu étais toujours présent pour m'encourager. En plus d'avoir toujours eu confiance en moi, tu as été un vrai booster dans ma vie. Veuille trouver dans ce travail l'expression de mon amour et de ma reconnaissance.

À mes frères et sœurs Prudencia, Christ-seul, Exaucé, Jean-Paul, **Delvis**

Recevez ici le témoignage de l'attachement, de l'amour que j'éprouve pour vous. Prudencia, je te dis spécialement merci pour le soutien sans faille.

Que l'esprit saint vous guide dans vos études afin que vous fassiez toujours mieux et toujours plus. Puissions-nous demeurer toujours unis.

À mon père spirituel et ami Hervé DOSSOU,

Merci d'avoir toujours cru en moi. À chaque fois que je venais te dire combien de fois j'étais fatiguée et parfois à bout de souffle, tu trouvais toujours les justes mots pour me rebooster. Tu étais là du début jusqu'à la fin. Puisse le seigneur te bénir et continuer de faire son œuvre dans ta vie. Profonde gratitude.

À mes chers oncles et tantes maternels et paternels,

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

Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection.

A tous mes cousins et cousines, mention spéciale à **Eunice DAGBETO**

Merci pour votre soutien. Que Dieu nous garde encore plus longtemps.

À mes grands-parents maternels et mon grand-père paternel : in memoriam

Daigne Dieu vous avoir en sa sainte miséricorde.

À ma grand-mère paternelle : Que Dieu te garde aussi longtemps parmi nous

A l'équipe CMRS, mention spéciale à **Mr Hermann AGBEDJINOU et à Mr KOUCH-MON Chagas**

Merci pour la disponibilité et le travail bien fait dont fait preuve votre équipe.

REMERCIEMENTS

Remerciements

Au Dr Roméo DAH BOLINON

Merci pour votre soutien, le sens du leadership partagé et vos encouragements.

Au Dr Coovi Foreck

Tu étais la première personne que j'ai connue, une fois arrivée à la faculté de médecine. Merci de m'avoir montré le chemin.

À Maxime DOSSOU, Sylvers AWOUVOEDO, Lucrèce DJESSOU,

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

À Régis PADONOU

Voici enfin l'aboutissement de toutes nos nuits blanches. Daigne l'éternel nous garder unis, cher ami et collègue.

À Dédisse Dona MEVI

Ma chère collègue et amie. Merci d'avoir été cette sœur toujours disponible pour moi. Tu fais partie des plus beaux cadeaux que la faculté de Médecine m'a fait. Reçois ce travail comme le tien. Brillante carrière à nous.

À mes amies et sœurs de la DREAM TEAM,

Chancelle LOKOSSOU, Joan AFFOGNON, Ariane HOUNKANRIN, Faridath MOUNIROU, Dédisse MEVI

De vraies amies, ça ne court pas les rues. Merci pour la fraternité durant toutes ces années. Vous avez rendu mon parcours inoubliable. Je vous aime énormément.

À Blanche HEMADOU, Innocent AGBIDIME, Claudia TOFFOUN,

Je n'ai pas oublié la première année. Merci pour votre fraternité.

À mes Collègues du groupe de stage interné

Eudoxie AFFEDJOU, SOTOGNON Alain, Fréjus ALAMOU, Ariane HOUNKANRIN, Mathias AVOCE, Floriane FALY, Chancelle LOKOSSOU, Eniola ENIOLORUNDA, Faridath MOUNIROU, Frangilo GONÇALVES, Merleen GOUNADON, Joan AFFOGNON, Perez KPADONOU, Maurel LALEYE, Dédisse MEVI, Nawaliath DJIBRIL, Odélia HOUEHOUME-GANSE, Régis PADONOU, Ramziath MAMA, Romario ATIHOU, Marius ZOKPODO.

Merci pour ces onze mois passés ensemble à travailler, à soigner, à s'amuser. Je n'aurai pas trouvé mieux comme groupe d'internat. Que Dieu nous unisse davantage !

À tous les membres de l'équipe médicale et de l'ONG Fondation Durable

Merci pour la fraternité.

À mes amis du cours secondaires, Flora TESSI, Nicole VIGAN, Irénée AMENOUDJI, Marceau GBEDE, Chadrac AHOUANWANOU

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'INIFRCF, spécialement au Directeur Mr Blaise DJIHOUESSSI et à Madame Blandine COTOBIODJO

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

Au personnel administratif des collèges d'enseignement général de Cotonou (SEGBEYA, ENTENTE, FIYEGNON, VEDOKO)

Merci de nous avoir permis de réaliser cette étude dans vos établissements.

À tous les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou ayant participé à notre étude

Un grand Merci à vous, sans vous ce travail n'aurait pas pu aboutir.

À tous ceux qui m'ont portée dans leurs prières

À toute la 44ème promotion de Médecine FSS Cotonou

Brillante carrière très chers collègues.

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

Merci !

HOMMAGES

Hommages

- **À 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. Je veillerai, partout où je servirai, à vous valoriser en appliquant vos précieux enseignements.

  Hommages respectueux !

- **À notre Directrice de thèse et présidente du jury, Professeur Christiane TSHABU AGUEMON**

  Cher Maître, Vous avez spontanément accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Nous sommes très touchée par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçu. Vous êtes pour nous le modèle d'une femme digne, intègre, très humble et d'un professionnalisme digne de respect et de considération. C'est un honneur que vous nous faites en acceptant également de présider ce jury. Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde reconnaissance.

  Hommages respectueux !

- **À notre Maître et co-directeur de thèse, MCA Jacques SAIZONOU**

  Malgré la distance et votre emploi du temps très chargé, vous avez accepté apporter votre contribution pour l'amélioration de ce travail. Vos qualités scientifiques, intellectuelles et humaines suscitent beaucoup d'admiration et nous sommes heureuse de vous avoir côtoyé. Nous vous prions de trouver ici cher Maître, le témoignage de nos sincères remerciements.

  Hommages respectueux !

- **À notre Co-directeur, Dr Foreck Coovi**

  Vous êtes un modèle pour nous. Nous sommes très heureuse d'avoir travaillé avec vous. Malgré la distance et vos occupations personnelles, vous avez su apporter votre contribution à ce travail. Veuillez recevoir ici notre admiration et notre profonde reconnaissance.

  Hommages respectueux !

- **Aux honorables membres du jury**

  Chers Maîtres, nous sommes très honorée de vous savoir juges de ce travail. Vos contributions nous aideront à améliorer ce travail. Soyez rassurés que vos conseils, critiques et suggestions seront respectueusement pris en compte. Recevez ici l'admiration et l'estime que nous vous portons ainsi que l'expression de notre reconnaissance.

  Hommages respectueux !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

ABPF	: Association Béninoise pour la promotion de la famille
ABMS	: Association Béninoise de Markéting Social
APESSA	: Association pour l'Éducation, la Sexualité, et la Santé en Afrique
AMPR	: Acétate de MédroxyProgestérone
CEG	: Collège d'Enseignement Général
CeRADIS	: Centre de Réflexion et d'Actions pour le Développement Intégré et la Solidarité
CIC	: Contraceptif Injectable Combiné
CIP	: Contraceptif Injectable Progestatif
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DIU-Cu	: Dispositif Intra Utérin au Cuivre
EDS	: Enquête démographique et de Santé
EE	: Ethynylestradiol
ESS	: Éducation à la Santé Sexuelle
FSH	: Follicule Stimulating Hormone
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
HPV	: Human Papilloma Virus
HSV	: Herpex Simplex Virus
INIFRCF	: Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
IC	: Intervalle de Confiance
IP	: Indice de Pearl
LH	: Lutéining Hormone

LGV	: Lymphogranulomatose Vénérienne
MAMA	: Méthode Allaitement Maternel Aménorrrhée
N	: Effectif
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
ONG	: Organisation non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
OR	: Odds Ratio
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PNDS	: Politique Nationale de Développement Sanitaire
PV/VIH	: Personne Vivant avec le VIH
PP	: Pilule Progestative
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	: Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
SVT	: Science de la Vie et de la Terre
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	: Pourcentage
Ug	: Microgramme
3ème	: Troisième
Tle	: Terminale

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Comparaison des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS par groupe et par classe, en fonction du sexe, de la nationalité et de la fratrie (ESS, 2021) 64

Tableau II : Répartition des élèves de Cotonou en fonction de leur groupe d'appartenance, de leurs établissements de provenance et de leurs classes (ESS, 2021) 65

Tableau III : Comparaison de l'âge moyen par classe des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non ESS par groupe d'appartenance (ESS, 2021) 66

Tableau IV : Comparaison des élèves de la 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs mères (ESS, 2021) 68

Tableau V : Comparaison des élèves de la Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs mères (ESS, 2021) 70

Tableau VI : Distribution des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la situation matrimoniale des parents, de leur religion (ESS, 2021) 71

Tableau VII : Distribution des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la personne avec qui ils vivaient (ESS, 2021) 72

Tableau VIII : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la situation matrimoniale des parents, de leur religion (ESS, 2021) 73

Tableau IX : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la personne avec qui ils vivaient (ESS, 2021) 74

Tableau X : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des thématiques ESS abordées (2021)..... 76
Tableau XI : Thématiques en ESS abordées par d'autres structures selon les groupes d'élèves qui disaient ne pas avoir reçu de cours détaillé sur l'ESS (CEG de Cotonou, 2021)..... 77
Tableau XII : Importance de l'ESS, du fait d'impliquer les agents de santé dans cette formation selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS, 2021)..... 78
Tableau XIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la connaissance du cycle (ESS, 2021). .. 79
Tableau XIV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS en fonction de l'acquisition des informations sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021). 80
Tableau XV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des lieux d'approvisionnement en contraceptif (ESS, 2021)..... 83
Tableau XVI : Répartition des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des conséquences des grossesses et accouchements précoces (ESS, 2021). 85
Tableau XVII : Répartition des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur connaissance des conséquences de l'avortement provoqué (ESS, 2021). 86
Tableau XVIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des infections sexuellement transmissibles (ESS, 2021) 87
Tableau XIX : Connaissances des symptômes des IST chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021). ... 89

Tableau XX : Rapport entre IST et le cancer du col de l'utérus selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021). 90

Tableau XXI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des voies de transmission des IST (ESS, 2021) 91

Tableau XXII : Projection sur l'âge au premier rapport sexuel chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou non actif sexuellement (ESS,2021). 93

Tableau XXIII : Projection des élèves non actif sexuellement sur le moment idéal pour leur premier rapport sexuel chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS,2021). 93

Tableau XXIV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou selon l'âge au premier rapport sexuel et selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021) 94

Tableau XXV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la période du dernier rapport sexuel (ESS, 2021) 94

Tableau XXVI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur connaissance globale relative au cycle menstruel, IST/VIH et la prévention grossesse non désirée (ESS, 2021) 103

Tableau XXVII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance globale relative au cycle menstruel (ESS, 2021) 104

Tableau XXVIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance globale sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021) 106

Tableau XXIX : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance sur les IST (ESS, 2021)..... 107
Tableau XXX : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formé ou non en ESS, en fonction de leur attitude face aux IST et à la prévention des grossesses (ESS, 2021)..... 108
Tableau XXXI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin des cours (ESS, 2021) 109
Tableau XXXII : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin des cours (ESS, 2021)..... 110
Tableau XXXIII : Quantification du lien entre le niveau de connaissance des questions relatives aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)..... 111
Tableau XXXIV : Quantification du lien entre le niveau des attitudes face aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance chez les élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)..... 112
Tableau XXXV : Quantification du lien entre le niveau de connaissances des questions relatives aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021) 116
Tableau XXXVI : Quantification du lien entre le niveau des attitudes face aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance chez les élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)..... 117

Tableau XXXVII : Forces et faiblesses de l'ESS sur le niveau de connaissance des élèves de 3ème des CEG de Cotonou sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021) 121
Tableau XXXVIII : Forces et faiblesses de l'ESS sur l'attitude des élèves de 3ème des CEG de Cotonou (ESS, 2021). 123
Tableau XXXIX : Forces et faiblesses de l'ESS sur le niveau de connaissance des élèves de Tle des CEG de Cotonou sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021) 124
Tableau XL : Forces et faiblesses de l'ESS sur l'attitude des élèves de Tle des CEG de Cotonou face aux IST/VIH et la prévention des grossesses (ESS, 2021) 126

LISTE DES FIGURES

Listes des figures

Figure 1 : Diagramme de flux des inclusions et des exclusions d'études. 63

Figure 2 : Comparaison de l'âge des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS par groupe d'appartenance (ESS, 2021) 66

Figure 3 : Répartition des élèves de la 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs pères (ESS, 2021) 67

Figure 4 : Comparaison des élèves de la classe de Terminale des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs pères (ESS, 2021) 69

Figure 5 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la réception ou non des cours d'ESS (2021) 75

Figure 6 : Cours d'ESS reçus ou non hors de formation scolaire par une autre structure selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021) 77

Figure 7 : Satisfaction ressentie des cours d'ESS reçus par les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS, 2021) 78

Figure 8 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la maîtrise de la période ovulatoire d'un cycle menstruel (ESS, 2021). 80

Figure 9 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des différents types de méthodes contraceptives connues (ESS, 2021). 81

Figure 10 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs sources d'informations sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021). 82

Figure 11 : Répartition des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur recours pour recevoir des conseils sur la sexualité (ESS, 2021). 84
Figure 12 : Opinions des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou sur l'avortement clandestin selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021). 87
Figure 13 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des IST les plus connues (ESS, 2021) 88
Figure 14 : Méthodes protégeant à la fois contre des IST et grossesses selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021). 91
Figure 15 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des comportements à adopter pour éviter les IST (ESS, 2021) 92
Figure 16 : Distribution des élèves des collèges d'enseignements généraux de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au premier rapport sexuel (ESS,2021). 95
Figure 17 : Multi partenariat chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021). 96
Figure 18 : Distribution des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur connaissance globale relative aux IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021) 97
Figure 19 : Distribution des élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESSS, en fonction de leur connaissance globale relative aux IST/VIH et la prévention grossesse non désirée (ESS, 2021) 98

Figure 20 : Distribution des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non à l'ESS en fonction de leur attitude face aux IST/VIH et à la prévention des grossesses (ESS, 2021) 99
Figure 21 : Distribution des élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur attitude face aux IST/VIH et à la prévention des grossesses (ESS, 2021) 100
Figure 22 : Distribution des élèves des classes de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels et de leur pratique face aux IST (ESS, 2021)..... 101
Figure 23 : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels et de leur pratique face aux IST (ESS, 2021)..... 102
Figure 24 : Ecarts observés dans le groupe formé par rapport au groupe non formé chez les élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs connaissances sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021) 114
Figure 25 : Ecarts observés dans le groupe forme par rapport au groupe non forme chez les élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs attitudes pour prévenir les IST/VIH (ESS, 2021)... 115
Figure 26 : Ecarts observés dans le groupe formé par rapport au groupe non formé chez les élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs connaissances sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021) 119
Figure 27 : Ecarts observés dans le groupe des élevés formes par rapport au groupe des élèves non formés chez les élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs attitudes pour prévenir les IST/VIH et les grossesses (ESS, 2021)..... 120

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

Sommaire

Introduction *2*

1 Généralités *5*

2 Cadre et méthode d'étude *49*

3 Résultats *63*

4 Discussion *134*

Conclusion *164*

Suggestions *165*

Références bibliographiques *170*

Annexes ..... *b*

Table des matières ..... *b*

INTRODUCTION

Introduction

L'adolescence, du latin *ădŏlēscēns, -centĭa*, qui signifie : « croissant, grandissant, se développant », est une phase du développement humain physique et mental qui se produit pendant la période de la vie humaine s'étendant de la puberté jusqu'à l'âge adulte [1]. Période critique, l'adolescence est à juste titre aussi bien redoutée par l'adolescent que par les parents et la cité. Il s'agit en effet d'une période marquée par des changements et requérant une adaptation continuelle avec des prises de décision dont le « modus operandi » définit le sujet adulte[2]. Tourmenté par des pulsions bien souvent contradictoires, l'adolescent se doit d'apprendre à se connaître, à maîtriser les pulsions sexuelles qui l'animent[3]. Ce besoin de rationalité dans les choix qu'opère l'adolescent mérite davantage d'intérêt lorsqu'on se réfère à l'OMS qui estime que près de deux tiers des décès prématurés chez les adultes sont liés à l'adoption précoce de comportements nuisibles engagés à l'adolescence notamment les rapports sexuels non protégés[4]. La sexualité de l'adolescent apparait donc un sujet d'intérêt. L'adoption de comportement sexuel à risque expose ainsi donc l'adolescent aux IST/VIH, aux grossesses non désirées. Selon l'EDSV, parmi les adolescents de 15-19 ans, 12 % des femmes et 6 % des hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans [5]. La mortalité maternelle reste la deuxième cause de décès dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans à l'échelle mondiale[6]. Seize millions de filles adolescentes de 15 à 19 ans accouchent chaque année[4]. Ces grossesses sont le plus souvent contractées sans protection contre les infections.

Au Bénin , plus de la moitié des nouvelles infections au VIH se situent chez les jeunes de 15-24 ans[7]. Une étude réalisée en 2018, dans les collèges d'enseignement général de Cotonou révèle que les pratiques sexuelles des collégiennes de Cotonou étaient précoces et à haut risque d'infection sexuellement transmissible (IST), de grossesses non désirées malgré la proximité des centres d'éducation [8]. Au cours de nos stages en Gynécologie-obstétrique,

nous avons enregistrée des cas de grossesses non désirées chez des adolescentes scolarisées. Ces dernières consultaient aux urgences dans un bain de sang après un avortement provoqué non sécurisé. Avec l'influence des médias où des vidéos à caractère pornographique sont devenues d'accès facile et non contrôlées, les adolescents et jeunes s'adonnent de plus en plus à des comportements sexuels à risque dans la quête de visibilité virtuelle et du gain facile.

En vue de faire face à cette situation qui représente un problème de santé publique, une éducation de l'adolescent en matière de santé sexuelle s'impose ; l'éducation étant reconnue comme un pilier de développement durable [9]. La sexualité ne devrait en aucun cas être un sujet tabou. Ainsi, des programmes d'éducation sexuelle sont organisés par plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) notamment L'ABPF, L'ABMS. Le taux de grossesses non désirées et d'IST perdure malgré les actions des (ONG), les séances de sensibilisation, les offres des services de planification familiale et le vote des lois préservant la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes.

Au vu de tout ceci, nous nous sommes donc interrogée sur l'impact des multiples actions menées pour l'amélioration de la santé sexuelle des adolescents et jeunes au Benin. Dans la quête de solution, nous avons appris l'existence d'un projet dénommé « Éducation à la Santé Sexuelle (ESS) » autorisé par le gouvernement de la République du Bénin dans les établissements de l'enseignement Maternel, primaire, secondaire général, technique et de la formation professionnelle qui a progressivement pris effet en 2019 dans neuf (09) collèges de Cotonou[11]. On est à même de s'interroger sur la plus-value de celui-ci. À ce titre, il nous est apparu opportun d'évaluer l'impact de l'implémentation de l'ESS sur l'aptitude des adolescents et jeunes en matière de prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH dans les établissements bénéficiaires du projet.

Objectifs

Objectif général

Évaluer l'impact de l'implémentation de l'ESS sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves au cours de l'année scolaire 2021-2022 à Cotonou.

Objectifs spécifiques

- Apprécier le comportement sexuel des élèves avant l'implémentation de l'ESS.
- Déterminer le niveau d'aptitude des élèves sur la prévention des grossesses et des IST/VIH.
- Comparer le niveau d'aptitude des élèves ayant bénéficié de l'ESS au groupe d'élèves n'ayant pas bénéficié de cet enseignement.
- Identifier les forces et faiblesses de l'ESS en matière de prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées.

1 Généralités

1.1 Définitions de quelques concepts

1.1.1 Impact

Selon le dictionnaire LAROUSSE, l'impact vient du latin *impactum* et signifie l'effet produit par quelque chose, contrecoup, influence.

L'impact est la différence que fait une organisation par les actions qu'elle réalise et qui se décline en résultats, changements, conséquences. ces effets peuvent être à court ou à long terme, positifs ou négatifs, se produisant de manière directe ou non, intentionnelle ou pas[11].

1.1.2 Éducation

Selon le dictionnaire « LA TOUPIE », L'éducation est l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales physiques, intellectuelles, scientifiques considérées comme essentielles pour atteindre le niveau de culture souhaité. Elle permet de transmettre d'une génération à l'autre la culture nécessaire au développement de la personnalité et à l'intégration sociale de l'individu [12].

Selon Durkheim, L'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné [13].

1.1.3 Santé Sexuelle

➢ Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être. Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci. [14]

➢ Santé Sexuelle

Le concept de santé sexuelle a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 1972-1975. L'origine de ce concept provient, d'une part, de la définition par l'OMS du concept de la santé en 1946 et d'autre part, de l'apparition grâce à la contraception orale d'une sexualité récréative libérée de la reproduction et surtout de la révolution sexuelle des années 60. La libéralisation des mœurs ainsi que des problèmes de santé publique en particulier le SIDA, ont fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle, des comportements et des attitudes qui permettent de la conserver et de l'améliorer**.** [15]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour

atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». [16]

1.1.4 Aptitude

Selon le dictionnaire « Le Robert », c'est une capacité acquise et reconnue pour faire quelques choses[17]. Dans notre contexte, c'est la capacité des élèves à prévenir les IST/VIH et les grossesses non désirées.

Cette capacité sera évaluée à travers leur niveau de connaissance, leurs attitudes et leurs pratiques pour prévenir les IST/VIH et les grossesses non désirées.

- **Connaissance**

Maîtrise intellectuelle qui peut être acquise soit par l'apprentissage, soit par la recherche ou encore par l'expérience, la connaissance est le fait d'avoir des compétences, des savoirs dans un domaine. C'est un ensemble d'informations acquises sur une question donnée, ici il s'agit des questions de prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées. Elles permettent à l'individu de faire la distinction entre les informations erronées et les vraies informations.[18]

- **Attitude**

Selon le dictionnaire de l'Académie de Médecine version 2022, l'attitude est la tendance à agir d'une certaine façon dans une situation déterminée ou l'adoption d'une manière de penser. [19]

C'est une disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu sur un sujet donné. Elle prend en compte les opinions de l'individu, sa disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis d'un objet. Elle influence donc directement le comportement [20].

- **Pratique**

Selon le dictionnaire « le Robert », la pratique est une manière habituelle d'agir propre à une personne ou à un groupe.

Les pratiques représentent l'ensemble des habitudes et comportements d'un individu, relatifs à un domaine précis**.**[21]

1.1.5 Éducation à la santé sexuelle

1.1.5.1 Éducation sexuelle dans les sociétés traditionnelles africaines.

La sexualité en Afrique demeure un sujet tabou. Au BENIN, les sociétés traditionnelles fonctionnaient à travers des croyances et des pratiques qui encourageaient la chasteté avant le mariage à savoir les cérémonies d'initiation, les mariages arrangés par les parents, la preuve de la virginité.[22]

La mondialisation est en pleine expansion, mais l'Afrique reste attachée à ses valeurs morales. Les parents se préoccupent ardemment de l'éducation de leurs enfants sur de nombreux plans, mais oublient que le manque d'informations sur la sexualité est un danger permanent qui menace l'avenir de leurs enfants. Ainsi, les parents et les tuteurs ne prennent pas le temps de s'entretenir avec leurs enfants sur la sexualité. Ces derniers, manquant de repères et d'informations en la matière se contentent d'en parler avec leurs camarades, amis ou consultent l'internet. Les amis étant aussi ignorants qu'eux, l'internet n'étant toujours pas source de bonnes informations, la couche juvénile est plongée dans un manque d'éducation sexuelle notoire.[22,23]**.**

1.1.5.2 L'éducation à la santé sexuelle : composante importante des interventions relatives à la santé des adolescents et jeunes.

L'éducation à la sexualité est une réponse opposable au comportement sexuel à risque des jeunes. Plusieurs instances internationales (UNESCO, OMS, ONUSIDA, UNICEF) encouragent son intégration à l'école, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence des IST et VIH/Sida demeure élevée. [24]. Les pays reconnaissent de plus en plus l'importance de doter les jeunes des connaissances et des compétences qui leur permettront de faire des choix de vie responsables, en particulier dans un monde où ils sont davantage exposés à des contenus sexuellement explicites sur Internet et sur d'autres médias. L'agenda « Éducation 2030 » fait partie d'un mouvement mondial visant à éradiquer la pauvreté, d'ici 2030 à travers 17 Objectifs de développement durable. L'éducation est au cœur de l'Objectif 4 qui vise à « assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie ». L'ESS a connu une évolution rapide depuis la publication des Principes directeurs initiaux en 2009 par l'Unesco en partenariat avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La mise en œuvre de programmes d'éducation à la sexualité dans des contextes éducatifs variés a permis d'améliorer la compréhension et les acquis, tandis que les données factuelles à l'appui de l'ESS ont été consolidées et élargies. Les ODD offrent désormais le nouveau cadre mondial de développement dans lequel il convient d'inscrire la portée de l'éducation à la sexualité. De nouvelles considérations sont apparues, notamment une reconnaissance accrue de la perspective du genre et du contexte social dans la promotion de la santé, le rôle protecteur de l'éducation dans la réduction de la vulnérabilité aux mauvais résultats en matière de santé sexuelle, y compris ceux liés au VIH, aux IST, aux

grossesses précoces et non désirées et à la violence basée sur le genre, ainsi que l'accès généralisé à Internet et aux médias sociaux et leur influence[25].

Selon une revue publiée par l'OMS en 2017, l'ESS a été reconnue comme une composante importante des interventions relatives à la santé des adolescents.

1.1.5.3 Impact de l'ESS sur la santé sexuelle

L'ESS a un impact positif sur la santé sexuelle et reproductive, car elle contribue notamment à réduire les infections sexuellement transmissibles, le VIH et les grossesses non désirées. L'ESS améliore les connaissances et l'estime de soi, change les attitudes et les normes sociales relatives au genre puis renforce l'auto-efficacité [26].

En d'autres termes, l'ESS permet le recul de l'âge du premier rapport sexuel, une diminution du nombre de partenaires sexuels, une réduction des comportements à risque et une utilisation accrue des méthodes contraceptives. Elle n'entraine pas une hausse de l'activité sexuelle. Il est difficile de tirer des conclusions fermes au sujet de l'impact de l'ESS sur les résultats biologiques tels que les taux d'IST ou d'infection à VIH, car les études de qualité restent peu nombreuses, en particulier celles qui adoptent une approche longitudinale[27].

1.1.5.4 Rôles des écoles dans l'ESS

Les écoles jouent un rôle central pour dispenser l'ESS. En tant que lieux d'enseignement, d'apprentissage et de développement personnel, les écoles apportent une infrastructure, notamment des enseignants vraisemblablement compétents et dignes de confiance, et des possibilités de planification à long terme par le biais des programmes scolaires officiels. Les enseignants sont qualifiés pour dispenser des expériences d'apprentissage adaptées à l'âge et au niveau du

développement des enfants et des jeunes, et les jeunes considèrent l'école et les enseignants comme des sources d'information fiables. Selon une publication de l'UNESCO en 2008, dans la plupart des pays, les enfants âgés de 5 à 18 ans passent beaucoup de temps à l'école, ce qui donne aux établissements scolaires les moyens concrets d'être en contact répété et durable avec un grand nombre de jeunes issus de différents milieux. En outre, un contexte scolaire constitue un un environnement dans lequel l'ESS peut être dispensée au fil des ans selon un enchaînement idéalement adapté à l'âge et au niveau de développement, le contenu ajouté s'appuyant sur le contenu précédent. De nombreux jeunes sont scolarisés au moment de leur puberté et de leurs premières relations, notamment de leurs premières relations sexuelles pour certains. De ce fait, il est d'autant plus important de dispenser une éducation progressive et adaptée à l'âge au sujet des droits, des relations et de la santé sexuelle et reproductive, et aussi de sensibiliser les enfants et les jeunes à la question de l'égalité des genres par le biais de l'éducation formelle. Dispenser l'ESS dans les écoles offre d'autres avantages : les autorités scolaires ont la capacité de réglementer de nombreux aspects de l'environnement d'apprentissage pour qu'il soit protecteur et favorable ; les programmes en milieu scolaire se sont avérés être un moyen très rentable de contribuer à la prévention du VIH et de garantir les droits des jeunes à une éducation et des services en matière de santé sexuelle et reproductive selon l' UNESCO, 2011[28]

1.1.5.5 Composantes de l'ESS au plan international[25]

CONCEPTS	**THEMES**
1-Relations interpersonnelles	1.1 Familles

	1.2 Relations amicales, amoureuses et romantiques 1.3 Tolérance, inclusion et respect 1.4 Engagements à long terme et parentalité
2-Valeurs, droits, culture et sexualité	2.1 Valeurs et sexualité 2.2 Droits humains et sexualité 2.3 Culture, société et sexualité
3- Comprendre la notion du genre	3.1 Construction sociale du genre et des normes du genre 3.2 Égalité des genres, stéréotypes et préjugés 3.3 Violence basée sur le genre
4-Violence et sécurité	4.1 Violence 4.2 Consentement, vie privée et intégrité physique 4.3 Utilisation en toute sécurité des technologies de l'information et de la communication (TIC)
5-Compétences pour la santé et le bien-être	5.1 Normes et influence des pairs sur le comportement sexuel

	5.2 Prise de décision 5.3 Techniques de communication, de refus et de négociation 5.4 Maîtrise des médias et sexualité 5.5 Trouver de l'aide et du soutien
6-Corps et développement humain	6.1 Anatomie et physiologie sexuelles et reproductives 6.2 Reproduction 6.3 Puberté 6.4 Image du corps
7-Sexualité et comportement sexuel	7.1 Sexe, sexualité et cycle de la vie sexuelle 7.2 Comportement sexuel et réponse sexuelle
8-Santé sexuelle et reproductive	8.1 Grossesse et prévention de la grossesse 8.2 Stigmatisation associée au VIH et au SIDA, traitement, soins et soutien 8.3 Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST, y compris d'infection par le VIH

1.1.5.6 Adoption de l'ESS par les pays africains

Vingt (20) pays d'Afrique orientale et australe ont adopté et accepté en 2013 l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles après une étude sur la prévalence des infections sexuellement transmissibles notamment le VIH, les grossesses précoces non désirées prédominant chez les adolescents et jeunes, avec pour vision, avoir des jeunes Africains qui soient des citoyens du monde futur, éduqués, en bonne santé, résilients, socialement responsables, des décideurs informés et capables de contribuer à leur communauté, leur pays et leur région[29]

En Afrique de l'ouest et centrale, l'ESS a démarré dans quatre pays : le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Togo[26].

1.1.5.7 Adoption de l'ESS par le BENIN

Au BENIN, Comme pour la plupart des pays, les racines de l'éducation sexuelle remontent à des projets initiaux sur l'enseignement des aptitudes/compétences à la vie quotidienne et sur la population. En janvier 2015, une revue documentaire sur les projets mis en œuvre par divers intervenants dans le cadre de la promotion de l'éducation sexuelle et intégrée des adolescents et des jeunes en milieu scolaire et universitaire au Bénin, a conclu qu'il n'y avait aucun curriculum officiellement intégré dans les programmes d'enseignement, que ce soit au niveau primaire, secondaire ou supérieur. En revanche, certaines thématiques (surtout l'anatomie humaine) sont abordées dans les enseignements de SVT, et il existe des initiatives en milieu scolaire sur la SSRAJ financée par les partenaires techniques et financiers (PTF) qui travaillent pour la plupart sans supports pédagogiques de qualité. De plus, les enseignants n'ont souvent ni le temps, ni l'information, ni les compétences pour aller au-delà du curriculum. Un nombre d'ONG/OSC ainsi que des PTF œuvrent pour améliorer l'accès à l'information et aux services de SSRAJ

au Bénin (tels que l'établissement de centre d'écoutes, de services cliniques, etc.). Des activités utilisant les médias ont été initiées. C'est le cas par exemple des émissions de radio et télévision « Amour et Vie », des applications d'informations sur les méthodes contraceptives. Une ligne verte (sur la santé générale), une ligne jaune (pour la SSRAJ), opérées par des téléconseillers, ont été mises en place et une campagne « Zéro tolérance aux mariages précoces» et « zéro grossesse en milieu scolaire a été lancée »[30]. L'Ambassade du Royaume des Pays-Bas (APB), un des PTF les plus actifs dans ce domaine, finance un projet d'introduction de l'éducation à la santé sexuelle dans les curricula des enseignements primaire, secondaire, général et technique. La revue ainsi qu'une étude sur le projet d'élaboration et d'introduction dans le processus de mise en œuvre de l'ESS au BÉNIN et les curricula scolaires de l'éducation à la sexualité eurent lieu en présence de partenaires clés comme les Ministères de la Famille, Jeunesse, Justice, Santé; et de l'Enseignement Primaire et Secondaire ; des PTF ; des représentants de l'Éducation Supérieure ; des ONG ; des organisations de jeunes ; des anthropologues ; la Fédération Nationale des Parents d'Élèves du Bénin ; des syndicats; des confessions religieuses ; et des personnes ressources. La concertation a permis aux partenaires de développer une compréhension commune de l'ESS, de sa nécessité, et comment la mettre en œuvre. La prévalence des grossesses non-désirées publiée en mars 2015 a facilité la discussion sur l'éducation sexuelle. Le cadre conceptuel et la méthodologie de l'ESS ont été élaborés, et un document identifie pour chaque sous-thème : les objectifs d'apprentissage ; les comportements visés ; les facteurs de risque et de protection ; les activités et méthodologies pédagogiques à utiliser ; et l'ancrage dans les programmes scolaires. Des guides pédagogiques de l'enseignant et des manuels de l'apprenant ont également été développés et validés, de même qu'un plan de communication en faveur de l'ESS. La phase d'élaboration du programme du projet ESS a été coordonnée par l'ONG APESSA (avec l'appui d'autres parties prenantes telles que l'UNFPA), en collaboration avec un comité technique

multisectoriel composé de cadres des trois ordres d'enseignements.[31] Le suivi a continué auprès de l'INIFRCF qui a pris le leadership technique dans l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires. Le processus a abouti au lancement de l'ESS au 3ème trimestre scolaire de l'année scolaire 2018, ce qui n'a pas permis la mise en œuvre effective de l'ESS au cours de l'année scolaire 2017-2018. Elle n'a démarré qu'au cours de l'année scolaire 2018-2019. L'expérimentation a été lancée dans 24 écoles maternelles, 45 écoles primaires, 76 lycées et collèges dont 09 du Littoral. L'UNFPA était appelée à assurer le passage de la phase de l'expérimentation prévue prendre fin en 2020 à la phase de la mise à échelle de l'ESS après une évaluation. Du fait du retard observé dans l'expérimentation, elle a été étendue sans passer par l'évaluation. La mise à échelle progressive à débuter en 2020 dans 03 départements : 06 communes de l'Alibori ; 03 communes de l'Atacora, et 02 communes de l'Atlantique.[29]. L'évaluation du projet est donc toujours en instance.

1.1.5.8 Composant de l'ESS adopté par le BENIN

Dans un premier temps, les 6 thèmes et 25 sous thèmes de l'ESS ont été identifiés et répartis du primaire au secondaire

THEME	SOUS-THEME
1-Developpement humain	1-1. Anatomie et physiologie sexuelles et reproductive 1-2. Reproduction 1-3. Puberté 1-4. Image du corps

	1-5. Intimité et intégrité corporelle
2-Comportement sexuel	2-1. Sexualité et cycle de la vie sexuelle 2-2. Comportement sexuel et réponse sexuelle 2-3. Homosexualité
3-Relations interpersonnelles	3-1. Famille et Religion 3-2. Relations amicales, amoureuses et romantiques 3-3. Tolérance et respect 3-4. Engagement, mariage et parentalité
4-Valeurs, attitudes et comportements	4-1. Valeurs, attitudes et sources d'apprentissage de la sexualité 4-2. Normes et influences des paires sur le comportement sexuel 4-3. Prise de décision 4-4. Techniques de communication, de refus et de négociation 4-5. Obtention d'aide et de soutien
5-Santé sexuelle et reproductive	5-1. Prévention des grossesses 5-2. Compréhension, prise en compte et réduction des IST/VIH

	5-3. Stigmatisation VIH/SIDA, traitement, soins et soutien 5-4. Consommation des drogues/tabac et hygiène de vie
6- Culture, société et droits de la personne	6-1. Sexualité, culture et droits de la personne 6-2. Sexualité et médias 6-3. Construction sociale du genre 6-4. Violence à caractère sexiste : abus sexuels, exploitation sexuelle et pratiques néfastes 6-5. Religion

Notre étude n'a pris en compte que le point 5 (5.1 ;5.2 ;5.3)

1.1.5.9 Niveau et matières support de l'ESS

Niveau scolaire	**Matières supports de L'ESS**
Primaire	Éducation Sociale & Éducation Scientifique et Technologique
Secondaire	SVT, Français, Histoire-Géographie
Enseignement technique	Français, Droit du travail et droit civil, Économie Familiale et Sociale, Hygiène, IST et Genre (en 2e, 1e et Tle)

1.1.5.10 Programme de l'ESS des classes de Troisième (3ème) et Terminale (Tle) en SVT

Les éléments infusés dans le programme sont mis en gras dans le tableau.

Notre évaluation a porté essentiellement sur la prévention des grossesses non désirées, des IST/VIH dans ces deux classes.

CLASSE	Point d'encrage	Éléments infusés et comportements attendus
3ème	SA_2 : La commande nerveuse et les réactions comportementales de l'Homme. -Activité de réinvestissement.	**Consommation des drogues/tabac et hygiène de la vie.** Observance des règles d'hygiène de vie à travers la résistance à la consommation de stupéfiants.
	SA_3 : La reproduction Humaine. –Activité de réinvestissement.	**Hygiène corporelle à partir de la puberté** -Pratique des règles d'hygiène des organes génitaux dès la puberté.

		Prévention des grossesses et des IST -Expression de l'engagement de recourir à une méthode de contraception pertinente ou appropriée. -Expression du refus de contracter de grossesse non désirée et de faire l'avortement clandestin. -Adoption de comportement d'abstinence sexuelle afin d'éviter des grossesses non désirées. -Expression de prise de conscience des effets néfastes de l'avortement sur la santé et les études. - Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST.
		Stigmatisation VIH/SIDA traitement soins et soutien. -Expression d'attitudes positives envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Tle	SA_1 : L'information génétique : Nature, localisation et mécanisme de transmission. -Activité de réinvestissement.	**Mariage et parentalité** -Adoption de réflexe de prévention des difficultés qui peuvent subvenir dans le mariage et l'engagement à long terme.
	SA_4 : Physiologie de la reproduction Humaine et maîtrise de la procréation. -Activité de réinvestissement.	**Prévention de grossesse et des IST.** Expression de l'engagement à recourir à une contraception pertinente. Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST.
		Stigmatisation VIH/SIDA, traitement soins et soutien. -Expression de l'engagement des jeunes à s'impliquer dans les programmes de soutien aux PV/VIH. -Manifestation d'acceptation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
		Consommation des drogues/tabac et hygiène de vie. -Observance renforcée des règles d'hygiène de vie à travers la résistance à la consommation des stupéfiants.

1.1.6 Cadres juridiques concernant la santé des adolescents et des jeunes

Le Bénin a des politiques et un cadre juridique propices à une mise à échelle de l'éducation sexuelle. Le Bénin est signataire de plusieurs conventions internationales entre autres :

- ✓ La Convention Relative aux Droits de l'Enfant ;
- ✓ Le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement ;
- ✓ Le Plan d'Action de Maputo pour l'Opérationnalisation de la Politique du Cadre de Travail Continental pour la Santé Génésique et les Droits Sexuels 2007- 2010.

Au plan national, le cadre juridique inclut :

- ✓ La Loi n° 2002-07 sur le code des personnes et de la famille au Bénin.
- ✓ La Loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction.
- ✓ La Loi n° 2003-03 du 03 mars 2003 sur la répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin.
- ✓ La Loi n° 2011-26 sur la prévention et la répression des violences faites aux femmes.
- ✓ La Loi n° 2005-31 du 05 avril 2006 sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin.
- ✓ La Loi n° 2006-19 du 05 septembre 2006 sur la répression du harcèlement sexuel et la protection des victimes en république du Bénin.
- ✓ Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018).
- ✓ La Stratégie Nationale Multisectorielle de la Santé Sexuelle de la Reproduction des Jeunes et des Adolescents / VIH/Sida (2011-2015).
- ✓ La Stratégie de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (2006-2015).
- ✓ Le Programme National de Santé de la Reproduction (2011-2015).

- ✓ La Politique Nationale de Promotion du Genre.
- ✓ La Politique Nationale de la Jeunesse et son Document de Révision
- ✓ La stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022
- ✓ La loi N° 2021-11 du 20 Décembre 2021 portant dispositions spéciales de répression des infractions commises à raison du sexe des personnes et de protection de la femme.
- ✓ La loi N° 2021-12 modifiant et complétant la loi 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction.

Bien que le cadre juridique soit en place, la plupart des intervenants notent une très faible connaissance et une faible application des lois souvent dues au manque de décret d'application pour certaines, à une dissémination limitée vu le nombre de langues parlées (fort taux d'analphabétisme) ainsi qu'à un contexte socio-culturel qui ne facilite pas l'application effective des lois. [32,34]

1.1.7 Grossesse non désirée

C'est une grossesse imprévue au moment de la conception, un problème de santé publique que rencontre les adolescentes et jeunes. La plupart de ces grossesses surviennent de façon précoce (avant 18 ans).

1.1.7.1 Prévalence des grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes

Les grossesses non désirées représentent un problème de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde[33]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'IVG qui ont pour conséquences 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Le continent africain a

le taux de grossesse des adolescentes le plus élevé au monde, d'après les Nations Unies, elles représentent la principale cause d'abandon scolaire [34].

1.1.7.2 Facteurs liés aux grossesses non désirées

- ✓ Le manque de connaissance lié à la sexualité et aux méthodes contraceptives.
- ✓ La sexualité clandestine des adolescents, justifiée par les conflits de générations, de culture et le manque de communication entre les parents et leurs enfants sur les questions de la sexualité [33].
- ✓ L'accès difficile aux méthodes contraceptives.
- ✓ Le manque d'éducation à la sexualité à l'école.
- ✓ Le harcèlement sexuel par certains enseignants ou personnels administratifs des établissements envers les jeunes filles [35]
- ✓ La pauvreté : Sans ressources pour répondre aux besoins de leurs progénitures ces dernières s'adonnent parfois à la prostitution pour survivre sur les bancs de l'école [36].

1.1.7.3 Conséquences des grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes

- ✓ **Sur le plan sanitaire**
  - Le décès suite aux complications de la grossesse et de l'accouchement.
  - Un risque de stérilité lié à l'interruption volontaire et clandestine de la grossesse.

- Des troubles ou maladies obstétricaux tels que la fistule obstétricale.
- Des Problèmes psychiques liés aux regards malveillants de l'entourage.

✓ **Sur le plan psychosocial**

- Rejet par la famille et la communauté en considération de coutumes rétrogrades encore prégnantes dans certaines cultures.
- Risque d'abandon du bébé.
- Perte d'estime de soi surtout qu'après une maternité la fille change de physionomie.
- Destruction des projets de vie et perte de repères.

✓ **Sur le plan scolaire**

- Baisse ou absence de rendement (Chez 80% des filles en situation de grossesse non désirée, le temps consacré aux études diminue et les résultats scolaires décroissent).
- Abandon des études de façon périodique souvent parce que la fille ne supporte plus les quolibets de ses camarades et le regard des autres.

Avec toutes ces conséquences, il est évident que les grossesses précoces et non désirées en milieu scolaire constituent un problème de santé sexuelle face auquel il convient de se mobiliser[33].

1.1.8 Méthodes de prévention des grossesses

Il s'agit essentiellement de la contraception

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. C'est l'ensemble des procédés qui visent, et de façon temporaire, à empêcher la survenue d'une grossesse non désirée. [37]

1.1.8.1 Le cycle menstruel

Le cycle menstruel est l'ensemble des transformations physiques et psychiques cycliques qui se reproduisent chaque mois au niveau de l'appareil génital de la femme en période d'activité génitale avec une durée moyenne de 28 jours +/- 7jours allant de la puberté à la ménopause. La durée du cycle menstruel est comptée à partir du premier jour des règles. Le cycle prend fin à la veille des règles suivantes et se poursuit s'il n'y a pas de fécondation. [38]

Les phases du cycle ovarien

Il se déroule en 4 phases consécutives.

- ✓ La phase ostrogénique ou pré-ovulatoire ou folliculaire.
- ✓ La phase ovulatoire.
- ✓ La phase progestative ou post-ovulatoire ou lutéale
- ✓ Les règles. [42,44]

Son contrôle permet d'éviter les rapports sexuels pendant la période ovulatoire.

1.1.8.2 Les qualités 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[40].

- ✓ **Efficacité**

C'est une caractéristique essentielle selon laquelle une méthode de contraception est capable d'empêcher la survenue d'une grossesse. Sachant qu'aucune méthode n'est efficace à 100%, le biologiste américain Raymond Pearl a créé en 1993 l'indice de Pearl qui 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.

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.[40,41]

- ✓ **Acceptabilité**

C'est la mesure selon laquelle un grand nombre d'utilisateurs accueillent la méthode sans obstacles psychologiques, socio-culturels ou religieux[40].

- ✓ **Réversibilité**

C'est le retour à la fécondité normale après arrêt de la méthode. En effet, une méthode contraceptive non réversible est appelée stérilisation[40].

- ✓ **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.[40]

1.1.8.3 Les différentes méthodes contraceptives

On distingue les méthodes naturelles, les méthodes locales et de barrière, les méthodes hormonales et les méthodes chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive.

❖ Les méthodes naturelles

On distingue l'abstinence sexuelle et l'abstinence périodique.

- ✓ **L'abstinence sexuelle** :

La privation volontaire de toutes pratiques sexuelles entre deux êtres, en est le fondement. Il est rationnel que cette pratique puisse permettre à la femme de ne pas tomber enceinte. Elle reste la technique absolue de protection contre la grossesse et contre les maladies vénériennes. [41]

- ✓ **L'abstinence périodique :**

L'abstinence périodique consiste à déterminer avec exactitude la phase fertile du cycle menstruel de la femme et de s'abstenir de tout rapport sexuel pendant cette période

Elle est fondée sur des critères scientifiques et date de 1929. Elle consiste à déterminer la période de fécondité soit par :

- ❖ **La méthode du calendrier ou Ogino-Knauss** :

Elle tient compte de la durée de vie des spermatozoïdes et des ovules et du moment où il n'y aura pas d'ovulation. C'est une méthode contraceptive

permettant de déterminer les périodes fertiles à partir d'un calcul fait sur les cycles menstruels précédents. Il faut avoir noté au moins six (06) cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période féconde. La femme doit soustraire 18 de la durée du cycle le plus court puis soustraire 11 de la durée du cycle le plus long qu'elle a enregistré, elle obtient ainsi l'estimation du 1er jour et le dernier jour de sa période féconde. Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde. [40]

Exemple : si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours ;
26 - 18 = 8, elle commence à éviter les rapports non protégés le 8ème jour.
32 – 11 = 21, elle peut avoir de nouveau des rapports sexuels non protégés après le 21ème jour.

- **Coït interrompu (retrait)**

Il consiste à retirer le pénis du vagin avant le début de l'éjaculation

- **Méthode de la glaire cervicale**

Elle se base essentiellement sur la nature de la glaire cervicale pendant le cycle menstruel. Lorsque la glaire cervicale est blanche et collante (juste après les règles), elle est peu favorable à la progression des spermatozoïdes, mailles serrées. Par contre, lorsqu'elle est transparente, légèrement étirable, elle correspond à la période fertile et annonce l'ovulation, cette dernière qui se traduit par une glaire très filante et élastique, transparente avec une sensation très humide.[40]

- **Méthode de température basale du corps**

Encore appelée la méthode de la courbe thermique, cette méthode est basée sur les variations de températures en fonction du cycle menstruel. La seconde partie du cycle menstruel est caractérisée par une élévation de la température de 0,3° à

0,5° de la température basale due à la progestérone produite par le corps jaune. Le point le plus bas avant l'élévation de la courbe correspond à l'ovulation.

❖ **Méthode du collier**

Elle consiste à utiliser un collier de plusieurs couleurs de perles avec un anneau noir. Une flèche indique dans quel sens sera déplacé l'anneau.

La perle rouge marque le premier jour des règles (l'anneau noir sera placé sur la perle rouge et ensuite sera déplacé chaque jour).

La perle marron foncé aide à savoir si le cycle est inférieur à 26 jours.

Les perles blanches marquent la période féconde.

Les perles marrons marquent les jours où il est peu probable de tomber enceinte.

❖ **La méthode sympto-thermique**

C'est l'association de la méthode thermique et de celle de la glaire cervicale[40].

❖ **Méthode MAMA** (Méthode Allaitement Maternel Aménorrhée)

Elle est basée sur la sécrétion de la prolactine déclenchée par la succion du mamelon. La prolactine supprime l'ovulation et empêche les grossesses. L'indice de Pearl est bon sous réserve du respect de six conditions principales[40] :

+ Allaitement maternel exclusif
+ Aménorrhée depuis l'accouchement (pas de retour de couches)
+ Moins de 6 mois après l'accouchement
+ Au moins 6 tétées par 24h (même la nuit)
+ Tétées espacées de moins de 6h
+ Tétées longues (20min)

❖ **Les méthodes locales et de barrière**[41]

Elles agissent localement pour empêcher la procréation. Il s'agit des méthodes chimiques (spermicides) et des méthodes mécaniques (le préservatif, le diaphragme, la cape cervicale, dispositif intra utérin).

- ✓ Méthodes chimiques (spermicide)
- ✓ Méthodes mécaniques

- **Les spermicides**

Ils ont pour but de détruire les spermatozoïdes ou de réduire leurs mobilités afin de les empêcher d'atteindre l'ovule. Ce sont généralement des substances chimiques sous forme d'ovule, de tampon, de crème. [40,41]

✓ Les méthodes mécaniques

- **Le préservatif féminin**

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 fermer 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. Il doit être introduit dans le vagin avant le rapport. Il est à usage unique et n'existe que dans une seule taille.[40,41]

- **Le préservatif masculin**

C'est une gaine en latex ou en polyuréthane qui permet de recueillir 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. 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.[45,46]

- **Diaphragme**

C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col. Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal). [40,41]

- **Cape cervicale**

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite. Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope). Elle s'adapte directement au col et s'y adhère par effet de ventouse. Un spermicide doit également y être associé pour plus d'efficacité. [40,41]

- **Le Dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet**

C'est un dispositif flexible de composition métallique et ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif. Il provoque également une réaction inflammatoire de l'endomètre délétère pour la fécondation. L'insertion se fait en début du cycle après la mesure de la taille de l'utérus à l'aide d'un hystéromètre par un professionnel de santé qualifié.[45,46]

❖ Méthodes hormonales

✓ Les contraceptifs œstroprogestatifs

- La pilule œstro-progestative

Les pilules œstro-progestatives sont des comprimés composés d'œstrogènes et de progestatifs.

✓ Contraceptifs injectables combinés (CIC)

Les 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. Une seule injection est administrée chaque mois. [42]

❖ Autres formes de contraceptifs œstroprogestatifs

- **Patch contraceptif Evra, L'anneau vaginal (NUVARING)**

✓ Contraceptifs progestatifs (PP)

- **Les Pilules progestatives**

Elles ont des contraceptifs oraux qui renferment de petites ou grandes quantités d'une seule hormone, un progestatif. Elles sont souvent composées de lévonorgestrel, Noréthistérone, Norgestrel. Deux méthodes de contraception progestative orale existent :

- La pilule micro progestative : se caractérise par l'administration de faibles doses de progestatifs de façon continue.
- La pilule macroprogestative : se caractérise par l'administration de fortes doses de progestative de façon discontinue. [45-47]

✓ Contraceptifs injectables progestatifs (CIP)

Les CIP sont des contraceptifs retard à base de progestérone seule sous forme injectable. On distingue l'acétate de médroxyprogestérone (AMPR) ou Dépo-

Provera® dosé à 150mg et administré tous les trois mois et l'énanthate de Noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg et donné tous les deux mois.[41]

✓ Les implants

- Implanon®

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

- Jadelle®

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

- Norplant®

  Il est constitué de deux bâtonnets en silastic (silicorne) contenant du lévonorgestrel.[40,45,47]

✓ Contraception d'urgence ou contraception du lendemain

La contraception d'urgence est l'ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection.[40]

Elle est indiquée après un rapport sexuel non protégé, en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de prise de comprimés sur la plaquette de pilule) et en cas de viol. [45,47]

On distingue le **lévonorgestrel** (norlevo®) et **l'ulipristal acétate** (Ellaone®)[40]

✓ **Contraception pour les adolescentes et jeunes**

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être prescrites aux adolescentes et aux jeunes après exclusion d'éventuelles contre-indications médicales individuelles.

Les DIU ou l'implant sont à privilégier en raison de leur efficacité et du taux de poursuite excellent.

L'utilisation systématique du préservatif indépendamment de la méthode contraceptive choisie doit être incitée pour assurer la protection contre les IST.[48,49]

1.1.9 Infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes

1.1.9.1 Définition

Anciennement appelée maladie vénérienne, la première définition des IST serait liée à Vénus dont on donna le nom aux maladies transmises lors des rapports sexuels. Cependant, cette définition apparait, de nos jours, restrictives. En effet, les IST englobent non seulement celles anciennement appelées vénériennes « transmises lors d'un rapport sexuel » mais aussi d'autres affections dont la transmission se fait par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (sanguine, de la mère à l'enfant).[49]

1.1.9.2 Prévalence

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème majeur en médecine et dans les systèmes de santé publique sur le plan mondial. Au niveau international, plus de 30 agents pathogènes sexuellement transmissibles sont connus ; ils comprennent des bactéries, des virus, des

champignons, des protozoaires et des ectoparasites. Qu'il s'agisse de bactéries, de virus ou de parasites, la liste des agents infectieux qui peuvent se transmettre lors de relations sexuelles est longue. Les plus connus sont probablement le virus du sida (VIH) ou la bactérie à l'origine de la syphilis (Tréponema pallidum), mais il en existe bien d'autres comme les gonocoques, les chlamydiae (dont les lymphogranulomatoses vénériennes − LGV), certains mycoplasmes, les virus de l'herpès, des condylomes (Human papilloma virus) ou encore certains virus d'hépatites [45]. Selon le rapport de l'OMS en 2017, le VIH/SIDA a constitué la neuvième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. À l'échelle mondiale, 1/3 de chlamydioses sont contractées par les adolescents. La Région africaine est particulièrement touchée par la prévalence élevée de ces infections. Le nombre total de personnes contractant ces quatre types d'infections sexuellement transmissibles curables dans la région était estimé à 63 millions en 2012, ce qui représente 18 % de l'incidence mondiale. Une étude faite à DOUALA montre que 7 IST sur 10 surviennent chez les jeunes de 15-24 ans ; La prévalence du HPV est plus forte parmi les adolescents que dans n'importe quelle autre tranche d'âge. L'immaturité de leur appareil reproducteur et de leur système immunitaire rend les adolescents plus vulnérables que les adultes aux divers agents pathogènes responsables d'IST[46]

Dans de nombreux pays comme le Bénin, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH se situent chez les jeunes âgés de 15-24 ans.[52,53]

La propagation du VIH et des IST a considérablement augmenté le besoin pour les médecins généralistes d'enquêter sur la sexualité de leurs patients surtout les adolescents et jeunes et la prévention des IST[48]

1.1.9.3 Principaux agents responsables des IST

Plus d'une trentaine de micro-organismes se transmettent par voie sexuelle, mais huit agents pathogènes sont impliqués dans les principales IST. Quatre entraînent des maladies curables dues à des bactéries et un parasite (la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiose et la trichomonose) et quatre dues à des virus (le VIH, le virus de l'hépatite B, Herpès simplex virus et les HPV) qui sont à l'origine de maladies qu'il n'est pas possible de guérir.

Familles	Agents pathogènes
Bactéries	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhœæ, Treponema pallidum
Virus	Herpès simplex virus, papillomavirus humains, virus de l'hépatite B, virus de l'immunodéficience humaine
Parasite	Trichomonas vaginalis

1.1.9.4 Facteurs qui influencent la transmission des IST [54]

Les facteurs suivants augmentent le risque d'IST :

- ✓ Un changement récent de partenaires
- ✓ Avoir un(e) partenaire sexuel(le) qui a d'autres partenaires (multi partenariat sexuel)
- ✓ Avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels » ou des rapports avec des prostituées.

- ✓ Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente des symptômes d 'une IST.

Ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations, expose les partenaires à un risque d'infections très élevé.

1.1.9.5 Les différentes IST les plus fréquentes chez les jeunes

- ✓ **La Chlamydiose**

Les infections urogénitales à Chlamydia trachomatis sont cosmopolites. Ces infections ont été reconnues comme un problème de santé publique majeur en raison des complications qu'elles engendrent en particulier chez la femme comme la stérilité tubaire et la grossesse extra-utérine. Elles sont aujourd'hui au premier rang des infections sexuellement transmissibles (IST). Les chlamydiae constituent la 2è cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement. 20 à 50% des salpingites en Afrique chez les femmes des villes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae [49]. Elles touchent surtout les femmes de moins de 25 ans et pour une moindre part les hommes de moins de 30 ans.[50] La fréquence du portage asymptomatique de Chlamydia trachomatis (50 % des cas chez l'homme et 50 à 90 % des cas chez la femme) contribue au maintien de la chaîne épidémiologique, et à la survenue des complications tardives de l'infection.[51]

- ✓ **La gonococcie**

À l'échelle mondiale, parmi les 357 millions de personnes qui contractent chaque année les quatre principaux types d'infections sexuellement transmissibles curables au sein de la population âgée de 15 à 49 ans, 78 millions ont une gonorrhée [52]. En Afrique sub-saharienne, la prévalence de la gonorrhée chez les adultes est estimée à 2-3%, avec des taux d'incidence estimés à 58 cas pour

1000 hommes et 65 pour 1000 femmes.[53] vingt (20) à quarante (40) pour cent des salpingites en Afrique chez les femmes âgées de 15 à 45 ans sont dues aux gonocoques. Le risque de contracter une gonococcie par des rapports sexuels vaginaux avec une personne contaminée est de 30 à 40% pour un homme sain et de 50 à 80% pour une femme saine. La gonococcie est la principale cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement[49]. Elle se transmet par voie sexuelle mais aussi pharyngée souvent asymptomatique responsable de la recontamination après traitement. [51]

- ✓ **La syphillis**

C'est une IST très ancienne avec un pic d'incidence au XIXe siècle, pour pratiquement disparaître au XXe siècle. Depuis la fin des années 1990, on assiste à une recrudescence de la maladie. [50]

Selon le rapport de l'OMS en 2017, sur 357 millions de personnes contractant les principaux IST dans le monde, 6 millions avaient la syphilis. Dans la Région africaine, sur 92,6 millions de personnes ayant contracté ces quatre types d'infections sexuellement transmissibles curables en 2008, on dénombrait 3,4 millions de cas de syphilis[52]. Le risque de contracter la syphilis par un rapport sexuel avec un sujet infecté est inférieur à 30%. 20 à 40% des syphilis primo-secondaires non traitées évoluent vers la forme tertiaire. Un taux de mortalité de 20% à 50% des femmes enceintes infectées font des complications (avortement, prématurité, mort du nouveau-né).[54]

- ✓ **La Trichomonose**

La trichomonose serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde. Selon L'OMS en 2015 on dénombre 143 millions de nouveaux cas par an. Dans la région Africaine en 2008, 59,7 millions de cas de trichomonase ont été enregistrés. Il est retrouvé dans 10% des cas de vaginite et ¼ des urétrites

masculines. Les hommes sont plus fréquemment des porteurs asymptomatiques. La transmission est presque exclusivement d'origine sexuelle. Le taux de transmission non sexuelle est théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement.

- ✓ **Herpes génitales**

Les virus de l'herpès se classent en deux catégories, le virus Herpès simplex de type 1 (HSV-1) et le virus Herpès simplex de type 2 (HSV-2). Le HSV-1 se transmet principalement par contact des muqueuses buccales et provoque l'herpès facial/labial (dont l'un des symptômes peut être le « bouton de fièvre »), mais aussi l'herpès génital. Le HSV-2, sexuellement transmissible, est à l'origine de l'herpès génital dans 90% des cas. On estime que, dans le monde, 3,7 milliards de personnes de moins de 50 ans (67 % de la population) sont infectées par le HSV-1 et 491 millions de personnes âgées de 15 ans à 49 ans (11 % de la population) sont infectées par le HSV-2. La plupart des infections orales et génitales par le virus de l'herpès sont asymptomatiques. L'infection par le HSV-2 augmente le risque de contracter ou de transmettre l'infection à VIH.[55]

- ✓ **L'infection au Human papilloma virus**

Le virus du papillome humain (HPV) fait partie des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. La plupart des sujets porteurs du virus sont au début asymptomatique. L'âge précoce des premiers rapports sexuels a été montré comme étant un facteur de risque de cancer du col de l'utérus. Ce risque accru s'explique par l'exposition plus longue au virus quand il s'agit d'une infection persistante par un HPV et par le nombre de partenaires sexuels, généralement plus élevé chez les femmes ayant débuté précocement leur vie sexuelle. L'infection au HPV est une cause du cancer du col utérin, qui, en général, ne se manifeste que

des décennies après l'infection. La majorité des cancers du col utérin et d'autres cancers associés au HPV sont causés par les HPV oncogènes du type 16 ou 18 le plus souvent. En 2012, il y eut environ 266 000 décès suite au cancer du col utérin lié au HPV chez les femmes dans le monde et plus de 85 % de ces décès sont survenus dans les pays moins développés. Les cancers du col utérin représentent 84 % de tous les cancers liés au HPV dans le monde entier. Le HPV peut également entrainer d'autres cancers ano-génitaux (vagin, vulve, pénis et anus) et des cancers de l'oropharynx (tête et cou). De plus, le HPV peut entrainer des verrues anogénitales, bien que les types causant les verrues anogénitales soient différents de ceux causant les cancers.

- ✓ **L'hépatite B**

La pandémie d'hépatite virale pèse lourdement sur les vies humaines, les populations et les systèmes de santé. En 2013, l'hépatite virale était la septième cause de mortalité dans le monde. Elle serait responsable de 1,4 million de décès par an, dus aux infections aiguës ainsi qu'aux cancers du foie et aux cirrhoses liés aux hépatites. Sur ce nombre, environ 47 % sont imputables au virus de l'hépatite B. Sur l'ensemble de la planète, 240 millions de personnes souffrent d'une hépatite B chronique[56].

D'après les données nationales en 2013, l'hépatite B est la plus fréquente au Bénin avec une prévalence de 9,9% chez les nouveaux donneurs du sang. Une étude réalisée dans les départements de l'Ouémé et du Plateau en 2017 montrait que sur 5879 donneurs de sang enregistrés entre janvier et aout 2017, 343 personnes étaient séropositives pour le virus de l'hépatite B, soit une Prévalence de 5,83%. Une autre étude réalisée en population générale à COTONOU en 2019 montrait une séroprévalence de 6% pour l'hépatite B. Elle se transmet par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant.

- ✓ **L'infection au VIH**

Selon l'ONUSIDA, 84.2 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie dont 40.1 millions de personnes décédées de suite de maladies liées au sida depuis le début de l'épidémie. En 2021, 38.4 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 1.5 million de personnes sont devenues nouvellement infectées et 650 000 personnes sont décédées de maladies liées au sida. [57]

- ✓ **Modes de transmission du VIH**

Le VIH se transmet essentiellement par 03 voies :

- **Voie sexuelle** : Mode responsable de plus de 90% des contaminations. Le VIH, présent en quantité importante dans le sperme et les sécrétions vaginales d'une personne séropositive, peut être transmis à l'occasion d'un rapport hétérosexuel ou homosexuel. Certains facteurs locaux augmentant le risque (rapport anal réceptif, lésion génitale, saignement). Notons que les rapports uro-génitaux sont potentiellement contaminants mais à un risque moindre.
- **Voie sanguine** : A l'occasion d'une transfusion de sang ou de dérivés du sang contaminé. Actuellement, ce risque transfusionnel est sous contrôle dans la majorité des pays. Les poches de sang sont testées avec des techniques très sensibles. L'échange de matériel chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse et l'utilisation de dispositifs invasifs mal stérilisés constituent aussi des circonstances de transmission du VIH.
- **De la mère séropositive à l'enfant** : En l'absence de mesures prophylactiques, le risque de transmission est de 15 % en Europe et 30-40 % en Afrique, principalement en période néonatale (fin de grossesse,

accouchement), le risque étant majoré par la gravité de la maladie de la mère [22,23] .

1.1.9.6 La répartition du VIH par rapport au sexe

Les femmes représentent presque la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de la moitié en Afrique sub-saharienne, en raison d'une transmission hétérosexuelle qui y est prédominante. Les femmes sont plus vulnérables face au VIH au cours des rapports sexuels que les hommes, en raison de plusieurs facteurs biologiques : les zones de muqueuses susceptibles d'être exposées sont tout d'abord plus étendues chez les femmes. Une plus grande quantité de liquides sexuels est transférée par l'homme et la charge virale dans le liquide séminal est plus importante que dans le liquide vaginal. De plus, des microdéchirures des tissus du vagin (ou du rectum) peuvent être causées par la pénétration sexuelle [59].

Relation entre IST et VIH

De nombreuses études épidémiologiques et biologiques ont apporté la preuve que les IST ulcérantes ou non ulcérantes favorisent la transmission du VIH. En outre, il semble que le VIH affecte le cours naturel de certaines des IST. Le relargage du VIH dans le liquide biologique est accru par la réponse inflammatoire liée aux IST et les exsudats provenant des lésions, rendant ainsi les hommes et les femmes qui présentent une IST et porteurs du VIH plus infestant. De plus, il a été démontré que le taux de lymphocytes CD4 augmente de manière disproportionnée chez la femme souffrant de gonococcie ou d'infection à chlamydiae. Des études ont montré que le fait de traiter une IST diminue l'incidence du VIH.[54]

1.1.9.7 Symptômes et complications des principales IST

IST	Symptômes	Complications
Chlamydiose *Chlamydia trachomatis*	Pertes vaginales purulentes, démangeaisons, brûlures, douleurs pelviennes une à douze semaines après l'infection.	Infertilité et grossesse extra-utérine.
Gonorrhée (*Neisseria gonorrhœæ*)	Pertes vaginales jaunâtres, brûlures mictionnelles et démangeaisons trois à huit jours après l'infection.	Infertilité et grossesse extra-utérine.
Syphilis (*Treponema pallidum*)	Premier stade : chancre situé sur les organes génitaux de sept à quatre-vingt-dix jours après l'infection. Deuxième et 3ème stades : ganglions et taches rosées avec disparition des symptômes entre les stades.	Atteintes neurologiques, vasculaires ou osseuses.

Trichomonose (*Trichomonas vaginalis)*	Écoulement vaginal verdâtre et malodorant, démangeaisons dans les quatre à vingt-huit jours après l'infection.	Infections des organes génitaux et/ou du canal urinaire.
Papillomavirus (*Human papillomavirus*)	Possibles verrues sur les organes génitaux jusqu'à six mois après l'infection.	Cancer du col de l'utérus Condylomes
Herpès *(Herpès simplex virus)*	Vésicules, ulcérations génitales ou labiales deux à vingt et un jours après l'infection, puis récidives	Impact psychologique
Hépatite B (virus de l'hépatite B)	Syndrome grippal Aucun symptôme au niveau génital. Fièvre, Asthénie, ictère, troubles digestifs trente à cent quatre-vingts jours après l'infection.	Hépatite aigue cirrhose, carcinome hépato-cellulaire conduisant au décès.

Virus de l'immunodéficience humaine	Longue période sans symptôme (sept à douze ans) Symptômes temporaires possibles en primo-infection (une à quatre semaines après l'infection).	Immunodépression Maladies opportunistes

1.1.9.8 Stratégies préventives des IST

La lutte contre les IST repose sur la prévention et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée à la maladie.

La vaccination fait partie des mesures de prévention primaire définies dès 1948 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Actuellement, seules deux vaccinations sont disponibles contre les IST. La vaccination contre les infections à HPV était jusqu'à un passé récent, recommandée chez les jeunes filles âgées de 09 à 14 ans, mais depuis janvier 2021, elle est également remboursée chez les garçons du même âge (un rattrapage est possible de 15 à 19 ans révolus pour les deux sexes). L'objectif de cette mesure est d'étendre la couverture vaccinale et de freiner la transmission des HPV au sein de la population générale, mais aussi de protéger les femmes non vaccinées. La vaccination anti-HPV concerne aussi les patients immunodéprimés des deux sexes et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans. Actuellement, trois vaccins sont disponibles (Gardasil®, Cervarix®, Gardasil 9®), dirigés contre différents génotypes de HPV. Le schéma diffère selon le vaccin et comprend deux ou trois doses en fonction de l'âge du patient. La prévention du cancer du col de l'utérus repose aussi sur le dépistage par frottis.

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée par l'OMS depuis 1997. En France, elle fait partie des onze vaccinations obligatoires chez les nourrissons depuis le 1er janvier 2018. Elle est recommandée chez les enfants et les adolescents de moins de 15 ans. Les jeunes adultes sont, en effet, les plus exposés au risque de transmission de l'hépatite B (partenaires sexuels multiples, voyages dans des pays à risque, professions exposées au sang, usage de drogues par voie intraveineuse). Actuellement, onze vaccins sont disponibles contre l'hépatite B, tous sont inactivés et leur prescription varie selon l'âge du patient ainsi que l'association aux autres vaccins (mono-, bi- ou hexavalents). [60]

- ✓ **Conseils généraux**

La règle primordiale en termes de prévention des IST demeure l'abstinence sexuelle, l'utilisation du préservatif et un dépistage régulier, notamment en cas de relations à risque ou avec des partenaires occasionnels. L'usage des préservatifs jusqu'à la guérison afin de ne pas contaminer son ou ses partenaires, le respect de la durée du traitement, même si les symptômes visibles de l'infection ont disparu, le traitement du ou des partenaires sexuels pour éviter une recontamination après traitement.[60].

CADRE ET METHODE D'ETUDE

2 Cadre et méthode d'étude

2.1 Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée au BENIN dans les collèges d'enseignement général de Cotonou.

2.1.1 Aperçu de la République du BENIN

La République du Bénin est un état de l'Afrique de l'Ouest, située dans le golfe de Guinée. Elle est limitée au Nord par le Niger et le Burkina-Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo. Elle couvre une superficie de 114763 km2.

Sur le plan administratif, Porto-Novo est la capitale politique et Cotonou la capitale administrative et économique. La langue officielle est le français avec une richesse en langues nationales (fon, yoruba, bariba, gun-gbe, aja-gbe, ayizo-gbe, Mina, etc.).

Le Bénin est subdivisé en 12 départements, en 77 communes, 528 arrondissements avec 3420 villages ou quartiers de villes. Elle compte 12,45 millions d'habitants en 2021 avec un indice de fécondité de 5,7 enfants par femme. Le taux de pauvreté nationale était à 38,5% avec un niveau de sous-emploi estimé à 72% et 90,1% d'actifs occupés dans l'informel. Concernant l'éducation, en 2018-2019 seuls 54,8% des apprenants ont pu achever le cycle primaire. C'est un pays très conservateur ou la sexualité est un sujet tabou.

2.1.2 Présentation de la ville de Cotonou

La ville de Cotonou est située dans le département du littoral, c'est une ville mégapole côtière cosmopolite. Elle est limitée à l'Ouest par la commune d'Abomey-Calavi située dans le département de l'atlantique, au Sud par l'océan atlantique et au Nord par le lac Nokoué. À l'Est, elle est bornée par la commune de Sèmè-podji dans le département de l'ouémé. Cette borne est matérialisée par

la vue de l'abattoir vers le lac Nokoué du sud de la route inter –état N1 et la voie du champ de tir vers l'océan atlantique. D'une superficie de 79km2, elle est composée de 13 arrondissements et de 140 quartiers de ville avec 1 228 667 habitants en 2021.

La ville de Cotonou, située au sud du Bénin est traversée par une lagune qui la divise en deux entités géographiques distinctes.

De par sa situation, elle représente un pôle d'attraction des personnes de tous les horizons.

2.1.3 Données éducatives

Au Bénin, Le taux brut de scolarisation est passé de 21,6 en 2000 à 56,8 en 2015. Néanmoins, il est constaté que près d'une fille sur 10 est mariée avant 15 ans et plus de 3/10 avant 18 ans[61]. La ville de Cotonou enregistre le fort taux de scolarisation au Bénin. Elle est constituée de plusieurs ordres d'enseignements : primaire, secondaire général et technique. En ce qui concerne l'enseignement secondaire général et technique, elle compte à ce jour 23 établissements publics répartis par arrondissement.

2.1.4 Description des collèges de notre étude

- **CEG SEGBEYA :** créé en 1976, il est localisé dans le département du littoral et dans la commune de Cotonou, plus précisément dans le 3ème arrondissement. Sa superficie est de 31.671 mètres carrés. Pour le compte de l'année scolaire 2021-2022, il compte 7088 élèves soit 3527 filles et 3761 garçons. Ils sont répartis en 111 groupes pédagogiques dont 83 au premier cycle et 28 au second cycle. Il est composé de 849 élèves en 3ème et de 413 élèves en classe de Tle.

- **CEG FIYEGNON :** créé en 2001, il est localisé dans le département du littoral et dans la commune de Cotonou, plus précisément dans le douzième arrondissement. Sa superficie est de 1Ha 08Ca 46a. Pour le compte de l'année scolaire 2021-2022, il compte 2563 élèves soit 1253 filles et 1300 garçons. Ils sont répartis en 55 groupes pédagogiques dont 37 au premier cycle et 18 au second cycle. Il est composé de 361 élèves en 3ème et de 220 élèves en classe de Tle.

- **CEG L'ENTENTE :** Créé en 1997, il est localisé dans le département du littoral et dans la commune de Cotonou, plus précisément dans le treizième arrondissement au quartier GBODJETIN. Sa superficie est de 02 hectares 43 à 41 ca. Pour le compte de l'année scolaire 2021-2022, il compte 3500 élèves. Ils sont répartis en 69 groupes pédagogiques dont 48 au premier cycle et 21 au second cycle. Il est composé de 379 élèves en 3ème et de 194 élèves en classe de Tle.

- **CEG VEDOKO :** Créé en 1978, il est localisé dans le département du littoral et dans la commune de Cotonou, plus précisément dans le dixième arrondissement au quartier MIDEDJI. Pour le compte de l'année scolaire 2021-2022, il compte 5823 élèves. Ils sont répartis en 63 groupes pédagogiques dont 42 au premier cycle et 21 au second cycle. Il est composé de 432 élèves en 3ème et de 188 élèves en classe de Tle.

Tableau récapitulatif de la prévalence des grossesses dans les collèges suscités

	Année scolaire		
	2019-2020	2020-2021	2021-2022 (02 Trimestres)
CEG SEGBEYA	14	10	04
CEG FIYEGNON	11	08	03
CEG VEDOKO	12	05	10
CEG L'ENTENTE	12	09	06

2.2 Méthode d'étude

L'étude a été réalisée en se basant sur deux approches : une quantitative et l'autre qualitative.

2.2.1 Approche qualitative

Pour avoir une vue plus large sur l'intervention du projet, l'approche qualitative était nécessaire à l'évaluation de la pertinence de l'intervention selon les acteurs qui y étaient impliqués. Ces derniers étaient surtout les enseignants formés pour dispenser les cours d'ESS aux élèves. À l'aide d'un guide d'entretien, nous avons procédé à un choix par commodité de 12 enseignants formés que nous avons interviewés.

2.2.2 Méthode quantitative

2.2.2.1 Type d'étude et période de l'étude

Il s'est agi d'une étude quasi-expérimentale de type ici-ailleurs. Elle s'est portée sur l'année scolaire 2021-2022.

2.2.2.2 Population d'étude

La population d'étude était constituée des élèves bénéficiaires et non bénéficiaires d'ESS. Les classes qui correspondaient le plus à notre évaluation étaient celles de la 3ème et de la Tle, car les thématiques sur lesquelles s'était portée notre évaluation y sont abordées.

✓ **Population cible**

Notre étude ciblait pour le compte de l'année scolaire 2021-2022 les élèves des classes de 3ème et Tle de tous les Collèges de Cotonou.

✓ **Population source**

Il s'agissait des élèves des classes de 3ème et de Tle régulièrement inscrits au titre de l'année scolaire 2021-2022 dans les Collèges de Cotonou, bénéficiaires et non bénéficiaires de cours d'ESS.

✓ **Critères d'inclusion**

Pour le groupe des élèves formés, étaient inclus dans notre étude, les élèves :

- Ayant bénéficié de l'ESS au cours de l'année scolaire 2021-2022.
- Présents dans l'établissement le jour de la collecte des données.
- Ayant donné leurs consentements.

Pour le groupe des élèves non formés, il s'agissait des élèves :

- Présents dans l'établissement le jour de la collecte des données.
- Ayant donné leurs consentements.

✓ **Critères d'exclusion**

- Élève non consentant ou absent le jour de la collecte des données.

2.2.2.3 Échantillonnage

✓ **Taille de l'échantillon**

Elle a été déterminée de deux manières en fonction de chaque groupe (formé/non formé).

Groupe des élèves formés : Nous avons fait un recrutement de tous les élèves remplissant les critères d'inclusion.

Groupe des élèves non formés : Pour un élève enquêté dans le groupe des formés, nous avons retenu deux du groupe non formé.

✓ **Technique d'échantillonnage**

Groupe des élèves Formés : Echantillonnage à deux degrés

Niveau 1 : choix des collèges

Au total, 09 établissements (collèges et lycées) du littoral ont bénéficié d'enseignants formés à l'ESS depuis l'expérimentation. Il s'agit de cinq (5) établissements publiques (CEG SEGBEYA, CEG HOUEYIHO, CEG LE MERIDIEN, CEG SURU-LERE, CEG FIYEGNON) ; deux (2) établissements privés (VERECHAGUINE et le collège catholique PERE AUPIAIS) et deux (2) lycées techniques (LT COULIBALY, LT KPONDEHOU).

Vu que les lycées ne disposent pas de classe de 3ème, nous les avons éliminés.

Sur les deux collèges privés, seul le collège catholique Père Aupiais avait des enseignants des sciences de la vie et de la terre formés dans certaines classes de 3ème et Tle. Il nous restait donc 6 établissements dont 5 publics et un privé. Nous avons donc retenu le seul établissement privé qui a malheureusement désisté à la phase de la collecte.

En ce qui concerne les collèges publics, nous avons fait un tirage aléatoire probabiliste de deux collèges publics (CEG SEGBEYA et CEG FIYEGNON).

Niveau 2 : Choix des élèves

À ce niveau, nous avons fait un recrutement exhaustif des élèves issus des collèges sélectionnés.

Groupe des élèves non formés

Choix des collèges

Niveau 1 : Dans un premier temps, nous avons pris la liste exhaustive des collèges publics de Cotonou ; de laquelle a été retirée la liste des collèges bénéficiaires de l'intervention. Il restait au total, 15 collèges.

Un choix raisonné de quelques collèges a été fait dans cette liste en tenant compte des critères ci-après :

- Appariement par statut : Publique pour publique.
- Éloignement géographique (un établissement bénéficiaire et un non bénéficiaire ne doivent pas se retrouver dans le même arrondissement).
  Au final, sept (07) collèges ont été sélectionnés après passage en revue de ces critères.

Niveau 2 : un tirage aléatoire simple sans remise de deux établissements sur les sept a été fait. Il s'est agi du CEG VEDOKO et du CEG L'ENTENTE

Choix des élèves

À partir des listes exhaustives de classe de 3ème et de Tle, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire simple suivant le principe d'un élève formé pour deux non formés.

Procédure d'échantillonnage détaillée

Groupe des élèves formés

Au total 189 élèves étaient attendus (sur la base des effectifs observés sur la liste de chaque classe) pour l'ensemble des classes de 3ème des établissements bénéficiaires d'ESS. Ils étaient au nombre de 219 pour l'ensemble des classes de

la Tle de ces établissements. L'effectif attendu dans les établissements ayant bénéficié d'ESS (tout niveau confondu) était donc de 408.

Groupes des élèves non formés :

Partant du principe d'attribution de deux élèves du groupe des élèves non formés pour un du groupe des formés sus annoncé, l'effectif attendu dans cette catégorie, était de 816. En détail, il s'agissait de :

Pour l'ensemble des classes de 3ème d'une part et celles de Tle d'autre part, les effectifs attendus étaient respectivement 378 et 438, dans les établissements n'ayant pas bénéficié d'ESS (CEG Entente et Védoko).

- Pour identifier l'effectif attendu par établissement et par classe :
  - Dans un premier temps, nous avons calculé le poids des élèves par établissement et par classe. Il s'agissait de la valeur obtenue du rapport entre l'effectif de chaque classe et l'effectif total des deux établissements confondus.
  - Enfin, nous avons procédé au calcul de cet effectif, en faisant le produit entre le poids obtenu par classe et l'effectif total attendu, correspondant (378 en 3ème et 438 pour la Tle).

Exemple d'identification de l'effectif attendu pour la classe de 3ème du CEG Entente :

Soit **A** l'effectif total observé des classes de 3ème (**A**= 811) ;

Soit **a** effectif observé de la 3ème A (**a**=47)

Soit **p** le poids de l'effectif de la troisième A (**p**=a/A).

Soit **B** l'effectif attendu de toutes les classes de 3ème (**B**=378)

Soit **b** l'effectif attendu de classe 3ème A.

Le poids observé de la classe de 3ième A = 47/811 =0,06

Effectif attendu de la classe de 3ème A

b = **p** x **B**

b = 0,06 * 378

b = 22

2.2.2.4 Les variables étudiées

✓ **Variables dépendantes**

-Le niveau de connaissances sur la prévention des grossesses non désirées

-Le niveau de connaissances sur les IST/VIH.

- Le niveau d'attitudes sur la prévention des IST/VIH

- Le niveau de pratique sur la prévention des grossesses non désirées.

- **Critères d'évaluation**

Les connaissances, attitudes et pratiques ont été mesurées par des scores. Ces derniers étaient calculés en faisant la somme des cotes par item. Une bonne réponse valait une cote d'un (01). Ainsi, quand une question ou un item comportait cinq (05) bonnes réponses le score maximal valait cinq (5).

- ✓ **Le critère de jugement du niveau de connaissance :** subdivisé en trois modalités (niveau insuffisant, suffisant, bien suffisant) reposait sur le principe que pour tout score inférieur à la moyenne, le répondant était classé dans la catégorie « niveau insuffisant ». Entre la moyenne et la côte supérieure, la première moitié était considérée comme « niveau suffisant » et la deuxième moitié « niveau bien suffisant ».
- ✓ **Le critère de jugement des attitudes :** subdivisé également en trois modalités (Faiblement adéquat, moyennement adéquat, adéquat), le principe était le même.
- ✓ **Quant aux critères de jugement des pratiques**, il a été subdivisé en deux modalités (adéquat et non adéquat), pour tout score inférieur à la moyenne,

le répondant était classé dans la catégorie non adéquate et adéquate dans le cas contraire.

Pour faciliter l'analyse, nous avons regroupé les modalités « niveau suffisant » et « niveau bien suffisant » en une seule nommée « niveau suffisant » et les modalités « niveau moyennement adéquat » et « niveau adéquat » en une seule nommée « niveau adéquat ».

Ce faisant, la variable niveau de connaissance devient binaire (niveau insuffisant et niveau suffisant), de même pour la variable niveau d'attitude (adéquat et faiblement adéquat).

Les forces et faiblesses ont été déterminées en mesurant les écarts (la différence entre les deux groupes formés et non formés) des proportions ''niveau suffisant'' ou adéquat de chaque item dont la p-value est significative. Pour les items non significatifs, l'écart est remplacé par la valeur zéro (0).

L'intervention du projet a été considérée comme efficace sur les items concernés lorsque l'écart est supérieur à zéro (écart >0).

✓ **Variables indépendantes**

Il s'agit des variables sociodémographiques :

L'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, le niveau d'étude, la nationalité, l'influence des médias, le niveau d'instruction des parents ou tuteurs.

2.2.2.5 Collecte des données

✓ **Outils de collecte**

Les données quantitatives ont été collectées par questionnaire auto-administré aux élèves. Les outils ont ensuite été digitalisés et les réponses saisies sur une plateforme en ligne à travers le logiciel Kobocollect. Pour la collecte des données

qualitatives, l'entrevue individuelle face à face a été la technique utilisée. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable puis retranscrit par la suite.

- ✓ **Technique de collecte**

L'enquête a été réalisée dans quatre collèges dont deux bénéficiaires d'intervention (CEG FIYEGNON et CEG SEGBEYA) et deux non bénéficiaires (CEG VEDOKO et CEG l'ENTENTE). Avant le début de la collecte, un pré-test a été fait sur vingt élèves pris au hasard dans le CEG HOUEYIHO (dix en 3ème et dix en Tle). Ceci a permis l'amélioration du questionnaire. Un soin particulier avait été accordé à la formulation des questions en vue d'en faciliter la compréhension.

L'enquête a été faite par 6 étudiants en 7ème année de médecine y compris nous.

Les étudiants en médecine choisis ont été préalablement formés afin de pouvoir expliquer le but de l'étude et de pouvoir administrer les questions sans influencer les réponses des enquêtés.

Sur le terrain, le but de l'étude a été expliqué aux élèves participants et le respect de la confidentialité des données leur a été assuré.

Dans les collèges bénéficiaires d'intervention, le questionnaire a été distribué à tous les élèves éligibles dans les salles de classes. Le questionnaire a été lu et expliqué et le remplissage a été fait en présence d'au moins deux étudiants en médecine par classe. Les enseignants ont aidé à la discipline et au respect des consignes donnés aux élèves.

En ce qui concerne les élèves des collèges n'ayant pas bénéficié d'intervention, le questionnaire a été administré de façon aléatoire au nombre d'élèves retenus par classe en présence des enquêteurs. Ils ont ensuite été regroupés par classe pour le remplissage du questionnaire.

Toutes les fiches ont été remplies dans les salles de classes et récupérées le même jour juste après le remplissage.

2.2.2.5.1 Assurance qualité et traitement des données

À la fin de chaque journée, nous vérifions les fiches d'enquête pour leur validité.

Pour assurer la qualité lors de la saisie des données, un double contrôle fut opéré. D'abord, par la conception des algorithmes de contrôle de cohérence de complétude en rendant tous les champs obligatoires lors de la saisie. Cette stratégie permettait d'éviter des données manquantes et de limiter les erreurs dans la saisie des données. La cohérence des données et la complétude des informations étaient vérifiées avant l'envoi de chaque formulaire enregistré. Ensuite, un suivi en temps réel de la saisie était fait pour corriger les quelques autres insuffisances que le système ne pouvait contrôler. Enfin, une prévisualisation des données était assurée avant exportation de celles-ci en format Excel pour la suite du traitement.

2.2.2.6 Analyse des données

L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS 20 et R.4.2.1.

- ✓ **Analyse descriptive**

Pour les variables quantitatives, le test de Shapiro-Wilk et le graphique de normalité QQ plot étaient utilisés, pour vérifier la normalité de la distribution (la distribution était normale lorsque la p-value du test était supérieure ou égale à 5%). Lorsque cette dernière était normale, la moyenne avec son écart-type étaient utilisés. Dans le cas contraire, la médiane et l'intervalle interquartile étaient préférées à la moyenne.

Pour les variables qualitatives, les fréquences absolues (effectif simple) et relatives (en pourcentage) ont été présentées avec des graphiques et des tableaux.

✓ **Phase analytique**

Le test de khi-deux était utilisé pour la comparaison des proportions. Le seuil de 5% était fixé pour juger si la différence entre les proportions était significative ou pas. Elle était significative lorsque la valeur de p-value était inférieure à ce seuil (5%).

2.2.2.7 Considération éthique

Les données étaient collectées après l'obtention des autorisations des chefs d'établissement et de l'INIFRCF. Seuls les élèves consentants avaient participé à l'étude et dans le respect strict de la confidentialité. Aucune donnée personnelle n'a été divulguée. Elles ont été sauvegardées dans une base de données anonyme et cryptée. L'identification des sujets n'est pas possible à partir des résultats.

2.2.2.8 Difficultés rencontrées

- Le refus de participation des établissements non étatiques ciblés au début de notre étude.
- L'impossibilité de retrouver tous les élèves ayant bénéficié de l'ESS les années antérieures, nous a amenée à ne cibler que ceux de l'année scolaire 2021-2022 qui étaient encore présents dans les établissements.
- Le refus de certains enseignants d'accorder du temps aux apprenants pour le remplissage des questionnaires, de ce fait certaines fiches ont été récupérées inachevées et ont été éliminées par la suite.

RESULTATS

3 Résultats

Les résultats ont été présentés par classe.

3.1 Echantillonnage

Au total, 1207 élèves étaient recensés pour cette étude contre 1224 attendus soit une participation de 99%. Après examen des enregistrements, 23 observations étaient exclues pour non complétude des données. Un total de 1184 sujets étaient finalement retenus pour l'analyse des données. Le diagramme de flux ci-dessous indique le processus pour obtenir la taille finale de notre étude.

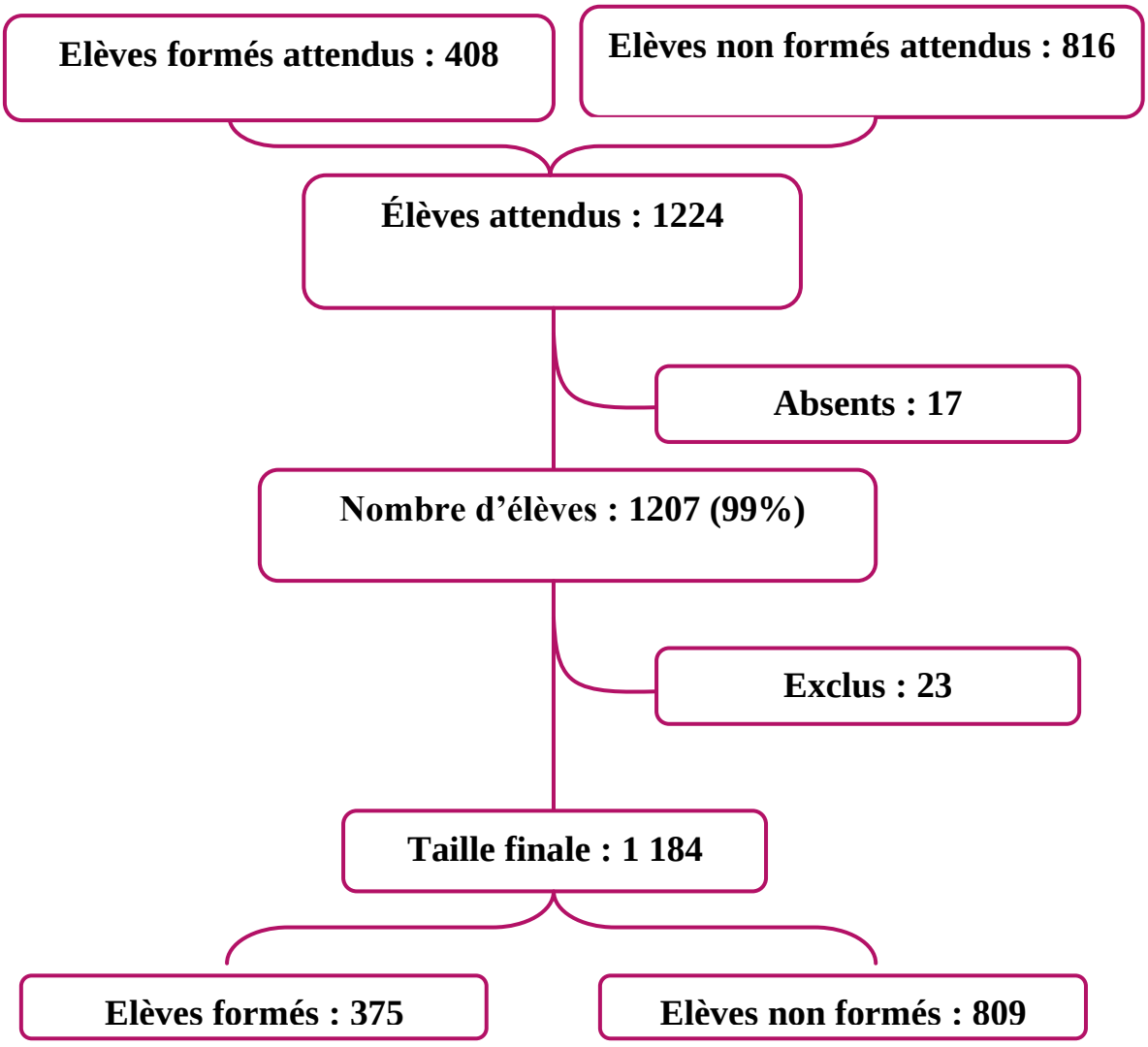


Figure 1 : Diagramme de flux des inclusions et des exclusions d'études.

3.2 Description de la population d'étude

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

3.2.1.1 Répartition des élèves en fonction du sexe et de la nationalité

Le tableau I indique que les deux groupes de notre étude se ressemblaient. Ils étaient uniformément répartis selon le sexe, la nationalité.

Tableau I : Comparaison des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS par groupe et par classe, en fonction du sexe, de la nationalité et de la fratrie (ESS, 2021)

	FORMÉS		NON FORMÉS		P-value
	N	%	N	%	
3ème					
Sexe					**0,503**
Masculin	82	47,95	171	44,88	
Féminin	89	52,05	210	55,12	
Nationalité					**0,409**
Béninoise	169	98,83	379	99,48	
Etrangère	2	1,17	2	0,52	
Tle					
Sexe					**0,073**
Masculin	108	52,94	194	45,33	
Féminin	96	47,06	234	54,67	
Nationalité					**0,171**
Béninoise	203	99,51	420	98,13	
Etrangère	1	0,49	8	1,87	

3.2.1.2 Etablissement de provenance

Au total, 1184 élèves avaient participé à l'étude, 31,67% de l'effectif provenait des collèges bénéficiaires de formation (Segbeya et Fiyegnon) et 68,33% des collèges non bénéficiaires (Zogbo et Kouhounou-Vedoko).

Le tableau I présente la répartition des élèves selon le groupe d'appartenance, l'établissement fréquenté et la classe actuelle.

Tableau II : Répartition des élèves de Cotonou en fonction de leur groupe d'appartenance, de leurs établissements de provenance et de leurs classes (ESS, 2021)

	N	%
Elèves formés	**375**	**31,67**
CEG Segbeya	**206**	**17,46**
3ème	86	7,26
Tle	120	10,14
CEG Fiyegnon	**169**	**14,27**
3ème	85	7,18
Tle	84	7,09
Elèves non formés	**809**	**68,33**
CEG Zogbo	**556**	**46,96**
3ème	258	21,79
Tle	298	25,17
CEG Kouhounou-Vedoko	**253**	**21,37**
3ème	123	10,39
Tle	130	10,98

3.2.1.3 Age des élèves

La moyenne d'âge était de 17,48 ± 2,24 ans. Le plus jeune avait 12 ans et le plus âgé en avait 24. La tranche d'âge la plus représentée (69,59%) est de 15-19 ans

dont 35,73% en 3ème et 33,87% en Tle. L'âge est similaire dans les deux groupes. La figure 2 présente l'âge selon le groupe d'élèves.

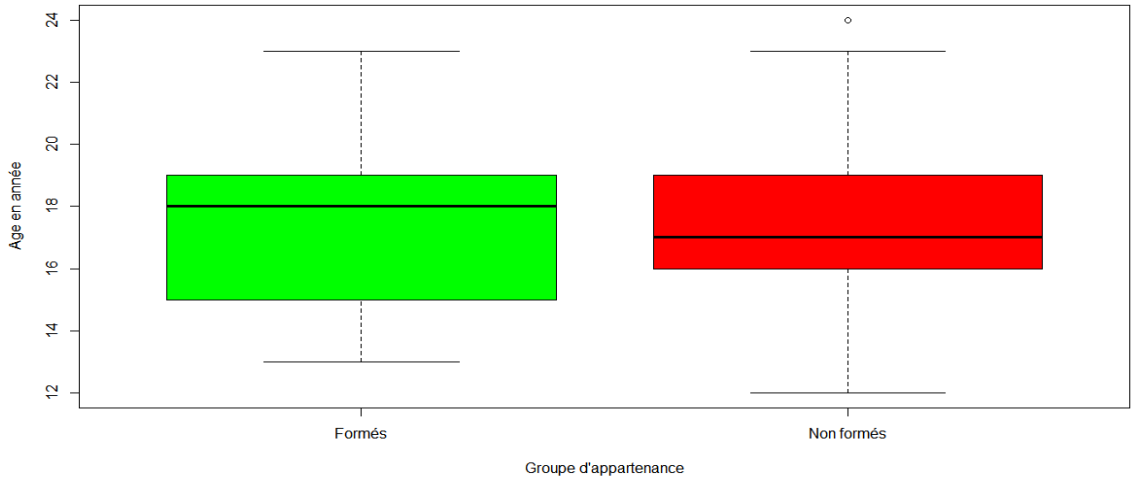


Figure 2 : Comparaison de l'âge des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS par groupe d'appartenance (ESS, 2021)

Le tableau III indique que l'âge est similaire dans les deux groupes d'élèves quelle que soit la promotion considérée.

Tableau III : Comparaison de l'âge moyen par classe des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non ESS par groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance		P-value
	Formés	Non formés	
Classe actuelle			
3ème			
Age (année)			> 0,05
Minimum	13	12	
Maximum	20	20	
Moyenne	15	16	
Ecart type	2	1	
Tle			
Age (année)			> 0,05
Minimum	15	15	
Maximum	23	24	
Moyenne	19	19	

Ecart type	1	2	

3.2.1.4 Répartition des élèves selon la profession exercée par leurs parents

Profession du père chez les élèves de 3ème

Sur le plan professionnel, les pères des élèves de la classe de 3ème pratiquaient des professions similaires (p=0,306) (figure 3). (Tableau IV).

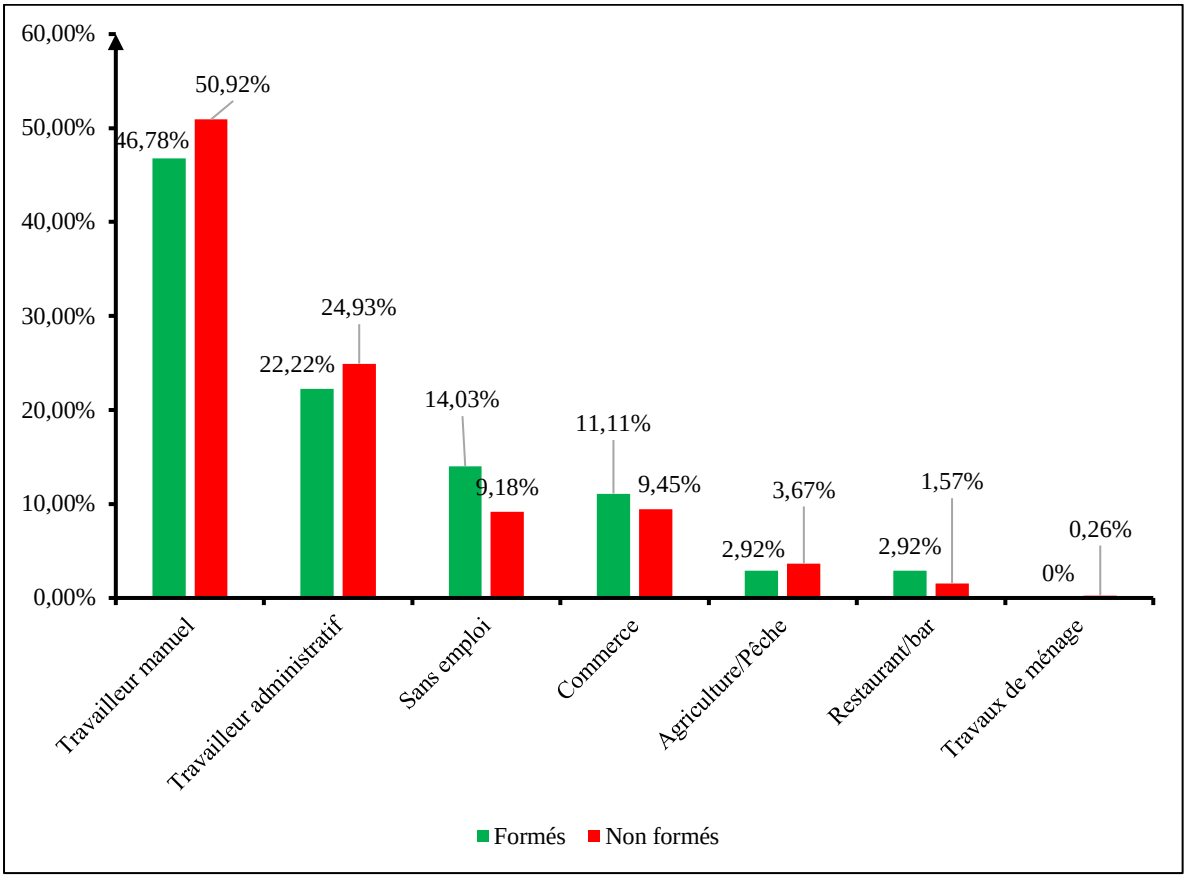


Figure 3 : Répartition des élèves de la 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs pères (ESS, 2021)

Profession de la mère chez les élèves de 3ème

Sur le plan professionnel, les mères des élèves de la classe de 3ème pratiquaient des professions similaires (p=0,187) (Tableau IV).

Tableau IV : Comparaison des élèves de la 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs mères (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
3ème					
Profession de la mère					**0,187**
Travailleur administratif	106	61,99	248	65,09	
Travaux de ménage	34	19,88	79	20,73	
Commerce	5	2,92	15	3,94	
Travailleur manuel	7	4,09	2	0,52	
Sans emploi	4	2,34	4	1,05	
Restaurant/bar	7	4,09	5	1,31	
Agriculture/Pêche	8	4,68	8	2,10	

Profession du père chez les élèves de Tle

Sur le plan professionnel, les pères des élèves de la classe de Tle pratiquaient des professions similaires (Figure 3).

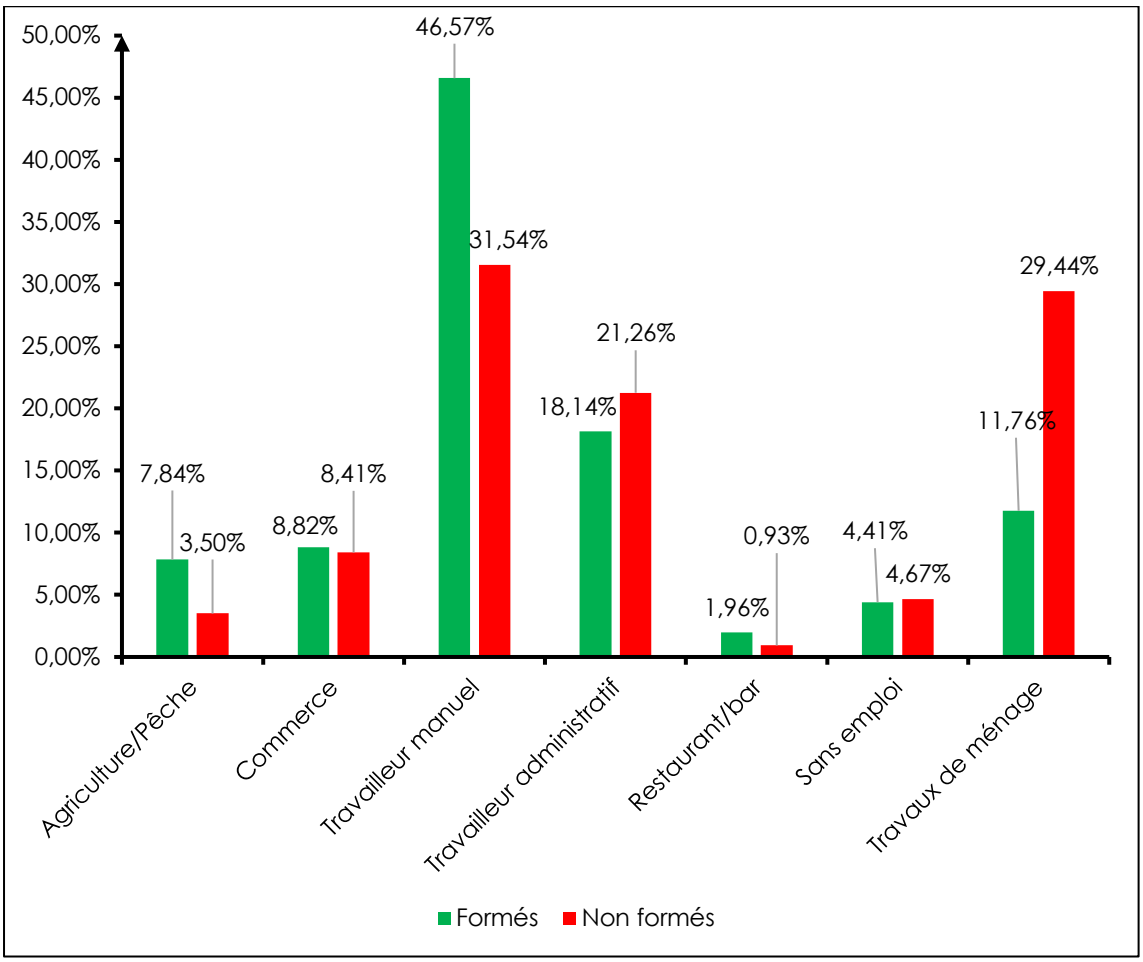


Figure 4 : Comparaison des élèves de la classe de Terminale des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs pères (ESS, 2021)

Profession de la mère chez les élèves de Tle

Sur le plan professionnel, les mères des élèves de la classe de Tle pratiquaient des professions similaires (p=0,135) (Tableau V).

Tableau V : Comparaison des élèves de la Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la profession de leurs mères (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
Terminal					
Profession de la mère					**0,135**
Travaux de ménage	11	5,39	31	7,24	
Agriculture/Pêche	2	0,98	1	0,23	
Commerce	134	65,69	274	64,02	
Travailleur manuel	32	15,69	51	11,92	
Travailleur administratif	13	6,37	22	5,14	
Restaurant/bar	2	0,98	2	0,47	
Sans emploi	3	1,47	8	1,87	

3.2.1.5 Situation matrimoniale des parents d'élève

3.2.1.5.1 Elèves de 3ème

Nous avons aussi remarqué que quel que soit le niveau de scolarité, les élèves des deux sous-groupes de notre échantillon se ressemblaient en ce qui concerne la religion pratiquée, la situation matrimoniale des parents, celui avec qui ils vivaient (P > 0,05), (Tableau VI et VII).

Tableau VI : Distribution des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la situation matrimoniale des parents, de leur religion (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
3ème					
Situation matrimoniale des parents					**0,544**
Monogame	97	56,73	199	52,23	
Polygame	37	21,64	97	25,46	
Divorcés	21	12,28	51	13,39	
Veuf (ve)	14	8,19	33	8,66	
Mère ou père célibataire	2	1,17	1	0,26	
Religion					**-**
Chrétienne	147	85,96	350	91,86	
Musulmane	19	11,11	18	4,72	
Endogène	4	2,34	3	0,79	
Aucune	1	0,58	10	2,62	

Tableau VII : Distribution des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la personne avec qui ils vivaient (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
3ème					
Personnes avec qui vit l'élève					*0,147*
Père	15	8,77	30	7,87	
Mère	30	17,54	98	25,72	
Père et Mère	110	64,33	203	53,28	
Oncle / Tante	13	7,60	32	8,40	
Ami (s, e, es)	0	0,00	2	0,52	
Seul	0	0,00	3	0,79	

3.2.1.5.2 Elèves de la Tle

Nous avons remarqué que quel que soit le niveau de scolarité, les élèves des deux sous-groupes de notre échantillon se ressemblaient en ce qui concerne la religion pratiquée, la situation matrimoniale des parents, celui avec qui ils vivaient (P > 0,05), (Tableau VIII et IX).

Tableau VIII : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la situation matrimoniale des parents, de leur religion (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
Tle					
Situation matrimoniale des parents					**0,477**
Monogame	91	44,**61**	201	46,96	
Polygame	63	30,88	115	26,87	
Divorcés	23	11,27	50	11,68	
Veuf (ve)	23	11,27	43	10,05	
Mère ou père célibataire	4	1,96	19	4,44	
Religion					**0,323**
Chrétienne	172	84,31	378	88,32	
Musulmane	22	10,78	29	6,78	
Endogène	5	2,45	8	1,87	
Aucune	5	2,45	10	2,34	

Tableau IX : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la personne avec qui ils vivaient (ESS, 2021)

	Formés		Non formés		P-value
	N	%	N	%	
Tle					
Personne avec qui vit l'élève					**0,167**
Père	11	5,39	40	9,35	
Mère	50	24,51	107	25,00	
Père et Mère	107	52,45	191	44,63	
Oncle / Tante	23	11,27	47	10,98	
Ami(s, e, es)	1	0,49	1	0,23	
Seul	2	0,98	17	3,97	

3.2.2 Education à la santé sexuelle

3.2.2.1 Répartition des élèves selon la réception ou non des cours d'ESS

Vingt-trois élèves non formés avaient déclaré avoir bénéficié des cours sur l'ESS et dix-sept n'en savaient rien. La grande majorité (789 contre 40) déclarait ne pas avoir reçu un tel cours. La totalité des élèves formés ont déclaré avoir reçu ce cours (Figure 5).

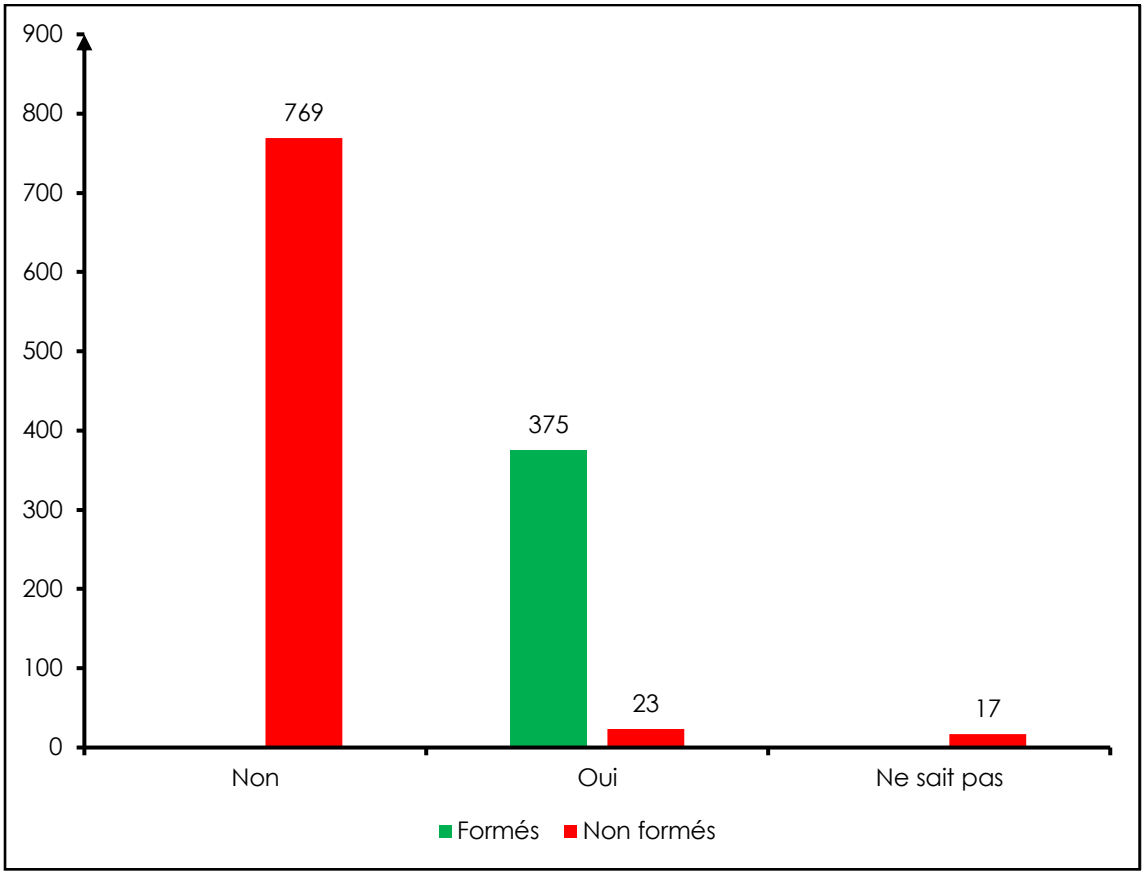


Figure 5 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de la réception ou non des cours d'ESS (2021)

3.2.2.2 Thématiques ESS abordées

Les cinq thématiques les plus fréquemment abordées concernaient la contraception (369 soit 93,42%), l'IST/VIH (306 soit 77,47%), les grossesses non désirées (277 soit 70,13%), les violences sexuelles (236 soit 59,75%), et l'interruption volontaire de grossesse (84 soit 21,27%) (Tableau X).

Tableau X : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des thématiques ESS abordées (2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Thématique ESS						
Contraception	358	96,24	11	47,83	369	93,42
IST/VIH	301	80,91	5	21,74	306	77,47
Grossesses non désirées	261	70,16	16	69,57	277	70,13
Violences sexuelles	224	60,22	12	52,17	236	59,75
Interruption volontaire de grossesse	80	21,51	4	17,39	84	21,27
Hygiène menstruelle	5	1,34	0	0,00	5	1,27
Relation M/F	0	0,00	5	21,74	5	1,27
Puberté	0	0,00	2	8,70	2	0,51

3.2.2.2.1 Elèves ayant reçu des cours d'ESS en dehors de la formation scolaire

La figure 6 présente la situation des élèves selon qu'ils aient reçu ou non des cours d'ESS ailleurs en dehors de leur formation scolaire. Un effectif de 60 élèves (soit 16%) du groupe des formés et 95 élèves (soit 11,74%) des non formés affirmaient avoir reçu des cours en dehors de leur formation scolaire (figure 6).

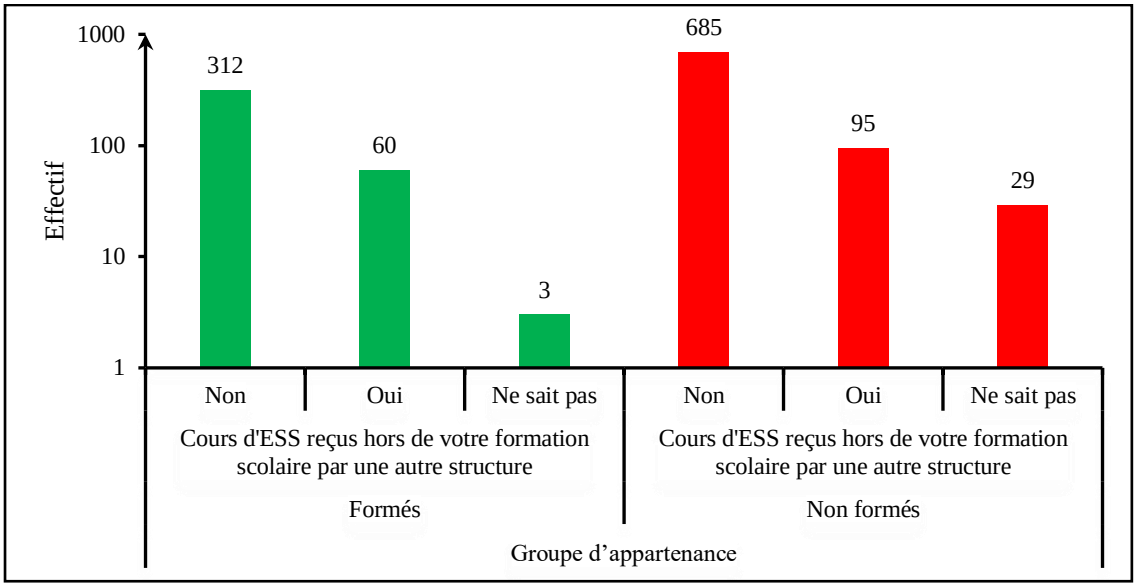


Figure 6 : Cours d'ESS reçus ou non hors de formation scolaire par une autre structure selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021)

3.2.2.2.2 Thématiques abordées par les élèves non formés n'ayant pas reçu de cours élaborés d'ESS

Trois thématiques spécifiques étaient sommairement abordées selon le groupe d'élèves qui disaient ne pas avoir reçu de cours détaillé sur l'ESS. Il s'agissait par ordre de décroissance du VIH, des grossesses non désirées et des IST.

Tableau XI : Thématiques en ESS abordées par d'autres structures selon les groupes d'élèves qui disaient ne pas avoir reçu de cours détaillé sur l'ESS (CEG de Cotonou, 2021)

	Non formés	
	N	%
VIH	645	98,17
Grossesse non désirée	208	31,71
IST	93	14,18

3.2.2.3 Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux cours reçus en ESS

Plus de huit élèves sur 10 étaient satisfaits des cours d'ESS. (Figure 7)

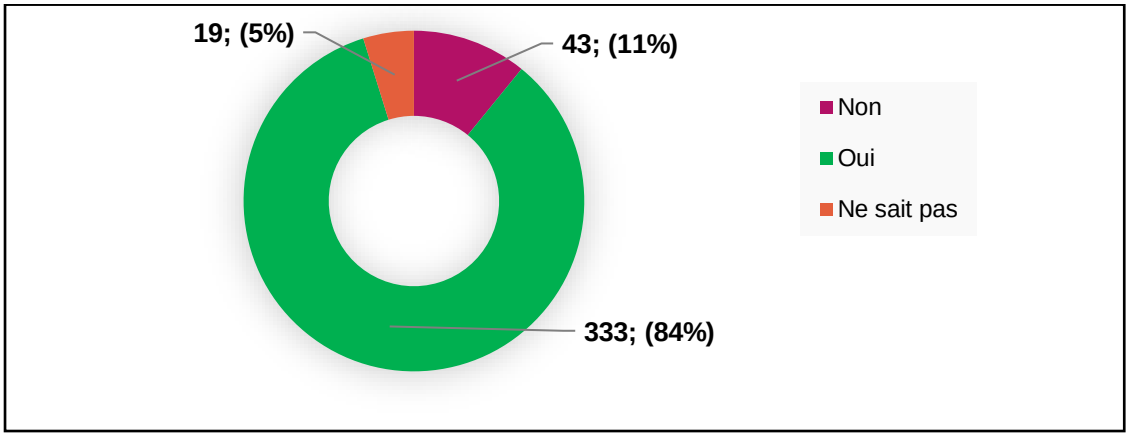


Figure 7 : Satisfaction ressentie des cours d'ESS reçus par les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS, 2021)

3.2.2.4 Importance des cours d'ESS selon les élèves

Neuf sur dix élèves trouvaient les cours d'ESS importants et également nécessaire d'associer un agent de santé à ces cours (89,95%) (Tableau VII).

Tableau XII : Importance de l'ESS, du fait d'impliquer les agents de santé dans cette formation selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS, 2021)

	N	%
Importance des cours d'ESS		
Important	1107	93,50
Pas important	42	3,55
Ne sait pas	35	2,96
Importance d'associer un agent de santé		
Important	1065	89,95
Ne sait pas	75	6,33
Pas important	44	3,72

3.2.3 Connaissance acquise sur l'ESS

3.2.3.1 Prévention des grossesses non désirées

3.2.3.1.1 Maîtrise du cycle menstruel

Près de la moitié des élèves formés (47,02%) et la moitié des non formés (52,28%) ne connaissaient pas le cycle menstruel. (Tableau XIII).

Tableau XIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la connaissance du cycle (ESS, 2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance du cycle menstruel						
Non	177	47,02	423	52,28	600	50,67
Oui	198	52,80	386	47,71	584	49,32

3.2.3.1.2 Maîtrise de la période ovulatoire

Près de la moitié des élèves dans les deux groupes maîtrisait la période ovulatoire d'un cycle menstruel (Figure 8).

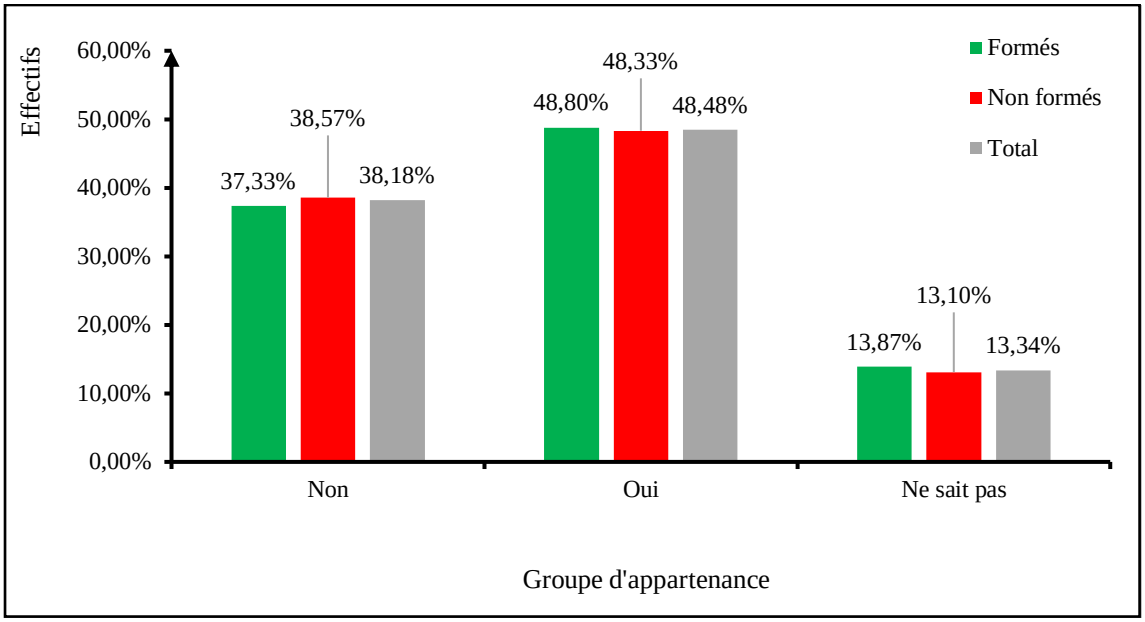


Figure 8 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la maîtrise de la période ovulatoire d'un cycle menstruel (ESS, 2021).

3.2.3.1.3 Acquisition d'informations sur les méthodes contraceptives

Concernant les méthodes contraceptives, la quasi-totalité des élèves formés (99,73%) contre deux tiers des élèves non formés (66,38%) en avaient entendu parler (Tableau XIV).

Tableau XIV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS en fonction de l'acquisition des informations sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance des méthodes contraceptives						
Non	0	0,00%	244	30,16%	244	20,61%
Oui	374	99,73%	537	66,38%	911	76,94%

Ne sait pas	1	0,27%	28	3,46%	29	2,45%

3.2.3.1.4 Méthodes contraceptives les plus connues

Pour les méthodes contraceptives, les plus connues chez l'ensemble des élèves étaient le préservatif (96,57%) avec un taux de 99,46% chez les élèves formés. Les autres méthodes contraceptives sont moins connues par les élèves du groupe non formés alors qu'elles étaient plus connues chez les élèves formés. (Figure 9)

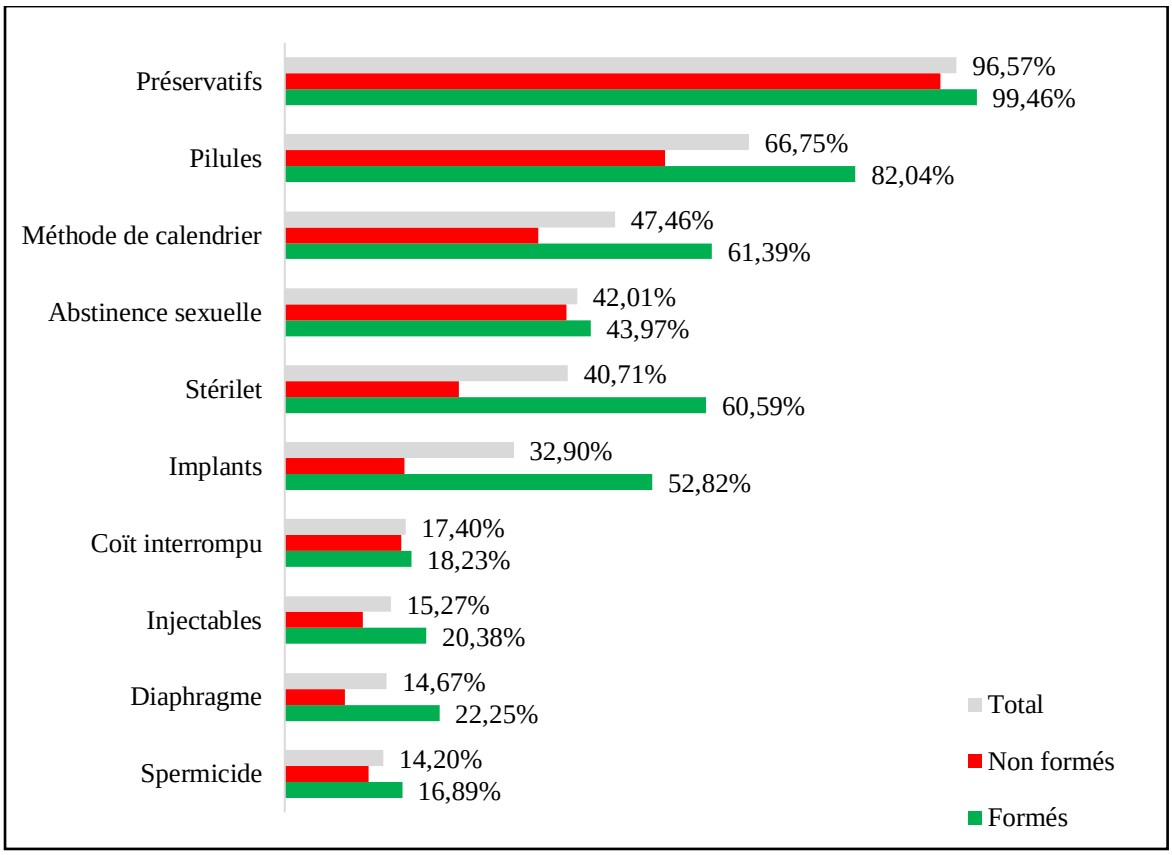
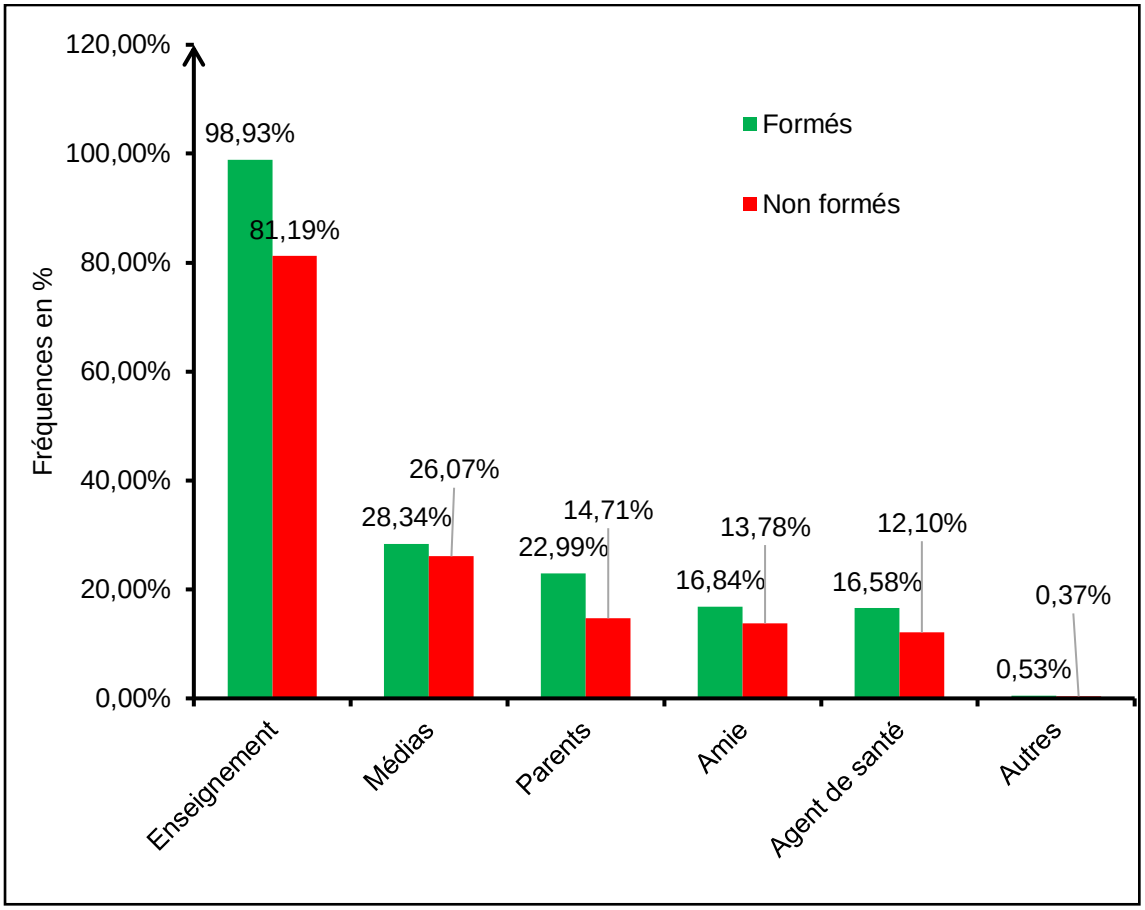


Figure 9 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des différents types de méthodes contraceptives connues (ESS, 2021).

3.2.3.1.5 Sources d'information sur les méthodes contraceptives

L'enseignant était la première source d'information sur les méthodes contraceptives (98,93% contre 81,19%), les médias (28,34% contre 26,07%) et ensuite les parents assuraient le relais (22,99% contre 14,71%) (Figure 10).



Autres : ONG

Figure 10 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs sources d'informations sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021).

3.2.3.1.6 Lieu d'approvisionnement des méthodes contraceptives

Dans l'ensemble, près de deux élèves sur trois (60,98%) connaissaient un lieu pour se procurer des méthodes contraceptives (89,07% des formés contre 47,95% des non formés).

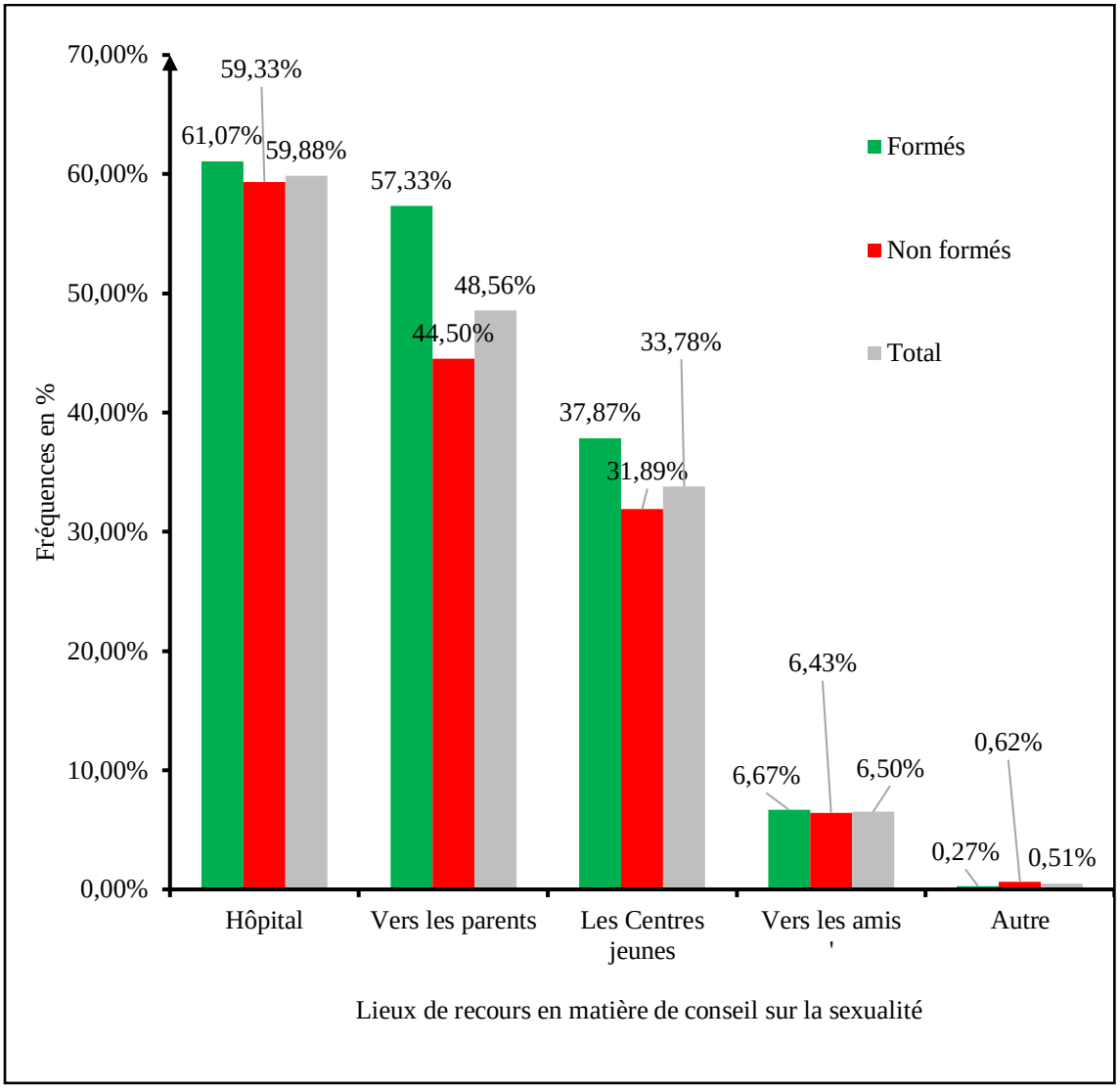
Les lieux de procuration en contraceptif les plus fréquemment cités étaient d'abord la pharmacie (94,01% contre 84,79%), ensuite les centres de planning familial (CPF) (66,77% contre 43,04%), puis les maternités (34,43% contre 12,89%), et enfin l'infirmerie (18,56% contre 15,98%). (Tableau XV).

Tableau XV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des lieux d'approvisionnement en contraceptif (ESS, 2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance d'un lieu de procuration des méthodes contraceptives						
Non	36	9,60	397	49,07	433	36,57
Oui	334	89,07	388	47,96	722	60,98
Ne sait pas	5	1,33	24	2,97	29	2,45
Lieu de procuration des méthodes contraceptives						
	N=334		**N=388**			
Pharmacie	314	94,01	329	84,79	643	89,06
CPF	223	66,77	167	43,04	390	54,02
Maternité	115	34,43	50	12,89	165	22,85
Infirmerie	62	18,56	62	15,98	124	17,17
Autre (Boutique)	3	0,90	0	0,00	3	0,42

3.2.3.1.7 Différents recours pour des préoccupations sur la sexualité

Pour recevoir des conseils sur la sexualité, l'ensemble des élèves préféraient s'orienter plus fréquemment vers l'hôpital (59,88%), vers les parents (48,56%), vers les centres jeunes (33,78%).



Autre : Enseignants

Figure 11 : Répartition des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur recours pour recevoir des conseils sur la sexualité (ESS, 2021).

3.2.3.1.8 Conséquences liées à une grossesse et accouchement précoces

Parmi ces conséquences, les trois premières étaient la déscolarisation (89,41%), l'isolement familial (54,55%), avoir un bébé de petit poids (36,36%) (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des conséquences des grossesses et accouchements précoces (ESS, 2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%		
Connaissance des conséquences des grossesses et accouchement précoces						
Non	22	5,87	179	22,13	201	16,98
Oui	345	92,00	590	72,93	935	78,97
Ne sait pas	8	2,13	40	4,94	48	4,05
Connaissance sur les conséquences des grossesses et accouchement précoces						
Déscolarisation	327	94,78	509	86,27	836	89,41
Isolement familial	263	76,23	247	41,86	510	54,55
Avoir un Bébé de petit poids	192	55,65	148	25,08	340	36,36
Risque de déféquer par le vagin après l'accouchement	98	28,41	125	21,19	223	23,85
Autres*	1	0,29	3	0,51	4	0,43

* Mort (0,36%), stérilité (0,07)

3.2.3.1.9 Conséquences des avortements provoqués

Les trois premières conséquences de l'avortement citées dans les deux groupes étaient les décès (92,23% contre 89,80%), stérilité (80,25% contre 74,49), infection (49,76% contre 39,65) (Tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur connaissance des conséquences de l'avortement provoqué (ESS, 2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance des conséquences des avortements provoqués						
Oui	357	95,20	686	84,80	1043	88,09
Non	11	2,93	83	10,26	94	7,94
Ne sait pas	7	1,87	40	4,94	47	3,97
Connaissance sur les conséquences des avortements provoqués						
Décès	346	96,92	616	89,80	962	92,23
Stérilité	326	91,32	511	74,49	837	80,25
Infections	247	69,19	272	39,65	519	49,76
Hémorragie	202	56,58	194	28,28	396	37,97
Perforation de l'utérus	159	44,54	195	28,43	354	33,94

La majorité (86,15%) des élèves reconnaissaient que l'avortement clandestin est mauvais. (Figure 12).

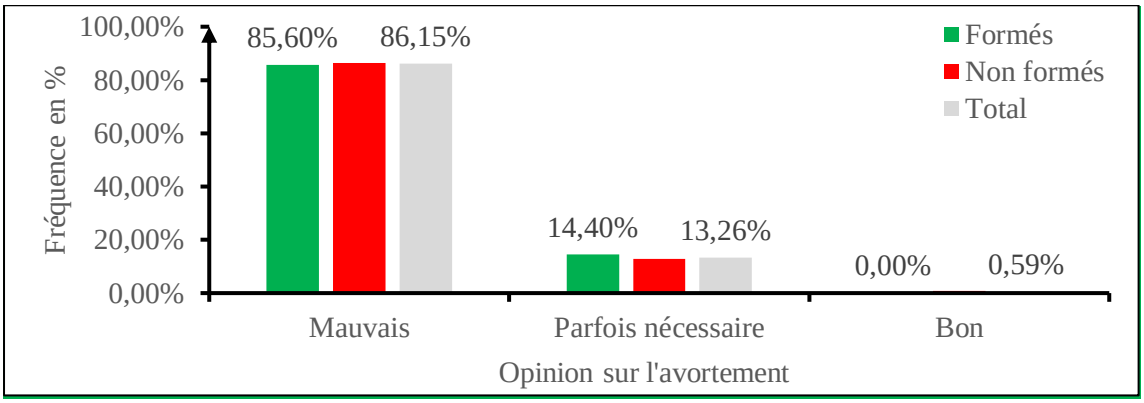


Figure 12 : Opinions des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou sur l'avortement clandestin selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021).

3.2.3.2 Infections sexuellement transmissibles (IST et VIH)

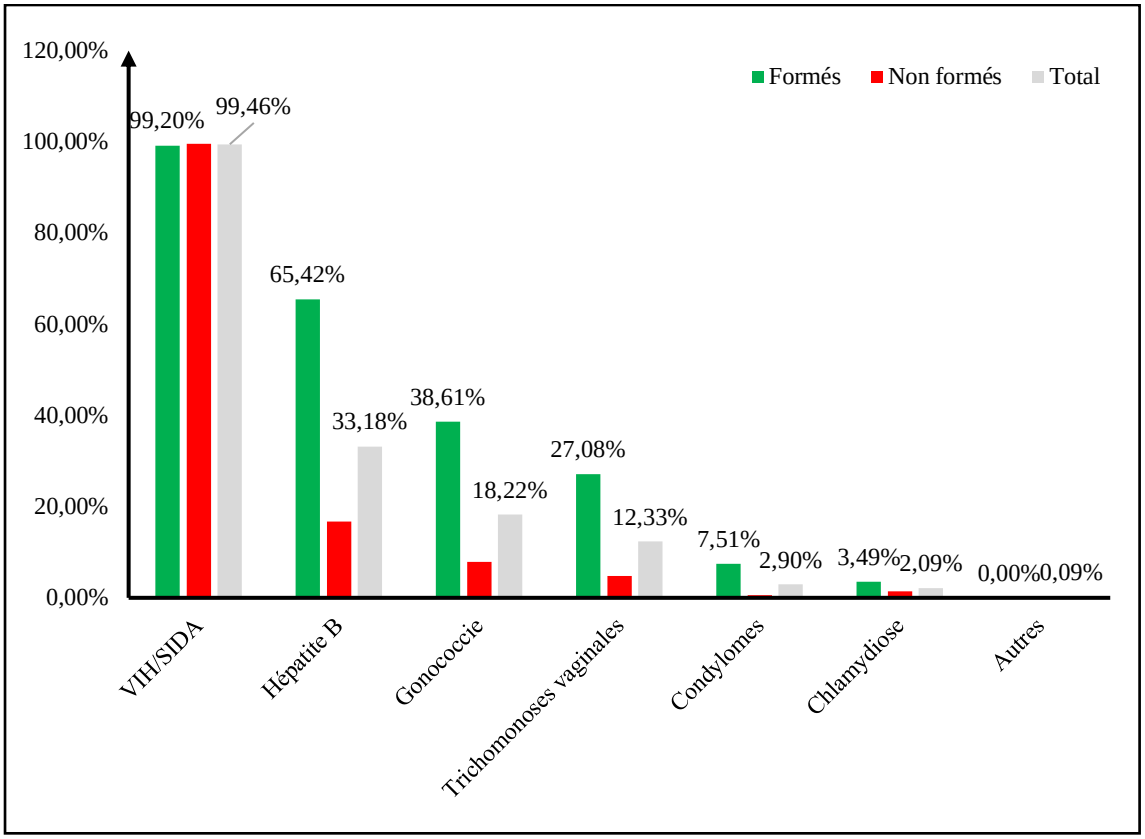
La quasi-totalité (93,16%) des élèves avait déclaré qu'ils connaissaient les IST, soit 99,47% du groupe des formés contre 90,23% du groupe des non formés ainsi que 5,24% n'en connaissaient pas (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des infections sexuellement transmissibles (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance des infections sexuellement transmissibles						
Non	2	0,53	60	7,42	62	5,24
Oui	373	99,47	730	90,23	1103	93,16
Ne sait pas	0	0,00	19	2,35	19	1,60

3.2.3.2.1 IST les plus connues

Le VIH/SIDA était pratiquement la seule IST la plus connue de l'ensemble des élèves. Les autres IST sont beaucoup plus connues des élèves formés (Figure 13).



Autre : Syphilis

Figure 13 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des IST les plus connues (ESS, 2021)

3.2.3.2.2 Symptômes courants des IST

Dans l'ensemble, les symptômes les plus fréquemment cités étaient la plaie sur le sexe (65,05%), brûlure pour uriner (64,60%), écoulement du pénis ou brûlure chez l'homme (57,42%) (Tableau XIX).

Tableau XIX : Connaissances des symptômes des IST chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissances sur les symptômes des IST						
Ecoulements du pénis ou brûlure chez l'homme	233	75,65	158	42,36	391	57,42
Brûlure mictionnelle	234	75,97	208	55,76	442	64,90
Plaie sur le sexe	226	73,38	217	58,18	443	65,05
Douleurs abdominales basse	194	62,99	178	47,72	372	54,63
Pertes vaginales malodorantes	209	67,86	160	42,90	369	54,19
Autres*	1	0,32	0	0,00	1	0,15

Autres* : impuissance sexuelle

3.2.3.2.3 Relation entre l'IST par HPV et le cancer du col de l'utérus

Près de la moitié (44,17%) de l'ensemble des élèves ne savait pas qu'une IST pouvait provoquer le cancer du col de l'utérus (Tableau XX). Par ailleurs, plus de

la moitié (58,67%) des élèves formés le sait contre (26,58%) des élèves non formés.

Tableau XX : Rapport entre IST et le cancer du col de l'utérus selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissance du lien entre l'IST par HPV et le cancer du col						
Non	19	5,07	207	25,59	226	19,09
Oui	220	58,67	215	26,58	435	36,74
Ne sait pas	136	36,27	387	47,84	523	44,17

3.2.3.2.4 Méthodes connues pour éviter à la fois les IST et les grossesses

Dans notre étude, l'abstinence sexuelle (86,93% contre 71,79%) et le préservatif (93,33% contre 78,37%) comptaient comme méthodes pour éviter à la fois les IST et les grossesses.

Une minorité trouvait aussi que le coït interrompu (3,73% contre 7,29%) et les pilules (14,67% contre 28,68%) étaient considérés comme des méthodes adéquates pour éviter à la fois les IST et les grossesses (Figure 14).

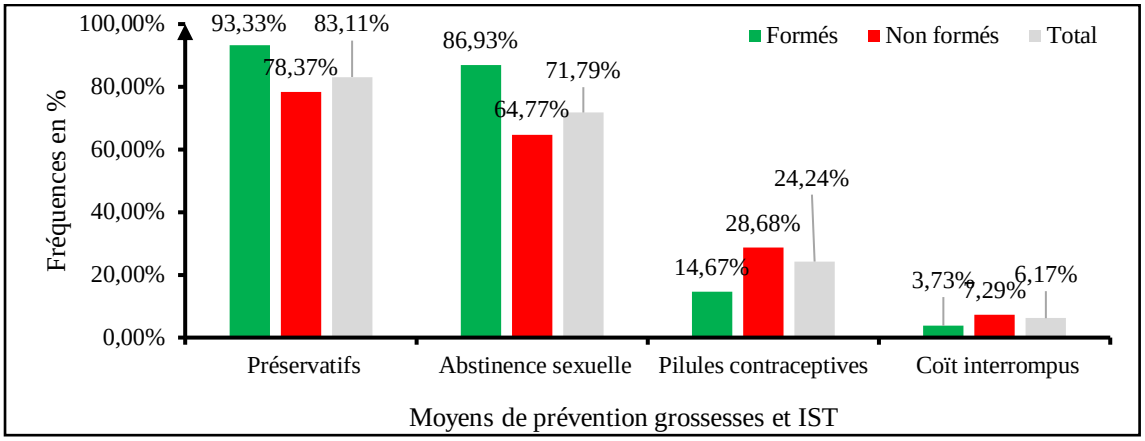


Figure 14 : Méthodes protégeant à la fois contre des IST et grossesses selon les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021).

3.2.3.2.5 Voies de transmission du VIH

Les trois premières voies de transmission des IST étaient la voie sexuelle (98,25% contre 90,29%), la voie sanguine (88,30% contre 55,38%) et celle de la mère à l'enfant (66,67% contre 39,11%) (Tableau XXI).

Tableau XXI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leurs connaissances des voies de transmission des IST (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Connaissances sur les voies de transmission du VIH						
Voie sexuelle	168	98,25	344	90,29	512	92,75
Voie sanguine	151	88,30	211	55,38	362	65,58
Voie orale	9	5,26	17	4,46	26	4,71
De la mère à l'enfant	114	66,67	149	39,11	263	47,64

3.2.4 Attitude des élèves face aux VIH/SIDA

3.2.4.1 Comportements à adopter pour la prévention des IST

Trois comportements étaient fréquemment suggérés pour prévenir les IST. Il s'agit de : éviter l'utilisation les objets tranchants appartenant à autrui (94,01% contre 88,01%), éviter tout contact direct avec le sang (90,46% contre 66,75%) et utiliser les instruments personnels pour faire de la pédicure (76,57% contre 56,71%) (Figure 15).

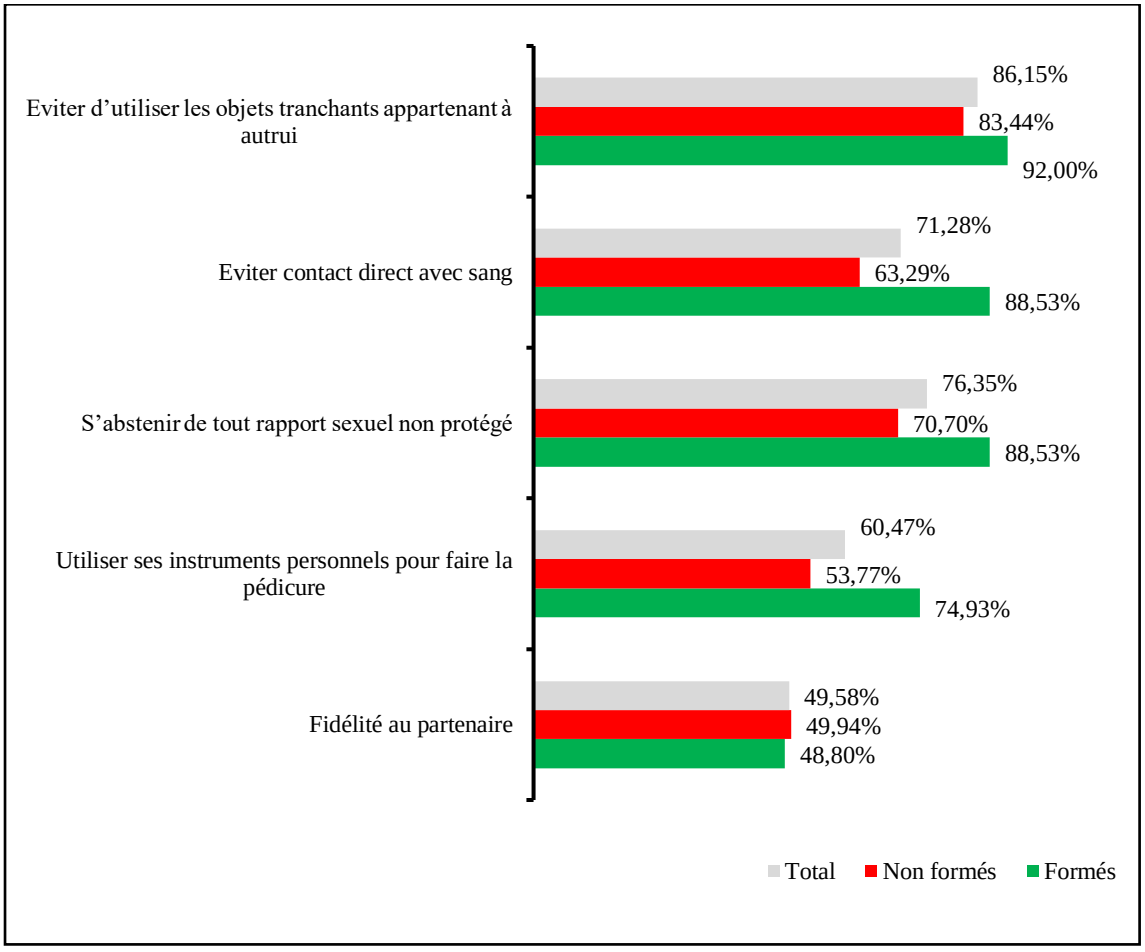


Figure 15 : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction des comportements à adopter pour éviter les IST (ESS, 2021)

3.2.4.2 Projection sur l'âge ou le moment du premier rapport sexuel par les élèves non actifs sexuellement

Aucun élève du groupe formé n'a souhaité avoir son premier rapport sexuel avant l'âge de 18ans. (Tableau XXII).

Tableau XXII : Projection sur l'âge au premier rapport sexuel chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou non actif sexuellement (ESS,2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Projection faite sur l'âge au premier rapport sexuel						
Avant 18 ans	0	0,00	6	1,09	6	0,76
Entre 18 ans et 20 ans	40	16,39	46	8,39	86	10,86
Apres 20ans	204	83,60	496	90,52	700	88,38

Près de deux sur trois (65,36%) élèves formés contre un sur deux (48,13%) des non formés avaient projeté leur premier rapport sexuel après le mariage (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Projection des élèves non actif sexuellement sur le moment idéal pour leur premier rapport sexuel chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS,2021).

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Projection faite sur le moment du premier rapport sexuel						
Avant mariage	97	34,64	333	51,87	430	46,64
Apres le mariage	183	65,36	309	48,13	492	53,36

3.2.5 Pratiques sexuelles des élèves avant l'intervention

3.2.5.1 Age au premier rapport sexuel

L'âge au premier rapport sexuel pour la majorité était compris entre 15 et 19 ans (74,74% contre 70,06%). Par ailleurs, (20% contre 26,35%) avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou selon l'âge au premier rapport sexuel et selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Age au premier rapport sexuel						
≤ 14 ans	19	20,00	44	26,35	63	24,05
15 - 19 ans	71	74,74	117	70,06	188	71,76
≥ 20 ans	5	5,26	6	3,59	11	4,20

3.2.5.2 Période du dernier rapport sexuel

Le quart des participants formés (25,26%) et non formés (26,95%) avaient eu leur dernier rapport sexuel à la fin des cours (Tableau XXV).

Tableau XXV : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS selon la période du dernier rapport sexuel (ESS, 2021)

	Formés Groupe d'appartenance				Total	
	Formés		Non formés			
	N	%	N	%	N	%
Période des derniers rapports sexuels						
A la fin des cours	24	25,26	45	26,95	69	26,34
Pendant les cours	50	52,63	98	58,68	148	56,49
Avant la rentrée	21	22,11	24	14,37	45	17,18

3.2.5.3 Usage du préservatif au cours des rapports sexuels

3.2.5.3.1 Usage du préservatif au premier rapport sexuel

A cette question, 26,32% des élèves formés (contre 38,92%) déclaraient avoir utilisé du préservatif au premier rapport sexuel.

3.2.5.3.2 Usage du préservatif au dernier rapport sexuel

Parmi ceux qui avaient eu des rapports sexuels, 58,33% des élèves formés contre 55,56% avaient utilisé du préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel après la fin de la formation. (Figure 16).

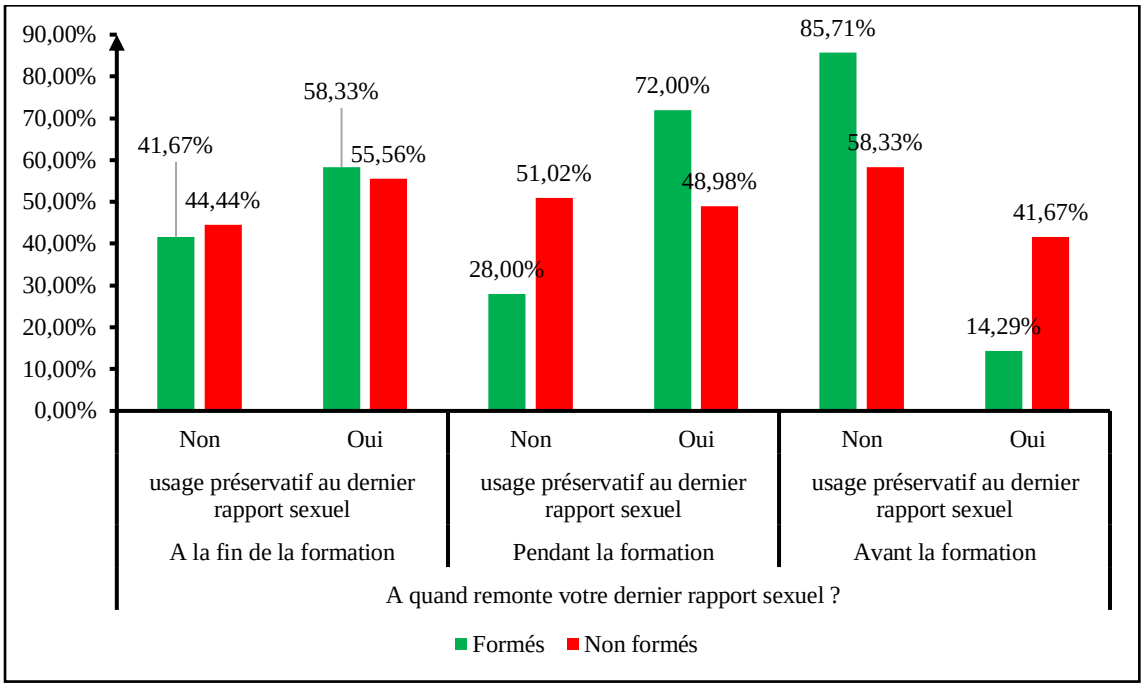


Figure 16 : Distribution des élèves des collèges d'enseignements généraux de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au premier rapport sexuel (ESS,2021).

3.2.5.4 Multi partenariat sexuel

Nous avons constaté un multi partenariat sexuel chez (60%) des élèves formés contre (66,47%) des non formés. Plus de 6% des élèves formés avaient déjà eu au moins plus de cinq partenaires sexuels contre 19,16% des élèves non formés.

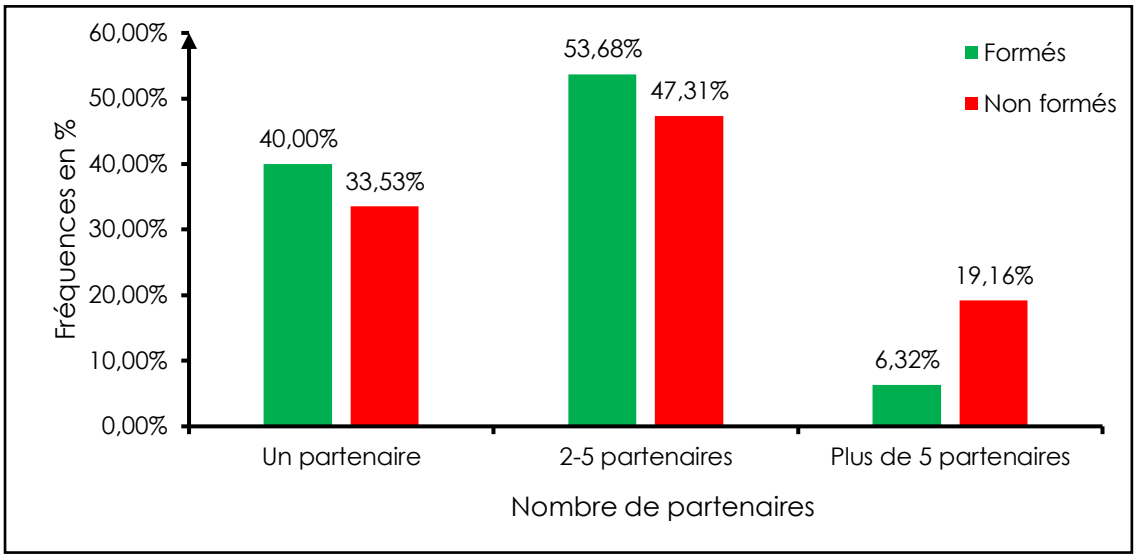


Figure 17 : Multi partenariat chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS (2021).

3.2.5.5 Confrontation à la problématique de grossesse non désirée

A cette question, 7,37% des élèves formés (contre 3,59%) avaient enceinté ou une fois porté une grossesse.

3.3 Détermination du niveau de connaissance, attitude et pratique

Ceux qui avaient déclaré avoir reçu de formation autre que celle du projet sont exclus de cette analyse.

3.3.1 Niveau global de connaissance

Pour rappel, le critère de jugement du niveau de connaissance regroupé en trois modalités (niveau insuffisant, suffisant, bien suffisant) reposait sur le principe que pour tout score inférieur à la moyenne (29), le répondant était classé dans la catégorie « niveau insuffisant », et niveau suffisant/bien suffisant dans le cas contraire. Entre la moyenne (29) et la côte supérieure (57), la première moitié (29-43) est considérée comme niveau suffisant et la deuxième moitié (44-57) niveau bien suffisant.

3.3.1.1 Niveau global de connaissance en 3ème

Sur les critères relatifs au cycle menstruel, IST/VIH et la prévention des grossesses, environ deux élèves formés sur trois (61,25%) ont un niveau suffisant de connaissance versus 8,41% dans le groupe des non formés (p-value = 0,00) (Figure 18).

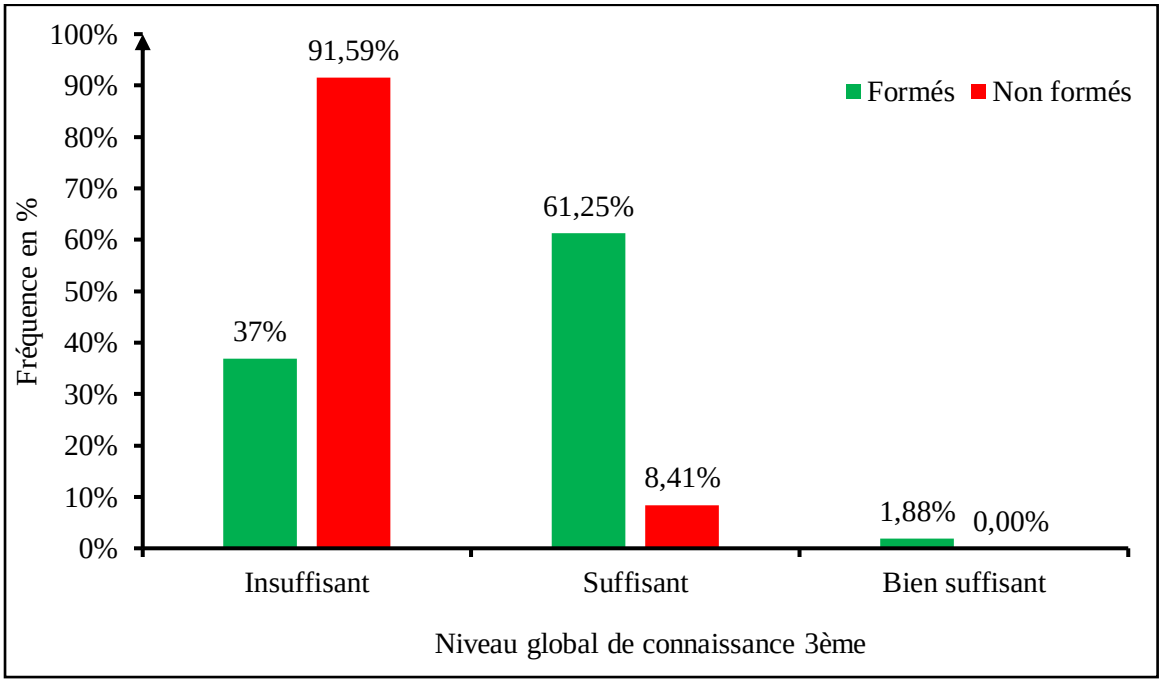


Figure 18 : Distribution des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur connaissance globale relative aux IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021)

3.3.1.2 Niveau global de connaissance en Tle

Sur les critères relatifs au cycle menstruel, IST/VIH et la prévention des grossesses, un élève formé sur deux (53,95%) a un niveau suffisant de connaissance contre 15,38% des élèves non formés. La majorité (84,62%) des élèves non formés avaient un niveau insuffisant contre 35,53% des formés (p-value = 0,00).

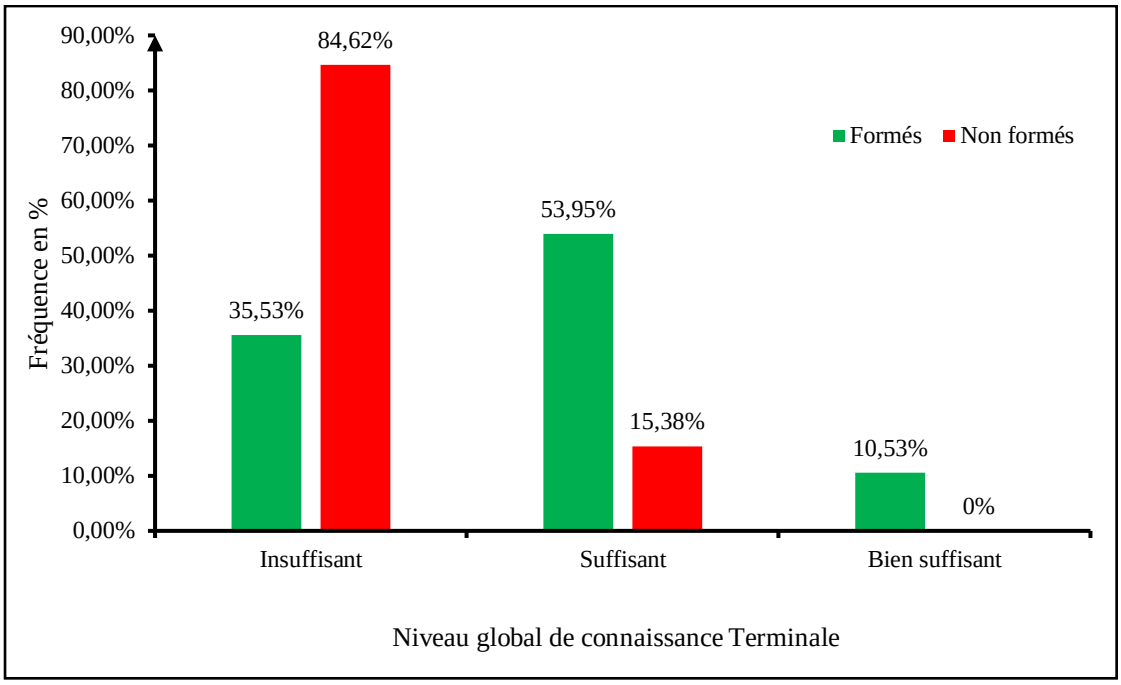


Figure 19 : Distribution des élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESSS, en fonction de leur connaissance globale relative aux IST/VIH et la prévention grossesse non désirée (ESS, 2021)

3.3.2 Niveau global d'attitude des élèves

Pour les attitudes regroupées en trois modalités (adéquat, moyennement adéquat, Faiblement adéquat), pour tout score inférieur à la moyenne (6), le répondant était

classé dans la catégorie Faiblement adéquat, moyennement adéquat entre 6 et 9 et adéquat si supérieur à 9.

3.3.2.1 Niveau global d'attitude en 3ème

Au niveau des élèves de 3ème, la majorité des formés (84,38%) et les non formés (59,81%) adoptaient une attitude moyennement adéquate face aux IST/VIH et à la prévention des grossesses non désirées. (Figure 20).

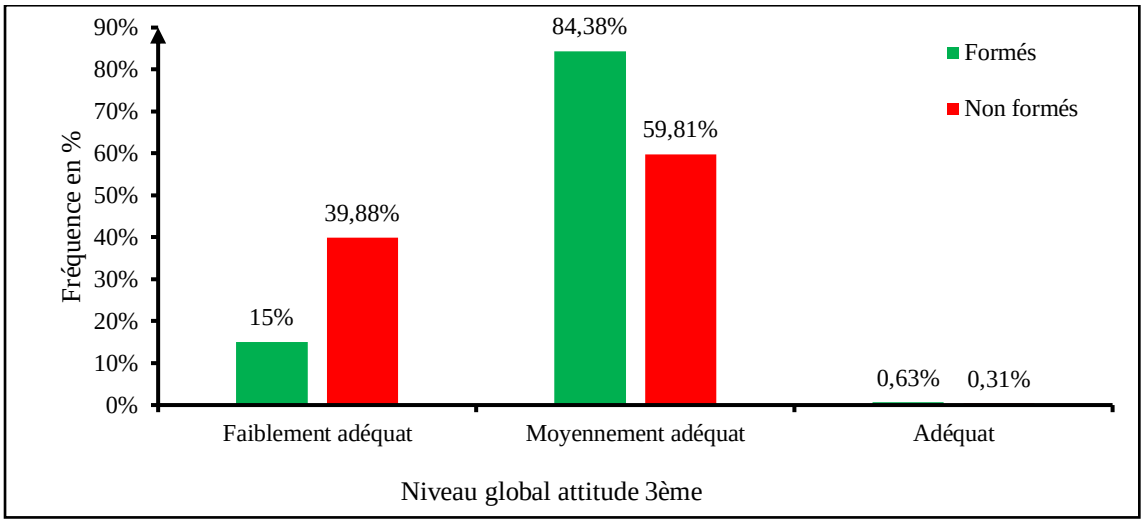


Figure 20 : Distribution des élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non à l'ESS en fonction de leur attitude face aux IST/VIH et à la prévention des grossesses (ESS, 2021)

3.3.2.2 Niveau global d'attitude chez les élèves de Tle

Face aux IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées, la majorité des élèves formés (82,24%) contre trois élèves non formés sur quatre (75,55%) adoptaient une attitude moyennement adéquate.

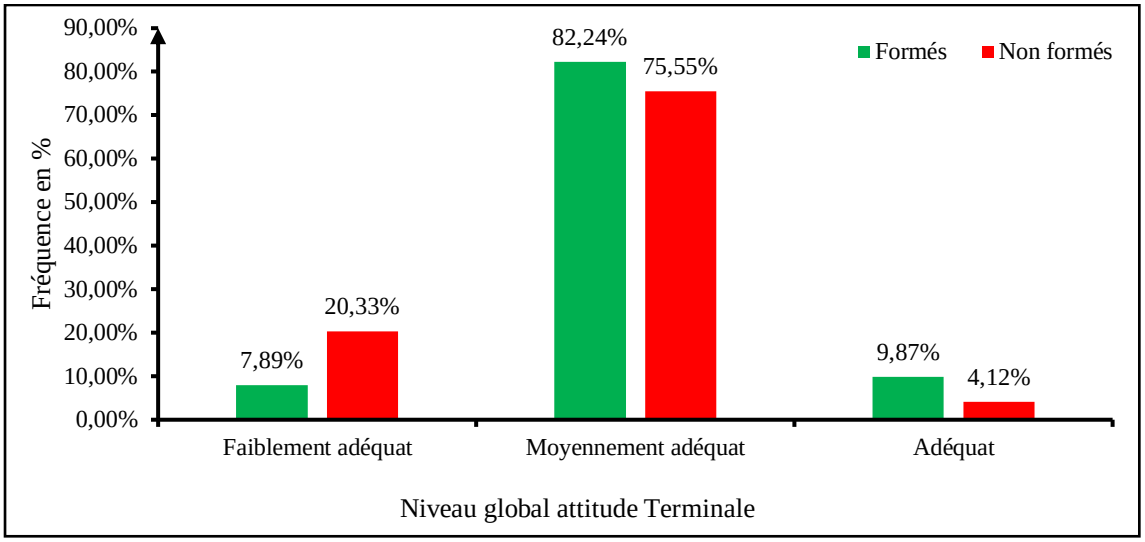


Figure 21 : Distribution des élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur attitude face aux IST/VIH et à la prévention des grossesses (ESS, 2021)

3.3.3 Pratiques relatives à l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel

3.3.3.1 Niveau de pratique en 3ème

En termes de pratique, près de deux élèves formés sur trois (64,71%) contre (60,87%) des non formés adoptaient une pratique adéquate face à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel.

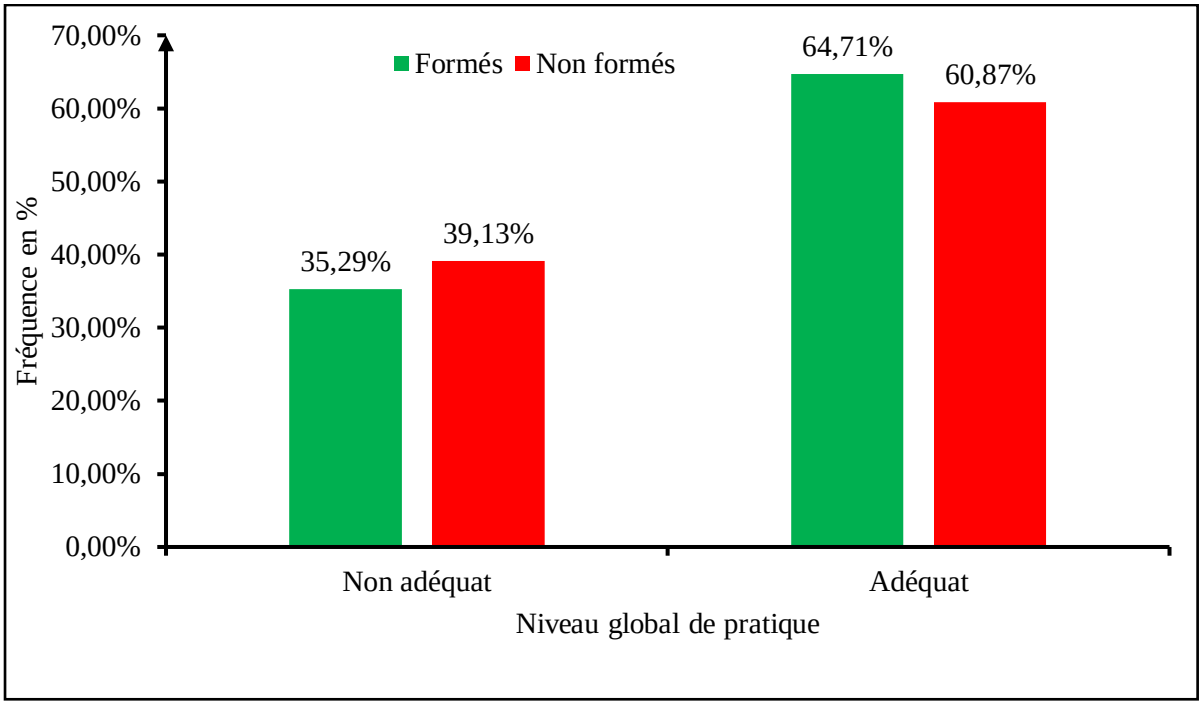


Figure 22 : Distribution des élèves des classes de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels et de leur pratique face aux IST (ESS, 2021)

3.3.3.2 Niveau de pratique en terminal

Plus de la moitié (53,85%) des élèves formés contre (60,87%) des non formés adoptaient une pratique adéquate face à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel

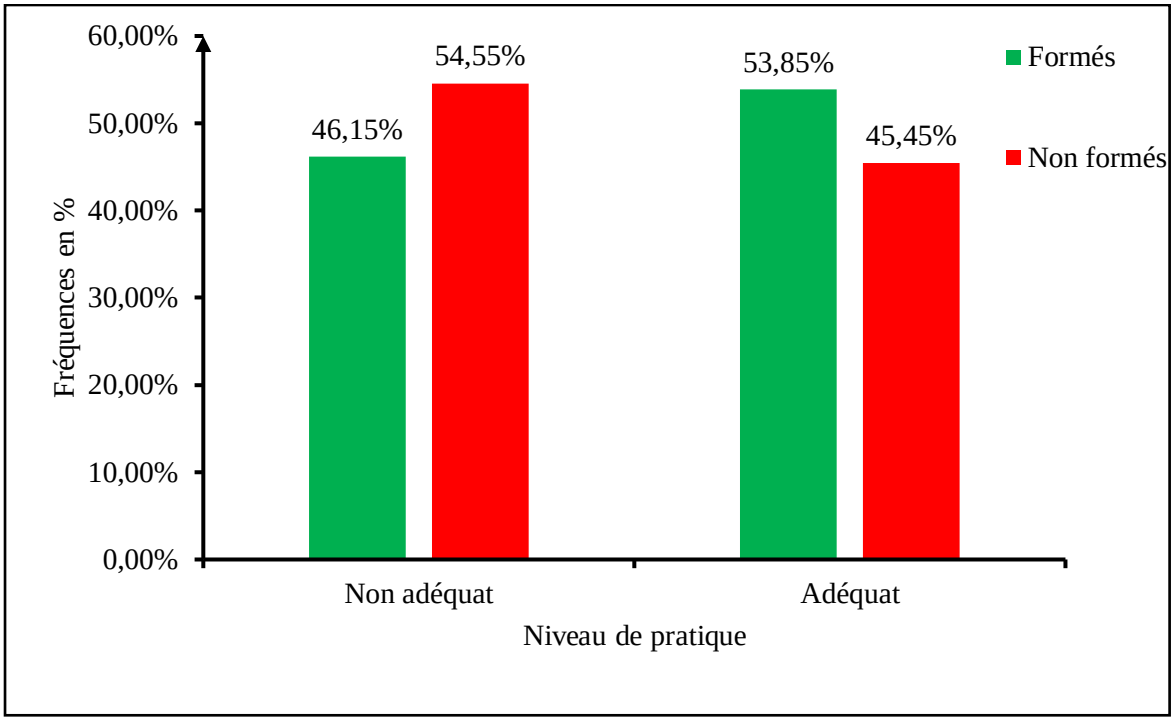


Figure 23 : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels et de leur pratique face aux IST (ESS, 2021)

3.4 Comparaison des niveaux de connaissance d'attitude et de pratique

3.4.1 Comparaison des niveaux de connaissance

En 3ème, le niveau de connaissance différait significativement en fonction du groupe d'appartenance. La proportion de ceux qui avaient un niveau suffisant était significativement différente dans les deux groupes (63,13% contre 8,41%) (p=0,000).

La même remarque était faite en Tle (64,48% contre 15,38%) (p=0,000).

Tableau XXVI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur connaissance globale relative au cycle menstruel, IST/VIH et la prévention grossesse non désirée (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Connaissance globale					**0,000**
Niveau insuffisant	59	36,88	294	91,59	
Niveau suffisant	98	61,25	27	8,41	
Niveau bien suffisant	3	1,88	0	0,00	
Tle					
Connaissance globale					**0,000**
Niveau insuffisant	54	35,53	308	84,62	
Niveau suffisant	82	53,95	56	15,38	
Niveau bien suffisant	16	10,53	0	0,00	

3.4.1.1 Connaissance sur le cycle menstruel et les conséquences des rapports sexuels non protégés pendant la période ovulatoire

En 3ème, il n'existait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne la connaissance du cycle menstruel et les conséquences des rapports sexuels non protégés. Environ un élève rencontré sur deux (48,40%) contre plus d'un élève sur deux (53,69%) avait au moins un niveau suffisant de connaissance sur le sujet (p-value = 0,285).

En Tle, il existait une différence significative entre les groupes (68,46% contre 57,81%) en ce qui concerne la connaissance du cycle menstruel (p=0,017).

Par ailleurs, par rapport aux conséquences des rapports sexuels non protégés pendant la période ovulatoire, aucune différence significative n'avait été observée entre les deux groupes. (=0,285 en 3ème et 0,135 en Tle).

Le **tableau XXVIIa,** en annexe présente en détails les données des sous items du sujet.

Tableau XXVII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance globale relative au cycle menstruel (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Connaissance globale relative au cycle menstruel					**0,285**
Niveau insuffisant	81	51,59	138	46,31	
Niveau suffisant	22	14,01	35	11,74	

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
Niveau bien suffisant	54	34,39	125	41,95	
Tle					
Connaissance globale relative au cycle menstruel					**0,017**
Niveau insuffisant	47	31,54	146	42,20	
Niveau suffisant	18	12,08	53	15,32	
Niveau bien suffisant	84	56,38	147	42,49	

3.4.1.2 Connaissances sur les méthodes contraceptives

En 3ème, Une proportion de 57,5% contre 8,41% avait un niveau suffisant en ce qui concerne les questions relatives à la connaissance et à la procuration des méthodes contraceptives. On avait observé des résultats similaires en Tle (51,32% contre 15,39%) et la différence était significative entre les deux groupes (p-value = 0,000).

Le tableau XXVIIIa en annexe, présente en détails les données des sous items du sujet.

Tableau XXVIII : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance globale sur les méthodes contraceptives (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Connaissance globale méthode contraceptive					**0,000**
Niveau insuffisant	68	42,50	294	91,59	
Niveau suffisant	89	55,62	27	8,41	
Niveau bien suffisant	03	1,88	0	0,00	
Tle					
Connaissance globale méthode contraceptive					**0,000**
Niveau insuffisant	74	48,68	308	84,62	
Niveau suffisant	68	44,74	54	14,84	
Niveau bien suffisant	10	6,58	2	0,55	

3.4.1.3 Connaissances sur les IST/VIH

En 3ème, il existait une différence significative entre les deux groupes (78,76% contre 24,92%) en ce qui concerne les questions relatives à la connaissance des IST/VIH (p-value=0,000)

En Tle, le même constat est fait entre les deux groupes (76,31% contre 30,77%).

Le tableau XIXa en annexe, présente en détails les données des sous items.

Tableau XXIX : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, en fonction de leur Connaissance sur les IST (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Niveau de Connaissance sur les IST					**0,000**
Insuffisant	34	21,25	241	75,08	
Suffisant	107	66,88	79	24,61	
Bien suffisant	19	11,88	1	0,31	
Tle					
Niveau de Connaissance sur les IST					**0,000**
Insuffisant	36	23,68	252	69,23	
Suffisant	104	68,42	112	30,77	
Bien suffisant	12	7,89	0	0,00	

3.4.2 Attitudes globales face aux IST et à la prévention des grossesses

En 3ème, Une proportion de 85,01% contre 60,12%, avait une attitude adéquate devant les IST et les grossesses non désirées et la différence était significative entre les deux groupes (p-value = 0,000).

En Tle, la remarque était similaire ; la quasi-totalité des élèves rencontrés (92,11%) contre plus de trois élèves sur quatre (79,67%) avait une attitude adéquate devant les IST et les grossesses non désirées (p-value =0,000).

Le tableau XXXa en annexe, présente en détails les données des sous items du sujet.

Tableau XXX : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formé ou non en ESS, en fonction de leur attitude face aux IST et à la prévention des grossesses (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Attitude globale					**0,000**
Faiblement adéquat	24	15,00	128	39,88	
Moyennement adéquat	135	84,38	192	59,81	
Adéquat	1	0,63	1	0,31	
Tle					
Attitude globale					**0,000**
Faiblement adéquat	12	7,89	74	20,33	
Moyennement adéquat	125	82,24	275	75,55	
Adéquat	15	9,87	15	4,12	

3.4.3 Pratique globale

Pour les pratiques regroupées en deux modalités (adéquat, Non adéquat), pour tout score inférieur à la moyenne (2), le répondant était classé dans la catégorie Non adéquat ou adéquat dans le cas contraire.

En 3ème, il n'existait aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne la pratique devant la prévention des IST (p-value = 0,523). En effet, Moins d'un élève sur quatre (20,00%) contre plus d'un élève sur trois (34,48%) adoptaient une pratique adéquate face aux IST.

En Tle, il n'existait aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne les pratiques devant les IST (p-value = 0,374). En effet, Un élève rencontré sur 10 (10,00%) contre environ un élève sur quatre (22,58%) adoptaient une pratique adéquate face aux IST.

Les tableaux XXXIa présentent en détails les données des sous items du sujet.

Tableau XXXI : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin des cours (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin de la formation					**0,523**
Non adéquat	4	80,00	19	65,52	
Adéquat	1	20,00	10	34,48	

Tableau XXXII : Distribution des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou formés ou non en ESS, selon l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin des cours (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
Tle					
Usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin de la formation					**0,374**
Non adéquat	27	90,00	48	77,42	
Adéquat	3	10,00	14	22,58	

3.5 Mesure des écarts et identification des forces et faiblesses de l'intervention

3.5.1 Ecart observé en 3ème

3.5.1.1 Quantification de l'impact de l'ESS sur le niveau des connaissances, attitudes, et pratique

3.5.1.1.1 Liens entre le bénéfice de l'intervention et le niveau de connaissance

D'après le tableau XXXIII, on peut dire de façon globale que par rapport au groupe d'élèves formés, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS diminue de près de 95% (OR = 0,054, $IC_{95\%}$: 0,032-0,089) la chance d'avoir un niveau suffisant de connaissances relatives aux IST/VIH et à la prévention des grossesses chez les élèves.

Pour la connaissance sur les IST/VIH, la chance d'avoir un niveau suffisant diminue de 91% (OR = 0,09, $IC_{95\%}$: 0,032-0,089) et de 93,2% (OR = 0,068, $IC_{95\%}$: 0,041-0,112) en ce qui concerne la prévention des grossesses.

Par contre il n'existait pas de lien significatif entre le bénéfice de l'intervention et le niveau de maîtrise des questions liées au cycle menstruel (OR = 1,098, $IC_{95\%}$: 0,751-1,606)

Tableau XXXIII : Quantification du lien entre le niveau de connaissance des questions relatives aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance des élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)

3ème	Connaissance		OR	$IC_{95\%}$
	Suffisant	Insuffisant		
Niveau global de connaissance				
Non formés	27	294	0,054	0,032-0,089
Formés	101	59	1	-
Niveau de connaissance IST/VIH				
Non formés	80	241	0,090	0,057-0,141
Formés	126	34	1	-
Niveau de connaissance prévention des grossesses				
Non formés	27	294	0,068	0,041-0,112
Formés	92	68	1	-
Niveau de connaissance sur le cycle menstruel				
Non formés	160	161	1,098	0,751-1,606
Formés	76	84	1	-

3.5.1.1.2 Liens entre le bénéfice de l'intervention et le niveau des attitudes et pratiques

D'après le tableau XXXIV, on peut dire de façon globale que par rapport au groupe d'élèves formés, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS diminue de 73,4% (OR = 0,266, $IC_{95\%}$: 0,163-0,434) la chance d'avoir un niveau d'attitude adéquat devant les IST/VIH et la prévention des grossesses chez les élèves.

Tableau XXXIV : Quantification du lien entre le niveau des attitudes face aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance chez les élèves de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)

3ème	Attitude		OR	IC à 95%
	Adéquate	Faiblement adéquate		
Niveau global				
Non formés	193	128	0,266	0,163-0,434
Formés	136	24	1	-
Engagement à toujours utiliser le préservatif chez les élèves actifs sexuellement n'ayant pas l'habitude de recourir au préservatif				
Non formés	7	3	0	0 +∞
Formés	4	0	1	-
Engagement à recourir à une méthode de contraception pour les élèves sexuellement actifs				
Non formés	12	26	0,462	0,132-1,613
Formés	7	7	1	-

3.5.1.2 Mesure des écarts au niveau des connaissances attitudes et pratiques

Les figures ci-dessous indiquent les différents écarts observés entre les deux groupes d'élèves formés et non formés en ESS selon leur niveau de connaissances, d'attitudes et de pratique.

Pour la classe de 3ème, s'agissant de la connaissance, l'écart par rapport au groupe d'élèves non formés est significatif (54,72%). (Figure 24)

Au niveau des attitudes, nous avons noté un écart significatif (24,89%) chez les élèves formés par rapport aux non formés. (Figure 25).

Les figures 24 et 25 précisent en détail, les items non significatifs.

3.5.1.2.1 Mesure des écarts au niveau des connaissances

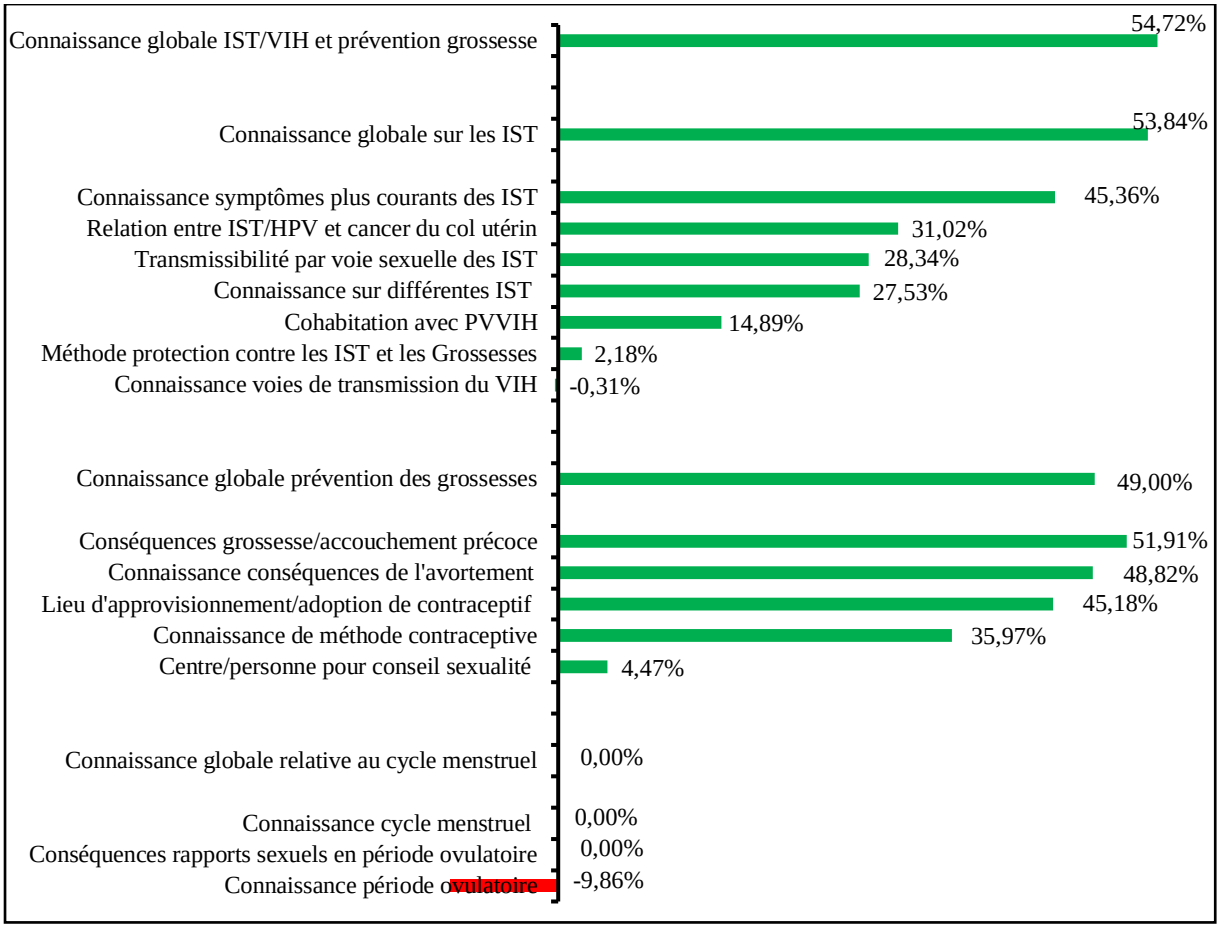


Figure 24 : Ecarts observés dans le groupe formé par rapport au groupe non formé chez les élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs connaissances sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021)

3.5.1.2.2 Mesure des écarts au niveau des attitudes

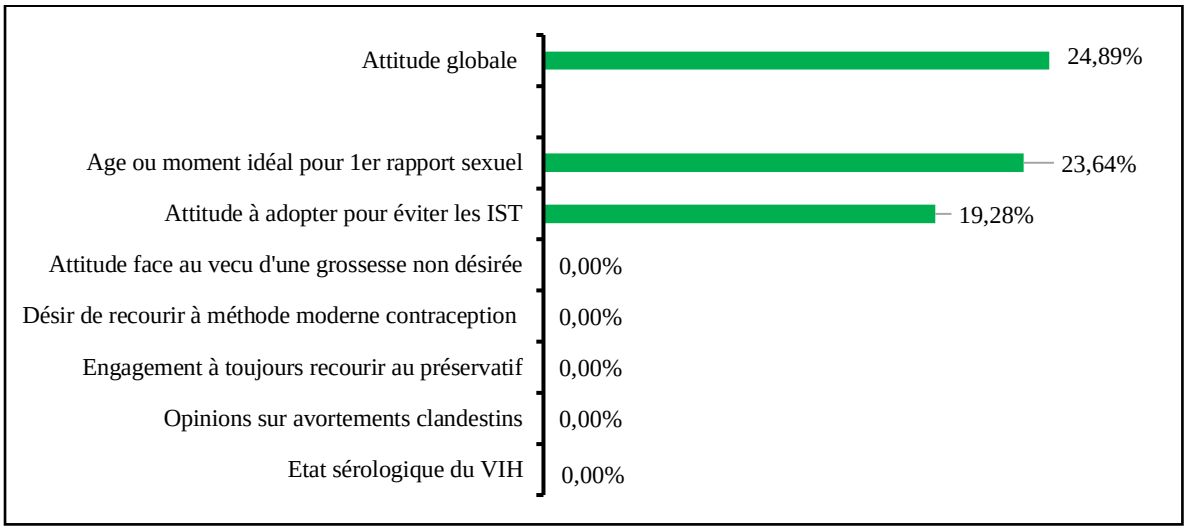


Figure 25 : Ecarts observés dans le groupe forme par rapport au groupe non forme chez les élèves de la classe de 3ème des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs attitudes pour prévenir les IST/VIH (ESS, 2021).

3.5.1.2.3 Mesure des écarts au niveau des pratiques

Par rapport aux pratiques relatives à l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, l'écart n'était pas significatif entre les deux groupes (écart = 0).

3.5.2 Ecarts observé en Tle

3.5.2.1 Quantification de l'impact de l'ESS sur le niveau des connaissances attitudes et pratique

3.5.2.1.1 Liens entre le bénéfice de l'intervention et le niveau de connaissance

D'après le tableau XXXV, on peut dire de façon globale que par rapport au groupe d'élèves formés, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS diminue de 90% (OR=0,10,$IC_{95\%}$: 0,065-0,155) la chance d'avoir un niveau suffisant de

connaissances relatives aux IST/VIH et la prévention des grossesses chez les élèves.

Pour la connaissance sur IST/VIH, cette chance diminue de 86,2% (OR = 0,138, $IC_{95\%}$: 0,089-0,213) et de 79,0% (OR = 0,172, $IC_{95\%}$: 0,113-0,264) concernant prévention des grossesses. Elle était de 40,2% pour les questions liées au cycle menstruel (OR = 0,598, $IC_{95\%}$: 0,402-1,889).

Tableau XXXV : Quantification du lien entre le niveau de connaissances des questions relatives aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance des élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021)

	Connaissance		**OR**	**IC à 95%**
	Suffisant	Insuffisant		
Niveau global				
Non formés	56	308	0,10	0,065 -0,155
Formés	98	54	1	-
Niveau de connaissance sur les IST/VIH				
Non formés	112	252	0,138	0,089-0,213
Formés	116	36	1	-
Niveau de connaissance sur la prévention des grossesses				
Non formés	56	308	0,172	0,113-0,264
Formés	78	74	1	-
Niveau de connaissance sur le cycle menstruel				
Non formés	200	164	0,598	0,402-0,889
Formés	102	50	1	-

3.5.2.1.2 Liens entre le bénéfice de l'intervention et le niveau des attitudes

D'après le tableau XXXVI, on peut dire de façon globale que par rapport au groupe d'élèves formés, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS diminue de 66,4% (OR = 0,336, $IC_{95\%}$: 0,177-0,639) la chance d'avoir un niveau d'attitude adéquat devant les IST/VIH et la prévention des grossesses chez les élèves. Elle est de 79% (OR = 0,210, $IC_{95\%}$: 0,054-0,817) pour l'engagement à toujours utiliser le préservatif chez les élèves sexuellement actifs n'ayant pas l'habitude de recourir au préservatif.

Mais pour l'engagement à recourir à une méthode de contraception pour les élèves sexuellement actifs, il n'existe pas un lien significatif avec le bénéfice ou non des cours d'ESS (OR = 1,212, $IC_{95\%}$: 0,619-2,273).

Tableau XXXVI : Quantification du lien entre le niveau des attitudes face aux IST/VIH à la prévention des grossesses en fonction du groupe d'appartenance chez les élèves de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou (ESS 2021).

Tle	Attitude		OR	IC à 95%
	Adéquate	Faiblement adéquate		
Niveau global				
Non formés	290	74	0,336	0,177-0,639
Formés	140	12	1	-
Engagement à toujours utiliser le préservatif chez les élèves actifs sexuellement n'ayant pas l'habitude de recourir au préservatif				
Non formés	25	17	0,210	0,054-0,817
Formés	21	3	1	-

Engagement à recourir à une méthode de contraception pour les élèves sexuellement actifs				
Non formés	45	54	1,212	0,619 - 2,373
Formés	22	32	1	-

3.5.2.2 Mesure des écarts au niveau des connaissances attitudes et pratiques

Pour la classe de Tle, s'agissant de la connaissance, dans l'ensemble, l'écart par rapport au groupe des non formés est significatif (49,10%). (Figure 26)

Au niveau des attitudes, nous avons noté un écart significatif (24,89%) chez les bénéficiaires par rapport aux non bénéficiaires. (Figure 27).

Du point de vue pratique devant les IST et prévention de grossesse, le constat est le même (0,00%).

Les figures 26 et 27 précisent en détail, les items dont les écarts sont non significatifs.

3.5.2.2.1 Mesure des écarts au niveau des connaissances

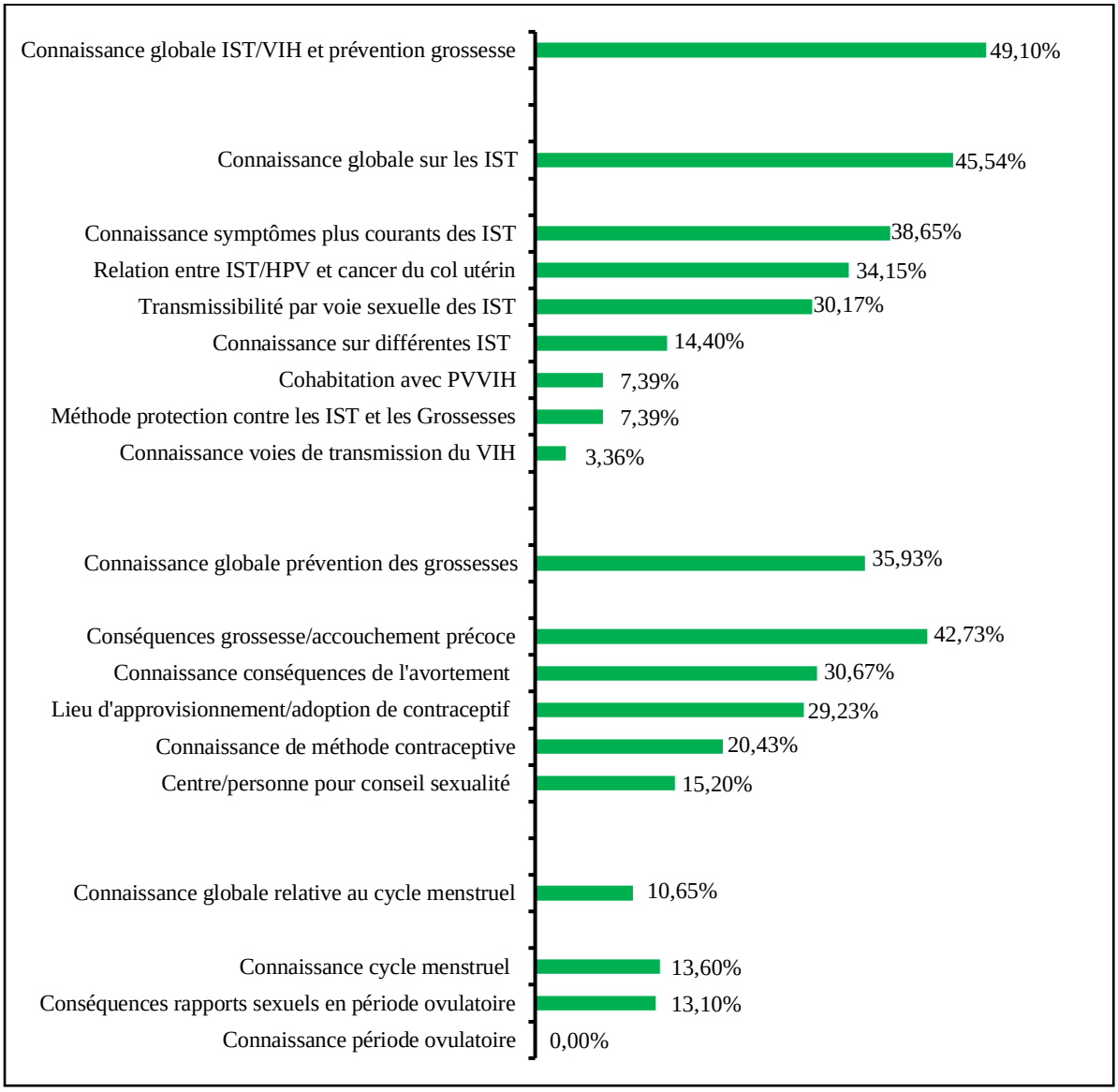


Figure 26 : Ecarts observés dans le groupe formé par rapport au groupe non formé chez les élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs connaissances sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021)

3.5.2.2.2 Mesure des écarts au niveau des attitudes

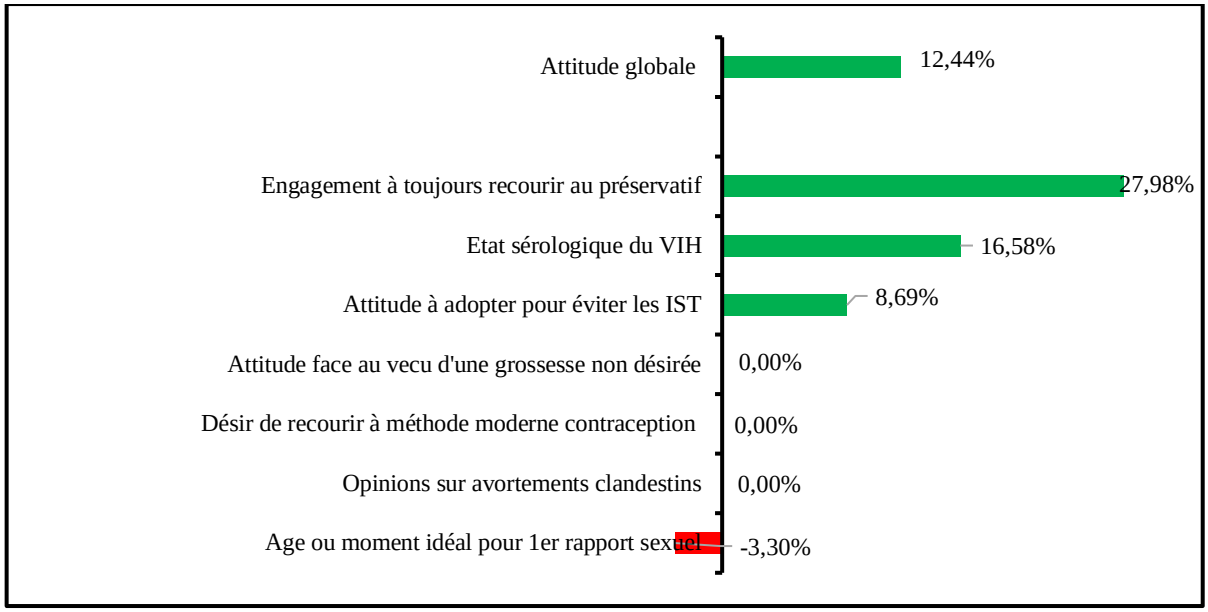


Figure 27 : Ecarts observés dans le groupe des élevés formes par rapport au groupe des élèves non formés chez les élèves de la classe de Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou concernant leurs attitudes pour prévenir les IST/VIH et les grossesses (ESS, 2021).

3.5.2.2.3 Mesure des écarts au niveau de la pratique

Par rapport à la pratique relative à l'usage du préservatif chez les élèves ayant eu des rapports sexuels à la fin des cours, l'écart n'était pas significatif entre les deux groupes (écart=0)

3.6 Forces et faiblesses de l'intervention

Les tableaux 36 à 39 indiquent les forces (en vert) et faiblesses (en rouge) de l'intervention.

3.6.1 Forces et faiblesses de l'intervention en 3ème

3.6.1.1 Au niveau des connaissances

De façon globale, sur le plan de la connaissance des questions relatives aux IST/VIH et prévention des grossesses non désirées, le projet avait enregistré une bonne performance. Les faibles performances étaient enregistrées au niveau des voies de transmission des IST et au niveau de toutes les questions relatives à la maîtrise du cycle menstruel.

Tableau XXXVII : Forces et faiblesses de l'ESS sur le niveau de connaissance des élèves de 3ème des CEG de Cotonou sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021)

Connaissance globale IST/VIH et prévention grossesse	
Forces	**Faiblesses**
Connaissance globale sur les IST	
▪ Connaissance des symptômes les plus courants des IST ▪ Connaissance de la Relation entre IST/HPV et cancer du col utérin ▪ Connaissance de la Transmissibilité par voie sexuelle des IST ▪ Connaissance des différentes IST ▪ Bonne tolérance des PV/VIH	▪ Connaissance des voies de transmission du VIH

▪ Connaissance des Méthodes qui protègent à la fois contre les IST et les Grossesses	
Connaissance globale méthode contraceptive	
▪ Connaissance des conséquences d'une grossesse et d'un accouchement précoce ▪ Connaissance des conséquences de l'avortement provoqué non sécurisé ▪ Connaissance du lieu d'approvisionnement/adoption de contraceptif ▪ Connaissance des méthodes contraceptives ▪ Connaissance d'un centre ou d'une personne ressource pour des conseils sur la sexualité	
Connaissance globale relative au cycle menstruel	
	▪ Connaissance du cycle menstruel ▪ Connaissance des conséquences des rapports sexuels en période ovulatoire ▪ Connaissance de la période ovulatoire

3.6.1.2 Au niveau des Attitudes

On avait noté de façon générale que l'intervention du projet avait eu un impact positif sur l'attitude des élèves face à la prévention des IST/VIH.

Par ailleurs, certains points faibles étaient relevés. Il s'agissait des questions relatives à :

L'attitude à adopter face à une grossesse non désirée ; au réflexe de se rendre à l'hôpital pour adopter une méthode contraceptive ; leur opinion sur l'avortement.

Tableau XXXVIII : Forces et faiblesses de l'ESS sur l'attitude des élèves de 3ème des CEG de Cotonou (ESS, 2021).

Attitude globale	
Forces	**Faiblesses**
▪ Attitude à adopter pour éviter les IST ▪ Age ou moment idéal pour le 1er rapport sexuel	▪ Attitude face au vécu d'une grossesse non désirée ▪ Désir de recourir à méthode moderne contraception ▪ Engagement à toujours recourir au préservatif ▪ Opinions sur l'avortement provoqué non sécurisé ▪ Etat sérologique du VIH

3.6.1.3 Au niveau des Pratiques

Au niveau des pratiques, on avait noté une faible performance. Elle était relative à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel après les cours où l'écart est nul entre les deux groupes.

3.6.2 Forces et faiblesses de l'intervention en Tle

3.6.2.1 Au niveau des connaissances

Sur le plan de la connaissance des questions relatives aux IST/VIH et prévention des grossesses non désirées, le projet avait enregistré une bonne performance. La faible performance était enregistrée au niveau des questions relatives à la maîtrise du cycle menstruel et des conséquences des rapports sexuels non protégés.

Tableau XXXIX : Forces et faiblesses de l'ESS sur le niveau de connaissance des élèves de Tle des CEG de Cotonou sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées (ESS, 2021)

Connaissance globale IST/VIH et prévention grossesse	
Forces	**Faiblesses**
Connaissance globale sur les IST	
▪ Connaissance des symptômes les plus courants des IST ▪ Relation entre IST/HPV et cancer du col utérin ▪ Connaissance de la transmissibilité par voie sexuelle des IST ▪ Connaissance des différentes IST ▪ Bonne tolérance des PV/VIH ▪ Connaissance des Méthodes qui protègent à la fois contre les IST et les grossesses ▪ Connaissance des voies de transmission du VIH	

Connaissance globale sur les méthodes contraceptives	
▪ Connaissance des conséquences d'une grossesse et d'un accouchement précoces ▪ Connaissance des conséquences de l'avortement provoqué non sécurisé ▪ Connaissance du lieu d'approvisionnement/adoption de contraceptif ▪ Connaissance des méthodes contraceptives ▪ Connaissance d'un centre ou d'une personne ressource pour des conseils sur la sexualité	
Connaissance globale relative au cycle menstruel	
▪ Connaissance du cycle menstruel ▪ Connaissance des conséquences d'un rapport sexuel en période ovulatoire	▪ Connaissance de la période ovulatoire

3.6.2.2 Au niveau des Attitudes

L'intervention avait eu un impact positif sur l'attitude des élèves bénéficiaires par rapport aux autres.

La faible performance concernait l'attitude à adopter devant une grossesse non désirée, l'opinion faite sur l'avortement clandestin, l'âge au premier rapport sexuel et sur l'engagement à recourir à une méthode moderne de contraception

Tableau XL : Forces et faiblesses de l'ESS sur l'attitude des élèves de Tle des CEG de Cotonou face aux IST/VIH et la prévention des grossesses (ESS, 2021)

Attitude globale	
Forces	**Faiblesses**
▪ Attitude à adopter pour éviter les IST ▪ Etat sérologique du VIH ▪ Engagement à toujours recourir au préservatif	▪ Opinions sur l'avortement provoqué non sécurisé ▪ Engagement à recourir à une méthode moderne de contraception ▪ Age ou moment idéal pour un 1er rapport sexuel

3.6.2.3 Au niveau des pratiques

Au niveau des pratiques, on avait noté une faible performance. Elle était relative à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel après les cours où l'écart est nul entre les deux groupes.

3.7 Perception des encadreurs des écoles bénéficiaires

3.7.1 Profil sociodémographique des encadreurs

Au total, douze enseignants ont été interviewés dans notre étude sur la thématique de l'ESS en milieu scolaire. Ils partagent les mêmes profils sociodémographiques à quelques différences près. En effet, l'échantillon était constitué de 08 femmes et de 04 hommes, soit un sexe ratio (femme / homme) de 02 femmes pour 01 homme.

Plus de la moitié de ces acteurs, ont été formés à l'ESS depuis au moins deux ans, soit une proportion de 58,33%. De ces derniers, cinq (05) ont déclaré avoir commencé à donner ce cours depuis la même période.

La quasi-totalité de ces enseignants (83,33%), dispensait les cours d'ESS dans au moins 2 classes, plus précisément celles de 3ème et de Tle.

3.7.2 Implémentation de l'ESS dans les écoles

Du point de vue de l'ensemble des acteurs sur cet aspect, il ressort que l'implémentation de l'ESS en milieu scolaire est une belle initiative qui permettra aux apprenants de mieux gérer leur sexualité. En effet, au regard de la complexité du phénomène des grossesses scolaires, des comportements déviants et des cas de violences basées sur le genre à l'école, l'ESS est plus qu'une nécessité. Elle permet aux élèves d'éviter certains comportements à risques et de mieux se comporter dans la société. C'est bien ce qu'explique ces acteurs : « *l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles est une très bonne chose ; car, elle peut nous aider à préserver et protéger nos apprenants (filles comme garçons) contre les grossesses précoces en milieu scolaire, les IST et surtout contre l'agression sexuelle qui est un phénomène qui prend de plus en plus de l'ampleur dans nos établissements publics comme privés et beaucoup de nos apprenants meurent en silence et subissent un traumatisme émotionnel parfois irréversibles.* » **(Enseignante n°3, 14 Juin 2022).**

« *Le module est assez enrichissant et instructif pour les apprenants ; surtout vu la plate-forme à travers laquelle les leçons sont dispensées* » **(Enseignant n°1, 14 Juin 2022).**

3.7.3 Importance d'associer des agents de santé à l'ESS

Une bonne frange de ces acteurs (66,66%) approuvait l'idée d'association des agents de santé à l'ESS. Selon eux, l'appui des agents de santé à cette activité dans les écoles serait d'une grande importance car, ils sont les véritables spécialistes en la matière et ils sauront certainement mieux apporter des explications et détails sur certains aspects que les enseignants. Ce serait aussi une occasion pour les enseignants de s'instruire davantage sur le sujet, comme l'a déclaré cet acteur. « *Cette association est importante pour éclairer les formateurs sur certains cas réels de conséquences des avortements par exemple...faire suivre les apprenants de façon régulière et permanente en matière de sexualité.... Renforcer les enseignants par des communications ponctuelles sur des thématiques liées aux questions sexuelles…etc.* » **(Enseignant n°4, 14 Juin 2022).**

« *L'appui des agents de santé est nécessaire pour plus de détails sur certaines notions. Car, le tout ne suffit pas d'apprendre ou dire seulement aux apprenants. Ce sont eux les spécialistes de la question.* ». **(Enseignant n°6, 14 Juin 2022).**

Un tiers de ces derniers (33,33%) ne partage néanmoins pas le même avis. Selon ceux-ci, les enseignants dans leur posture de parents, assurent déjà idéalement la mission et n'auraient aucunement besoin d'un appui extérieur, d'une part et les modules des Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) ont déjà pris en compte les notions que pourraient apporter les agents de santé, d'autre part. Pour eux, il suffirait donc juste de former les enseignants sur certaines notions stratégiques et techniques en la matière. Un acteur déclarait : « *Dans l'enseignement, les apprenants trouvent déjà les informations nécessaires liées à leur organisme et à la sexualité. De plus, les enseignants des SVT apportent tout l'approfondissement nécessaire par les Situations d'Apprentissage de cette discipline* » **(Enseignant n°10, 14 Juin 2022).**

3.7.4 ESS aux enfants, potentiel facteur de risque de débauche ?

Pour l'ensemble des enseignants de notre étude, parler de la santé sexuelle aux enfants n'est du tout pas une façon de les pousser à la débauche. Bien au contraire, il s'agit ici d'un moyen d'éveil de conscience sur la sexualité, qui a longuement été un sujet tabou dans nos sociétés et qui continue de l'être par endroit. Loin de sembler une incitation à la débauche, ces enseignements permettent de faire comprendre aux apprenants les éventuels risques qu'ils courent en adoptant de mauvaises habitudes sexuelles. Ils permettent également de les amener à comprendre les probables modifications observées sur leur corps à un certain âge et les conduites à tenir face à celles-ci. Ceci se comprend mieux à travers les déclarations suivantes : « *Il s'agit plutôt d'un moyen pour les sensibiliser afin qu'ils soient informés des conséquences des actes qu'ils posent. Autant mieux le faire à l'école que de laisser leurs pairs leur donner des conseils qui ne les aideront probablement pas* ». **(Enseignant n°1, 14 Juin 2022).**

« *Vous savez avec moi que le sexe est toujours considéré comme un sujet tabou dans nos sociétés...dans nos familles. Les enfants n'ont aucune information relative à la sexualité…ils sont obligés de glaner de fausses informations sur le tas, soit auprès des amis ... nous leur apportons les vraies informations et nous leur donnons des conseils...et croyez-moi ils sont très intéressés ».* **(Enseignante n°7, 14 Juin 2022).**

3.7.5 Appréciation du suivi fait par les formateurs

Selon 50% des enseignants, le suivi est bien fait par les formateurs. Il est assuré par les inspecteurs et les conseillers pédagogiques par trimestre ou semestre. « *Des équipes viennent pour suivre les cours, pour faire des suggestions aux administrations pour qu'il y ait des activités visibles : Des messages de sensibilisation par exemple* **». (Enseignante n°3, 15 Juin 2022).**

« *Ils viennent suivre le déroulement d'un cours d'ESS et prodiguent, en cas de besoin, des conseils* **». (Enseignante n°12, 15 Juin 2022).**

Quelques-uns ne sont néanmoins pas totalement satisfaits de ce suivi et auraient aimé qu'il soit plus régulier et riche en valeur. Cela se traduit mieux à travers ces déclarations : « *On a par moment la visite des inspecteurs et des conseillers pédagogiques mais pas de façon régulière comme l'on le souhaite* ». **(Enseignant n°1, 14 Juin 2022).**

« *Le suivi est plus ou moins fait ...car par moment nous, en tout cas moi, je suis avec un formateur qui me suit tout le temps et m'apporte beaucoup en matière de connaissances* » **(Enseignante n°2, 14 Juin 2022).**

3.7.6 Sensation lors de la discussion sur l'ESS avec les élèves

Tous les enseignants ont déclaré qu'ils se sentent à l'aise lors de leurs discussions de l'ESS avec les élèves. La sexualité est un sujet auquel les apprenants accordent généralement plus d'attention. Ils y sont donc ouverts et nourrissent très bien les débats lors de ces apprentissages et ceci, sans complexe. Ceux qui sont sans expérience sont même plus curieux d'en savoir plus, surtout qu'ils n'ont souvent pas l'opportunité d'en parler avec les parents à la maison. Cette importance accordée à ce sujet par les apprenants, met davantage à l'aise l'enseignant, qui peut dispenser le cours sans réserve. « *Comme je vous l'ai dit plus haut...la jeunesse a besoin d'informations sur le plan sexuel...les parents ont du mal à parler de sexualité avec leurs enfants. Ils ont juste démissionné et ne prennent plus soin des enfants. Les enfants se débrouillent pour s'informer... c'est d'ailleurs le chapitre le plus aimé dans le programme où tous les apprenants suivent et sont présents au cours…posent des questions de compréhension...des questions élémentaires dont les parents auraient pu leur donner des réponses depuis la maison...c'est bien dommage... mais moi j'aime beaucoup leur apporter*

beaucoup d'informations qui puissent leur permettre de comprendre certaines choses... » **(Enseignante n°9, 14 Juin 2022).**

3.7.7 Difficultés rencontrées dans l'exécution du programme infusé d'ESS.

De toute évidence, parler de la sexualité en milieu scolaire ne saurait s'avérer une tâche facile. Ainsi, les enseignants sont confrontés au quotidien, à plusieurs difficultés dans l'exécution du programme infusé d'ESS. Il s'agit notamment, du trop jeune âge des apprenants qui les rend parfois réticent, de l'insuffisance du matériel didactique, du temps trop limité réservé à l'apprentissage, de la réaction de certains parents qui n'approuvent pas le programme et de l'effectif pléthorique observé dans les classes par endroit. Les acteurs suivants expriment mieux ces difficultés à travers leurs déclarations : « *Nous n'avons pas assez d'éléments pour dérouler les séquences d'infusion. Des fois nous sommes contraints de résumer certaines notions pour pouvoir finir notre programme.... Nous manquons aussi d'accompagnement…une mission...des hommes...des moyens...* » **(Enseignante n°2, 14 Juin 2022).**

« *La densité des programmes d'études dans les classes d'examens ne nous permet pas d'avoir plus de temps pour ces séquences de cours. Le manque d'infrastructures dans nos établissements puisque les messages de sensibilisation élaborés sont souvent déchirés par d'autres apprenants*. » **(Enseignant n°4, 14 Juin 2022).**

« *Dans le collège où j'interviens, il n'y a pas d'œuvres dans le programme 5. On est obligé de choisir des textes par moments pour déboucher sur les thématiques de l'ESS* » **(Enseignante n°5, 14 Juin 2022).**

3.7.8 Recommandations des enseignants pour impacter davantage la santé sexuelle

Les principales recommandations formulées par les acteurs étaient :

- L'élargissement de l'ESS à toutes les promotions et dans toutes les écoles (publiques comme privées) ;
- La formation continue des enseignants ;
- L'insertion de l'ESS dans les matières à évaluer au niveau des apprenants ;
- L'organisation des journées de sensibilisation ;
- L'association des parents d'élèves à la cause ;
- La dotation des enseignants et établissements en équipements nécessaires.

« *La formation continue...il faut que les autorités organisent des formations ponctuelles pour nous donner de nouvelles notions car tout évolue et tout change.... L'accompagnement matériel et financier également...car la relève de demain c'est aujourd'hui que nous les formons...et si nous les formons bien elle sera une relève de qualité ..., merci* » **(Enseignant n°10, 14 Juin 2022).**

« *Je pense que c'est une belle initiative qu'il faut entretenir et renforcer. Également, il est nécessaire de faire des formations de mise à niveau pour le bien des populations surtout de la jeunesse* » **(Enseignante n°8, 14 Juin 2022).**

DISCUSSION

4 Discussion

La discussion des résultats de notre étude sur l'évaluation de l'impact de l'éducation à la santé sexuelle chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou s'articulera autour de 03 axes :

- ✓ L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- ✓ La qualité et la validité des résultats ;
- ✓ L'analyse des données et la comparaison avec celles des autres auteurs ;

4.1 Atteinte des objectifs de l'étude

L'étude nous a permis d'évaluer l'impact de l'implémentation de L'ESS sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves de la 3ème et de la Tle des collèges d'enseignement général de Cotonou. Ainsi, au terme de notre étude, Nous avons pu :

- ✓ Étudier la pratique sexuelle des deux groupes d'élèves avant l'intervention. Les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou ont des comportements sexuels à risque d'IST et de grossesses précoces.
- ✓ Déterminer le niveau d'aptitude des élèves sur la prévention des IST et des grossesses non désirées.

  Le niveau de connaissance des élèves formés était en général au moins suffisant chez 63,13% en 3ème et 64,48% en Tle contre 8,41% en 3ème et 10,53% en Tle dans le groupe des non formés. Pour les attitudes, le niveau était suffisant chez 85,00% en 3ème et 92,11% en Tle dans le groupe des élèves formés alors qu'il était de 60,12% chez les élèves en classe de 3ème et de 79,67% chez les élèves de la Tle dans le groupe des élèves non formés. Quant au niveau de pratique, les élèves formés avaient en général une pratique adéquate (64,71% en 3ème et 53, 85% en Tle) alors qu'il était de 60,87% en 3ème et de 45,45% en Tle.

- ✓ Comparer le niveau d'aptitude des élèves ayant bénéficié de la formation à ceux n'ayant pas bénéficié de la formation.

  De cette étude, il a été mis en évidence une différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance et d'attitude des élèves formés et des élèves non formés (p=0,000). Pour la pratique des élèves, aucune différence statistiquement significative n'a été notée (p=0,781 en 3ème et 0,288 en Tle).

- ✓ Mesurer l'écart entre le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratique des élèves afin d'identifier les forces et les faiblesses de l'intervention.

  Au total, le projet a enregistré une performance globale de 54,72% en 3ème et 49,10% en Tle sur les connaissances. Une performance de 24,89% en 3ème et de 12,44% en Tle sur les questions relatives aux attitudes. En ce qui concerne la pratique liée à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel, aucune performance n'a été notée. Les thématiques sur lesquelles le projet a connu une bonne performance ont été identifiées ainsi que celles sur lesquelles la performance n'a pas été bonne. Les leviers sur lesquels il faudra agir afin d'améliorer la performance du projet ont été identifiés et des approches de solutions concrètes ont été recueillies chez les acteurs du projet.

Au vu de ces différents résultats relatifs aux objectifs spécifiques, on peut affirmer que les objectifs assignés à l'étude ont été atteints.

4.2 Qualité et validité des résultats

4.2.1 Validité interne

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons opté pour une étude quasi-expérimentale de type ici-ailleurs, au moyen d'un échantillonnage à plusieurs degrés, basée sur deux approches : une quantitative et l'autre qualitative. Cette méthodologie est reconnue bien adaptée aux thématiques en rapport avec l'évaluation de l'impact d'une intervention. Ce choix découle de la nécessité de limiter les biais de sélection, en constituant des groupes « intervention » et « contrôle » suffisamment comparatifs dans notre contexte et d'assurer la représentativité de l'échantillon.

Au regard du programme de l'ESS, nous nous sommes focalisée sur les élèves des classes de 3ème et de Tle chez qui les thématiques d'intérêts pour cette étude sont au programme.

4.2.2 Validité externe

La taille de notre échantillon d'étude était déterminée de deux manières, selon le groupe. Pour les élevés bénéficiaires d'ESS (élèves formés), un recrutement exhaustif a été réalisé. Pour les élèves non bénéficiaires, un échantillonnage a plusieurs degrés a été fait. Le recrutement exhaustif des élèves bénéficiaires se justifie par le nombre limité d'établissements remplissant cette condition dans la ville de Cotonou, et la réticence de certains d'entre eux, notamment les privés. Quant aux non bénéficiaires, la taille de l'échantillon avait été calculée proportionnellement au nombre de sujets enregistrés dans le premier groupe. En effet, deux élèves non bénéficiaires étaient retenus pour un bénéficiaire, ce qui portait la taille de ce groupe au double de l'autre. Dans la quête d'assurer la représentativité dudit groupe, un sondage aléatoire a été réalisé.

La comparaison des deux groupes suivant les caractéristiques générales de la population n'a pas mis en évidence une différence statistiquement significative.

Ceci nous conforte dans le fait que les deux groupes sont semblables. Toute différence observée dans les connaissances, les attitudes et les pratiques sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées peut donc être attribuée à l'intervention du projet.

En ce qui concerne le volet qualitatif de notre étude, un choix raisonné des enseignants formés pour l'ESS a été fait.

4.2.3 Évaluation des Potentiels biais

Comme outil de collecte, nous avons utilisé un questionnaire auto administré. Ce type d'outil est adapté à la collecte des données requises par cette étude. L'auto administration du questionnaire a permis en effet le respect de l'intimité des enquêtés en supprimant l'effet du regard de l'enquêteur. Des élèves peuvent toutefois dissimuler des habitudes par sentiment de culpabilité ou oublier certaines réponses aux questions faisant appel à la mémoire (biais de désirabilité sociale et ou de mémorisation). Les explications détaillées données par les enquêteurs sur l'anonymat, la confidentialité des questionnaires, la conception du questionnaire dans un français facile et l'absence de sanctions ou de jugement sont autant d'éléments ayant contribué à minimiser considérablement ces biais.

Également, le délai entre l'intervention et notre étude, était une limite dans l'évaluation adéquate de la pratique des élèves.

Les tests statistiques utilisés pour l'analyse des résultats sont également en adéquation avec les variables associées.

Suite à toutes ces précautions prises, nous estimons que nos résultats sont valides.

4.3 Résultats et données de la littérature

L'enquête a été réalisée auprès de 1184 élèves provenant de deux classes (3ème et la Tle) dont 375 élèves provenant des collèges bénéficiaires d'intervention et 809 provenant des collèges non bénéficiaires.

4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des élèves

- **Âge**

La moyenne d'âge était de 17,48 ± 2,24 ans. Le plus jeune avait 12 ans et le plus âgé avait 24 ans. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est de 15-19 ans (69,59%) avec une moyenne de 15 ans+/-2 en 3ème et une moyenne de 19 ans +/-2 en Tle. Dangbemey et al[8] avaient abouti à la même conclusion dans une étude sur les pratiques sexuelles des adolescentes et jeunes de 10-24 ans des collèges d'enseignement général de Cotonou avec un âge moyen de 19 ans. Des constats similaires ont été également fait au BENIN par Toyi Macaire en 2017[62], Agodokpessi et al en 2019[63], Ouendo et al en 2021[64] qui ont respectivement trouvé comme âge moyen 18ans, 16 ans, 17,47 ans+/-2,35. Cela pourrait se justifier par le fait que la moyenne d'âge des élèves du second cycle en milieu urbain au Benin tourne autour de 15 et 19 ans.[65]

- **Sexe**

Le sexe féminin était le plus représenté dans les deux classes (53,1%). Cette tendance féminine retrouvée dans notre étude est retrouvée également dans plusieurs autres études réalisées en milieu scolaire. C'est ce que révèlent les études de Kudo au japon en 2013[66], Jennings et al aux USA en 2014[67], Meijel et al au Ghana en 2015[68], Tshimanga et al en 2017[69], Dramane Sanogo à Bamako en 2017[49] qui retrouvaient dans le rang des élèves du secondaire une prédominance féminine dans des proportions respectives de 61%, 70% , 63%, 61,44%, 55%. Par ailleurs, l'Unicef dans l'une de ses publications tirée de l'extrait

de « l'analyse de la situation des enfants du BENIN » en 2017 trouvait que le taux de scolarisation des filles au premier cycle du secondaire est inférieur de 20 points à celui des garçons. Il est également écrit que dans l'enseignement secondaire général, l'indice de parité qui atteint 0,79 au premier cycle chute à 0,48 au second cycle[70]. Ce constat a été fait par FANDI [71] dans une étude réalisée en milieu scolaire au BENIN dans la commune de COME en 2021 où il avait trouvé une prédominance masculine de 52,20%. Une autre étude réalisée en 2017 en milieu scolaire dans la commune de TCHAOUROU[62] retrouvait également une prédominance masculine de 53,6%.

On peut donc en déduire que la prédominance féminine retrouvée dans notre étude est liée au fait qu'elle a été réalisée dans la capitale économique du pays, une ville qui enregistre un fort taux de scolarisation, où se concentre la plupart des organisations qui luttent pour le respect de l'ODD 5 comme l'UNICEF, le réseau des féministes. Ce profil nous permet d'affirmer également que les multiples combats du gouvernement, des organisations internationales et non gouvernementales pour la promotion de l'éducation, du maintien des filles à l'école, l'égalité des sexes et l'autonomisation des filles ont commencé à porter leurs fruits au BENIN.

- **Nationalité et religion**

La quasi-totalité des élèves (98,90%) était de nationalité Béninoise et majoritairement de religion chrétienne (88,42%). Le BENIN est en effet certes un pays laïc mais le christianisme est la religion la plus pratiquée (43%) suivi de l'islam avec 24% puis du Vaudouisme avec 17%. [72] . Ce résultat laisse présager que les chrétiens sont les plus représentés à Cotonou et ou que les chrétiens pourraient avoir des pratiques favorables à la scolarisation. De plus, les élèves n'ayant pas pour la plupart l'âge de la raison se déclarent le plus souvent appartenant à la religion de leurs parents.

4.3.2 Comportements sexuels des élèves

Les rapports sexuels paraissent fréquents et précoces chez les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou.

En général, lorsqu'on considère les deux groupes, un élève sur cinq (22,12%) avait déjà eu un rapport sexuel. Parmi les élèves formés, 25,33% avaient déjà un rapport sexuel contre 20,64% dans le groupe des élèves non formés. Un taux semblable a été retrouvé par James Afriyie et al au Ghana en 2019 (27,7%)[73]. Par contre, il est inférieur à celui rapporté par Dangbemey et al au Benin en 2019 (43,5%)[8], Diallo et al en Guinée en 2020 (40,6%)[74], Tshimanga et al à Likasi Congo en 2020 (42%)[69].

Dans nos résultats, l'âge du premier rapport sexuel chez au moins sept élèves sur dix était compris entre 15 et 19 ans dans les deux groupes (74,74% et 70,06%). Tshimaga et al[69] ont trouvé des résultats similaires (16,7 ans chez les garçons et 17,2 ans chez la fille), Dangbemey et al avant 18 ans[8]. Par contre, dans l'étude de James Afriyie et al réalisée en 2019 au Ghana, 51,8% des adolescents ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 14ans [73]. Ce résultat nous permet d'affirmer que les adolescents démarrent pour la plupart une vie sexuelle de façon précoce. La diminution du taux d'élèves ayant déjà démarré une vie sexuelle dans notre étude pourrait s'expliquer par les multiples actions qui ont vu le jour pour l'amélioration de la santé sexuelle des adolescents et jeunes à partir de 2020. En effet, le nombre de grossesse en milieu scolaire au Bénin entre l'année scolaire 2018-2019 et 2019-2020 est passé de 1122 à 2290.[75], ce qui avait alarmé plusieurs ONG en SSR qui ont mis en place des projets de lutte contre les grossesses non désirées. Plusieurs activités ont vu le jour telles que les séances de sensibilisation dans les écoles, l'usage des médias pour des sensibilisations, la naissance d'application mobile pour aider les adolescents et jeunes à s'informer sur les questions relatives à la santé sexuelle. Tout ceci pourrait justifier la baisse de la prévalence des rapports sexuels dans nos résultats. De plus, la quasi-totalité

des élèves étant chrétiens, on peut donc supposer que la plupart ont un degré moyen de pratique religieuse. Plusieurs études ont prouvé qu'il y avait une relation entre le degré de pratique religieuse et les pratiques sexuelles. Les jeunes ayant un degré élevé de pratique religieuse, sont susceptibles d'avoir moins de comportement sexuel à risque ; car la plupart des religions encourage l'abstinence sexuelle avant le mariage.[76]

- **Pratiques sexuelles des élèves**

Le premier rapport sexuel était non protégé pour la majorité (73,68% dans le groupe des bénéficiaires et 61,08% dans le groupe des non bénéficiaires). Nos résultats sont semblables à celui de James Afriyie au Ghana en 2019 (65,4%)[73]. Dangbemey et al avaient trouvé une proportion un peu plus élevée que dans notre étude (80%) en 2020.[8]

Depuis l'expérience du premier rapport sexuel, 53,68% des élèves formés avaient eu plus de deux partenaires sexuels et 6,32% avaient eu plus de cinq partenaires. La même remarque a été faite dans le groupe des non formés où 47,31% des élèves avaient eu plus de deux partenaires sexuels et 19,16% plus de cinq partenaires sexuels. Ces résultats sont similaires à ceux de Tshimaga et al (56%)[69], inférieurs à celui de Afriyie au Ghana en 2019 (37,2%)[73]. Par ailleurs, 4,96% des élèves sexuellement actifs de notre étude avaient déjà été confrontés personnellement à la problématique des grossesses non désirées. Ces constats sont la preuve de l'ignorance des conséquences liées à l'adoption d'un comportement sexuel malsain. Quand on se réfère à la littérature, au Bénin, 18,8% des grossesses sont précoces et non désirées. On estime qu'environ 274.222 grossesses surviennent chez les adolescentes chaque année [77]. D'où l'importance d'une éducation à la santé sexuelle afin d'éduquer les adolescents et jeunes sur les risques liés à l'adoption d'un comportement sexuel à risque, les conséquences des

grossesses précoces et promouvoir les méthodes contraceptives à ceux qui ont déjà une vie sexuelle active.

4.3.3 Éducation à la santé sexuelle

4.3.3.1 Les thématiques reçues par les élèves

Tous les élèves issus du groupe formé ont reconnu avoir reçu des cours d'éducation à la santé sexuelle par leurs enseignants (375/375) où ils étaient invités à élaborer des messages de sensibilisation sur plusieurs thématiques. Il s'agissait de la contraception (96,24%), des IST/VIH (80,91%), des grossesses non désirées (70,16%), et de l'interruption volontaire de grossesse (21,51%). Par contre, dans les collèges du groupe non formé, la grande majorité (95,05% contre 4,94%) déclarait ne pas avoir reçu un tel cours en dehors des cours théoriques sur la reproduction enseignés normalement dans ces classes. Les thématiques semblables abordées brièvement à cet effet étaient le VIH (98,17%), les grossesses non désirées (31,71%) et les IST (14,18%). Une partie des élèves formés (16%) et (11,74%) des élèves non formés avaient reçu des cours d'ESS en dehors de leur formation scolaire.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que les thématiques que nous évaluons dans notre travail ont été réellement abordées et que le VIH est donc un sujet qu'abordent tous les élèves peu importe leurs groupes d'appartenance. Parallèlement, certains élèves peuvent recevoir des cours d'ESS en dehors de leur milieu scolaire car, plusieurs ONG intervenant pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes opèrent en dehors du milieu scolaire comme L'ABPF, L'ABMS. Ces ONG travaillent avec les jeunes et adolescents aussi bien en milieu scolaire qu'en milieu non scolaire.

- **Importance des cours D'ESS pour les élèves**

La quasi-totalité des élèves de notre étude (93,5%) trouvaient importants les cours d'ESS. **François Wafo** dans une étude sur la problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire au Cameroun en 2015 rapporte que (82,7%) des élèves jugent importants et utiles les cours d'ESS à l'école. Cet intérêt justifie le besoin d'information des adolescents sur la sexualité.[78]

Lors de nos échanges avec les enseignants, à la question de savoir que pensent-ils de l'implémentation du programme infusé d'ESS, la totalité avait répondu que c'était une bonne initiative. Le premier enseignant questionné déclara qu'il s'agit d'un moyen pour sensibiliser les élèves afin qu'ils soient informés des conséquences des actes qu'ils posent et qu'il serait profitable pour eux de recevoir cet enseignement à l'école que de les laisser chercher ces informations auprès de leurs amis. Pour renchérir, l'enseignante n°3 trouve qu'il est très important d'enseigner les notions de la santé sexuelle au cours afin de préserver et protéger les apprenants filles comme garçons contre les grossesses précoces en milieu scolaire et les IST ; un phénomène qui entraine un traumatisme émotionnel et qui tue les apprenants en silence. Ces déclarations confirment l'importance de l'ESS pour les adolescents et jeunes afin de combler leurs besoins d'information en santé sexuelle et influencer leurs attitudes et pratiques sexuelles pour un comportement sexuel responsable, sans risque de grossesse ni d'IST.

4.3.3.2 Implication des agents de santé dans L'ESS

Au moins huit élèves sur dix (89,95%) dans notre étude pensent qu'il serait important d'associer un agent de santé à la dispensation des cours d'ESS.

Manon Dilas dans son étude, en 2011 a trouvé que les élèves privilégient des interventions faites par un médecin ou un infirmier scolaire aux interventions faites par des professeurs de l'établissement[79]. Une enquête réalisée en 2020,

sur l'évaluation de la satisfaction des élèves après un programme d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, dirigé par des apprenantes sages-femmes, estime que 90% des élèves étaient satisfaits[80]. Ceci témoigne d'une confiance envers les soignants par les élèves. Sachant qu'ils sont tenus au respect du secret professionnel, le besoin de confidentialité, d'individualité et d'intimité pourrait expliquer le choix de la grande majorité à associer des agents de santé aux cours d'ESS[81]. C'est en cela qu'on peut comprendre l'intervention de l'enseignant n°6 qui déclare que l'appui des agents de santé est nécessaire pour plus de détails sur certaines notions car, le tout ne suffit pas d'apprendre seulement aux apprenants. Pour l'enseignant n°6, les agents de santé sont les spécialistes de la question d'où l'importance de les associer.

De même, Il a été démontré que la combinaison de l'ESS avec les services sanitaires annexes (comme l'infirmerie scolaire ou les centres de planning familial) était un moyen efficace d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes en proposant un accueil et un temps d'écoute aux jeunes qui le souhaitent, voire orienter les jeunes vers des services extérieurs (UNESCO, 2015 ; Hadley et al., 2016)[80].

Néanmoins, le fait que la grande majorité des élèves bénéficiaires étaient satisfaits des cours reçus, témoigne qu'ils ne rejettent pas l'enseignant pour la dispensation des cours mais veulent voir aussi des agents de santé leur apporter plus d'explications.

4.3.4 Impact du projet sur les connaissances relatives à la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH

Dans l'ensemble, nous constatons que les élèves formés ont un niveau de connaissance élevé par rapport au groupe non formé.

En effet, le niveau de connaissance des élèves formés était en général au moins suffisant chez plus de six élèves sur dix (63,13% en 3ème et 64,48% en Tle) contre

un élève sur dix dans le groupe des non formés (8,41% en 3ème et 10,53%). Il est remarquable ici que la quasi-totalité des élèves de la 3ème et la majorité des élèves de la Tle du groupe non formé ont un niveau insuffisant sur les thématiques évaluées. De façon globale par rapport au élèves formés, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS dimunie de 95% (OR = 0,054, $IC_{95\%}$: 0,032-0,089) en 3ème et de 90% (0R = 0,10, $IC_{95\%}$: 0,065-0,155) en Tle la chance d'avoir un niveau suffisant de connaissances relatives aux IST/VIH et la prévention des grossesses chez les élèves. Les résultats de la présente recherche sont en accord avec l'analyse des résultats de six études qui démontrent que l'éducation à la santé sexuelle améliore le niveau de connaissance des élèves sur les IST et la prévention des grossesses (Bogani et al,2014[82] ; jeaong et al, 2017 [83]; kelsay et al,2016[84] ; van der Geugten et al, 2015 [68]; jennings et al ;2014[67]). On est à même d'affirmer que l'ESS améliore les connaissances des bénéficiaires sur les IST et la prévention des grossesses.

Certains points méritent tout particulièrement d'être relevés.

4.3.4.1 Connaissance relative à la prévention des grossesses non désirées

- ✓ **Connaissance sur les méthodes contraceptives**

Il était fascinant de constater que les élèves formés ont un bon niveau en ce qui concerne la connaissance sur les thématiques relatives aux méthodes contraceptives. En effet, au moins la moitié en 3ème (57,5%) et (51,5%) en Tle avait un niveau suffisant de connaissance contre moins d'un élève sur dix (8,41%) en 3ème et au moins un élève sur dix (15,39%) en Tle dans le groupe des non formés. Tailleur Clarisse dans une étude réalisée en 2020 trouve que 94% des élèves ont un niveau satisfaisant de connaissance sur les méthodes contraceptives et parmi ces 94%, plus de la moitié (56%) ont reçu des cours d'ESS. On peut en

déduire que l'ESS améliore le niveau de connaissance des élèves sur la contraception.

- **Les méthodes connues par les élèves**

Les méthodes contraceptives les plus connues des élèves étaient le préservatif (99,46%), les pilules contraceptives (82,04%), la méthode de calendrier (61,39%), l'abstinence sexuelle (42,02%), le stérilet (60,59%) et les implants (52,82%). D.R.D Ajavon et al en 2019 au Togo [85]; Arouna Dembelé à BAMAKO en 2018[86], Traoré T. au MALI en 2020[87] ont trouvé un résultat similaire à notre étude. La méthode contraceptive la plus connue dans leurs études était le préservatif (85,71% ;51,11% ; 72,6% respectivement). Cependant notre résultat est différent de celui de Doumbala Toumani en 2020[88], qui avait trouvé comme méthode contraceptive la plus connue en milieu scolaire la pilule (62,43%). Le préservatif n'était connu que par (20,27%) d'élèves de son échantillon. Cette différence peut s'expliquer par le fait que son étude a été réalisée avec une population plus adulte (15 ans-29 ans). La proportion élevée du nombre d'élèves connaissant le préservatif dans le groupe des formés pourrait s'expliquer par le fait qu'il est moins couteux, accessible à tous, mais encore parce qu'il assure un double rôle de protection (contre les IST et les grossesses). Pour cela, il est beaucoup plus conseillé aux adolescents et jeunes. En outre, la connaissance du préservatif par la quasi-totalité des élèves formés peut s'expliquer par une plus-value du projet.

- **Connaissance des lieux d'approvisionnement en méthodes contraceptives**

Concernant la connaissance d'un endroit pour se procurer en méthodes contraceptives, près de neuf élèves sur dix (89,07%) des élèves formés connaissaient au moins un endroit pour se procurer une méthode contraceptive

contre près d'un sur deux dans le groupe des élèves non formés (47,96%). Les endroits les plus fréquemment cités étaient la pharmacie (94,01%), les centres de planning familial (66,77%), la maternité (34,43%), et l'infirmerie (18,56%). Ces résultats sont similaires à celui trouvé par Traoré. T en 2020 au Mali[87] où la pharmacie était la première source d'approvisionnement en méthode contraceptive (49,5%) suivie des centres de planification familiale et les maternités (16,2%). Dans son étude, le préservatif était également la méthode la plus citée par les élèves. Par contre, ils sont contradictoires à celui de F. Kanté,2020[89] et celui de D.R.D Ajavon et al[85] qui ont trouvé comme endroits plus fréquentés par les élèves pour se procurer en méthodes contraceptives les centres de santé (74,5% et 45,24%) respectivement. Les premiers choix des élèves se comprennent aisément car le préservatif est une méthode contraceptive accessible et en vente libre dans les pharmacies. Pour l'adoption d'une méthode contraceptive moderne, les CPF sont bien justifiés. L'ESS favorise donc la connaissance des lieux prioritaires de procuration ou d'adoption des méthodes contraceptives adaptées pour leurs âges. Par ailleurs, Les centres de planning familial étaient jusqu'alors méconnus par les adolescents et jeunes. Le fait qu'ils viennent en deuxième position avant les structures sanitaires dans notre étude signifie que l'ESS contribue à la promotion de ces centres adaptés aux adolescents et jeunes.

- ✓ **Connaissance du cycle menstruel**

La connaissance du cycle menstruel est capitale pour la prévention des grossesses non désirées. Il semble que le projet n'a pas eu assez d'impact sur ce sujet. Plus de la moitié des élèves de la 3ème du groupe formé avaient un niveau insuffisant (51,59%) et plus de la moitié en Tle avaient un niveau bien suffisant (56,38%). Comparativement au groupe des élèves non formés, les élèves de la Tle du groupe formé ont une maîtrise plus approfondie du sujet comparativement à

ceux de la 3ème ; p-value (0,285 en 3ème et 0,017 en Tle). Nous pouvons expliquer ce constat en considérant les dires de l'enseignante n°9 qui affirma qu'ils n'ont pas assez d'éléments pour dérouler les séquences d'infusion et dans le but de finir le programme, ils sont parfois contraints à résumer certaines notions. On peut donc considérer que parmi les notions résumées, y figure la thématique sur le cycle menstruel. L'insuffisance d'assimilation de ce cours par les élèves de la 3ème pourrait laisser entendre que leur niveau d'instruction ne leur permet pas de comprendre le cycle menstruel. Ainsi, nous conforte la déclaration de l'enseignant n°4 qui nous confia que le trop jeune âge des élèves ne permet pas forcement d'expliquer certaines choses en détails. Ce qui suppose que le niveau d'instruction détermine la compréhension du cycle menstruel.

- ✓ **Conséquence des avortements provoqués**

Dans notre échantillon, la plupart des élèves formés connaissait au moins une conséquence des avortements provoqués non sécurisés. Au moins sept élèves sur dix (74,37% en 3ème et 75,66% en Tle) dans le groupe des élèves formés ont un niveau suffisant contre un sur quatre (25,55%) en 3ème et moins de la moitié en Tle (46,43%) dans le groupe des non formés (p=0,000 en 3ème et en Tle). Les conséquences les plus citées étaient les décès, la stérilité, les infections, les hémorragies et la perforation utérine. L'ESS favorise donc la connaissance des conséquences des avortements provoqués non sécurisés. La connaissance de ces conséquences pourrait diminuer le taux de décès liés à l'avortement provoqué dans la population des adolescents et jeunes quand on se réfère aux données du ministère de la santé en 2019 qui estime que 15 à 20% des décès maternels résulteraient d'avortements non sécurisés.[90]

- ✓ **Recours pour des conseils sur la sexualité**

L'hôpital était le premier recours des élèves (61,07% contre 59,88%). Ensuite les parents (57,33% contre 44,50%) puis les centres jeunes (37,87% contre 31,89%). Ceci témoigne de la confiance que les adolescents et jeunes placent aux professionnels de la santé. On en déduit clairement que donner une place aux agents de santé d'être plus proches des élèves pour les cours d'ESS ne peut qu'avoir un impact positif. Néanmoins, les parents et les centres jeunes sont beaucoup plus adaptés aux adolescents que le recours à l'hôpital qui est secondaire. Il est prouvé dans la littérature, que les enfants qui reçoivent une éducation sexuelle à la maison sont moins sujets à se livrer à une activité sexuelle à risque[91]. Les parents doivent donc être plus à l'écoute de leurs enfants afin qu'ils puissent trouver en eux la personne idéale pour des conseils sur le plan sexuel. De plus, les centres jeunes doivent être davantage promus dans les conseils qui sont donnés aux adolescents.

4.3.4.2 Connaissances relatives à la prévention des IST/VIH

Nous avons jaugé le niveau de connaissance des élèves sur les IST dans notre étude. Il en ressortait qu'au moins sept élèves sur dix (78,76% en 3ème et 76,31% en Tle) des élèves formés avaient un niveau suffisant sur les IST/VIH contre au moins deux sur dix (24,92% en 3ème et 30,77% en Tle) dans le groupe des non formés. Une différence statistiquement significative était constatée, p-value=0,000 dans les deux classes.

De plus, le fait de ne pas bénéficier des cours sur l'ESS diminue de 91% (OR = 0,09, $IC_{95\%}$: 0,032-0,089) en 3ème et de 86,2% (OR = 0,138, $IC_{95\%}$: 0,089-0,213) pour la Tle la chance d'avoir un niveau suffisant sur les IST/VIH. On peut donc affirmer que le projet a eu un impact positif sur la connaissance des IST. Kudo et al dans une étude réalisée au Japon en 2013[66] sur l'évaluation d'un programme

d'éducation sexuelle, arrive à la conclusion que le fait d'avoir suivi les cours d'ESS augmente significativement les connaissances sur les IST (p=0,001). D'autres auteurs ont fait un constat similaire (Bogani et al, 2014[82] ; ybarra et al , 2015[92], Kelsey et al,2016[84] ; jeong cha et al, 2017[83]). On peut donc affirmer que le projet a eu un impact positif sur la connaissance des IST.

Quelques particularités sont à relever :

- ✓ **Connaissance des différentes IST**

Dans notre étude, au moins neuf élèves sur dix des élèves formés et des élèves non formés connaissaient le VIH/SIDA comme IST (98,5% contre 90,29%). Les autres IST étaient méconnues par la plupart des élèves non formés. Sangho. O dans son étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens sur les IST et le VIH à Niono en 2021 [93] a fait le même constat. La majorité connaissait le VIH/SIDA (95,90%) ; Oumar. A. en 2019, à BAMAKO[94] a rapporté que l'IST la plus citée dans son étude était le VIH/SIDA (99,3%). Ce n'est pas étonnant quand on sait que l'étude du VIH est complètement intégrée dans le curriculum scolaire de tous les élèves. Notons aussi que la médiatisation autour du VIH fait qu'il est la seule IST connue de la majorité.

- **Voies de transmission du VIH**

Concernant les voies de transmission du VIH, la plus citée était la voie sexuelle (98,25% contre 90,29%). Ce résultat est similaire à celui de Oumar O. [94] et Traoré et al [87] qui avaient trouvé respectivement 90% et 98,7%. Les deux autres voies de transmission sont beaucoup plus connues par les élèves formés. 88,30% des élèves formés contre 55,38% connaissaient la voie sanguine et 66,67% contre 39,11% connaissaient la transmission du VIH par voie materno-fœtale. On peut donc conclure que la voie de transmission du VIH la plus enseignée et médiatisée

est la voie sexuelle. Ce qui justifie qu'elle soit la plus connue mais l'ESS contribue à faire connaître les autres voies de transmission du VIH aux élèves.

Il était hallucinant de constater qu'en dehors du VIH, les élèves formés connaissaient d'autres IST telles que l'hépatite B, la gonococcie, la trichomonose vaginale et le condylome dans une plus grande proportion que ceux du groupe non formé. Kongbo et al. avaient fait le même constat dans son étude sur l'évaluation de l'impact des cours d'éducation à la vie sur la prévention des IST. Les élèves de son échantillon avaient obtenu un meilleur score à la fin de l'intervention p=0,000[95]. On peut donc en déduire que le projet améliore les connaissances des élèves sur d'autres IST en dehors du VIH.

- ✓ **Relation entre l'infection au HPV et le cancer du col de l'utérus**

L'infection au HPV est en étroite relation avec le cancer du col de l'utérus, l'un des cancers les plus fréquents au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. La transmission du VPH par les voies génitales survient au moment des premiers rapports sexuels.[47]

Dans notre étude, au moins un élève sur deux du groupe formé (58,67%) établissait une relation entre le cancer du col et l'infection au HPV, mais ignorait pour la plupart que le condylome était dû à ce virus responsable d'une IST. Parmi les élèves non formés, sept élèves sur dix (73,43%) n'en savaient rien ou trouvaient qu'il n'y avait aucun rapport entre l'infection au HPV et le cancer du col de l'utérus. Durant Mai-Ly avait trouvé dans son étude effectuée dans un lycée en France une proportion similaire à la nôtre. En effet, 53,0% présentaient un bon score de connaissance sur le rapport entre le cancer du col et le HPV, mais ne définissaient pas le papillomavirus comme une IST.[96] Tshibinkufua et al. dans une étude faite sur l'évaluation des connaissances des adolescents sur le cancer

du col en 2022 au Congo s'était rendu compte que 90% des adolescents avaient un niveau inadéquat.[97] Ceci nous interpelle particulièrement car, la transmission du virus (HPV) responsable du condylome et du cancer du col de l'utérus se transmet par voie sexuelle et surtout au cours du premier rapport sexuel. Le fait que les élèves ont des comportements sexuels à risque, et pour la plupart un rapport sexuel précoce et non protégé, augmente le risque de contamination par ce virus. Il serait intéressant d'insister davantage sur l'existence de ce virus et de ces voies de transmission auprès des élèves, inciter les non actifs sexuellement qui sont majoritaires dans notre population d'étude à se vacciner contre ce virus. Ce serait également un meilleur moyen de réduire l'incidence du cancer du col dans notre pays les années à venir.

- ✓ **Méthodes protégeant simultanément contre les IST et les grossesses**

Le préservatif était cité par (93,33%) des élèves formés contre moins de huit sur dix (78,37%) des élèves non formés, comme la méthode permettant d'éviter les IST et les grossesses non désirées ; de même que l'abstinence sexuelle citée par 86,93% des élèves formés contre 64,77% des non formés. SAMAKE Ibrahima avait trouvé des proportions beaucoup plus semblables à celles des élèves non formés et inférieures à celles retrouvées dans notre étude pour les élèves formés, soit 72,5% pour l'utilisation du préservatif et 40,4% pour l'abstinence[98]. Notons que dans son étude, les élèves n'avaient pas reçu un cours élaboré d'ESS. Cette différence s'explique donc par le fait que les élèves formés dans notre étude ont bénéficié de l'ESS, ce qui a amélioré leur niveau de connaissance sur les deux méthodes protégeant à la fois contre les IST et les grossesses non désirées. L'abstinence citée par un grand nombre d'élèves formés est la preuve que l'ESS ne favorise guère l'initiation précoce des élèves à une activité sexuelle mais les éduque pour l'adoption d'un comportement sexuel sain.

4.3.4.3 Les principaux points de succès du projet sur les connaissances

- ✓ **En 3ème**

Concernant les connaissances sur la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH, les élèves ayant bénéficié du programme ont amélioré de façon significative leur niveau de 54,72% de plus que les non bénéficiaires.

Les bonnes performances sur la prévention des grossesses non désirées étaient relatives aux questions sur : les connaissances des différentes méthodes contraceptives, la connaissance du lieu d'approvisionnement des dites méthodes, la connaissance d'un lieu ou d'une personne de confiance en cas de préoccupations sur la santé sexuelle, la connaissance des conséquences d'une grossesse non désirée et de l'avortement provoqué non sécurisé.

En ce qui concerne la connaissance des IST, les bonnes performances étaient relatives aux questions sur : la connaissance de plus de trois IST, la connaissance des symptômes des IST, les méthodes de prévention des IST, la connaissance du lien entre une IST et le cancer du col, l'acceptation des personnes vivant avec le VIH.

- ✓ **En Tle**

Le projet a enregistré une bonne performance avec un écart significatif de 49,10% entre les deux groupes.

Les bonnes performances sur la prévention des grossesses non désirées étaient aussi relatives à toutes les questions de bonnes performances en 3ème mais aussi sur la connaissance des questions relatives au cycle menstruel.

En ce qui concerne la connaissance des IST, les bonnes performances étaient relatives à toutes les questions de bonnes performances chez les élèves de la 3ème

mais aussi sur la question concernant les voies de transmission du VIH. Cet impact du projet sur les connaissances se justifierait par le fait que les acteurs du projet ont su très bien développer ces séquences dans les guides d'infusion, ce qui aurait permis aux enseignants de planifier avec soin les cours infusés qui ont été accessibles à la cible concernée.

4.3.4.4 Les principaux points d'amélioration du projet sur les connaissances

- ✓ **En 3ème**

Les faibles performances concernaient les questions relatives au cycle menstruel ou l'écart était nul et la question concernant les voies de transmissions du VIH (écart= -0,31%).

- ✓ **En Tle**

Un écart nul a été noté en ce qui concerne la question relative aux conséquences d'avoir un rapport sexuel non protégé pendant la période ovulatoire. Cela ne signifie pas que les élèves méconnaissaient la réponse mais bien qu'ils y eussent de très bonnes réponses, l'écart entre les deux groupes était nul. Qu'il y ait donc intervention ou pas, les élèves connaissaient déjà bien la réponse à cette question. Le projet a enregistré une très bonne performance surtout en Tle.

Dans l'ensemble, les faibles performances ont été notées en 3ème et surtout sur les questions relatives au cycle menstruel. Les enseignants avaient peut-être du mal à planifier et préparer un cours adapté aux élèves de la 3ème sur le cycle menstruel et l'absence d'évaluation des chapitres d'infusion pourrait expliquer qu'après le cours, les élèves n'avaient plus trouvé l'importance de relire ces chapitres.

4.3.4.5 Propositions en réponse aux faiblesses sur les connaissances

Une adaptation de la stratégie d'enseignement à l'âge des élèves de la 3ème , en trouvant des mots plus simples pour dispenser le chapitre sur le cycle menstruel, leur permettra de retenir beaucoup plus. L'autre stratégie serait d'insérer cette thématique dans leur programme scolaire les années suivantes. La répétition leur permettra à la longue d'avoir une meilleure connaissance sur le sujet. Il en est de même pour la question sur les voies de transmission du VIH. On pourrait également fait venir des professionnels de la santé pour leur développer davantage ces notions.

4.3.5 Impact du projet sur les attitudes relatives à la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH

Globalement, le niveau d'attitude des élèves formés était en général adéquat chez au moins huit élèves sur dix dans le groupe des élèves formés (85,00% en 3ème et 92,11% en Terminale) alors qu'il était de six pour dix (60,12%) chez les élèves en classe de 3ème et de huit pour dix (79,67%) chez les élèves en classe de Terminale dans le groupe des élèves non formés. De façon globale, ne pas bénéficier des cours sur l'ESS dimunie de 73,4% (OR = 0,266, $IC_{95\%}$: 0,163-0,434) en 3ème et de 66,4% (0R = 0,336, $IC_{95\%}$: 0,177-0,639) en Terminale la chance d'avoir un niveau d'attitude adéquate devant les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées. Le projet a donc un impact sur les attitudes relatives à la prévention des IST et des grossesses mais pas autant que sur la connaissance.

Quelques particularités sont néanmoins à souligner :

- ✓ **Engagement à recourir à une méthode contraceptive**

Dans l'ensemble, on constate que les élèves de la Tle ont plus développé une attitude favorable à l'adoption du préservatif comme méthode contraceptive

contrairement à leurs cadets de la 3ème. Malgré que ces derniers savaient les comportements à adopter pour éviter les IST/VIH et prévenir les grossesses non désirées, ils ne semblaient pas vouloir recourir au préservatif(p=0,217) ni adopter une méthode contraceptive à long terme pour ceux qui sont sexuellement actifs (P=0,221). Par ailleurs, ceux de la Tle semblaient beaucoup plus engagés à utiliser le préservatif tant qu'ils ne seront pas prêts à assumer une grossesse (p=0,017). Par contre, ils sont mitigés par rapport à l'adoption d'une méthode contraceptive moderne outre le préservatif (p=0,574).Van der Geugten, 2015[68] a réalisé une étude similaire au Ghana chez les élèves de 12 à 20ans ayant bénéficié des cours d'ESS par leurs enseignants. Il arrive à la conclusion que l'ESS entraîne une augmentation significative des connaissances, mais aucun impact global sur les attitudes et intentions comportementales des élèves ayant moins de 18 ans. L'impact sur les attitudes a été observé chez les sujets âgés de 18 à 20 ans. On peut donc en déduire que l'âge est un facteur qui influence les attitudes. Outre cela, les élèves sexuellement actifs ne sont pas encore très convaincus sur l'importance de recourir à une méthode contraceptive moderne.

Une étude réalisée par Karine LELIEVRE en 2018[99] sur l'évaluation de l'impact d'un programme d'éducation sexuelle sur les IST en ligne combinant l'enseignement didactique par une infirmière scolaire à un jeu questionnaire sur la fiabilité et l'efficacité du condom, des capsules vidéo sur l'avantage de l'utilisation du préservatif et sur le partage de la responsabilité de la contraception a eu un impact très positif sur les élèves. Ceux ayant participé à ce programme ont développé de meilleures attitudes qu'ils n'avaient pas au pré-test sur la prévention des IST. Contrairement au programme dirigé sous forme d'enseignement didactique par les enseignants, la plupart des études évaluant l'impact d'un programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire, utilisant la technologie ou l'association de la technologie à l'enseignement didactique, dirigé par un enseignant ou un professionnel de la santé, ont un impact plus positif sur le

changement d'attitude des adolescents et jeunes. Dans le même sens, les résultats d'autres auteurs ayant évalué l'impact d'un programme d'éducation sexuelle utilisant la technologie prouvent aussi que les bénéficiaires ont démontré des attitudes plus positives à propos du préservatif et de l'adoption des méthodes contraceptives ainsi que des compétences comportementales plus élevées pour prévenir les risques sexuels. C'est le cas de l'étude réalisée par Starosta et al en 2015[100] ; Gold et al en 2016[101]. De ces observations, nous pensons que l'association de la technologie aux cours didactiques serait un meilleur moyen d'induire plus rapidement un changement d'attitude chez les élèves. Bien que l'approche souhaitée pour l'enseignement de l'ESS au BENIN ne soit purement didactique mais centrée sur l'élève, les enseignants sont parfois obligés d'utiliser l'approche didactique qui leur prend moins de temps afin d'aller plus vite dans leur programme scolaire.

- ✓ **Projection de l'âge du premier rapport sexuel pour les élèves non actifs**

Dans notre étude, au moins six élèves sur dix des élèves formés (63,93%) contre moins de la moitié des élèves non formés (43,80%) ont déclaré qu'ils auront leurs premiers rapports sexuels après le mariage et aucun élève du groupe formé n'a déclaré avoir son premier rapport sexuel avant 18ans. Mais en considérant séparément les classes, on se rend compte que les élèves de la 3ème du groupe formé ont plus tendance à reporter leur premier rapport sexuel après le mariage (p=0,000) contrairement à ceux de la Tle. On peut donc conclure que, plus les élèves n'ont pas encore démarré une activité sexuelle, plus l'ESS a d'impact sur le report de leur premier rapport sexuel.

Il a été prouvé que le fait de bénéficier des cours d'ESS entraîne un report du premier rapport et les résultats de notre étude nous le confirme.[24]

4.3.5.1 Les principaux points de succès du projet sur les attitudes

- ✓ **En 3ème**

Pour les questions relatives aux attitudes, le projet a connu une performance avec un écart de 24,89% par rapport aux élèves non formés.

La bonne attitude était liée aux comportements à adopter pour éviter les IST. Plus de la moitié trouvaient qu'il fallait éviter d'utiliser les objets tranchants appartenant à autrui, éviter le contact direct avec le sang d'autrui, s'abstenir de tout rapport sexuel non protégé, avoir ses instruments personnels pour la pédicure et enfin la fidélité à un seul partenaire. Une bonne attitude a été également constatée concernant le report du premier rapport sexuel après le mariage pour les non actifs sexuellement.

- ✓ **En Tle**

Un écart de 12,44% de plus par rapport aux élèves non formés a été constaté en Tle.

Les bonnes performances étaient notées au niveau de l'engagement à toujours recourir au préservatif tant qu'on n'était pas prêt à assumer une grossesse, de la proportion d'élèves connaissant leur état sérologique du VIH, et des comportements à adopter pour éviter les IST.

L'impact sur les attitudes constaté a été facilité par l'approche d'enseignement utilisé. Les élèves étaient considérés comme les principaux artisans de leur propre savoir. Les enseignants créaient des conditions favorables afin d'amener les élèves à participer activement à leur propre apprentissage, en les amenant à prendre par eux-mêmes des décisions pour un changement de comportement.

4.3.5.2 Les principaux points d'amélioration du projet sur les attitudes

- ✓ **En 3ème**

En ce qui concerne le réflexe de recourir à une méthode contraceptive pour les élèves sexuellement actifs, l'écart était aussi nul. Il faudra donc agir à ce niveau en levant davantage les doutes et obstacles à l'adoption des méthodes contraceptives. Une faible performance a été également constatée en ce qui concerne le nombre d'élèves connaissant leurs statuts sérologiques du VIH. Ce nombre était très insignifiant dans le groupe des élèves formés. L'un des objectifs de la stratégie multisectorielle de la SSRAJ 2018-2022 était d'amener à 90% au Bénin le taux de dépistage des IST/VIH des adolescents et jeunes.[7] Cet objectif n'est visiblement pas atteint.

Par contre, Bien qu'ils eussent de bonnes réponses sur les thématiques suivantes : l'attitude à adopter devant le vécu d'une grossesse non désirée où la quasi-totalité déclarait qu'il fallait porter la grossesse à terme et l'opinion sur l'avortement clandestin, où la majorité affirma que c'était une mauvaise pratique, la performance notée ne pouvait pas être imputée au projet car il n'y avait aucune différence entre les deux groupes (écart=0).

- ✓ **En Tle**

La faible performance concernait l'âge pour le premier rapport sexuel pour les non actifs sexuellement. Contrairement aux élèves de la 3ème, la plupart des élèves de la Tle non actifs désirent avoir leur premier rapport sexuel avant 20ans. Une faible performance a été également constatée en ce qui concerne le réflexe de recourir à une méthode contraceptive moderne pour les élèves sexuellement actifs.

En ce qui concerne les questions relatives à l'attitude à adopter devant le vécu d'une grossesse non désirée, l'opinion sur l'avortement clandestin, bien qu'ils eussent de bonnes réponses sur ces thématiques, la performance notée ne pouvait pas être imputée au projet car il n'y avait aucune différence entre les deux groupes (écart=0).

En général on constate que malgré l'approche d'enseignement utilisée qui ne soit purement didactique mais centrée sur les élèves, le changement d'attitude n'était pas total. Ce changement était influencé par le niveau d'instruction des élèves. On comprend donc pourquoi les élèves de la Tle avaient eu plus d'attitudes favorables à ceux de la 3ème. Notons également que les élèves disposent, avant qu'on leur enseigne un contenu particulier, de conceptions bien organisées, fonctionnelles et relativement résistantes parfois aux modifications que cherche à introduire l'apprentissage.

4.3.5.3 Propositions en réponse aux faiblesses constatées sur les attitudes.

Face aux faiblesses constatées, nous pensons qu'il est important de commencer très tôt l'éducation sexuelle des adolescents avant leur premier rapport sexuel. Ainsi, nous encourageons la dispensation des cours d'ESS depuis le primaire.

Le non engagement des élèves à recourir aux méthodes contraceptives serait lié aux doutes, ou aux préjugés autour de l'adoption de ces méthodes. Il faudra donc œuvrer à lever les craintes et les doutes par rapport à l'adoption des méthodes contraceptives ; associer aux cours didactiques des activités de jeux de rôle sous forme de sketch sur l'éducation sexuelle surtout pour les plus jeunes ; associer la technologie aux cours théoriques reçus par les élèves en utilisant les capsules vidéo qui encouragent l'abstinence, lèvent les craintes par rapport aux méthodes contraceptives, et qui mettent en avant l'importance de la contraception chez les

jeunes et adolescents scolarisés et sexuellement actifs. Pour ce qui est de la non connaissance des élèves de leurs statuts sérologiques au VIH, il serait intéressant, les années à venir, d'envoyer des équipes mobiles dans les établissements bénéficiaires pour la réalisation du dépistage du VIH à tous les élèves.

4.3.6 Impact du projet par rapport à l'usage du préservatif par les élèves sexuellement actifs à la fin des cours d'ESS

Le délai entre l'intervention et notre étude n'a pas permis d'évaluer de façon adéquate la pratique des élèves à la fin de l'intervention. La seule variable sur laquelle s'est porté notre jugement était l'usage du préservatif pour les élèves ayant eu des rapports sexuels à la fin des cours avant notre étude.

Contrairement au constat fait par rapport à l'effet de l'intervention sur le niveau de connaissance, et le changement d'attitude, il semble que l'intervention n'a pas eu d'effet sur la pratique d'usage du préservatif au dernier rapport sexuel. Bien que la proportion de ceux qui avaient une pratique adéquate dans le groupe des élèves formés soit supérieure à celle des élèves du groupe non formé (64,71% contre 60,87%) en 3ème et (53,85% contre 45,45%) en Terminale, la différence n'était pas statistiquement significative p-value= 0,781 en 3ème et 0,288 en Terminale. Ceci n'est pas si étonnant, quand on voit l'impact moyen de l'intervention par rapport à l'absence d'engagement personnel à toujours recourir au préservatif. Bien que ceux de la Terminale semblaient plus engagés, cela n'a pas nécessairement impliqué un changement de comportement. Comme Kelsay et al[84], Bogani et al[82] soutiennent dans leurs études que le programme d'ESS en milieu scolaire réduit les comportements à risque au fil du temps et a plus d'effet favorable à long terme, nous encourageons donc la dispensation des cours d'ESS dans toutes les classes de façon graduelle et nous recommandons la réévaluation des effets de ce programme sur les comportements sexuels sur une période plus longue.

Nous pensons également qu'il faut revoir la stratégie d'enseignement en incluant des activités de distraction à but éducatifs telles que des jeux, des vidéos sur les thématiques d'ESS en association aux cours afin d'induire davantage un changement de comportement d'un plus grand nombre y compris les plus jeunes.[37]

4.3.7 Impression des élèves ayant reçu les cours d'ESS

Au moins huit élèves bénéficiaires du programme sur dix (84%) étaient satisfaits des cours d'ESS. Manon Dilas[79] dans une étude réalisée en 2011, sur l'impact de l'éducation à la sexualité chez les adolescents des pays voironnais avait trouvé une proportion de satisfaction similaire à celle de notre étude (80%). Dans son étude, l'aspect instructif des séances, mais également l'apport d'informations sur la contraception, étaient les raisons principales de leurs satisfactions. Lisa Jegou dans une enquête de satisfaction et d'évaluation d'un jeu en santé sexuelle en milieu scolaire réalisée en 2020, rapporte un taux de satisfaction de 60%[80]. On en déduit que le fait que les élèves puissent aborder un sujet tabou et qu'ils puissent obtenir des réponses à leurs diverses questions fait partie des raisons de la satisfaction de la majorité. Pour renchérir, l'enseignante n°9 confia que la jeunesse a besoin d'informations sur le plan sexuel et que c'était le chapitre le plus aimé dans le programme où tous les apprenants suivent et sont présents au cours et posent des questions de compréhension. Elle continua en disant qu'elle aime bien leur apporter beaucoup d'informations qui puissent leur permettre de comprendre certaines choses afin de ne pas commettre des erreurs irréparables. Un de ses collègues rajoute qu'il leur apporte les vraies informations et leur donne des conseils et ils sont souvent très intéressés. Ces déclarations expliquent davantage le degré de satisfaction des élèves, vu le niveau d'engagement des enseignants à être une source fiable d'information sur la sexualité pour ces derniers.

CONCLUSION

Conclusion

La présente étude, quasi-expérimentale de type ici-ailleurs réalisée dans les collèges d'enseignement général de Cotonou, a permis d'évaluer l'impact de l'ESS sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées. Cette étude a porté sur 1184 élèves dont 375 formés et 809 non formés issus de deux classes (la 3ème et la Tle). L'âge moyen des élèves était de 17,48 +/- 2,24 ans.

De ce travail de recherche, il ressort que les élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou ont des comportements à risque d'IST et de grossesse non désirée. Ceci légitimise la nécessité d'une éducation à la santé sexuelle. Les cours infusés d'ESS, financés par l'ambassade des Pays-Bas et autorisés par le gouvernement de la République du BENIN, se sont révélés être un succès. Les élèves du groupe formé ont un meilleur niveau de connaissances et ont développé de meilleures attitudes comparativement aux élèves n'ayant pas bénéficié de l'enseignement.

Toutefois, des points d'amélioration ont été mis en évidence dans l'exécution des cours d'ESS. Le projet ne semble pas améliorer la connaissance des élèves sur le cycle menstruel surtout chez les plus jeunes de la 3ème. Un non-engagement à recourir à une méthode contraceptive moderne a été constaté mais aussi un faible taux de dépistage du VIH dans le groupe des bénéficiaires. Les élèves de la 3ème ont développé moins d'attitudes positives que leurs aînés de la Terminale. En ce qui concerne l'évaluation de la pratique des élèves, aucun changement n'a été noté par rapport à l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel. Par ailleurs, l'association des activités de distraction à but éducatifs utilisant la technologie, pourrait aider le projet à avoir un impact plus grand sur les apprenants. Les élèves de notre étude ainsi que des enseignants formés ont souhaité l'association des agents de santé dans l'exécution du programme d'ESS auprès des bénéficiaires. Ceci pourrait également aider le projet à avoir davantage d'impact sur la santé sexuelle des jeunes et adolescents.

Cependant, il serait intéressant de refaire une étude d'évaluation d'impact sur le long terme afin d'apprécier l'effet du temps sur les bénéfices de l'intervention et surtout sur la pratique des élèves bénéficiaires.

Suggestions

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à la fin de cette étude nous permettent de faire les suggestions suivantes.

- **À l'endroit des autorités politico-administratives**
  - ✓ Encourager la mise à échelle du projet d'ESS dans tous les établissements publics et privés du BENIN
  - ✓ Mettre à disposition des acteurs du projet les infrastructures nécessaires pour une couverture nationale.
  - ✓ Favoriser l'insertion de l'ESS dans les matières à évaluer au niveau des apprenants.
  - ✓ Mettre en place des services sanitaires dans tous les établissements publics comme privés du Bénin qui se chargeront d'écouter les élèves et participer à l'exécution du programme d'ESS.
  - ✓ Promouvoir la recherche sur l'éducation à la santé sexuelle au Bénin afin de favoriser la mise à jour du programme au fil des années.
  - ✓ Faciliter la collaboration entre les acteurs du système de la santé et les enseignants de l'ESS.
  - ✓ Mettre en place des équipes mobiles dans les établissements pour le dépistage systématique du VIH.
  - ✓ Promouvoir la vaccination contre le HPV dans les collèges.

- **À l'endroit de l'INIFRCF**
  - ✓ Collaborer avec les agents de santé pour la formation des enseignants
  - ✓ Être à l'écoute des difficultés des enseignants : mettre en place une plateforme où les enseignants peuvent directement formuler leurs difficultés dans l'exécution du programme d'ESS. Ces derniers souhaitent plus d'accompagnement aussi bien matériel que financier. Ceci peut s'avérer être un frein dans l'exécution normale des séquences d'infusions.
  - ✓ Mettre assez d'éléments dans les séquences d'infusions pour être sûr que les enseignants passeront au cours l'information souhaitée sur chaque thématique. Plusieurs enseignants ont soulevé le fait qu'ils n'ont pas assez d'éléments pour dérouler parfois les séquences d'infusions.
  - ✓ Mettre à disposition des établissements des tableaux d'affichages sécurisés pour coller les messages de sensibilisations afin d'éviter le fait que d'autres élèves les déchirent.
  - ✓ Consacrer un temps pour le programme infusé d'ESS ; car les enseignants trouvent que la densité des programmes scolaires ne leur permet pas d'avoir suffisamment du temps pour les séquences d'infusions.
  - ✓ Associer les activités divertissantes comme les jeux, l'usage des capsules vidéo informatrices sur des thématiques importantes pour un impact plus important.
  - ✓ Faire une évaluation globale du programme afin de corriger les insuffisances du projet.

- **À l'endroit des parents**
  - ✓ Lever le tabou autour de la sexualité avec vos enfants en commençant tôt leur éducation sexuelle par des discussions parents-enfants sur la sexualité dès la puberté afin d'éviter qu'ils se fassent conseiller par des amis qui ne sont pas outillés pour les aider dans ce sens.
  - ✓ S'informer sur comment aborder la sexualité avec les enfants en vous procurant les documents qui abordent la discussion parent-enfant sur la sexualité.

- **À l'endroit du personnel médical**
  - ✓ Être attentif et disponible pour les adolescents et jeunes en les écoutant sans prise de position ni de jugement et en les éduquant sur la santé sexuelle à chaque opportunité ou rencontre avec eux.
  - ✓ Intégrer systématiquement le counseling sur la contraception au cours des consultations de routine à l'endroit des parents et des jeunes reçus en consultation.

- **À l'endroit de nous même**
  - ✓ Faire une restitution des résultats de nos recherches à l'INFRCF qui conduit ce projet et se charge de la formation des enseignants.
  - ✓ Œuvrer pour la réduction de la prévalence des IST et des grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes du BENIN par la mise en place d'un projet dénommé « ami des adolescents et jeunes ».

REFERENCES

Références bibliographiques

[1] **Dadoorian D**. Grossesses adolescentes. *la vie l'enfant* 2013; 1: 132. [En ligne]. [cité le 26/09/2022] Disponible sur: https://books.google.com/books/about/Grossesses_adolescentes.html

[2] **Valerie D**. changement du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Cah Dyn* 2011; 50: 40–46.

[3] **Marty F**. Adolescence et emotion, une affaire de corps. *enfances psy* 2010; 49: 40–52.

[4] **Kraft J**. Santé Sexuelle et Reproductive de la Jeunesse. 2015; 14.

[5] **UNFPA**. Stratégie-Nationale-Multisectorielle-de-Santé-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-Adolescents-et-Jeunes-au-Bénin-2010-2020. 2010; 14.

[6] **Organisation Mondiale de la Santé**. health for the world's adolescents, [En ligne]. [cité le 09/10/2022].Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent (2014).

[7] **UNFPA**. Strategie nationale multisectorielle de la sante sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022. 2022; 23.

[8] **Dangbemey DP, Hounkpatin B, Aboubakar M, et al**. Pratiques sexuelles des adolescentes et jeunes des collèges d'enseignement de Cotonou en République du Bénin. *Sexologies* 2020; 29: 41–45.

[9] **Akoha F, Aka J, Soussia T, et al**. Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en. 2022; 4: 2.

[10] **Collectif**. Sciences de la Vie et de la Terre 2e. 2014; 287.

[11] **Fortin A**. Guide pratique sur l'impact. *www.creativite33.com, 514 293-3994 Version #1* 2018; 202.

[12] **EDUCATION-LA TOUPIE.** [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur: https://www.toupie.org/Dictionnaire/Education.htm.

[13] **Durkheim E**. Connaissance des courants pédagogiques: Définition de l'éducation selon Durkheim. 1917; 2–5.

[14] **Petiau A**. Présentation Générale: Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. *Societes* 2001; 72: 4–10.

[15] **Campana A**. Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS. *Form Contin en Sexol Clin* 2007; 3–20.

[16] **Légifrance**. Code de la santé publique/droit national en vigueur. *JORF* 2022; 2.

[17] **Le Robert**. Aptitude-Définition, synonymes, exemples. In: *dictionnaire français*. [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/aptitude.

[18] **L'internaute**. Définition connaissance. *dictionnaire français*.

[19] **Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine**, [En ligne].[cité le 09/10/2022].Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=attitude.

[20] **Definition de l'attitude**. *carnet 2psycho*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022].

Disponible sur: https://carnets2psycho.net/dico/sens-de attitude.html#:~:text=L'attitude est une disposition,d'objets du monde social.(consulté le 07/10/2022).

[21] **Le Robert.** Définition pratique. *dictionnaire français*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pratique.

[22] **Salter C**. Repondre au besoins des jeunes adultes. *popilation reports* 2017; 23: 1–38.

[23] **Patrick.D**. la sexualité en Afrique. *Sci académie*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur: https://www.scienceacademie.org/la-sexualite-en-afrique-un-sujet-tabou/ (2018).

[24] **UNESCO**. Principes directeurs internationaux sur l ' éducation sexuelle. *Le bien-fondé l'éducation Sex* 2020; I: 75–98.

[25] **UNFPA**. L' Éducation Complète à la Sexualité. 2020; 8–20.

[26] **Luis F**, Moncayo G. Rapport sur les adolescents et les jeunes afrique de l'ouest et du centre Africa. 2018; 100: 68–88.

[27] **Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, et al**. School based sex education and HIV prevention in lowand middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*; 9. Epub ahead of print 2014.

[28] **Kirby D**. School-Based Programs to Reduce Sexual Risk-Taking Behaviors. *J Sch Health* 1992; 62: 280–7.

[29] **UNFPA**. Rapport narratif progres: Projet 29626. 2018; 1–31.

[30] **UNFPA**. Documentation du processus de mise en œuvre de l'éducation à la santé sexuelle. 2018; 7,8-10.

[31] **UNFPA**. Rapport Narratif 3 Sur Le Projet BEN08SR. 2018; 4–14.

[32] **EQUIPOP**. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Bénin. *Equilib Popul* 2014; 13.

[33] **Marie M, Guigma/Diasso G**. La problématique des grossesses non-désirées et situation des filles mères en Afrique et dans le monde. 2013; 4–5.

[34] **Human Right waths**. Afrique: Des adolescentes enceintes et des jeunes meres privées d'éducation [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur:https://www.hrw.org/fr/news/2019/06/16/afrique-des-adolescentes-

enceintes-et-des-jeunes-meres-privees-deducation.

[35] **OMS**.Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Sci direct 2008; 36: 176–6.

[36] **Blegne S**. causes et conséquences des grossesses non désirées. Mediat afrique, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : https://www.mediaterre.org/afrique/actu,20160924193811.html (2016).

[37] **Yuhanin Z**. contraception en Afrique. 2016, pp. 1–23.

[38] **Thiyagarajan DK, Basit H, Jeanmonod R**. Physiology, Menstrual Cycle. In StatPearls. *StatPearls Publ* 2021; 85–90.

[39] **H.Marret JL**. Dosages biologiques en gynécologie. In: SAS EM (ed) *Gynécologie pour le praticien*. 2018, pp. 39–60.

[40] **Sami YK**. 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.

[41] **Bodet A, Braud C, Prezelin B**. Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée. 2014; 155.

[42] **Diamcoumba A**. Connaissance du cycle menstruel et attitude pratique de la planification familiale des étudiantes de la *FMOS*. USTT BAMAKO, 2020.

[43] **Vaginale TO, Sous-cutan O, Pr I, et al**. Document de synthèse Méthodes contraceptives: Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. *Med Ther* 2013; 19: 290–28.

[44] **Jacot-Guillarmod M, Cécile D**. Contraception chez les adolescentes. *forum med suisse* 2019; 19: 354–6.

[45] **Eric C, Caroline Petit JL**. Retour des infections sexuellement transmissibles: vers une épidémie de l'ampleur du sida. *Conversat* 2021; 5:

2–5.

[46] **Kamgaing T**. *Ist et adolescents*. université de Yaoundé, 2007.

[47] **M. Sante**. stratégie Nationale Multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022. 23.

[48] **Lemelle C**. Moyens et techniques de prévention du médecin généraliste pour diminuer le risque d ' infection sexuellement transmissible : méthode du patient standardisé To cite this version : HAL Id : dumas-01742079.

[49] **Dramane S**. Connaissances, Attitudes, Et Pratiques Comportementales En Matiere D'ist, Vih/Sida En Milieu Scolaire Urbain De La Commune Vi Du District De Bamako. 2017.

[50] **Chaine B, Janier M**. Infections sexuellement transmissibles. *EMC - Urol* 2012; 5: 1–10.

[51] **Masson E**. Item 158 — UE 6 Infections sexuellement transmissibles (IST). *scienceDirect* 2018; 154: 73–87.

[52] **OMS Afrique.** Stratégie Mondiale Du Secteur De La Santé Contre Les Infections Sexuellement Transmissibles, 2016-2021 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE.

[53] **Léwis D**. Surveillance des IST: Kenya. *IUSTI-AFRIQUE*; 4.

[54] **Konde A**. Etude sur les connaissances attitudes et pratiques sur les IST et VIH / SIDA au Lycée Notre Dame du Niger. 2009.

[55] **OMS**. Herpès (virus de l'herpès), https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus (2022).

[56] **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Virus du papillome humain, Disponible sur: surhttps://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_08_HumanPapillomavirus_Fren

ch_R1.pdf (2018).

[57] **Onusida**. Statistiques mondiales sur le Vih en 2020, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : http://www.unaids.org/fr (2021).

[58] **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. 2015; 8.

[59] **Association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale**. Infection à VIH et SIDA. Disponible sur: http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/ (2013).

[60] **Mach F, Marchandin H, Bichon F**. Les infections sexuellement transmissibles, une recrudescence préoccupante. Elsevier Masson *SAS* 2021; 608: 8–12.

[61] **Lepidi P**. Au benin la scolarisation des filles reste un combat. *le Monde*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/02/11/au-benin-la-scolarisation-des-filles-reste-un-combat_5255188_3212.html (2018).

[62] **Toyi M**. Accès à l'information en matiere de sexualité des scolaires de l'arrondissement de tchaourou. Sci bien commun presbooks. Disponible sur:https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/tchaourou/chapter/acces-a-linformation-en-matiere-de-sexualite-des-scolaires-de-larrondissement-de-tchaourou/ (2017).

[63] **Agodokpessi G**. Le tabagisme parmi les adolescents en milieu scolaire à Kandi au Bénin. *Sci direct* 2019; 36: A30.

[64] **Akoha Emdo F, Soussia T**. Prévalence et facteurs associés aux grossesses en milieu scolaire au Bénin en 2021. Rev Africaine des Sci sociaux la santé publique; 4. Disponible sur : https://www.revuerasp.org/index.php/rasp/article/view/161 (2022)

[65] **Dansou PJ**. Variations de l ' espérance de vie scolaire et déterminants de la fréquentation scolaire des 6-24 ans au Bénin *:* 2002.

[66] **Kudo Y**. Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information–Motivation–Behavioral Skills model. *Japan J Nurs Sci* 2013; 10: 24–40.

[67] **Jennings, J. M., Howard, S., & Perotte CL**. Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. Health Education Research. *Health Educ Res* 2014; 29: 319–10.

[68] **van der Geugten, J., van Meijel, B**. **den U**. Evaluation of a sexual and reproductive health education programme: students' knowledge, attitude and behaviour in Bolgatanga municipality, northern Ghana. *Afr J Reprod Health* 2015; 19: 126–10.

[69] **Mukadi RT, Ntambwe MSM, Kitoko HT, et al**. Sexual behaviour of the school-going youth in the city of likasi, democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J* 2018; 31: 1–11.

[70] **UNICEF**. Barrières persistantes à l'accès des enfants aux services éducatifs. *L'Analyse la Situat des enfants au Bénin*; 69–71.

[71] **Fandi.O**. prévalence de l'obésité en milieu scolaire: cas de la commune de COME. *mémoire*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : https://biblionumeric.epacuac.org:9443/jspui/bitstream/123456789/3949/1/Rapport FANDI Oboubé Olivia_compressed.pdf (2021).

[72] **Cunningham L**. Croyances réligieuses au Benin, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : https://fr.ripleybelieves.com/religious-beliefs-in-benin-3667 (consulté le 18/10/2022) (2022).

[73] **Afriyie J, Essilfie ME**. Association between risky sexual behaviour and HIV risk perception among in-school adolescents in a municipality in Ghana. *Ghana Med J* 2019; 53: 29–36.

[74] **Diallo A, Diallo Y, Magassouba AS, et al**. Sexual intercourse among students in matoto, conakry, guinea. *Pan Afr Med J* 2020; 35: 1–9.

[75] **Gamai L**. Grossesse en milieu scolaire au BENIN. *banouto*, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur : https://www.banouto.bj/article/securite-humaine/20210106-grossesses-en-milieu-scolaire-au-benin-plus-de-9000-cas-de-2016-a-2020#:~:text=Selon des statistiques exposées par,scolaire ces cinq dernières années. (2021).

[76] **Lesclingand M, Youssef K**. RELIGION & SEXUALITE : Du sacré au plaisir . De l ’ adolescence à l'âge adulte , place de la religion dans la vie sexuelle des Femmes. 2019; 1–75.

[77] **Medecin du monde**. prévention et prise en charge des grossesses précoces, [En ligne]. [cité le 09/10/2022]. Disponible sur: https://medecinsdumonde.ch/activites/benin/prevention-et-prise-en-charge-des-grossesses-precoces/#:~:text=Grâce à l’appui de la pérennisation de la Maison.

[78] **Wafo F**. Problématique d ’ une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d ’ Afrique Subsaharienne : L ’ exemple du Cameroun : HAL Id : tel-01135317 UFR de Psychologie , Sciences Sociales et Sciences de l’éducat.2015

[79] **Dilas M**. Impact de l’éducation à la sexualité chez des adolescents du pays voironnais. 2011; 47.

[80] **Jegou L**. Séances d ’ éducation à la vie sexuelle et affective , enquête de satisfaction et évaluation du jeu Câlin Malin ® par des élèves de 3ème du collège de Guilers (Finistère Sud), du 12 au 19 novembre 2019 To cite this version : HAL Id : dumas-03068432.

[81] **Vodiena GN, Coppieters Y, Lapika BD, et al**. Adolescents’ and young people’s perceptions of sexual and reproductive health in the Democratic

Republic of Congo. *Sante Publique (Paris)* 2012; 24: 403–415.

[82] **Bogani, G., Cromi, A., Serati, M., Monti, Z., Apolloni, C., Nardelli, F. Ghezzi F**. Impact of school-based educational programs on sexual behaviors among adolescents in northern Italy. *J Sex Marital Ther* 2015; 41: 121–5.

[83] **Jeong, S., Cha, C., & Lee J.** The effects of STI education on Korean adolescents using smartphone applications. *Health Educ J* 2017; 76: 775–10.

[84] **Kelsey, M., Blocklin, M., Layzer, J., Price, C., Juras, R., & Freiman L**. Replicating reducing the risk: 12-month impacts of a cluster randomized controlled trial. *Am J Public Health* 2016; 106: 45–52.

[85] **Ajavon DRD, Bassowa A, Logbo-Akey KE, et al**. Connaissances, attitudes, pratiques des methodes contraceptives dans les lycees publics de la ville de Kara (Togo). *J la Rech Sci l'université lomé*; 20. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/184002 (2019).

[86] **Dembélé.A**. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu Scolaire dans la commune v du district de Bamako. Thèse de Médecine. *These* 2018; 1–103.

[87] **Traoré T, Sylla C, Sidibé K, et al**. Contraception : knowledge and practical attitudes in schools in the urban commune of Segou. *Heal Sci Dis* 2020; 21: 101–4.

[88] **Doumbia T**. Connaissances, attitudes et pratiques en matiere de la planification familiale dans le district sanitaire de kolondieba. thèse de médecine; 39–45.

[89] **Kante F**. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception (Dioïla-Koulikoro). thèse de médecine.

[90] **ABPF**. Expériences de l'avortement au Bénin: déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique. African Popul Heal Res Cent, https://rutgers.international/wp-content/uploads/2022/03/Raport-Benin-APHRC-ABPF-Rutgers.pdf (2022).

[91] **Koumakpai T, Ahodekon C.** Revue internationale de litterature et de linguistique appliquees (rilla). l'institut univ panafricain Aut 2017; 1: 217–9.

[92] **Ybarra M L, Korchmaros JD, Prescott T L, et al**. A randomized controlled trial to increase HIV preventive information, motivation, and behavioral skills in Ugandan adolescents. *Ann Behav Med* 2015; 49: 473–12.

[93] **Sangho O, Telly N, Sogodogo A, et al**. Connaissances , attitudes et pratiques des jeunes lycéens de Niono sur les IST , le VIH et le SIDA. 2021; 16: 13–19.

[94] **Aly OO**. *P*erceptions et pratiques reliees aux infections sexuellement transmissibles et au vih/sida dans le lycee public de douentza. thèse de medecine, 2019.

[95] **Kongbo PD, Dawili DD, Paul J, et al**. Impact du cours d ' éducation à la vie sur les connaissances , attitudes et pratiques des élèves du secondaire sur la prévention du VIH , SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles à Gemena du 01 Janvier au 30 Juin 2020 en RDC. Impact of the life. 2022; 36: 24-8.

[96] **Mai-Ly D, Gardella F, Hofliger P.** Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des HumanPapillomaVirus(HPV) en France. *Bull épidémiologique Hebd* 2010; 4–8.

[97] **Tshibinkufua JRP**. Zoom sur le cancer du col utérin chez les adolescentes à Kananga. 2022; 6: 51–56.

[98] **Samake I**. Evaluation Des Connaissances Et Comportements Des Eleves Des Etablissements Secondaires De Bougouni Sur Le Vih/Sida. 2020.

[99] **Lelievre K**. Effet du programme les itss de a à z ! Sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes de 16-24 ANS. 2019.

[100] **Starosta A J, Berghoff CR, Earleywine M**. Factor structure and gender stability in the multidimensional condom attitudes scale. *SAGE Journals* 2015; 22: 374–10.

[101] **Gold MA, Tzilos GK, Stein L A R A A.** randomized controlled trial to compare computer-assisted motivational intervention with Didactic Educational Counseling to reduce unprotected sex in Female adolescents. *J* Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29: 26–32.

Annexes

Annexes

Questionnaire d'enquête (élève)

Consentement éclairé

Bonjour. Je m'appelle Miness-Cyrillia DAGBETO. Je suis étudiante en 7ème année de Médecine générale à la faculté des sciences de la santé de Cotonou. Dans le cadre de ma thèse de Doctorat en médecine, je fais une étude à laquelle je souhaiterais que vous participiez. Elle vise à évaluer l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves à Cotonou. Elle s'adresse donc spécifiquement aux élèves de la classe de 3ème et de la Tle. Votre franchise dans les réponses contribuera à la réussite de l'étude. Vous aurez ainsi l'occasion de contribuer à un travail de recherche, duquel découleront des conclusions et des recommandations dont bénéficieront tous les adolescents et jeunes en milieu scolaire de notre pays. L'enquête est strictement confidentielle et anonyme et vous prendra peu de temps. Votre participation n'est pas obligatoire, vous êtes donc libres de choisir si vous voulez contribuer ou non.

Vous pouvez consentir oralement « oui » si vous êtes d'accord.

Si non, merci de nous avoir écoutée.

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, TECHNIQUE ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE
REPUBLIQUE DU BENIN

Route de l'aéroport
: 10BP 250 Cotonou
☎: (229) 21 32 38 43 ; Fax : 21 32 41 88web:
www.enseignementsecondaire.gouv.bj

INSTITUT NATIONAL D'INGENIERIE DE FORMATION ET DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES FORMATEURS

Cotonou, le 16 mai 2022

N° 626 /INIFRCF/MESTFP/SA

AUTORISATION

Le Directeur Général de l'Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des capacités des Formateurs (INIFRCF) soussigné, autorise Madame **DAGBETO Miness-Cyrillia J.S.**, étudiante en 7ème année de Médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), à avoir accès aux informations sur l'Education à la Santé Sexuelle (ESS) auprès du personnel administratif dudit Institut dans le cadre de sa thèse de Doctorat en Médecine. Ladite thèse porte sur « **l'impact de l'Education à la Santé Sexuelle sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves à Cotonou ».**

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

Le Directeur Général

MESTFP INIFRCF Le Directeur Général

Dr Coovi Blaise DJIHOUESSI

Scanned with CamScanner

Fiche d'enquête

Le présent questionnaire vous est adressé dans le cadre d'un travail de fin d'études (Thèse de Doctorat en Médecine) afin d'évaluer l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves à Cotonou. Il s'adresse spécifiquement aux élèves de la classe de 3ème et de la Tle.

Votre franchise dans les réponses contribuera à la réussite de l'étude.

L'enquête est strictement confidentielle et anonyme

NB : Ne pas renseigner les questions avec le signe * (ID1 et ID4)

Code	Libellés	Modalités de réponse	Instructions
IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE			
ID1	Numéro de fiche*	|__|__|__|__|__|	
ID2	Date de l'enquête	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	
ID3	Collège		
ID4	Groupe d'appartenance*	Formés |__| Non formés |__|	
RENSEIGNEMENTS GENERAUX (RG)			
RG1	Age (année)	|__|__|	
RG2	Sexe	Masculin |__| Féminin |__|	
RG3	Nationalité	Béninoise |__| Etrangère |__|……	
RG4	Classe actuelle	3è |__| Tle |__|	
RG5	Rang de fratrie (*position parmi les*	Position |__| *(exemple : aîné = 1)*	

	enfants des parents)		
RG6	Profession du père	…… ……	
RG7	Profession mère	…… ……	
RG8	Situation matrimoniale des parents	Monogame |__| polygame |__| Divorcés |__| veuf (ve) |__| Mère ou père célibataire |__|	
RG9	Quelle est votre religion ?	Chrétienne |__| Musulmane |__| Endogène |__| Aucune |__| autres (précisez) |__|…….	
RG10	Avec qui vivez-vous ?	Père|__| Mère|__| Père et mère |__| Oncle/tante |__| Ami(s, e, es) |__| Seul |__| Autres (précisez) |__| ……..……	
EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE (ESS)			
ESS1	Avez-vous eu des cours d'éducation à la santé sexuelle durant votre formation scolaire où vous étiez invités à rédiger des messages de sensibilisation pour un comportement sexuel sain ?	Oui |__| Non |__| Ne sait pas |__|	Si **non**, passez à ESS1b

ESS1a	Si oui, quelles sont les thématiques que vous avez abordés ?	Violences sexuelles |__| Contraception |__| Grossesses non désirées |__| Interruption volontaire de grossesse |__| IST/VIH|__| Autres (précisez) |__| ……	
ESS1b	Avez- vous reçu des cours d'éducation sexuelle or de votre formation scolaire par une autre structure	OUI |__| NON |__|	**Si non allez a ESS1d**
ESS1c	Si oui, quelles sont les thématiques que vous avez abordées ?	Violences sexuelles |__| Contraception |__| Grossesses non désirées |__| Interruption volontaire de grossesse |__| IST/VIH|__| Autres (précisez) |__| ……	
ESS1d	Si vous n'avez pas reçu des cours d'ESS détaillé, cochez-le ou les thématiques que vous avez	Violences sexuelles |__| Contraception |__| Grossesses non désirées |__| Interruption volontaire de grossesse |__| IST/VIH|__| Autres (précisez) |__| ……	

	abordées dans vos chapitres au cours		
ESS2	En matière de sexualité, Quels autres sujets aimeriez-vous aborder à l'école (au maximum 3) si pas de proposition, mettez RIEN	1- 2- 3-	
ESS3	Êtes-vous satisfait des cours d'éducation à la santé sexuelle ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
ESS4	Pensez-vous qu'il était important de vous donner des cours d'éducation à la santé sexuelle ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
ESS5	Pensez-vous qu'il est important d'associer un agent de	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	

	santé aux cours d'éducation sexuelle ?		
PREVENTION SUR LES GROSSESSES NON DESIREES (GND)			
GND 1	Connaissez-vous le cycle menstruel ?	OUI |__| NON |__| Je n'ai pas encore mes règles |__|	
GND 2	Savez-vous déterminer la période ovulatoire d'un cycle menstruel ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GN3	Un rapport sexuel non protégé peut-il entrainer une grossesse pendant la période ovulatoire ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GND 4	Avez –vous déjà entendu parler des méthodes contraceptives ? (Méthodes permettant d'éviter une grossesse)	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	Si **non** aller à **GND6**
GND 4a	Si oui quel est votre	Enseignement |__| Agent de santé |__| Médias |__|	

	source d'information ?	Parents |__| Amie |__| Autres (précisez) |__|……	
GND 5	Connaissez-vous des méthodes de contraception ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GND 5a	Si oui lesquelles ?	Préservatifs |_| Coït interrompu |__| Abstinence sexuelle |__| pilules |_| Implants |__| Méthode de calendrier |__| Diaphragme |_| spermicide |__| Stérilet |__| Injectables |__| Autres (précisez) |__| ……	
GND 5b	Connaissez-vous des endroits pour se procurer les contraceptifs ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GND 5c	Si oui, où pourrait-on s'en procurer ?	Pharmacie |_| Infirmerie |_| Centres de planning familial |__| Maternité |__| Autres (préciser) |__|……	
GND 6	Où pouvez-vous vous rendre si vous avez besoin d'aide pour prendre une décision en ce qui	Les Centres jeunes |_| Hôpital |__| Vers les parents |__| Vers les amis |__| Autres (précisez) :……	

	concerne votre sexualité ?		
GND 7	Connaissez-vous les conséquences liées à une grossesse et un accouchement précoce ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GND 7a	Si oui, le ou lesquelles	Déscolarisation |__| Maladies cardiaques |__| Risque de défèquer par le vagin après l'accouchement |_| Avoir un Bébé de petit poids |1pt__| Isolement familial |1pt__| Autres (précisez) |__| ……	
GND 8	Connaissez-vous les conséquences des avortements provoqués (non sécurisés) ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
GND 8a	Si oui, Mettez une croix devant les conséquences que vous connaissez.	Décès |1pt__| Hémorragie |1__| Stérilité |_1pt_| Infections |_1_| Perforation de l'utérus |_1_| Autre (précisez) |__| ……	
GND 9	Que pensez-vous des avortements	Bon |__| Mauvais |__| Parfois nécessaire |__|	

	provoqués non sécurisés ?		
CONNAISSANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)			
IST1	Connaissez-vous les infections sexuellement transmissibles ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
IST1a	Si oui, le ou lesquelles (mettez une croix devant les réponses que vous connaissez)	VIH/SIDA |__| Condylomes |__| Gonococcie |__| Trichomonoses vaginales |__| Chlamydiose |__| Hépatite B |__| Autres (préciser) |__|……	
IST2	Les IST se transmettent-ils lors d'un rapport sexuel ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
IST3	Connaissez-vous les symptômes les plus courants des IST ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	Si **non** passer à **IST4**
IST3a	Si oui, le ou lesquels ? (Mettez une croix devant la ou les bonnes réponses)	Douleurs abdominales basse |__| Pertes vaginales malodorantes |__| Ecoulements du pénis ou brûlure chez l'homme |__| Brûlure pour uriner |__| Plaie sur le sexe |__| Autres (préciser) |__|……	

IST4	Selon vous ? le cancer du col de l'utérus peut-il être provoqué par une IST ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
	Selon vous, Il y a-t-il une relation entre le cancer du col et l'infection au virus qui donne le condylome ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
IST5	Quelles sont les voies de transmission du VIH (cochez la ou les bonnes réponses)	Voie sexuelle |__| Voie sanguine |__| Voie orale |__| De la mère à l'enfant |__|	
IST6	Quels sont les comportements à adopter pour éviter l'infection au VIH ?	Eviter d'utiliser les objets tranchants appartenant à autrui |__| S'abstenir de tous rapport sexuel non protégé |__| Utiliser ses instruments personnels pour faire la pédicure |__| Fidélité au ou à la partenaire |__| Eviter contact direct avec sang |__| Autres (préciser) |__| ……	

IST7	Quelle(s) méthode(s) connaissez-vous pour éviter les IST et les grossesses non désirées *(*mettez une croix devant la ou les bonnes réponses)	Abstinence sexuelle |__| coïts interrompus |__| Préservatifs |__| Pilules contraceptives |__|	
ATTITUDE/ PRATIQUES (P)			
P1	Avez- vous un petit ami ou une petite amie ?	OUI |__| NON |__|	
P2	Avez –vous déjà eu des rapports sexuels ?	OUI |__| NON |__|	Si **non** allez à **A1**
P2a	Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	|__|__|	
P2b	Combien de partenaire avez-vous eu depuis votre 1er rapport sexuel ?	|__|__|	

P2c	Avez-vous utilisé un préservatif à votre premier rapport sexuel ?	OUI |__| NON |__|	
P2d	A quand remonte votre dernier rapport sexuel ?	|__|__|	
P2e	Etiez-vous protégé pour votre dernier rapport sexuel	OUI |__| NON |__|	Si **oui** aller à **P3**
P2e1	Si non pourquoi ?	…… ……	
P3	Avez-vous déjà porté une grossesse ou enceinté une fois ?	OUI |__| NON |__|	
A1	Etes-vous prêts à toujours utiliser un préservatif tant que vous n'êtes pas prêt pour assumer ou	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	

	garder une grossesse ?		
A2	Avez-vous pensé vous rendre à l'hôpital ou chez un professionnel de la santé pour choisir une méthode contraceptive en dehors du préservatif ?	OUI |__| NON |__|	
A3	Quel moment pensez-vous idéal avoir votre premier rapport sexuel	Avant mariage |__| Apres mariage|__|	
A4	A quel âge ou moment pensez-vous idéal pour un rapport sexuel ?	Avant 18ans |__| Entre 18ans et 20ans |__| Apres 20ans |__| A la demande du petit ami ou de la petite amie |__|	
A5	Que feriez-vous si vous aviez une grossesse non désirée ou que votre partenaire	Mener à terme |__| Avorter |__| Ne sais pas |__| Autre (proposez) |__|……	

	tombe enceinte ?		
A6	Peut- on vivre avec quelqu'un qui à le SIDA ?	OUI |__| NON |__| Ne sait pas |__|	
A7	Avez-vous déjà fait le test de dépistage du VIH ?	OUI |__| NON |__|	

Merci d'avoir participé à notre étude

Guide d'entretien à l'endroit des enseignants formés

QUESTIONS OUVERTES

1- Depuis quand aviez-vous été formé pour enseigner l'ESS ?
2- Depuis combien de temps faites-vous le cours
3- Dans combien de classe enseignez-vous l'ESS
4- Que pensez-vous de l'implémentation de l'ESS dans les écoles
5- Pensez-vous qu'il est important d'associer des agents de santé à l'ESS ?
6- Pensez-vous que parler de la santé sexuelle aux élèves est une façon de les pousser à la débauche ?
7- Le suivi est-il fait par les formateurs ou vous êtes laissé à vous-même après la formation ?
8- Etes-vous à l'aise en discutant de l'ESS avec les élèves
9- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exécution du programme infusé d'ESS ?
10- Quelles sont vos recommandations pour impacter davantage la santé sexuelle des élèves grâce aux cours d'ESS ?

Plan d'échantillonnage

Formés

SEGBEYA

3eme	N
M3	50
M7	45
Total	**95**

Tle	N
B1	65
D1	63
Total	**128**
SEGBEYA	**223**

FIYEGNON

3eme	N
M1	55
M2	39
Total	**94**

Tle	N
A21	37
C	10
D2	44
Total	**91**
FIYEGNON	**185**

Non formés

ENTENTE

3ieme	N	Poids	N attendus
A	47	0,06	22
B	48	0,06	22
C	47	0,06	22
D	47	0,06	22
E	46	0,06	21
F	51	0,06	24
G	48	0,06	22
H	45	0,06	21

VEDOKO

3eme	N	Poids	N attendus
M1	40	0,05	19
M2	38	0,05	18
M3	39	0,05	18
M4	48	0,06	22
M5	45	0,06	21
M6	45	0,06	21
M7	45	0,06	21
M8	47	0,06	22
M9	41	0,05	19

Attendus	
3ème	**Tle**
378	**438**

TOT	**379**	**0,47**	**177**	+/- 17

M10	44	0,05	21	
TOT	**432**	**0,53**	**201**	+/- 20

Tle	N	Poids	N attendus
A21	43	0,09	41
A22	41	0,09	39
B	32	0,07	30
D1	38	0,08	36
D2	40	0,09	38
D3	42	0,09	40
Total	**236**	**0,51**	**223**
ENTENTE	**615**	**0,48**	

Tle	N	Poids	N attendus
A1,2	38	0,08	36
B1	26	0,06	25
B2	38	0,08	36
C	6	0,01	6
D1	41	0,09	39
D2	39	0,08	37
D3	40	0,09	38
Total	**228**	**0,49**	**215**
VEDOKO	**660**	**0,52**	

ENTENTE+VEDOKO	**1275**	**3ème**	**811**
		Tle	**464**

Sous item relatifs aux niveaux de connaissances sur la prévention des grossesses

Tableau XXVIIa : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur connaissance globale relative au cycle menstruel, selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Connaissance du cycle menstruel					**0,773**
Niveau insuffisant	87	54,38	179	55,76	
Niveau suffisant	0	0,00	0	0,00	
Niveau bien suffisant	73	45,62	142	44,24	
Tle					
Connaissance du cycle menstruel					**0,007***
Niveau insuffisant	59	38,82	189	51,92	
Niveau suffisant	0	0,00	0	0,00	
Niveau bien suffisant	93	61,18	175	48,08	
3ème					
Connaissance de la période ovulatoire					**0,040***

Niveau insuffisant	102	63,75	173	53,89	
Niveau suffisant	0	0,00	0	0,00	
Niveau bien suffisant	58	36,25	148	46,11	
Tle					
Connaissance de la période ovulatoire					**0,005***
Niveau insuffisant	57	37,50	186	51,10	
Niveau suffisant	0	0,00	0	0,00	
Niveau bien suffisant	95	62,50	178	48,90	
3ème					
Connaissance des conséquences des rapports sexuels non protégés en période ovulatoire					**0,285**
Niveau insuffisant	4	2,50	28	8,72	
Niveau suffisant	0	0,00	0	0,00	
Niveau bien suffisant	156	97,50	293	91,28	
Tle					
Connaissance conséquences rapports sexuels non protégés en période ovulatoire					**0,137**

Niveau insuffisant	47	31,54	146	42,20
Niveau suffisant	18	12,08	53	15,32
Niveau bien suffisant	84	56,38	147	42,49

Sous item relatifs au niveau de Connaissances sur les méthodes contraceptives

Tableau XXVIIIa : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur Connaissance globale sur les méthodes contraceptives selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Connaissance des méthodes contraceptives					**0,005**
Niveau insuffisant	86	53,75	288	89,72	
Niveau suffisant	68	42,50	28	8,72	
Niveau bien suffisant	6	3,75	5	1,56	
Tle					
Connaissance des méthodes contraceptives					**0,000**
Niveau insuffisant	67	44,08	316	86,81	
Niveau suffisant	58	38,16	34	9,34	
Niveau bien suffisant	27	17,76	14	3,85	

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3eme					
Connaissance lieu d'approvisionnement/adoption de contraceptif					**0,000**
Niveau insuffisant	26	18,31	80	63,49	
Niveau suffisant	113	79,58	43	34,13	
Niveau bien suffisant	3	2,11	3	2,38	
Tle					
Connaissance lieu d'approvisionnement/adoption de contraceptif					**0,014**
Niveau insuffisant	50	38,46	95	53,67	
Niveau suffisant	72	55,38	78	44,07	
Niveau bien suffisant	8	6,15	4	2,26	
3ème					
Connaissance d'un centre de conseil sur la sexualité					**-**
Niveau insuffisant	102	63,75	219	68,22	
Niveau suffisant	57	35,62	100	31,15	
Niveau bien suffisant	1	0,62	02	0,62	
Tle					
Connaissance d'un centre de conseil sur la sexualité					0,000
Niveau insuffisant	65	42,76	230	63,19	
Niveau suffisant	85	55,92	128	35,16	
Niveau bien suffisant	2	1,32	6	1,65	

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3eme					
Connaissance des conséquences d'une grossesse et d'un accouchement précoce					**0,000**
Niveau insuffisant	60	37,50	287	89,41	
Niveau suffisant	94	58,75	33	10,28	
Niveau bien suffisant	6	3,75	1	0,31	
Tle					
Connaissance des conséquences d'une grossesse et d'un accouchement précoce					**0,000**
Niveau insuffisant	82	53,95	308	84,62	
Niveau suffisant	64	42,11	52	14,29	
Niveau bien suffisant	6	3,95	4	1,10	
3ème					
Connaissance des conséquences de l'avortement provoqué non sécurisé					**0,000**
Niveau insuffisant	41	25,62	239	74,45	
Niveau suffisant	74	46,25	69	21,50	
Niveau bien suffisant	45	28,12	13	4,05	
Tle					
Connaissance des conséquences de l'avortement provoqué non sécurisé					**0,000**

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
Niveau insuffisant	37	24,34	195	53,57	
Niveau suffisant	90	59,21	126	34,62	
Niveau bien suffisant	25	16,45	43	11,81	

Sous item relatifs au niveau de connaissance sur les IST

Tableau XXIXa : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur Connaissance sur les IST et selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Niveau de Connaissance sur les IST					**0,000**
Niveau insuffisant	34	21,25	241	75,08	
Niveau suffisant	107	66,88	79	24,61	
Niveau bien suffisant	19	11,88	1	0,31	
Tle					
Niveau de Connaissance sur les IST					**0,000**

Niveau insuffisant	36	23,68	252	69,23
Niveau suffisant	104	68,42	112	30,77
Niveau bien suffisant	12	7,89	0	0,00
3ème				
Niveau de Connaissance sur les IST connues				**0,000**
Niveau insuffisant	105	65,62	299	93,15
Niveau suffisant	55	34,38	20	6,23
Niveau bien suffisant	0	0,00	2	0,62
Tle				
Niveau de Connaissance sur les IST connues				**0,000**
Niveau insuffisant	98	64,47	359	98,63
Niveau suffisant	50	32,89	5	1,37
Niveau bien suffisant	4	2,63	0	0,00
3ème				
Connaissance de la transmission des IST par voie sexuelle				**0,000**

Niveau insuffisant	5	3,12	101	31,46
Niveau suffisant	155	96,88	220	68,54
Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00
Tle				
Connaissance de la transmission des IST par voie sexuelle				**0,000***
Niveau insuffisant	4	2,63	62	17,03
Niveau suffisant	148	97,37	302	82,97
Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00
3ème				
Connaissance sur les symptômes les plus courants des IST				**0,000**
Niveau insuffisant	59	36,88	264	82,24
Niveau suffisant	64	40,00	51	15,89
Niveau bien suffisant	37	23,12	6	1,87
Tle				
Connaissance sur les symptômes les plus courants des IST				**0,000**

Niveau insuffisant	59	38,82	282	77,47
Niveau suffisant	69	45,39	69	18,96
Niveau bien suffisant	24	15,79	13	3,57

3ème					
Relation entre le VPH et le cancer du col de l'utérus					**0,000**
Niveau insuffisant	63	39,38	226	70,40	
Niveau suffisant	97	60,62	95	29,60	
Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00	

Tle					
Relation entre le VPH et le cancer du col de l'utérus					**0,000**
Niveau insuffisant	74	48,68	287	78,85	
Niveau suffisant	78	51,32	77	21,15	
Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00	

3ème					
Niveau de Connaissance sur les voies de transmission du VIH					**0,000**
	Niveau insuffisant	3	1,88	5	1,56
	Niveau suffisant	54	33,75	235	73,21
	Niveau bien suffisant	103	64,38	81	25,23
Tle					
Niveau de Connaissance sur les voies de transmission du VIH					**0,000**
	Niveau insuffisant	2	1,32	17	4,67
	Niveau suffisant	67	44,08	214	58,79
	Niveau bien suffisant	83	54,61	133	36,54
3ème					
Tolérance à vivre avec un PVVIH					**0,001**
	Niveau insuffisant	31	19,38	110	34,27
	Niveau suffisant	129	80,62	211	65,73
	Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00

Tle					
Tolérance à vivre avec un PVVIH					**0,042**
Niveau insuffisant	18	11,84	70	19,23	
Niveau suffisant	134	88,16	294	80,77	
Niveau bien suffisant	0	0,00	0	0,00	
3ème					
Niveau de connaissance sur la méthode qui protège à la fois contre les IST et les Grossesses non désirées					**0,000**
Niveau insuffisant	0	0,00	7	2,18	
Niveau suffisant	34	21,25	231	71,96	
Niveau bien suffisant	126	78,75	83	25,86	
Tle					
Niveau de connaissance sur la méthode qui protège à la fois contre les IST et les Grossesses non désirées					**0,000**
Niveau insuffisant	5	3,29	11	3,02	
Niveau suffisant	63	41,45	247	67,86	

Niveau bien suffisant	84	55,26	106	29,12

Sous item relatifs aux niveaux d'attitude

Tableau XXXa: Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou en fonction de leur attitude face aux IST et selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème Opinion sur l'avortement provoqué non sécurisé					**0,122**
Faiblement adéquat	20	12,50	26	8,10	
Moyennement adéquat	0	0,00	0	0,00	
Adéquat	140	87,50	295	91,90	
Tle					
Opinion sur l'avortement provoqué non sécurisé					**0,269**
Faiblement adéquat	23	15,13	70	19,23	

Moyennement adéquat	0	0,00	0	0,00	
Adéquat	129	84,87	294	80,77	
3ème					
Attitude à adopter pour éviter les IST					**0,000**
Faiblement adéquat	18	11,25	98	30,53	
Moyennement adéquat	38	23,75	144	44,86	
Adéquat	104	65,00	79	24,61	
Tle					
Attitude à adopter pour éviter les IST					**0,000**
Faiblement adéquat	11	7,24	58	15,93	
Moyennement adéquat	28	18,42	116	31,87	
Adéquat	113	74,34	190	52,20	
3ème					
Etat sérologique du VIH					**0,402**
Faiblement adéquat	150	93,75	294	91,59	
Adéquat	10	6,25	27	8,41	
Tle					
Etat sérologique du VIH					**0,000**

Faiblement adéquat	103	67,76	307	84,34	
Adéquat	49	32,24	57	15,66	
3ème					
Projection sur l'âge au premier rapport sexuel					**0,000**
Faiblement adéquat	47	32,19	158	55,83	
Adéquat	99	67,81	125	44,17	
Tle					
Projection sur l'âge au premier rapport sexuel					**0,012**
Faiblement adéquat	41	11,22	21	7,92	
Adéquat	57	88,78	244	92,08	
3ème					
Engagement à toujours utiliser un préservatif					**0,217**
Faiblement adéquat	41	41,84	150	56,60	
Adéquat	57	58,16	115	43,40	
Tle					
Engagement à toujours utiliser un préservatif					**0,017**
Faiblement adéquat	3	12,50	17	40,48	
Adéquat	21	87,50	25	59,52	
3ème					

Engagement à se rendre à l'hôpital ou chez un professionnel de la santé pour choisir une méthode contraceptive en dehors du préservatif					**0,221**
Faiblement adéquat	7	50,00	26	68,42	
Adéquat	7	50,00	12	31,58	
Tle					
Engagement à se rendre à l'hôpital ou chez un professionnel de la santé pour choisir une méthode contraceptive en dehors du préservatif					**0,574**
Faiblement adéquat	32	59,26	54	54,55	
Adéquat	22	40,74	45	45,45	
Adéquat					
3ème					
Attitude face à une grossesse non désirée					**0,927**
Faiblement adéquat	57	35,63	113	35,20	
Adéquat	103	64,38	208	64,80	
Tle					
Attitude face à une grossesse non désirée					**0,578**
Faiblement adéquat	29	19,08	62	17,03	
Adéquat	123	80,92	302	82,97	

Sous item relatifs au niveau de pratiques

Tableau XXXIa : Distribution des élèves des collèges d'enseignement général de Cotonou ayant déjà eu des rapports sexuels en fonction de leur pratique face aux IST et selon leur groupe d'appartenance (ESS, 2021)

	Groupe d'appartenance				P-value
	Formés		Non formés		
	N	%	N	%	
3ème					
Pratique usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin de la formation					**0,781**
Faiblement adéquat	6	35,29	18	39,13	
Adéquat	11	64,71	28	60,87	
Tle					
Pratique usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à la fin de la formation					**0,288**
Faiblement adéquat	36	46,15	66	54,55	
Adéquat	42	53,85	55	45,45	

Table des matières

Table des matières

Dédicaces ..... ***xv***

Remerciements ..... ***xx***

Hommages ..... ***xxiv***

Liste des sigles et abréviations ..... ***xxvii***

Liste des tableaux ..... ***xxx***

Listes des figures ..... ***xxxvi***

Sommaire ..... ***xl***

Introduction ***2***

Objectifs **4**

Objectif général 4

Objectifs spécifiques 4

1 Généralités ***5***

1.1 Définitions de quelques concepts **5**

1.1.1 Impact 5

1.1.2 Éducation 5

1.1.3 Santé Sexuelle 6

1.1.4 Aptitude 7

1.1.5 Éducation à la santé sexuelle 8

1.1.5.1 Éducation sexuelle dans les sociétés traditionnelles africaines. ... 8

1.1.5.2 L'éducation à la santé sexuelle : composante importante des interventions relatives à la santé des adolescents et jeunes 9

1.1.5.3 Impact de l'ESS sur la santé sexuelle 10

1.1.5.4 Rôles des écoles dans l'ESS 10

1.1.5.5 Composantes de l'ESS au plan international[25] 11

1.1.5.6 Adoption de l'ESS par les pays africains 14

1.1.5.7 Adoption de l'ESS par le BENIN 14
1.1.5.8 Composant de l'ESS adopté par le BENIN 16
1.1.5.9 Niveau et matières support de l'ESS 18
1.1.5.10 Programme de l'ESS des classes de Troisième (3ème) et Terminale (Tle) en SVT 19
1.1.6 Cadres juridiques concernant la santé des adolescents et des jeunes 22
1.1.7 Grossesse non désirée 23
1.1.7.1 Prévalence des grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes 23
1.1.7.2 Facteurs liés aux grossesses non désirées 24
1.1.7.3 Conséquences des grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes 24
1.1.8 Méthodes de prévention des grossesses 26
1.1.8.1 Le cycle menstruel 26
1.1.8.2 Les qualités d'une bonne contraception 27
1.1.8.3 Les différentes méthodes contraceptives 28
1.1.9 Infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes 35
1.1.9.1 Définition 35
1.1.9.2 Prévalence 35
1.1.9.3 Principaux agents responsables des IST 37
1.1.9.4 Facteurs qui influencent la transmission des IST [54] 37
1.1.9.5 Les différentes IST les plus fréquentes chez les jeunes 38
1.1.9.6 La répartition du VIH par rapport au sexe 43
1.1.9.7 Symptômes et complications des principales IST 44
1.1.9.8 Stratégies préventives des IST 46

2 Cadre et méthode d'étude 49

2.1 Cadre d'étude 49

2.1.1 Aperçu de la République du BENIN 49

2.1.2 Présentation de la ville de Cotonou 49

2.1.3 Données éducatives 50

2.1.4 Description des collèges de notre étude 50

2.2 Méthode d'étude 52

2.2.1 Approche qualitative 52

2.2.2 Méthode quantitative 52

2.2.2.1 Type d'étude et période de l'étude 52

2.2.2.2 Population d'étude 53

2.2.2.3 Échantillonnage 54

2.2.2.4 Les variables étudiées 57

2.2.2.5 Collecte des données 58

2.2.2.6 Analyse des données 60

2.2.2.7 Considération éthique 61

2.2.2.8 Difficultés rencontrées 61

3 Résultats 63

3.1 Echantillonnage 63

3.2 Description de la population d'étude 64

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques 64

3.2.1.1 Répartition des élèves en fonction du sexe et de la nationalité .. 64

3.2.1.2 Etablissement de provenance 65

3.2.1.3 Age des élèves 65

3.2.1.4 Répartition des élèves selon la profession exercée par leurs parents 67

3.2.1.5 Situation matrimoniale des parents d'élève 70

3.2.2 Education à la santé sexuelle 74

3.2.2.1 Répartition des élèves selon la réception ou non des cours d'ESS 74
3.2.2.2 Thématiques ESS abordées 75
3.2.2.3 Satisfaction des bénéficiaires par rapport aux cours reçus en ESS 78
3.2.2.4 Importance des cours d'ESS selon les élèves 78
3.2.3 Connaissance acquise sur l'ESS 79
3.2.3.1 Prévention des grossesses non désirées 79
3.2.3.2 Infections sexuellement transmissibles (IST et VIH) 87
3.2.4 Attitude des élèves face aux VIH/SIDA 92
3.2.4.1 Comportements à adopter pour la prévention des IST 92
3.2.4.2 Projection sur l'âge ou le moment du premier rapport sexuel par les élèves non actifs sexuellement 93
3.2.5 Pratiques sexuelles des élèves avant l'intervention 94
3.2.5.1 Age au premier rapport sexuel 94
3.2.5.2 Période du dernier rapport sexuel 94
3.2.5.3 Usage du préservatif au cours des rapports sexuels 95
3.2.5.4 Multi partenariat sexuel 96
3.2.5.5 Confrontation à la problématique de grossesse non désirée 96
3.3 Détermination du niveau de connaissance, attitude et pratique 96
3.3.1 Niveau global de connaissance 97
3.3.1.1 Niveau global de connaissance en 3ème 97
3.3.1.2 Niveau global de connaissance en Tle 98
3.3.2 Niveau global d'attitude des élèves 98
3.3.2.1 Niveau global d'attitude en 3ème 99
3.3.2.2 Niveau global d'attitude chez les élèves de Tle 99
3.3.3 Pratiques relatives à l'usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel 100
3.3.3.1 Niveau de pratique en 3ème 100

3.3.3.2 Niveau de pratique en terminal 101

3.4 Comparaison des niveaux de connaissance d'attitude et de pratique 102

3.4.1 Comparaison des niveaux de connaissance 102

3.4.1.1 Connaissance sur le cycle menstruel et les conséquences des rapports sexuels non protégés pendant la période ovulatoire..... 104

3.4.1.2 Connaissances sur les méthodes contraceptives 105

3.4.1.3 Connaissances sur les IST/VIH..... 106

3.4.2 Attitudes globales face aux IST et à la prévention des grossesses 107

3.4.3 Pratique globale 109

3.5 Mesure des écarts et identification des forces et faiblesses de l'intervention 110

3.5.1 Ecart observé en 3ème 110

3.5.1.1 Quantification de l'impact de l'ESS sur le niveau des connaissances, attitudes, et pratique..... 110

3.5.1.2 Mesure des écarts au niveau des connaissances attitudes et pratiques 113

3.5.2 Ecarts observé en Tle..... 115

3.5.2.1 Quantification de l'impact de l'ESS sur le niveau des connaissances attitudes et pratique..... 115

3.5.2.2 Mesure des écarts au niveau des connaissances attitudes et pratiques 118

3.6 Forces et faiblesses de l'intervention 120

3.6.1 Forces et faiblesses de l'intervention en 3ème..... 121

3.6.1.1 Au niveau des connaissances 121

3.6.1.2 Au niveau des Attitudes 123

3.6.1.3 Au niveau des Pratiques..... 123

3.6.2 Forces et faiblesses de l'intervention en Tle..... 124

3.6.2.1 Au niveau des connaissances 124
3.6.2.2 Au niveau des Attitudes 125
3.6.2.3 Au niveau des pratiques 126

3.7 Perception des encadreurs des écoles bénéficiaires 126
3.7.1 Profil sociodémographique des encadreurs 126
3.7.2 Implémentation de l'ESS dans les écoles 127
3.7.3 Importance d'associer des agents de santé à l'ESS..... 128
3.7.4 ESS aux enfants, potentiel facteur de risque de débauche ? 129
3.7.5 Appréciation du suivi fait par les formateurs 129
3.7.6 Sensation lors de la discussion sur l'ESS avec les élèves 130
3.7.7 Difficultés rencontrées dans l'exécution du programme infusé d'ESS. 131
3.7.8 Recommandations des enseignants pour impacter davantage la santé sexuelle 132

4 Discussion..... 134

4.1 Atteinte des objectifs de l'étude 134

4.2 Qualité et validité des résultats 136
4.2.1 Validité interne 136
4.2.2 Validité externe 136
4.2.3 Évaluation des Potentiels biais 137

4.3 Résultats et données de la littérature..... 138
4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des élèves 138
4.3.2 Comportements sexuels des élèves 140
4.3.3 Éducation à la santé sexuelle 142
4.3.3.1 Les thématiques reçues par les élèves 142
4.3.3.2 Implication des agents de santé dans L'ESS..... 143
4.3.4 Impact du projet sur les connaissances relatives à la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH 144

4.3.4.1 Connaissance relative à la prévention des grossesses non désirées 145

4.3.4.2 Connaissances relatives à la prévention des IST/VIH 149

4.3.4.3 Les principaux points de succès du projet sur les connaissances 153

4.3.4.4 Les principaux points d'amélioration du projet sur les connaissances 154

4.3.4.5 Propositions en réponse aux faiblesses sur les connaissances.. 155

4.3.5 Impact du projet sur les attitudes relatives à la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH 155

4.3.5.1 Les principaux points de succès du projet sur les attitudes 158

4.3.5.2 Les principaux points d'amélioration du projet sur les attitudes 159

4.3.5.3 Propositions en réponse aux faiblesses constatées sur les attitudes. 160

4.3.6 Impact du projet par rapport à l'usage du préservatif par les élèves sexuellement actifs à la fin des cours d'ESS 161

4.3.7 Impression des élèves ayant reçu les cours d'ESS..... 162

Conclusion 164

Suggestions..... 165

Références bibliographiques 170

Annexes ..... b

Questionnaire d'enquête (élève) ..... b

Plan d'échantillonnage ..... r

Sous item relatifs aux niveaux de connaissances sur la prévention des grossesses..... t

Sous item relatifs au niveau de Connaissances sur les méthodes contraceptives..... v

Sous item relatifs au niveau de connaissance sur les IST ..... y
Sous item relatifs aux niveaux d'attitude .....ee
Sous item relatifs au niveau de pratiques ii

Table des matières ..... b

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 LE PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

Résumé

La majorité des adolescents et jeunes passent la période de leur puberté à l'école. Une période assez critique nécessitant un encadrement, car la plupart d'entre eux sont tourmentés par des pulsions sexuelles. Il est donc opportun d'enseigner l'ESS aux élèves pendant leurs cursus scolaires.

Objectif : Evaluer l'impact de l'implémentation de L'ESS sur la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les élèves ayant bénéficié de l'ESS au cours de l'année scolaire 2021-2022 à Cotonou.

Type d'étude : il s'est agi d'une étude quasi-expérimentale de type ici ailleurs, basée sur deux approches : une quantitative et l'autre qualitative.

Résultats :

Des 1184 élèves issus de deux classes (3ème et Tle), 375 provenaient des collèges bénéficiaires de l'ESS et 809 provenaient des collèges non bénéficiaires. Le sexe féminin était le plus représenté (53,1%). La moyenne d'âge était de 17,48*/- 2,24ans. L'analyse du comportement sexuel des élèves avant l'intervention du projet prouve que les élèves des CEG de Cotonou ont un comportement à risque d'IST et de grossesses non désirées. Les élèves non bénéficiaires de l'ESS ont un niveau de connaissance inférieur à celui des élèves formés de près de 95% (OR = 0,054, IC 95% : 0,032-0,089) en 3ème et de 90% en Tle (OR=0,10, IC 95% : 0,065-0,155) sur les IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées. En ce qui concerne les attitudes, le fait de ne pas bénéficier des cours d'ESS démunie de 74% (OR=0,266, IC 95% : 0,163-0,434) en 3ème et de 66,4% (OR=0,336, IC 95% : 0,177-0,639) la chance d'avoir une attitude adéquate. Par contre, en ce qui concerne la pratique des bénéficiaires, aucun changement significatif n'a été constaté sur l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel entre les élèves formés et les élèves non formés après les cours (P=0781 en 3ème et 0,288 en Tle). Les enseignants formés ont formulé des recommandations pour l'amélioration du programme les années à venir.

Conclusion :

L'ESS améliore le niveau de connaissance et d'attitude des élèves sur les IST et la prévention des grossesses non désirées mais n'entraine pas un changement immédiat des comportements. Il serait intéressant de refaire une étude d'évaluation d'impact sur le long terme afin d'apprécier l'effet du temps sur les bénéfices de l'intervention

Mot clés : Education sexuelle, élèves, santé sexuelle, grossesse non désirée, IST, VIH, contraception, adolescent et jeune.

Abstract

The majority of teenagers and young people spend their puberty period in school. This is a critical period that requires guidance, as most of them are tormented by sexual urges. It is therefore appropriate to teach SSE to students during their school years.

Objective: To evaluate the impact of SSE implementation on the prevention of STI/HIV and unwanted pregnancies among students who received SSE during the 2021-2022 school year in Cotonou.

Type of study: this was a quasi-experimental study of the type here elsewhere based on two approaches: one quantitative and the other qualitative.

Results:

Of the 1184 students from two classes (3ème and Tle), 375 were from SSE recipient colleges and 809 were from non-recipient colleges. The female gender was the most represented (53.1%). The average age was 17.48*/- 2.24 years. The analysis of students' sexual behavior before the project intervention shows that students in Cotonou's CEGs are at risk for STIs and unwanted pregnancies. Students who did not receive SSE had a level of knowledge about STIs/HIV and the prevention of unwanted pregnancies that was nearly 95% lower than that of the students who received training (OR=0.054, 95% CI: 0.032-0.089) in the third grade and 90% lower in the third grade (OR=0.10, 95% CI: 0.065-0.155). Regarding attitudes, not receiving SSE classes reduced the chance of having an adequate attitude by 74% (OR=0.266, 95% CI: 0.163-0.434) in 9th grade and by 66.4% (OR=0.336, 95% CI: 0.177-0.639). On the other hand, with regard to beneficiaries' practice, no significant change was found on condom use at last sexual intercourse between trained and untrained students after school (P=0781 in 3ème and 0.288 in Tle). Trained teachers made recommendations for program improvement in future years.

Conclusion:

SSE improves students' knowledge and attitudes about STIs and unwanted pregnancy prevention but does not lead to immediate behavior change. It would be interesting to repeat a long-term impact evaluation study to assess the effect of time on the benefits of the intervention.

Key words: Sexual education, students, sexual health, unwanted pregnancy, STIs, HIV, contraception, adolescents and youth.