

ISSN 1727 – 8651

JOURNAL
de la
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
de
L'UNIVERSITÉ DE LOMÉ



LOME - TOGO

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est
référéncé dans African Journal on Line (AJOL) [www.inasp.org/ajol]

VOLUME 24
(2022)

Numéro 3&4

Instructions aux auteurs (Directives aux auteurs)

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est un journal international et pluridisciplinaire qui publie des travaux de recherche rédigés en français ou en anglais. Les domaines couverts par le journal sont trois définis par le Réseau pour l'excellence de l'enseignement supérieur en Afrique de l'Ouest (REESAO) :

- *Lettres, Langues et Humanités ;*
- *Sciences, Technologies et Agronomies;*
- *Sciences de la Santé.*

Le journal reçoit des articles originaux, des revues de la littérature, des petites communications, des commentaires et critiques d'articles et des études de cas. Les articles soumis ne doivent pas avoir été publiés antérieurement, ni être actuellement soumis au processus d'évaluation dans une autre revue scientifique.

Le journal s'engage à ce qu'il n'y ait pas de retard dans la procédure d'évaluation, et réduire considérablement le délai pour émettre l'avis final : (au plus tard quatre (4) semaines après la soumission). Les articles soumis doivent impérativement suivre le format de l'article type (exemplaire).

Périodicité

Chaque volume du journal paraît en quatre numéros par an (mars, juin, septembre, décembre).

Le comité de rédaction fixe le délai des appels à contribution à un mois avant le numéro à venir.

Processus de Soumission

Les auteurs doivent lire attentivement les instructions aux auteurs avant d'entamer le processus de soumission.

La soumission d'articles est acceptée exclusivement via la page de soumission sur le site du journal. En cas de difficultés, les manuscrits seront soumis par voie électronique à l'adresse suivante : jrsultg@gmail.com ou jrsultg@univ-lome.tg.

Les manuscrits doivent être soumis via Open Journal Systems (OJS), pour la préparation des manuscrits, voir les lignes directrices de l'auteur.

Le manuscrit doit être accompagné d'une lettre d'engagement (exemplaire disponible) signée par l'auteur correspondant. La Lettre d'engagement, datée et signée à l'encre bleue, doit être soumise en tant que fichier supplémentaire pendant la procédure de soumission du manuscrit (en format pdf). Les manuscrits qui ne sont pas accompagnés d'une lettre d'engagement seront automatiquement rejetés.

Présentation du manuscrit

Le manuscrit, saisi en format A4, colonne double avec 2,0 cm de marges et (Word : Times New Roman, 12, interligne simple), doit comprendre les parties suivantes :

- **Titre de l'article** : En majuscule, il doit être court et très explicite, en français et en anglais
- **Les auteurs** : Les noms et prénoms des auteurs (le nom en Majuscule et les initiales des prénoms ex : KOLEDZI K. E., les affiliations (noms et adresse des institutions) ainsi que leurs adresses email. Le nom de l'auteur correspondant doit être identifié par un astérisque (*) et son adresse électronique doit être fournie.
- **Un résumé (français) et un abstract (anglais)** : le résumé doit indiquer brièvement les objectifs de l'étude, la méthodologie suivie et les matériels, les principaux résultats obtenus (résultats qualitatifs et quantitatifs) et la conclusion. Il doit être court et précis. Le résumé est un bloc de 250 mots au maximum. Un résumé doit pouvoir présenter le travail de recherche indépendamment de l'article. Les références doivent être évitées dans le résumé. Ne pas utiliser d'abréviations, des caractères spéciaux et des formules mathématiques dans le résumé.
- **Les mots clés en français et keywords en anglais** : au maximum six (6). Les mots-clés ne doivent pas répéter les termes du titre.
- **Introduction** : elle fait le point de la revue de la littérature récente sur le sujet (justification du sujet), soulève de façon précise la problématique de la présente étude, les hypothèses ou objectifs scientifiques, les approches et énonce le plan du manuscrit.
- **Matériel et méthodes/Méthodologie** : on y décrit clairement la méthodologie utilisée. Les références des méthodes d'analyse, des équipements et des produits chimiques doivent être fournies.
- **Résultats** : cette section renferme les principaux résultats obtenus. Les résultats peuvent être présentés sous forme de figure ou de tableau dans la mesure du possible. Toutes les illustrations doivent être claires et faciles à reproduire. Elles

seront insérées dans le texte et à la bonne place. On évitera les couleurs dans les tableaux. Pour les équations, il est recommandé d'utiliser un éditeur d'équations compatible en traitement de texte word. Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffres arabes et doivent comporter une légende courte et explicite en français. Les unités doivent être choisies dans le Système International. Il est souhaitable d'utiliser les puissances négatives à la place des barres (mg l^{-1} et non mg/l). Pour les noms scientifiques dans les systématiques, utiliser l'italique plutôt que souligner.

- **Discussion** : il est souhaitable de séparer la discussion des résultats. Dans la discussion, on apportera des interprétations approfondies des résultats, on montrera les liens de l'étude avec les travaux récents de la littérature et on mettra en évidence l'apport de la contribution. La discussion peut être associée directement au résultat.
- **Conclusion** : une conclusion retrace les principaux résultats et leurs contributions.
- **Remerciements** : les remerciements suivent directement la section de la conclusion. Cette section non numérotée est utilisée pour identifier les personnes qui ont aidé les auteurs dans l'accomplissement du travail présenté et de reconnaître les sources de financement. (Remerciements des contributions techniques importantes et des sources de financement de l'étude)
- **Références** (Cette section ne doit pas être numérotée.)
 - ✓ Essayez de s'assurer que toutes les références citées dans le texte sont également présentées dans la liste des références (et vice versa).
 - ✓ Évitez d'inclure des citations dans le résumé.
 - ✓ Le fait de citer une référence en tant que 'in press' signifie qu'elle fait référence à un article accepté pour publication.
 - ✓ Les citations dans le texte doivent être marquées consécutivement par des nombres arabes entre crochets (par exemple [1]).
 - ✓ Lorsque vous faites référence à un élément de référence, s'il vous plaît utilisez simplement le numéro de référence, comme dans [2].
 - ✓ Ne pas utiliser « Réf. [3] » ou « de référence [3] », sauf au début d'une phrase, par exemple, « La référence [3] montre ... ».
 - ✓ Plusieurs références sont numérotées avec des crochets distincts (par exemple [2], [6], [7], [8], [9]) Et non [2,6,7,8,9].
 - ✓ Les résultats non publiés ne doivent pas figurer dans la liste des références, mais ils peuvent être mentionnés dans le texte.
 - ✓ Les références doivent être présentées dans un ordre consécutif (dans l'ordre

de leur apparition dans le texte).

✓ Pour la présentation des références on distinguera les cas suivants :

✚ Exemples : (en général)

Des articles de revues :

[1] S. K. Srivastava and K. Kaur, “Stability of Impulsive Differential Equation with any Time Delay,” *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 280–286, 2013.

[2] O. V. ADEOLUWA, O. S. ABODERIN, and O. D. OMODARA, “An Appraisal of Educational Technology Usage in Secondary Schools in Ondo State (Nigeria),” *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 265–271, 2013.

Des livres:

[11] C. Tichi, *Electronic Hearth: Creating an American Television Culture*. Oxford University Press, 1991.

[12] A. R. Jennings, *Financial Accounting*. Cengage Learning EMEA, 2001.

Un chapitre dans un livre :

[7] Mettam, G. R., and Adams, L. B., How to prepare an electronic version of your article, In: B. S. Jones, and R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc, pp. 281-304, 1994.

[8] O'Neil, J. M., and Egan, J., Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation, In: B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle*, New York, NY: Springer, pp. 107-123, 1992.

Sites Internet : A n'utiliser que dans des cas exceptionnels ; préciser si possible les noms des auteurs et la date de consultation

[5] Smith, Joe, One of Volvo's core values, 1999. [Online] Available: <http://www.volvo.com/environment/index.htm> (July 7, 1999).

Comité du Journal

Le *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* est cogéré par trois comités, à savoir un Comité scientifique, un Comité de rédaction et un Comité de lecture.

COMITE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE LECTURE

Pr. KOKOU Kouami, Université de Lomé ;
Pr. TSIGBE Koffi Nutefé Joseph, Université de Lomé ;
Pr. BATCHANA Essohanam, Université de Lomé ;
Pr. KETOH Koffivi Guillaume, Université de Lomé ;
Pr. KPODAR Adama, Université de Kara ;
Pr. BALOGO K. Agnon, Université de Lomé,
Pr. SALOU Mounerou, Université de Lomé ;
Pr. AKAKPO-NUMADO Cyriaque, Université de Lomé ;
Pr. GANGUE Martin, Université de Lomé ;
Pr. BOKO Essahanam, Université de Lomé ;
Pr. GNON Baba, Université de Lomé ;
Pr. COUCHORO Mawuli, Université de Lomé ;
Pr. AKUE ADOTEVI Mawusse Kpakpo, Université de Lomé ;
Pr. DOSSEH Ekoué David, Université de Lomé ;
Pr. KOKO Koffi, Université de Lomé ;
Pr. YIGBE Dotsè, Université de Lomé ;
Pr. GBENOUGA Dossou, Université de Lomé ;
Pr. ANATE Koumealo Germaine, Université de Lomé ;
Pr. KOLA Edinam, Université de Lomé ;
Pr. AMEYAPOH Yaovi, Université de Lomé ;
Pr. AGBODJI Ega, Université de Lomé ;
Pr. PALI Tchaa, Université de Kara, membre ;
Pr. EGBENDEWE Aklesso, Université de Lomé ;
Pr. WALA Atchi, Université de Lomé ;
Pr. HETCHELI Follygan, Université de Lomé ;
Pr. WALA Kpèrkouma, Université de Lomé ;
Pr. GASSOU Amivi Kafui, épouse TETE-BENISSAN, Université de Lomé ;
Pr. OWAYE Jean-François, Université Omar Bongo, Libreville ;
Pr. BAMBA Mamadou, Université Alassane Ouattara ;
Pr. AMOUZOUVI Dodji, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. MENSAH-NYAGAN Guy, Université de Strasbourg ;
Pr. GOERG Odile, Universités de Paris ;
Pr. FERRÉOL Gilles, Université de Franche-Comté ;
Pr. AGBOBLI Christian, Université de Montréal ;
Pr. SINSIN Brice, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. SAKA Bayaki, Université de Lomé ;
Pr. BOUKPESSI Tchaa, Université de Lomé ;
Dr. AYEWOADAN Akodah, MCA, Université de Lomé ;
Dr. SEGNIAGBETO Hoinsoudé, MC, Université de Lomé ;
Dr. LARE Yendoubé, MC, Université de Lomé ;
Dr. HOUNAKE Kossivi, Université de Lomé ;
Dr. DZAGLI Milohum Mikesokpo, MC, Université de Lomé.

Comité de Rédaction

Le comité de rédaction participe à la mise en œuvre de la politique éditoriale. Il est dirigé par un Directeur de Publication qui est le Directeur de la Recherche et un rédacteur en Chef.

Directeur de publication : Professeur TSIGBE Koffi Nutefé

Rédacteur en Chef : Professeur KOLEDZI K. Edem.

Membres :

- Professeur NAPO Gbati,
- Dr ADJONOU Kossi, MC (Maître de Conférences)

Secrétariat

Mlle LAWSON-HELOU Nadou Cécilia

M. KUWONU Tata Koffi

M. N'SILE N.

Frais de publication : 60 000 F CFA

Toute correspondance concernant la publication doit parvenir sur l'adresse mail **jrsultg@gmail.com**, sans frais, de la :

Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI)

Université de Lomé

01 B.P. 1515 Lomé 01 (TOGO)

**JOURNAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
DE L'UNIVERSITE DE LOME (TOGO)**

VOLUME 24, Numéro 3 & 4, (2022)

SOMMAIRE

Sciences de la Santé

1. KOBENAN A.N.D. & al, (Côte d'Ivoire)
Perception du poids de l'enfant, statut socio-économique de la mère et développement physique des enfants de 12 à 24 mois,.....1
2. OUEDRAOGO S & al, (BURKINA FASO)
Délai de prise en charge des urgences chirurgicales digestives chez l'adulte au service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Régional d'Ouahigouya au Burkina Faso.....23
3. ANAYO Komla Nyinèvi & al, (Togo)
Raisons d'échec du traitement antiépileptique aux CHU au Togo,.....31
4. KODJO K. & al (Togo)
Maladie de basedow méconnue chez un sujet âgé révélée par l'œdème bilatéral des membres inférieurs,.....41
5. SOURABIE O & al, (Burkina Faso)
Prévalence et facteurs associés au burnout chez les enseignants du secondaire de Ouagadougou, Burkina Faso,.....49
6. TENGUE K & al, (Togo)
Corrélation entre le taux de l'antigène prostatique spécifique total (PSA total) et les résultats anatomopathologiques des biopsies des tumeurs prostatiques au Togo,.....61
7. HOUNKPONOU N.F.M & al, (Bénin)
Facteurs associés aux hémorragies du post-partum au Centre Médico-Social Action pour l'Humanité (CMS APH) à Gohomey au Bénin,.....69
8. KLIKPEZO Roger. & al, (Bénin)
Rupture traumatique de varices vulvaires probables chez une patiente béninoise traitée avec succès par un pansement sec compressif,.....77

9. SOSSOU E. & al, (Togo) Prévalence de intertrigo inter-orteil chez les gendarmes des forces armées togolaises en stage à Lomé (Togo),.....	83
10. TARSIBA K. A & al, (Togo) Bronchospasme induit par l'exercice chez les coureurs de fond issus des établissements secondaires de Lomé,.....	93
11. DAMIEN B.G & al, (Bénin) Pratiques en santé sexuelle et de la reproduction chez les adolescents et jeunes et facteurs associés dans la commune d'Abomey-Calavi (Bénin) en 2018,.....	107
12. AFANVI K.A. & al, (Togo) La discipline de l'amélioration : science de conduire les changements dans les systèmes de santé,.....	123
13. AFANVI K.A. & al, (Togo) De novice à expert leader du changement dans les systèmes de santé : l'artisanat de la discipline de l'amélioration,.....	175
14. JAGUN Olusoji & al, (Nigéria) Comparative analysis of serum lipid levels between preeclamptic and normotensive pregnant women in a black population,.....	203
15. SOEDJE Kokou Messanh & al, (Togo) Aspects épidémiologiques des troubles liés à la consommation des substances psychoactives par les conducteurs de taxi-moto Lomé (Togo),.....	213
16. AZIAGBE. K A. & al, (Togo) Les miliaires pulmonaires : aspects épidémiologique, clinique et paraclinique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé,.....	223
17. KPELAO E. & al, (Togo) Prise en charge des adénomes hypophysaires au Togo,	239
18 KPELAO E. & al, (Togo) Chirurgie des anévrismes intracrâniens : une réalité au Togo,.....	245
19. FOMA W. & al, (Togo) Instrumentation chirurgicale face au covid-19 à Lomé : enquête sur les connaissances, les pratiques et l'état des blocs opératoires dans 10 structures sanitaires,.....	255

20. KEITA N. & al (République de Guinée) Dynamique saisonnière des tiques (ixodidae) parasites des animaux domestiques à Kindia en basse Guinée (République de Guinée) en 2018,.....	271
21. MINYEM NGOMBI A.P. & al, (Cameroun) Evaluation de la consommation des antimicrobiens disponibles chez les grossistes répartiteurs de Yaoundé en 2019 et de 2020-2021 pendant la pandémie à COVID-19,.....	283
22. TOUDONOU S. & al, (Bénin) Facteurs associés à la mortinaiissance antepartum (mort-nés macérés) dans la zone sanitaire save-ouesse (zs_sao), Bénin, 2018 à 2020,.....	299
23. MOUZOU E T & al, (Togo) Réanimation préopératoire des péritonites aiguës généralisées de l'adulte : aspects thérapeutiques et évolutifs au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé,.....	313
24. DIAOUGA H.S & al, (Niger) Grossesse menée à terme dans un utérus bicorne; découverte fortuite lors d'une césarienne : à propos de deux cas,.....	323
25. RANDRIAMANO VONTSOA N. E & al, (Madagascar) Profil épidémiologique clinique et thérapeutique du cancer mammaire d'emblée métastatique au service oncologie Antananarivo,.....	331
26. SABI K. A. & al, (Togo) Profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique de l'insuffisance rénale chez les patients atteints de Covid-19 au centre anti – Covid de Lomé (Togo),.....	341
27. DAGBÉ M. & al, (Togo) Apport de l'échographie et de la tomodensitométrie dans les contusions abdominales chez l'adulte: à propos de 76 cas colligés au CHU Sylvanus Olympio de Lomé,.....	355
28. KPELAO E. & al, (Togo) Prise en charge des schwannomes spinaux au Togo,.....	365
29. DIARRA S.S. & al, (Mali) Observance de la chimioprophylaxie par la sulfadoxine- pyriméthamine durant la grossesse au Mali,.....	373
30. TSEVI Yawovi Mawufemo & al, (Togo) Place de la kinésithérapie dans la prise en charge des patients hémodialysés au Togo : à propos de 10 observations,.....	385

31. KENAO T.S. & al, (Togo)	
Qualité des aliments consommés dans trois régions du Togo,.....	393
32. KAAGA Y. L. & al, (Togo)	
Connaissances et pratiques des mesures hygiéno-diététiques chez les diabétiques suivis dans le service de médecine interne du CHU Sylvanus Olympio,.....	405
33. ALLAWAYE L. & al, (Tchad)	
Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs au Centre Hospitalier et Universitaire la Référence Nationale de N'Djamena à propos de 90 cas,.....	415
34. SANGHO A. (Mali)	
Etude de la délivrance des contraceptifs d'urgence par le personnel des officines de pharmacie à Bamako en 2021,.....	425
35. GBADAMASSI A.G. & al (Togo)	
Facteurs de non contrôle de l'asthme au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé,.....	437
36. YEVI D. M. I. & al, (Bénin)	
La cystite emphysémateuse post-opératoire d'une pulpectomie testiculaire bilatérale,.....	445
37. AFASSINOY Y. & al, (Togo)	
Duplicité de l'artère coronaire droite : à propos d'un cas de découverte coronarographique à Lomé,.....	451

PRATIQUES EN SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ET FACTEURS ASSOCIES DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI (BENIN) EN 2018

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH PRACTICES AMONG ADOLESCENTS AND YOUTH AND ASSOCIATED FACTORS: COMMUNE OF ABOMEY-CALAVI, BENIN, 2018

DAMIEN B.G.^{1*}, TOSSOU M.², PADONOU G², AGUEMON B².

¹Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Benin

²Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Benin

*Auteur correspondant : DAMIEN Barikissou Georgia

Email : barikiss2000@yahoo.fr

(Reçu le 26 Septembre 2022; Révisé le 10 Janvier 2023; Accepté le 20 Janvier 2023)

RESUME

Introduction : Au niveau mondial, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles de 15 à 19 ans. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) chez les adolescents et jeunes et d'identifier les facteurs associés dans la commune d'Abomey-Calavi.

Cadre et méthodes d'étude : Une étude mixte a été menée de janvier à février 2018 dans la commune d'Abomey-Calavi. Un échantillonnage en grappe à trois degrés et le calcul de score ont été utilisés pour mesurer le niveau de connaissance et de pratique de SSR. Un modèle de régression logistique a été effectué pour déterminer les facteurs associés aux pratiques de SSR.

Résultats : Au total 421 adolescents et jeunes ont été enquêtés. Parmi eux, 52% étaient de sexe féminin avec un âge moyen de 18,27 ans ($\pm 2,91$) et 77,7% avaient un bon niveau de connaissance sur la SSR. Des répondants, 34,4% avaient une bonne pratique de SSR. La majorité des parents (35/40) ayant participé aux focus group ne discutaient pas de la sexualité avec leurs enfants. De même, la majorité des parents avaient déclaré que les enfants de la tranche d'âge de 10-15 ans n'avaient pas de besoins en matière de santé de reproduction. L'âge de 10-15 ans, le niveau d'étude secondaire, la connaissance du lieu de disponibilité de service de SSR étaient en lien avec une augmentation des bonnes pratiques en matière de SSR.

Conclusion : Les adolescents et jeunes avaient une bonne connaissance de la SSR mais de mauvaises pratiques. Le jeune âge, le niveau d'étude secondaire, la connaissance du lieu de disponibilité de service de SSR étaient en lien avec une augmentation des bonnes pratiques en matière de SSR. Afin de contribuer à la réduction des mauvaises pratiques de SSR chez les adolescents et jeunes, il est nécessaire de mener des actions de promotion des services de SSR à l'endroit des adolescents et jeunes et des activités de communication pour un changement de comportement à l'endroit des parents.

Mots clés : pratiques, santé sexuelle et reproductive, adolescents, jeunes, Abomey-Calavi, Bénin

ABSTRACT

Introduction: Globally, complications of pregnancy and childbirth are the leading cause of death for girls aged 15 to 19. The study aimed to describe sexual and reproductive health (SRH) practices among adolescents and youth and identify associated factors in the commune of Abomey-Calavi.

Methods: A mixed-methods study was conducted from January to February 2018 in the commune of Abomey-Calavi. Three-stage cluster sampling and a score calculation was used to measure the level of knowledge and practice of SRH. Univariate and multivariate analysis was performed to determine factors associated with SRH practices.

Results: A total of 421 adolescents and young people were surveyed. Of these, 52% were female with a mean age of 18.27 years (± 2.91) and 77.7% had a good level of knowledge about SRH. Of respondents, 34.4% had good practice of SRH. The majority of the parents (35/40) who participated in the focus groups did not discuss sexuality with their children. Similarly, the majority of parents stated that children in the 10-15 age group did not have reproductive health needs. Age 10-15 years, secondary education level, knowledge of where SRH service is available were associated with an increase in good SRH practices.

Conclusion: Adolescents and young people had good knowledge of SRH but poor practice. Youngest, secondary education level, knowledge of where SRH services were available increased good practices of SRH. In order to contribute to the reduction of poor SRH practices among adolescents and youth, it is advisable to promote SRH services for adolescents and youth and communication activities to change parents' behaviour.

Key-words: practices, sexual and reproductive health, adolescents, youth, Abomey-Calavi, Benin

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'adolescent » est toute personne âgée de 10 à 19 ans, tandis que « le jeune » est âgé de 20 à 24 ans [1]. Une des principales problématiques liées à ce passage de l'enfance à l'âge adulte est la question de la sexualité [2, 3]. Plus de 1,5 million d'adolescents et de jeunes adultes de 10 à 24 ans sont décédés en 2019. Parmi les causes on note les décès prématurés des suites de complications liées à la grossesse et des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le virus immunodéficiences humaine /syndrome immunodéficiences acquises (VIH/SIDA). De même, selon les estimations, 1,7 million d'adolescents (10-19 ans) vivaient avec le VIH en 2019, dont 90 % environ dans la Région africaine de l'OMS [4]. Au Bénin, une proportion importante des adolescents et jeunes (Ado et jeunes) de la tranche d'âge de 10-24 ans, (33,03% de la population totale) se trouve confrontée à

d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la prolifération des IST et du VIH/SIDA. La faible utilisation de la méthode contraceptive dans un contexte de rapport sexuel non protégé, la fréquence de grossesses non désirées, les complications des avortements provoqués, l'utilisation de source non fiable d'information en santé des adolescents et jeunes, le commerce sexuel du fait de la dégradation des mœurs et de la situation économique précaire viennent aggraver ce tableau [5]. La précocité des rapports sexuels respectivement 13% et 46% avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans, la nuptialité précoce des femmes avec respectivement 14% et 35% des femmes en union avant l'âge de 15 ans et 18 ans. La prévalence des IST est plus élevée chez les adolescents que chez les jeunes (8,9 *versus* 2,7). Au regard de cette situation peu reluisante le ministère de la santé a décidé d'élaborer une Stratégie Nationale Multisectorielle en

Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (SNMSRAJ).

Ce qui a motivé la recherche actuelle sur l'analyse des connaissances et pratiques de santé de reproduction et les facteurs associés chez les ado et jeunes de la commune d'Abomey-Calavi au sud du Bénin.

1. CADRE ET METHODES D'ETUDE

1.1. Cadre d'étude

Abomey-Calavi est une ville du Bénin, située dans le département de l'Atlantique à 18 km au nord de Cotonou. Elle est la deuxième ville la plus peuplée du Bénin et compte neuf arrondissements, 83 quartiers et 66 villages. Elle compte selon le quatrième recensement général de la population du Bénin en 2013, 656.358 habitants dont 323.574 hommes et 332.784 femmes [6]. Les ado et jeunes représentent environ 33% de cette population.

Sur le plan sanitaire elle compte 12 centres de santé publique, un hôpital de zone et des centaines de cliniques et cabinets de santé privés [7]. Deux Centres Jeunes Amour & Vie (CJAV) sont installés dans la commune d'Abomey-Calavi précisément dans les arrondissements de Godomey et Abomey-Calavi. Sur le plan éducatif, la commune d'Abomey-Calavi compte 18 collèges publics d'enseignement général et des centaines de collèges privés. La tranche d'âge des élèves dans ces collèges varie de 9 à 24 ans. Elle abrite également la plus grande université du Bénin dont l'effectif au cours de l'année académique 2015-2016 selon l'annuaire des statistiques de l'année académique 2016-2017 est de 68,978 étudiants dont environ 72% sont de sexe masculin et plus de la moitié dans la tranche d'âge de 15-24 ans [8].

1.2. Méthodes d'étude

Il s'agissait d'une étude mixte transversale descriptive et analytique. Le volet quantitatif avait consisté à collecter les données à l'aide d'un questionnaire adressé aux ado et jeunes. Tandis que le volet qualitatif se fera à travers des entretiens de groupe qui regrouperont les parents des ado et jeunes.

Volet quantitatif

Elle concerne tous les ado et jeunes de la commune d'Abomey-Calavi âgés de 10 à 24 ans scolarisés ou non. Les critères d'inclusion étaient : i) Être adolescent ou jeune âgé de 10 ans à 24 ans, ii) Vivre sous la tutelle d'un parent ou d'un tuteur, iii) Ne vit pas en couple, iv) Résider dans la zone d'étude depuis au moins un an, v) Avoir bénéficié ou non d'un service dans un centre Ado, vi) Avoir eu des enfants ou non. La technique d'échantillonnage en grappes à deux degrés de l'OMS a été utilisée. Les deux arrondissements abritant les deux centres Ado appelés Centres Jeunes Amour & Vie et que l'intervention couvre ont été choisis. Il s'agit des arrondissements de Godomey et Abomey-Calavi. Un échantillonnage en grappe à trois degrés a été utilisé [9]. La taille de l'échantillon est calculée à partir de la formule de SCHWARTZ : $n = \frac{Z^2 pq}{i^2} \times k$ avec Z : le niveau de confiance à 95% (Z = 1,96), p est l'utilisation des méthodes contraceptives parce que dans la pratique de l'offre des services de contraception, la prévention des IST/VIH-SIDA y sont incluses. La valeur la plus récente de p dans le département de l'Atlantique était de 17% chez les femmes en âge de procréer [10], q est égal à 1-p= (0,73), i est la précision souhaitée (i= 0,05), k est l'effet de grappe considéré égal à 2. La taille d'échantillon minimale était égale 326 ado et jeunes minimum. Au 1^{er} degré, 30 unités de grappes (quartiers) ont été sélectionnées selon les normes de l'OMS en matière

d'échantillonnage proportionnellement au nombre de quartiers par arrondissement. Ainsi neuf quartiers sur 20 ont été sélectionnés dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi et 21 quartiers sur 49 dans celui de Godomey. Enfin, au deuxième degré un échantillon de 13 ou 14 ménages ont été sélectionnés par quartier et dans chaque ménage un ado ou jeune a été inclus.

La variable dépendante de cette étude était : « Bonnes pratiques de santé de reproduction chez les ado et jeunes ». Il s'agit d'une variable composite déclinée en plusieurs sous-variables à savoir : i) être en relation amoureuse avec un (e) petit (e) ami (e) ; ii) avoir eu une fois de relation sexuelle, iii) utilisation du préservatif lors des relations sexuelles ; iv) avoir été enceinte ou enceinté une fois, v) avoir souffert d'une IST une fois, vi) avoir fait le test de VIH une fois, vii) avoir fait le test de l'hépatite B, viii) avoir fait le dépistage du cancer des seins une fois, ix) avoir fait le dépistage du cancer du col une fois, x) avoir bénéficié d'un service de Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR). A partir de ces sous variables précitées, un score représentant la variable dépendante a été calculé. Une bonne pratique de SSR a été considérée à un seuil de 50% du score maximum. Les variables indépendantes étaient les caractéristiques socio - démographiques des ado et jeunes (âge, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence, religion, sexe, langue parlée et vivre sous l'autorité d'un parent ou d'un tuteur), les caractéristiques des parents (niveau de scolarité des parents, situation matrimoniale, les conditions de vie des parents (famille monoparentale, famille reconstituée) et le niveau de connaissance sur la Santé de Reproduction. La variable « niveau de connaissance sur la santé de reproduction » est une variable composée à partir d'autres variables à savoir : information sur la santé de reproduction, connaissances des moyens de prévention des grossesses et des IST/VIH/SIDA,

connaissance des différents services de santé de reproduction des ado et jeunes, endroits où les services de santé de reproduction sont disponibles ; connaissance sur les IST/VIH-SIDA, information sur l'hépatite B, information sur le cancer du col de l'utérus et des seins. A partir de ses sous variables un score a été calculé. Un bon niveau de connaissance a été considéré à un seuil de 80% du score maximum. La variable « *perception des parents* » est une variable composée à partir d'autres variables que sont : information des ados et jeunes par les parents sur l'utilisation des services de SSR et l'accord ou non des parents sur l'utilisation des services de santé de reproduction par les ado et jeunes. Elle est cotée 1 si la perception est bonne et 0 dans le cas contraire. Un questionnaire a été utilisé pour collecter les données. Six enquêteurs ont été recrutés et formés pour la collecte des données sur : l'administration du questionnaire, le choix de l'enquête, la traduction et le remplissage du questionnaire. Les six enquêteurs ont été repartis en binômes et chaque binôme a parcouru 10 quartiers. La collecte des données quantitatives a duré une semaine. L'analyse des données a été faite à l'aide du Epi Info version 7.2.3. L'analyse descriptive a permis de déterminer les proportions pour les variables quantitatives. En analyse uni variée, nous avons utilisé le test chi-deux d'indépendance pour la comparaison des proportions dans le cas des croisements entre deux variables quantitatives. Pour tout degré de signification $p < 0,05$, nous avons conclu à une différence statistiquement significative. Les variables significatives au seuil de 5% ont été utilisées pour construire un modèle multivarié par la régression logistique. Le calcul du rapport de cote (RC) et de son intervalle de confiance (IC) a été utilisé pour estimer la force de l'association entre les bonnes pratiques de SSR et les facteurs associés.

Volet qualitatif

Les parents ou tuteurs d'ado et jeunes sont les cibles de l'étude qualitative. Les critères d'inclusion étaient : i) Etre parent ou tuteur d'un adolescent ou jeune de 10-24 ans et ii) Résider dans la zone d'étude depuis au moins un an. Les critères d'exclusion de cette étude étaient : i) Refuser de participer à l'enquête et ii) Etre dans l'incapacité de répondre de participer aux focus group. Au total quatre entretiens de groupe sont réalisés dans quatre différents quartiers. Nous avons choisi par commodité deux quartiers qui abritent les CJAV et deux autres quartiers qui n'abritent pas les CJAV. Au total 10 participants étaient sélectionnés au hasard dans un rayon de 2 km par entretien de groupe du lieu retenu pour la séance. Au total 40 parents d'ado et jeunes sélectionnés de façon non aléatoire ont participé aux quatre entretiens de groupe dont deux regroupant les parents de sexe masculin et deux regroupant les parents de sexe féminin. Un guide d'entretien et un enregistreur ont été utilisés pour collecter les données. La collecte des données a commencé juste après celle quantitative. Elle a duré six jours. Ils ont été faits dans les quartiers de Lobooukpa, Womey, Sédégbé et Godomey de la commune de Calavi. Chacun avait regroupé 10 participants et avait duré au maximum 45 mn. Les participants ont été invités sur un seul critère de : « parent d'ado ou jeunes » résidant ou travaillant dans un rayon de 2 km au plus du lieu retenu pour la séance. La discussion avait tourné autour de cinq principaux points à savoir : le dialogue parent-enfant sur la sexualité, la connaissance des parents sur les besoins des enfants de 10- 15 ans, la connaissance des parents sur les besoins des enfants de 16-24 ans, la connaissance sur l'existence et la disponibilité des services de SSR dans les infirmeries scolaires et l'opinion des parents sur l'utilisation des services de SSR par leurs enfants. La transcription intégrale des enregistrements a été faite et le corpus

élaboré. L'analyse a été réalisée manuellement.

Les autorités administratives locales de la zone d'étude ont été informées du projet de recherche. La Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a donné son accord à l'étude. Le consentement oral libre et éclairé de chaque enquêté et/ou de son parent ou tuteur a été obtenu. Pour assurer la confidentialité de l'étude tous les enquêtés ont été codés. La participation de l'étude n'a exposé les sujets à aucun risque physique.

2. RESULTATS

Un total de 430 ado et jeunes âgés de 10 à 24 ans ont été approchés. Le taux de réponses était de 98% (421 répondants). Parmi les non-réponses, il y a eu cinq refus et quatre personnes éliminées pour incohérence de réponse.

2.1. Caractéristiques descriptives de la population d'étude

L'âge moyen des enquêtés était de 18,27 ans \pm 2,91 avec des extrêmes allant de 10 à 24 ans. Plus de la moitié de la population était de sexe féminin soit 52%. De même, plus de la moitié soit 53% était des élèves. Plus de la moitié des enquêtés vivaient avec leurs parents soit 54,6% (Tableau I). Une proportion de 33% des pères des ado et jeunes interviewés étaient non scolarisés et 32,1% avaient un niveau d'instruction secondaire. 48,9% des mères étaient non scolarisées et 22,6% avaient un niveau primaire. Plus de la moitié des parents étaient mariés ou en couple soit 58,9% (Tableau II).

Tableau I : Répartition des adolescents et jeunes selon leurs caractéristiques sociodémographiques, Abomey-Calavi, 2018

Variables	Effectif	%
Sexe		
Homme	202	48,0
Femme	219	52,0
Profession		
Artisan / autres	86	20,4
Ecolier	10	2,4
Elève	224	53,2
Etudiant	101	24,0
Religion		
Chrétien	327	77,7
Musulman	62	14,7
Croyance Traditionnelles	32	7,6
Langue parlée		
Fon	171	40,6
Goun	30	7,1
Mina	41	9,7
Yoruba	48	11,4
Tofin	45	10,7
Adja	40	9,5
Autres	46	10,9
Vit avec ses deux parents		
Oui	230	54,6
Non	185	43,9
Ne sait pas	6	1,4

Parmi les 421 ado et jeunes enquêtés, 306 soit 72,7% avaient reçu au moins une fois des informations sur la SSR. Dans le sous-groupe des 306 ado et jeunes, les parents et les amis/pairs étaient les principaux canaux par lesquels ces informations étaient reçues soit 53%. Sur les 421 ado et jeunes 336 soit 79,8% connaissaient les moyens de prévention d'une grossesse. Parmi les 336 qui connaissaient les moyens de prévention d'une grossesse, l'abstinence sexuelle était le moyen de prévention de la grossesse le plus cité soit 55,80%. Sur les 421 ado et jeunes, 240 enquêtés soit 57,01% connaissaient les endroits pour bénéficier des services de Santé de Reproduction.

Parmi eux, 53% avaient cité les Centres Jeunes Amour & Vie comme les endroits pour bénéficier des services de SSR. Une proportion de 78,9% soit 332 enquêtés avaient une connaissance sur les Infections Sexuellement transmissibles (IST) principalement sur le VIH (42,2% des 78,9%). Sur les 421 ado et jeunes, 56,1% avaient reçu des informations sur l'hépatite B. Parmi les 421 ado et jeunes, 30% avaient reçu une information sur le cancer des seins. Sur 421 ado et jeunes, 10,2% avaient reçu une information sur le cancer du col. Parmi les 421 ado et jeunes, 84,1% avaient reçu des conseils sur le tabagisme. Sur 421 ado et jeunes 67,7% avaient reçu des

Pratiques en santé sexuelle et de la reproduction chez les adolescents et jeunes et facteurs associés dans la commune d'Abomey-Calavi (Bénin) en 2018

informations sur la nutrition et l'alimentation (Tableau III). A partir du score du niveau de connaissance calculé chez les ado et jeunes 327 individus soit 77,7% avaient un bon niveau de connaissance sur la SSR.

Tableau II : Répartition des parents des adolescents et jeunes selon leurs caractéristiques socio démographiques Abomey-Calavi, 2018 (Suite).

Variables	Effectif	%
Niveau d'instruction du père		
Non scolaire	139	33,0
Primaire	55	13,0
Secondaire	135	32,1
Supérieur	92	21,9
Niveau d'instruction de la mère		
Non scolaire	206	48,9
Primaire	95	22,6
Secondaire	90	21,4
Supérieur	30	7,1
Situation matrimoniale des parents		
Célibataire	36	8,6
Marié / En couple	241	57,2
Divorcé	73	17,3
Veuf	71	16,9

Tableau III : Répartition des adolescents et jeunes selon leur niveau de connaissance sur la SSR, Abomey-Calavi, 2018.

Variables	Effectif	%
Information reçue sur la SSR		
Non	115	27,3
Oui	306	72,7
Connaissance sur la Prévention d'une grossesse		
Non	85	20,2
Oui	336	79,8
Connaissance d'un site de service SSR		
Non	240	57,0
Oui	181	43,0
Connaissance sur les IST		
Non	89	21,1
Oui	332	78,9
Information sur l'hépatite B		
Non	185	43,9
Oui	236	56,1
Connaissance d'un centre Ado		
Non	179	42,5
Oui	242	57,5
Information sur cancer des seins		
Non	295	70,0
Oui	126	30,0
Information sur le cancer du col		
Non	378	89,8
Oui	43	10,2
Conseils sur le tabagisme ou autres drogues		
Non	67	15,9
Oui	354	84,1
Conseils sur la nutrition et l'alimentation		
Non	136	32,3
Oui	285	67,7

SSR : Santé sexuelle et de la reproduction ; IST : Infection sexuellement Transmissible

2.2. Pratiques de Santé de Reproduction chez les adolescents et jeunes

Parmi les répondants, 42,99% utilisaient les services de SSR. Lorsqu'on considère le seuil de bonne pratique à 50% au moins 145 individus soit 34,4% avaient une bonne pratique de SSR (pratique de SSR à

moins risque d'IST-VIH et grossesse non désirée).

Plus de $\frac{3}{4}$ des parents soit 81% avaient une mauvaise perception sur l'utilisation des services de SSR. Selon certains parents les ado et jeunes qui avaient accès au service de SSR étaient encouragés à la débauche.

2.3. Facteurs associés aux pratiques de Santé de la Reproduction chez les adolescents et jeunes

Parmi les caractéristiques socio démographiques testées, l'âge et la langue maternelle étaient significativement associés à la bonne pratique de SSR chez les ado et jeunes. En ce qui concerne l'âge, les jeunes de 10 à 15 ans avaient 2,10 fois

une bonne pratique de SSR par rapport aux jeunes de 16 à 20 ans. Les jeunes ayant pour langue maternelle Adja avaient 2,42 fois une bonne pratique par rapport à ceux qui avaient pour langue maternelle Fon. Les jeunes ayant pour langue maternelle Adja avaient 2,85 fois une bonne pratique comparée à ceux qui ont pour langue maternelle Tofin (Tableau IV).

Tableau IV : Bonnes pratiques de SSR associées aux caractéristiques socio démographiques des adolescents et jeunes, analyse univariée, Abomey-Calavi, 2018.

Variables	Bonnes pratiques de SSR (%)			
	Oui	Non	RC [IC95 %]	p
Age				
10-15 ans	26,90	14,86	2,10[1,29 ; 3,46]	0,002
> 15 ans	73,10	85,14	1	
Sexe				
Homme	48,97	47,46	1	0,769
Femme	51,03	52,54	0,94[0,62 ; 1,41]	
Profession				
Etudiant	28,97	21,38	1	
Elève	48,97	55,43	0,65[0,40 ; 1,06]	0,084
Ecolier	1,38	2,90	0,35[0,07 ; 1,74]	0,200
Artisan	14,48	13,77	0,77[0,39 ; 1,50]	0,454
Autres	6,21	6,52	0,70[0,28 ; 1,71]	0,438
Religion				
Chrétien	77,93	77,54	1	
Musulman	17,24	13,41	1,28[0,73 ; 2,23]	0,385
Croyances traditionnelles	3,45	7,25	0,47[0,17 ; 1,29]	0,145
Autres	1,38	1,81	0,75[0,14 ; 3,96]	0,742
Langue maternelle				
Adja	12,41	7,97	1	
Fon	42,07	39,86	0,60[0,33 ; 1,36]	0,2467
Goun	7,59	6,88	0,71[0,26 ; 1,86]	0,484
Mina	8,28	10,51	0,50[0,20 ; 1,26]	0,0986
Yoruba	12,41	10,87	0,73[0,31 ; 1,72]	0,0869
Tofin	6,90	12,68	0,35[0,14 ; 0,89]	0,0148
Autres	10,34	11,23	2,21[0,89 ; 5,48]	0,0847
Vit avec les parents				
Non	49,65	58,46	0,75[0,54 ; 1,04]	0,0899
Oui	50,35	41,54	1	

Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR), Gras : $p < 0,05$

Parmi les caractéristiques sociodémographiques des parents testées, seulement le niveau de scolarité de la mère (niveau secondaire) était significativement associé à la bonne pratique de SSR chez les ado et jeunes. Les jeunes issus des mères scolarisées niveau secondaire avaient 1,98 fois une bonne pratique de SSR comparés à ceux issus de mères sans niveau scolaire. Les jeunes dont les parents avaient une bonne perception sur l'éducation sur la SSR avaient 2,56 fois une bonne pratique de SSR par rapport à ceux dont les parents avaient une mauvaise perception de l'éducation sur la SSR (Tableau V). Parmi

les variables qui composent le niveau de connaissance, seules les variables « la connaissance du lieu de disponibilité des services de SSR », « avoir été informé sur le cancer du sein », « avoir été informé sur le cancer du col » étaient significativement associées à la bonne pratique de SSR chez les ados et jeunes. Les jeunes qui avaient une connaissance du lieu de disponibilité des services de SSR avaient 2,32 fois une bonne pratique, comparés à ceux qui n'avaient pas de connaissance sur le lieu de disponibilité des services de SSR (Tableau VI).

Tableau V : Bonnes pratiques de SSR chez les adolescents et jeunes associées aux caractéristiques socio démographiques et à la perception des parents, analyse uni variée, Abomey-Calavi, 2018

Variables	Bonnes pratiques de SSR (%)			
	Oui	Non	RC [IC95%]	p
Statut des parents				
Célibataire	8,97	8,33	1	
Divorcé	12,41	19,93	1,04[0,49 ; 2,14]	0,924
Marié	61,38	55,07	0,58[0,24 ; 1,37]	0,215
Veuf/Veuve	17,24	16,67	0,96[0,42 ; 2,22]	0,927
Niveau de scolarité mère				
Non scolarisé	44,83	51,09	1	
Primaire	25,00	17,93	0,82[0,48 ; 1,40]	0,463
Secondaire	29,66	17,03	1,98[1,19 ; 3,29]	0,008
Supérieur	7,59	6,88	1,26[0,56 ; 2,79]	0,576
Niveau de scolarité père				
Non scolarisé	33,79	32,60	1	
Primaire	10,34	14,49	0,69[0,35 ; 1,37]	0,288
Secondaire	31,72	32,25	0,95[0,58 ; 1,56]	0,837
Supérieur	20,65	20,65	1,13[0,65 ; 1,94]	0,666
Perception des parents sur l'éducation SSR				
Bonne	71,03	86,23	2,56[1,55 ; 4,19]	<0,0001
Mauvaise	28,97	13,77	1	

Santé de la Reproduction (SSR), Gras : p < 0,05

Tableau VI : Bonnes pratiques de SSR associées au niveau de connaissance des adolescents et jeunes, analyse uni variée, Abomey-Calavi, 2018.

Variables	Bonnes pratiques de SSR (%)			
	Oui	Non	RC [IC95%]	p
Information sur la SSR				
Oui	68,28	75,00	0,72[0,46 ; 1,11]	0,141
Non	31,72	25,00	1	
Prévention de grossesse				
Oui	75,86	81,88	0,69[0,42 ; 1,13]	0,143
Non	24,14	18,12	1	
Lieu de disponibilité service SSR				
Oui	56,55	35,87	2,32[1,54 ; 3,05]	<0,0001
Non	43,45	64,13	1	
Connaissance IST				
Oui	71,03	82,97	0,50 [0,31 ; 0,81]	0,004
Non	28,97	17,03	1	
Information sur l'hépatite B				
Oui	57,93	55,07	1,12[0,74 ; 1,69]	0,574
Non	42,07	44,93	1	
Connaissance centre Ado et jeune				
Oui	51,03	60,87	0,67[0,45 ; 1,00]	0,050
Non	48,97	39,13	1	
Information cancer des seins				
Oui	51,35	25,36	3,11[1,85 ; 5,20]	<0,0001
Non	48,65	74,54	1	
Information cancer col de l'utérus				
Oui	75,68	7,47	3,98[2,04 ; 7,73]	<0,0001
Non	24,32	92,53	1	
Conseils sur la drogue				
Oui	85,52	83,33	1,18[0,67 ; 2,06]	0,560
Non	14,48	16,67	1	
Conseils sur la nutrition				
Oui	66,90	68,12	0,94[0,61 ; 1,45]	0,793
Non	33,10	31,88	1	

Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) ; Infection sexuellement Transmissible (IST),
Gras : $p < 0,05$

En analyse multivariée, la connaissance du lieu de disponibilité de service de SSR était statistiquement associée aux bonnes

pratiques de SSR ajustée à la classe d'âge des ado et jeunes, au niveau de scolarité des mères, à la connaissance des IST et à la

langue maternelle de l'ado et jeune. Les jeunes qui connaissaient le lieu de disponibilité de service de SSR avaient 2,37 fois une bonne pratique de SSR comparés à ceux qui ne connaissaient pas

un lieu de disponibilité de service de SSR. Les jeunes de la classe d'âge de 10-15 ans avaient 2,45 fois une bonne pratique de SSR par rapport à ceux de la tranche d'âge supérieur à 15 ans (Tableau VII).

Tableau VII : Facteurs associés aux bonnes pratiques de SSR chez les adolescents et jeunes, analyse multi variée, Abomey-Calavi, 2018.

	Bonnes pratiques de SSR	
	RC ajusté [IC95 %]	p
Classe âge		
10-15 ans	2,45[1,41 ; 4,27]	0,0015
> 15 ans	1	
Langue maternelle		
Adja	1	
Fon	0,58[0,27 ; 1,23]	0,1546
Goun	0,57[0,20 ; 1,60]	0,2860
Mina	0,44[0,17 ; 1,18]	0,1022
Yoruba	0,53[0,21 ; 1,34]	0,1799
Tofin	0,35[0,13 ; 0,96]	0,0419
Autres	0,64[0,25 ; 1,63]	0,3501
Niveau de scolarité mère		
Non scolarisé		
Primaire	0,79[0,44 ; 1,40]	0,4229
Secondaire	1,92[1,10 ; 3,33]	0,0213
Supérieur	1,26[0,54 ; 2,93]	0,5845
Connaissance lieu de disponibilité service SSR		
Oui	2,37[1,37 ; 4,10]	0,0019
Non	1	
Connaissance des IST		
Oui	0,41[0,24 ; 0,72]	0,0021
Non	1	

Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) ; IST : Infections sexuellement transmissibles

2.4. Dialogue parent-enfant sur la sexualité

La majorité des parents (35/40) ayant participés aux focus group ne discutent pas de la sexualité avec leurs enfants. Pour eux cela n'avait aucune importance car il s'agirait d'une pratique occidentale que les africains ont copiée. A ce propos une mère de jeune fille confiait ceci :
« *Moi je ne parle pas de la sexualité avec ma fille qui a 20 ans parce qu'en parler c'est comme-ci je la pousse à aller au sexe* ».

Une autre mère confirmait : « *Non je ne parle pas de la sexualité avec ma fille car elle est encore vierge et ignore tout du sexe* ».

Quant à la connaissance des parents sur les besoins en matière de SSR chez les enfants de 10-15 ans, la majorité d'entre eux pensent que les enfants de la tranche d'âge de 10-15 ans n'ont pas de besoins en matière de santé de reproduction. « *Ils sont encore trop jeunes pour avoir des besoins de santé de reproduction* selon les propos d'un participant.

Un autre père de famille a confié : *« A l'âge de 10-15 ans les enfants sont trop curieux. En essayant de satisfaire les besoins en matière de santé de reproduction on risque de les pousser à la débauche ».*

Une mère confirmait : *« Moi j'ignore totalement que déjà à partir de 10 ans les enfants ont des besoins en matière de SSR ».*

Il en est de même pour la connaissance des parents sur les besoins en matière de SSR chez les enfants de 16-24 ans. La plupart d'entre eux ont des connaissances primitives sur les besoins de santé de reproduction de leurs enfants à cet âge. Selon eux il faut tout faire pour les empêcher de tomber enceinte ou d'enceinter la fille d'autrui.

Selon les propos d'une mère : *« il faut commencer par les mettre en garde sur des relations sexuelles au risque de tomber enceinte ou d'enceinter la fille d'autrui »*

Un autre père de famille confiait : *« il faut plus les surveiller et être vigilant en tant que parent »*

Une mère parle de sa stratégie : *« Moi je connais les besoins de ma fille dont le plus important est l'accès à l'information mais pour des raisons religieuses je prône l'abstinence sexuelle ou rien »*

L'accessibilité aux services de SSR par les adolescents et jeunes dans les infirmeries scolaires est la question qui a le plus suscité de discussion entre les participants. Les avis étaient divergents et partagés. Voici quelques déclarations des participants :

- *« Oui je sais que les services de santé de reproduction sont disponibles dans les infirmeries mais je n'encourage mes enfants à y aller »*

- *« Non j'ignorais que ces services existent dans les infirmeries mais je trouve que c'est une bonne chose »*

- *« Oui je sais que ces services sont disponibles mais c'est inadmissible de permettre cela dans un cadre scolaire »*

- *« Moi je ne suis pas d'accord surtout la distribution gratuite des préservatifs aux enfants »*

- *« Oui je sais mais je ne suis pas d'accord les enfants risquent de prendre le sexe comme de l'amusement alors que ce n'est pas le cas »*

- *« Non je ne suis pas d'accord nous ne sommes pas obligés de tout copier chez les blancs on doit continuer à éduquer nos enfants à la manière africaine »*

3. DISCUSSION

Dans la revue de littérature, les études qui ont abordé les pratiques en matière de SSR et les facteurs associés sont diverses. Dans la présente étude, seulement le tiers des ado et jeunes inclus avait une bonne pratique de SSR. En général, les indicateurs de bonnes pratiques sexuelles sont faibles chez les ado et jeunes en Afrique. Dans une étude réalisée au Congo en 2019, plus de la moitié des adolescents enquêtés était déjà sexuellement actifs [11]. De même, une étude portant sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou réalisé en 2017 a montré que 52,6% des adolescentes étaient

sexuellement actives avec un âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans \pm 1,3 [12].

Le niveau de connaissance des ado et jeunes sur la santé sexuelle et reproductive varie énormément d'une région à une autre. Une enquête transversale menée auprès de 1180 adolescents de neuf écoles de Fako au Cameroun a montré que plus de la moitié (54,0%) des participants avaient globalement de bonnes connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive. Cependant, 63,1% et 55,3% des participants avaient des connaissances médiocres sur les fonctions du système

reproducteur et les infections sexuellement transmissibles respectivement [13].

Par ailleurs, dans notre étude la moitié des ado et jeunes seulement fréquentaient les services de santé même quand leur niveau de connaissance sur le sujet est élevé. De même, une étude transversale menée en milieu scolaire auprès de 642 adolescents âgés de 15 à 19 ans provenant de deux écoles secondaires sélectionnées au hasard, chacune en milieu rural et urbain, dans le district d'Haramaya en Ethiopie a montré que parmi ceux qui ont répondu à l'enquête, 23,5% utilisait les services de SSR [14].

Ces résultats pourraient s'expliquer comme le montre notre étude par la perception négative qu'avaient les parents ou tuteurs de la communication sur la SSR et sur l'utilisation des SSR. Les résultats de l'enquête qualitative et de la revue de littérature viennent confirmer cette information. Plus de la moitié des parents qui ont participé aux focus group n'acceptent pas que leurs enfants adolescents et jeunes utilisent les services de Santé de Reproduction.

Selon une étude menée au Burkina Faso sur les connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans par Adohinzin et Coll., la quasi-totalité (99,3%) des jeunes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Bien que près de 84,0% d'entre eux soient en situation de cohabitation, les parents étaient les sources d'information les moins citées [15]. Dans cette étude, le jeune âge (10-15 ans), le niveau de scolarité de la mère (à partir du secondaire) et la connaissance du lieu de disponibilité des services de SSR étaient en faveur d'une bonne pratique de SSR. L'étude réalisée en Tunisie en 2017 auprès des jeunes usagers [16] a montré qu'il existe des rapports étroits entre la culture et la promotion de la santé. Ils apportent ainsi

un éclairage allant bien au-delà des conditions d'accueil et des dispositifs mis en place, pour aider les ado et jeunes à préserver leur santé ou à mieux traiter les problèmes qui lui sont liés, pour nous entraîner dans les sentiers empruntés par les facteurs culturels. Ainsi comme le montre la présente étude l'usage de la langue locale pourrait déterminer une meilleure pratique en matière de SSR au détriment de l'usage d'une autre langue. Et paradoxalement, un niveau de scolarité plus élevé a constitué un facteur positif pour les bonnes pratiques de SSR. Cela suggère qu'une meilleure intégration entre l'école et le contexte socio-culturel pourrait améliorer la SSR des ado et jeunes. Il s'agira peut-être de réintégrer les langues et pratiques locales au cœur des programmes de communication pour un changement de comportement pour une bonne pratique de SSR. La connaissance du lieu de disponibilité des services a également favorisé de bonnes pratiques de SSR. Il n'en demeure pas moins que ces structures viennent parfois conforter le tabou social qui entoure toutes les questions de SSR. En effet, les services de SSR inspirent parfois une forme de crainte ; la crainte d'être dévoilé, d'être moralisé, d'être puni par les parents, d'être vu et reconnu, d'être objet de scandale [13]. Les parents devraient être continuellement sensibilisés pour à leur tour aider les ado et jeunes à adopter des comportements responsables en matière de sexualité. Le droit à l'information sur la sexualité devrait être le fondement de l'éducation sexuelle. Le principal canal d'information serait sans doute le milieu scolaire ou d'apprentissage en raison sa capacité à toucher plus facilement de nombreux adolescents et jeunes en s'assurant de la prise en compte de l'environnement socio-culturel de l'ado ou du jeune.

CONCLUSION

Cette étude a montré une mauvaise perception des parents sur l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes. Elle a également montré que la connaissance d'un lieu de disponibilité des services de SSR déterminait positivement une bonne pratique de SSR. Pour la

promotion de la santé sexuelle et de la reproduction chez les ado et jeune, il est indispensable que les centres Ado et jeunes soient davantage accessibles et les parents et tuteurs sensibilisés à l'éducation sexuelle de leurs enfants.

REFERENCES

- [1].Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent., Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé. OMS : Genève, 2005. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43381/9242591262_Handout_fre.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- [2].Choquet, M., Michaud P.A., Frappier J.Y., Michaud P.A., Alvin P., Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques, In : Michaud P.A., Alvin P., (Éds.), La Santé des adolescents : approches, soins, prévention, Payot Lausanne, Doin éditeurs-Paris : Les Presses de l'université de Montréal, pp65-80, 1997.
- [3].Organisation Mondiale de la Santé., Santé des adolescents. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 2021. https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- [4].Organisation Mondiale de la Santé.,
- [5].Santé des adolescents et des jeunes adultes. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 2022. [Santé des adolescents et des jeunes adultes \(who.int\)](https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- [6].Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF, 2018., Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018 : Indicateurs Clés. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF
- [7].Ministère du développement de l'analyse économique et de la prospective., Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation. Cotonou : Ministère de la santé; 2013. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_jYzLnbHiAhWCSxUIHTvYCFQQFjAEegQIARAC&url=https%3A%20F%2Fwww.insae-bj.org%2Fimages%2Fdocs%2Finsae-statistiques%2Fdemographiques%2Fnos-12-departements%2Fles%2520r%25C3%25A9sultats%2520RGPH4%2520par%2520d%25C3%25A9partement.docx&usg=AOvVaw1N3APdBF7-3tof7KpwWd-
- [8].Ministère de la Santé. Secrétariat Général du Ministère. Direction de la Programmation et de la Prospective., Annuaire des statistiques sanitaires 2018. Ministère de la Santé, 2019. https://sante.gouv.bj/assets/ressources/pdf/Annuaire_2018_MS_VF.pdf.
- [9].Université d'Abomey-Calavi, Services des statistiques., Annuaire des statistiques de l'année académique 2016-2017. https://uac.bj/wp-content/uploads/2020/02/Annuaire_Statistiques_2016_2017_UAC_2018.pdf

- [10]. Organisation Mondiale de la Santé., Immunization coverage Cluster Survey reference Manuel Geneva: 2005 <http://www.who.int.vaccine-documents/Docs PDF 05/www.767.pdf>
- [11]. Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), 2015, Bénin., Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014, Rapport final, Cotonou, Bénin : Institut national de la statistique et de l'analyse économique. <https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/Autres-Enquetes/Autres/RAPPORT%20FINAL%20DE%20L'ENQUETE%20MICS%202014%20AU%20BENIN.pdf>
- [12]. L.C. Ollandzobo Ikobo, S.V. Missambou Mandilou, M.J. Matsielo, L. Tchidjo Ngamo, E.R. Nika, J.R. Mabilia Babela, Sexual Behaviour of Congolese Teenagers, *Open Journal of Pediatrics*, 2021, n°11, p. 656-668.
- [13]. Komboigo B.E., Zamane H., Sib R.S., Kiemtore S., Kain P. D., Ouattara A., Traore F., Thieba-Bonane B., Accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. *Journal de la SAGO*, vol.19, n°2, p. 36-40, 2018.
- [14]. R.M. Fubam, N. Tendongfor, O. Olayemi, A.A. Odukogbe, Sexual and reproductive health knowledge of secondary school adolescents in Fako, Cameroon, *Pan Afr Med J*, n°27, vol. 41, p.340, 2022.
- [15]. C.C.Y. Adohinzin, A. Berthe, N. Meda, A.M.G. Belem, G.A. Ouedraogo, B. Nacro, L. Fond-Harmant, I. Sombie, Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. *Annales des Sciences de la Santé*, n°9, Vol. 1, p. 35-59, 2019.
- [16]. A. Gherissi et F. Tinsa, Les services de Santé Sexuelle et Reproductive en Tunisie. Résultats d'une recherche qualitative auprès des jeunes usagers, *L'Année du Maghreb*, 2017. n°17, p. 133-150. <http://journals.openedition.org/anneemaghreb/3218> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.3218>