



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

INSTITUT JEAN-PAUL II DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES HUMAINES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE DE MASTER PROFESSIONNEL
EN PSYCHOLOGIE ET SCIENCES DE L'EDUCATION

OPTION : **CONCEPTION ET GESTION DES PROJETS D'EDUCATION**

**INFLUENCE DE L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE SUR LE
MAINTIEN SCOLAIRE DES ADOLESCENT(E)S DU CEG LA
VERDURE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI (BENIN)**

Réalisé par :

AGUIDI Oloudé Fortuné Marie Edgard

Co-Modérateur :

Dr. Sœur TIGRY Perpétue

Docteure en Philosophie, Enseignante-
Chercheure, Professeure de Rang Canonique

Modérateur :

Dr. Père AKOHA Théophile

Enseignant-Chercheur, Maître de
Conférence des Universités CAMES

Membres du Jury

Président : Dr TOGBE C. Timothée, Enseignant-Chercheur, Maître de Conférence des
Universités de CAMES

Modérateur : Dr. Père AKOHA Théophile, Enseignant-Chercheur, Maître de Conférence des
Universités du CAMES

Co-modérateur : Dr. Sœur TIGRY Perpétue, Docteure en Philosophie, Enseignante-
Chercheure, Professeur de Rang Canonique

Examinatrice : Dr SOSSOUHOUNTO Nadine, Docteure en Socio-anthropologie, Assistante

Moyenne de fin de cursus : 16,51

Mention : Très bien

Date de Soutenance : 30 Mai 2025

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
IN MEMORIAM.....	2
DÉDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATION	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES GRAPHIQUES	7
RÉSUMÉ.....	8
ABSTRACT	9
SE SIN HWE	10
INTRODUCTION.....	12
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE	14
1.1. Problématique.....	15
1.2. Hypothèses	17
1.3. Objectifs	17
1.4. Clarification conceptuelle.....	17
1.5. Revue de littérature	24
1.6. Raisons de choix du lieu de recherche	29
1.7. Raisons de choix du sujet	29
1.8. Modèle d'analyse	30
CHAPITRE 2 : CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ...	32
2.1. Cadre de la recherche	33
2.2. Approche méthodologique	34
CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS	45
3.1. Présentation des résultats	46
3.2. Interprétation des résultats	57
CHAPITRE 4 : DISCUSSION, LIMITES ET SUGGESTIONS.....	61
4.1. Discussion	62
4.2. Limites.....	68
4.3. Suggestions.....	72
CONCLUSION	75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
RÉFÉRENCES WEBOGRAPHIQUES.....	82
ANNEXES	83

IN MEMORIAM

A mon regretté oncle HOUEHOU Parfait.

DÉDICACE

À tous ceux qui m'ont encouragé dans l'atteinte de cet objectif.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements pour le présent mémoire de fin de cycle de master universitaire vont à l'endroit de toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette recherche. Ainsi, les remerciements s'adressent à :

- mon Directeur de mémoire, le Père Dr Théophile AKOHA, Maître de Conférence des Universités du CAMES, enseignant à l'Institut Jean Paul II de Cotonou (Bénin) pour avoir accepté de superviser ce travail ;
- ma codirectrice de mémoire, Dr Sœur Perpétue TIGRY, enseignante à l'Institut Jean Paul II de Cotonou (Bénin) ;
- tous les membres de l'administration de l'Institut Jean Paul II de Cotonou (Bénin) ;
- tous les enseignants de l'Institut Jean Paul II de Cotonou (Bénin), pour la qualité de la formation reçue ;
- Monsieur Yves S. M. da CONCEIÇÃO, Inspecteur de l'Enseignement Secondaire Général, pour ses conseils et orientations ;
- Madame Christelle ASSOGBA, Présidente de l'Association Pour l'Education, la Sexualité et la Santé en Afrique (APESSA), pour m'avoir permis de gagner en notions et en expériences au sein de la structure qu'elle préside ;
- tout le personnel de l'Association Pour l'Education, la Sexualité et la Santé en Afrique (APESSA), pour leur accompagnement ;
- Monsieur H. Ruben King HOUNDJI, pour son aide depuis la conception de ce projet ;
- Monsieur Oscar HODONOU, enseignant de langue française, pour son aide ;
- Madame Inesse GNONHOU et Monsieur LASSISSI K. Dine, pour leurs apports ;
- Dr Adékunlé Y. OUESSOU IDRISOU, Gynécologue Obstétricien, pour son aide ;
- ma compagne Hassiatou OUAKE et mes enfants Neyla et Niels pour les sacrifices et surtout pour l'amour qu'ils donnent à mes projets ;
- mon père François A. AGUIDI et ma mère Marthe S. HOUEHOU, pour leurs soutiens ;
- mes sœurs et mes frères pour leurs soutiens ;
- Père Achille HOUNNOUVI pour ses encouragements ;
- Monsieur Cossi Julien Mathias AGBLO pour son aide dans la réalisation de ce travail ;
- Monsieur Arsène ALLADJODJO pour ses encouragements ;
- Mes camarades étudiant(e)s pour ces moments de partage et d'entraide
- tous ceux qui de près ou de loin, ont apporté leur contribution à ce travail.

SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATION

APESSA : Association Pour l'Éducation, la Sexualité et la Santé en Afrique

CEG : Collège d'Enseignement Général

DDESTFP : Direction Départementale des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle

ECS : Éducation Complète à la Santé

ESS : Éducation à la Santé Sexuelle

GND : Grossesse Non Désirée

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Groupes pédagogiques	34
Tableau 2 : Effectif des apprenants par promotion.....	34
Tableau 3 : Différents composants et effectifs des échantillons pour les données quantitatives	38
Tableau 4 : Différents composants et effectifs des échantillons pour les données qualitatives	38
Tableau 5 : Age des enquêtés	46
Tableau 6 : Niveau d'étude des enquêtés	47
Tableau 7 : Expériences d'une grossesse non désirée.....	49
Tableau 8 : Echanges sur la prévention des grossesses non désirées	49
Tableau 9 : Perception de l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des grossesses non désirées	50
Tableau 10 : Eléments le plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées	50
Tableau 11 : Utilisation d'une méthode contraceptive.....	51
Tableau 12 : Soutien familial en matière de santé sexuelle	53
Tableau 13 : Tabous autour de la sexualité	53
Tableau 14 : Connaissance des IST/VIH-SIDA.....	54
Tableau 15 : Conseils ou informations sur la protection des IST	55
Tableau 16 : Dépistage pour une IST	56

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Enquêtés ayant reçu des notions en santé sexuelle.....	47
Graphique 2 : Répartition des sujets abordés en santé sexuelle	48
Graphique 3 : Niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives	48
Graphique 4 : Informations sur les grossesses non désirées.....	49
Graphique 5 : Confort pour demander des informations sur la contraception et la sexualité à vos enseignants ou conseillers.....	51
Graphique 6 : Niveau d'information sur la contraception.....	52
Graphique 7 : Principales raisons des grossesses non désirées	52
Graphique 8 : Cas de grossesses enregistrés de 2020 à 2025	54
Graphique 9 : Cadre fournissant les meilleures informations en matière de santé sexuelle ..	55
Graphique 10 : Existence de services et programmes de soutien.....	56

RÉSUMÉ

Les grossesses précoces et les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des facteurs de décrochage scolaire chez les adolescent(e)s. Ce travail évalue l'impact que pourrait avoir l'éducation à la santé sexuelle (ESS) sur ces obstacles et la persévérance scolaire des adolescent(e)s. Ainsi, il examine l'influence de l'ESS sur le maintien scolaire des adolescent(e)s et s'appuie sur la théorie de l'échange social, pour expliquer comment l'accès à l'information en milieu scolaire peut favoriser une meilleure prise de décisions chez les adolescent(e)s. Une approche méthodologique mixte, combinant des techniques d'enquête de terrain a été menée auprès de 189 adolescents du CEG La Verduze situé à Abomey-Calavi, au Bénin. Les données collectées comprennent des informations sur la connaissance, les attitudes et les pratiques des adolescent(e)s en matière de santé sexuelle, ainsi que sur leur perception de l'impact de l'ESS sur leur scolarité. Les résultats suggèrent que l'ESS adaptée aux réalités des adolescent(e)s, contribue significativement à la réduction des risques liés à la sexualité, favorise le maintien scolaire et améliore leur bien-être. Ce travail soutient que l'ESS est un levier essentiel pour le maintien scolaire des adolescents et invite les décideurs à renforcer la formation des enseignants, à développer des stratégies pédagogiques innovantes, à impliquer davantage les familles et la communauté pour l'épanouissement éducatif et sanitaire des adolescent(e)s.

Mots clés : Adolescence ; Grossesse précoce ; Sexualité ; Santé sexuelle ; Décrochage scolaire.

ABSTRACT

Early pregnancy and sexually transmitted infections (STIs) are factors in teenage school dropout. This study assesses the impact of sexual health education (SHE) on these obstacles and on teenager's school retention. It examines the influence of SHE on adolescents' school retention, and draws on social exchange theory to explain how access to information in the school environment can promote better decision-making among adolescents. A mixed-method approach, combining field survey techniques, was conducted with 189 adolescents from "La Verdure" general secondary school located in Abomey-Calavi, Benin. Data collected included information on adolescents' knowledge, attitudes and practices regarding sexual health, as well as their perception of the impact of SHE on their schooling. The results suggest that SHE adapted to the realities of adolescents, contributes significantly to the reduction of sexuality-related risks, promotes school retention and improves their well-being. This work argues that SHE is an essential lever for keeping adolescents in school, and calls on decision-makers to strengthen teacher training, develop innovative teaching strategies, and involve families and the community more closely in the educational and health development of adolescents.

Key words: Adolescence; Early pregnancy; Sexuality; Sexual health; School dropout.

SẸ SIN HWE

Azò e ló ọ́, lín tamén dó nu é nu kplón kplón mē ọ́ sunù kpo nyọnu hwe sin aliho ọ́ọ ọ́ walo jọ un jọ jà é nyi azọmē vi ọ́ nu kplón mē tén La VERDURE é do tokpónla Agbomē Kandofi tón mē é. Nun é ọ́ ọ́ taji ọ́ wē nyi ọ́ e na kpón ọ́ nun kplón kplón ọ́ ali e nē xo ọ́, e ka ọ́ọ walo azọ mē vi jọ un jọ ja lē tón a jì. Nu e na si xu ọ́ nukón yiyi ọ́ do ba nu nù e nē ọ́n, walo wē wē e sọ ọ́agni ; e wē nyi ọ́ e sọ nu kambio ọ́ lē ọ́agni nu azọ mē vi 189 mọ́ jén e lē vọ ọ́ xo xa mē de lē ọ́ gbeta kleun kleun mē. Azọ ọ́ lido do xo ọ́ ha mē bo na do ọ́ mọ́njemē ọ́ nu e nyọ́n ọ́ xo ma hamē bo do na kplón non zón bo nọ lē vọ d'alo dónkpē vun lē ọ́ gbeta su sọ ye tón lē sin ali ho. E nē ọ́n zón bo nu kun mọ́ jē nu mē do tìn ọ́ kan ci ca é tìn ọ́ nu kplón mē e nē nì na ọ́ azọ mē kpo do huzu huzu ọ́agbe gbe tà si sọ dónkpēvu lē tón mē e. Mì mọ́ ọ́ azọ mē vi é yi kplón e nē lē ọ́ nọ zan ọ́ ganji walo wu ọ́ zọ tón lē. Mọ́ jín mì lē mó ọ́ nu tún tun lē nọ jẹ́jì hwe e nu nu kplón mē do afọ́ dlén wē lē ọ́ azọ mē vi hwe 14 (w'ene), 17 (afọ́tón nukun wē) kpo 18 (afọ́tón nukun atón) lē gon. Hwenu cleun nu kambio lē tón, xo man nyi xo b'edọ́ kpoun, lē zón bọ́ nù e tón sin mē lē hwete. Lo ọ́ e sin azọ mē hwè ọ́okpo é mē e nọ́ bo wa azọ ọ́ na zón bọ́ mì na sin hun ọ́ Bene tọ́ ọ́ bì mē wē nu nyi mọ́ ọ́ a. Do ba nu nù e ló ọ́ ọ́ hle ọ́ nun kplón mē ọ́ sunu kpo nyọnu tun tun kpo sin ali jì ọ́, e nyi ọ́ e sọ́ gbe ha nì nọ́ mē alo zin zan é ọ́ te ọ́ e nọ́ na sinsen ọ́agbe. E nọ́ zón bọ́ azon é ọ́ e ọ́ xo ha sunu alo nyọnu lē nọ́ ọ́ekpo, mọ́ jén vilé ka nọ́ kpe nun kun ọ́ azọ mē nyi nyi ye tón wu. Do ba nu nù e ló ọ́, ọ́ mē bì da wē ọ́ nu kplón mē mesi lē tón , vi tọ́ kpo vínọ́ lē kpo dón do wu na zón bọ́ e na mọ́ kọ́ do safun ọ́ wu ọ́ zọ́ nu aliho.

Xo taji : Jọ un jọ ja ; Ho mì mọ́ ma ọ́ nu kun ; Ho ọ́ ha sunu kpo nyọnu kpa ; Bowli ọ́ sunu alo nyọnu hwe ; Azọ mē yiyi ọ́ọ te.

INTRODUCTION

L'adolescence est la période de la vie marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte. Elle est comprise entre la tranche d'âge de 10-19 ans et est marquée par trois étapes fondamentales dont la préadolescence, l'adolescence et l'adolescence tardive. Cette période de la vie est caractérisée par l'apparition de caractères sexuels secondaires ainsi qu'un désir d'indépendance accru dus aux changements biologiques déclenchés par les changements hormonaux de la puberté. À ce stade, les adolescent(e)s subissent en effet des modifications visibles tant sur le plan biologique, que social et psychologique ; ils/elles sont sujets à des changements de comportements affectifs et sexuels qui résultent principalement des nouveaux défis auxquels ils/elles sont confronté(e)s. L'adolescence est une phase cruciale dans l'établissement des futurs modèles de santé à l'âge adulte, et une plus grande attention est nécessaire pour améliorer la santé à l'adolescence et, plus tard, dans la vie (Blakemore, S., & Mills, K., 2014). Il s'agit de l'affirmation de l'identité, l'établissement de relations avec les pairs et un certain degré de détachement d'avec les parents. Tout ceci influe sur leurs jugements et leurs comportements, et très tôt, ils/elles opèrent des choix irréversibles, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

Or, les adolescent(e)s sont généralement considéré(e)s comme des ressources humaines de première importance pour le développement durable, car ils/elles constituent des vecteurs essentiels de changements sociaux au sein d'un pays. Les adolescents, constituent une force vive et un capital humain inestimable pour le développement d'une nation. Période charnière de transformation et d'acquisition de compétences, l'adolescence est le terreau fertile où se cultivent les futurs citoyens, leaders et innovateurs. Leur énergie, leur créativité et leur soif d'apprendre sont des moteurs essentiels pour le progrès économique, social et culturel. Investir dans leur éducation, leur santé et leur épanouissement n'est pas seulement un impératif moral, mais également une stratégie judicieuse pour assurer un avenir prospère et dynamique pour l'ensemble de la nation. Ils peuvent par conséquent expérimenter ces transformations au sein de leur communauté et à cet égard, ils/elles sont appelé(e)s à faire de bons choix afin de mieux se développer sur le plan personnel et de s'épanouir de manière harmonieuse (Percy-Smith, B., & Burns, D., 2013.), (Sheehan et al., 2017). Cependant, l'atteinte de cet objectif est soumise à l'amélioration de la situation de l'éducation à la santé sexuelle des adolescent(e)s.

Dans ce contexte, l'éducation à la santé sexuelle se révèle être un levier essentiel pour outiller les adolescents(es) scolarisés(es) face aux risques, aux pressions et aux incertitudes liés

à leur vie intime. En leur offrant des connaissances précises, des compétences psychosociales et une compréhension éclairée des enjeux de la sexualité, cette éducation peut significativement influencer leurs comportements, leurs attitudes et leur bien-être général. Aborder donc la santé sexuelle des adolescents implique de discuter ouvertement de sujets tels que la puberté, les relations, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le consentement, de créer un environnement sûr et sans jugement où les adolescents se sentent à l'aise de poser des questions et de chercher de l'aide.

Une éducation à la santé sexuelle, adaptée à leur âge est fondamentale et doit aller au-delà de la simple biologie de la reproduction en incluant des informations sur les aspects émotionnels, sociaux et éthiques de la sexualité, et en développant chez eux, une compréhension positive de leur corps, de leurs relations et de leur sexualité, afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être. En investissant dans la santé sexuelle des adolescents, ce sont des moyens qu'on leur donne de protéger leur santé, de construire des relations saines et respectueuses, et de réaliser pleinement leur potentiel. C'est un investissement dans leur avenir et dans celui de la société dans son ensemble.

En effet, l'éducation à la santé sexuelle au sein du système scolaire permet de procurer une bonne connaissance en matière de santé sexuelle aux adolescent(e)s, les aide à éviter les conséquences néfastes de la sexualité précoce et permet d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques, et surtout le comportement sexuel des adolescents en matière d'éducation à la santé sexuelle. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle améliorent efficacement les connaissances en matière de santé sexuelle et de pratiques sexuelles protégées, avec une proportion plus élevée d'individus soucieux de leur santé (Major, D. et al. 2023).

Ce travail de recherche, portant sur l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents(e)s, permettra d'exposer les raisons du choix d'une telle thématique et d'expliquer les objectifs poursuivis par la réalisation de ce travail.

Ce sujet est traité en quatre chapitres. Le premier chapitre présente le cadre théorique, le deuxième aborde le cadre de recherche et l'approche méthodologique ; le troisième chapitre détaille les résultats obtenus et enfin le dernier chapitre se penche sur la discussion, les limites des résultats de l'enquête et met en évidence les pistes de recherche futures dans ce domaine.

CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE

1.1. Problématique

L'éducation à la santé sexuelle se présente comme un élément fondamental du développement de l'adolescent, car elle façonne la compréhension qu'ont les jeunes de leur corps, de leurs relations et des attentes de la société. Alors que les adolescents traversent une période charnière marquée par l'exploration et la découverte de soi, l'inclusion d'une éducation complète à la santé sexuelle joue un rôle crucial dans la promotion d'une prise de décision éclairée. Ce cadre éducatif vise non seulement à fournir des connaissances essentielles sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et les relations saines, mais aussi à remettre en question les stigmates existants et à promouvoir une culture du respect et du consentement (Jespers, V., et al., 2016). En abordant les complexités de la santé sexuelle dans un environnement favorable, les adolescents sont en mesure d'exprimer leurs valeurs et leurs limites, ce qui peut conduire à des résultats plus sains. Par conséquent, il est essentiel d'examiner les influences multiples de l'éducation à la santé sexuelle pour comprendre son impact sur le comportement des adolescents et, en fin de compte, souligner la nature impérative de ces programmes dans la société contemporaine (Aitchedji et al., 2022).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2002, « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité... ». La « santé sexuelle » dépasse ainsi largement l'approche par la prévention des risques et permet d'englober des thématiques comme les violences sexuelles, l'identité sexuelle, l'affectif, les relations aux autres, le rapport à son corps, etc. L'avènement du concept de « santé sexuelle » dans les années 2000, consacre une approche en termes de promotion de la santé notamment « d'améliorer la santé sexuelle et la santé en générale » chez les adolescents et les jeunes. Caractérisée par une dualité entre enjeux sanitaires (prévention des IST, prévention des grossesses non désirées, etc.) et enjeux sociaux (discriminations sexistes, homophobes, violences sexuelles, etc.), cette tension se résout dans l'énonciation d'un champ d'intervention commun : la « santé sexuelle ».

L'adolescence est une période critique du développement des jeunes, avec des changements physiques, hormonaux, cognitifs et sociaux intenses et la formation de l'identité une fois loin des parents. Les adolescent(e)s acquièrent des informations tout en développant des attitudes et des expériences avec des relations et des comportements qui ont une influence, tant sur leur présent, que sur leur bien-être futur. Elle est une phase cruciale de la vie pour établir les futurs modèles de santé à l'âge adulte, et une plus grande attention est nécessaire pour améliorer la santé à la fois à l'adolescence et plus tard dans la vie (Sawyer, S., et al., 2012).

Les adolescents sont exposés aux risques liés à la santé sexuelle, mettant ainsi leur vie en danger. Ces risques ont rapport au mariage précoce, aux grossesses non désirées, aux avortements clandestins, aux infections sexuellement transmissibles notamment le VIH/SIDA, à l'infertilité, à la violence sexuelle ainsi que d'autres graves problèmes de santé (Tilahun et al., 2012). Les besoins et les problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s doivent encore recevoir une attention suffisante, en particulier dans les pays en développement.

Au Bénin, il est courant de constater dans les écoles, des adolescent(e)s sans suivi, provenant de milieu où l'accès aux informations essentielles et basiques sur la santé sexuelle leur est inaccessible ou carrément ces informations leurs sont mal transmises. Ceci impacte négativement le rendement scolaire de ces adolescents, entraînant des cas de décrochage scolaire ; avec pour finalité pour la grande partie, des grossesses précoces et non désirées, des infections sexuellement transmissibles et bien d'autres maux.

Ces différents faits et constats posent le problème de l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents. Ainsi plusieurs questions ont suscité notre attention. Il s'agit notamment de :

- Quel est le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans la réduction des cas de grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s ?
- Quel est le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans la réduction des IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s ?
- Comment l'éducation à la santé sexuelle pourrait contribuer à maintenir les adolescent(e)s dans le milieu scolaire ?
- Quel est le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans le maintien de l'équilibre mental des adolescent(e)s ?

Ces préoccupations conduisent à la question de recherche suivante : « **Comment l'éducation à la santé sexuelle influence-t-elle les adolescent(e)s d'Abomey-Calavi au Bénin : cas des adolescent(e)s du CEG la Verdure ?** »

1.2. Hypothèses

1.2.1. Hypothèse générale

L'accès à l'éducation à la santé sexuelle permet de maintenir les adolescents(e)s dans le milieu scolaire.

1.2.2. Hypothèses spécifiques

- L'éducation à la santé sexuelle participe à la réduction des grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s ;
- L'éducation à la santé sexuelle contribue à réduire les IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s ;
- L'éducation à la santé sexuelle contribue à maintenir les adolescent(e)s dans le système scolaire.

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif général

Ce travail vise à analyser l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur les adolescents(e)s du CEG la Verduze dans la commune d'Abomey-Calavi au Bénin. En d'autres termes, elle tente d'explorer comment l'éducation à la santé sexuelle pourrait impacter les adolescent(e)s de la commune d'Abomey-Calavi au Bénin en prenant pour objet d'étude les adolescent(e)s du CEG la Verduze.

1.3.2. Objectifs spécifiques

Ce travail de recherche vise particulièrement à :

- Expliquer la réduction des grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s par l'éducation à la santé sexuelle ;
- Examiner l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s ;
- Déterminer le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans le maintien des adolescent(e)s dans le système éducatif.

1.4. Clarification conceptuelle

Les concepts fondamentaux qui seront discutés dans ce travail sont :

- Éducation complète à la santé
- Éducation à la santé sexuelle
- Grossesse précoce
- Grossesse non désirée
- Émotions
- Santé sexuelle
- Adolescence
- Personnalité
- Sexualité
- Puberté
- Violence sexuelle
- Fin de l'adolescence
- Décrochage scolaire
- Santé

1.4.1. Éducation complète à la santé

L'éducation complète à la santé est un concept qui englobe divers éléments essentiels pour promouvoir la santé et le bien-être dans les écoles. Elle vise à intégrer des approches éducatives qui ne se limitent pas à l'enseignement en classe, mais qui incluent également des aspects environnementaux et sociaux pour créer une culture de la santé.

L'éducation complète à la santé est définie par plusieurs éléments essentiels qui incluent l'éducation physique, les services alimentaires, le conseil, la promotion de la santé du personnel, et l'implication des parents et de la communauté (Davis, T., & Allensworth, D., 1994). Elle est conçue pour être un programme intégré qui aborde à la fois les attitudes et comportements des jeunes ainsi que leur environnement (Da Silva, C., & Lopes, F. 2023).

1.4.2. Éducation à la santé sexuelle

L'éducation à la santé sexuelle est un programme éducatif visant à fournir des informations et à développer des attitudes, croyances et valeurs concernant la sexualité humaine. Elle couvre des sujets tels que les relations intimes, l'anatomie sexuelle, la reproduction, les infections sexuellement transmissibles (IST), l'activité sexuelle, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'abstinence, la contraception, et les droits et responsabilités reproductifs (Breuner et al., 2016. ; Ismail et al., 2015).

1.4.3. Grossesse précoce

S'il n'existe pas de définition officielle, la grossesse précoce est le fait pour une fille pubère d'être enceinte en étant encore enfant, soit avant ses 18 ans. Ce phénomène mondial touche inégalement les filles. Si, en moyenne, le taux de grossesses d'adolescentes a reculé, les écarts restent importants selon les régions, les pays et même au sein des pays (Romero, L., et al., 2016). On observe que les grossesses précoces sont plus fréquentes chez les personnes peu instruites ou en situation de précarité économique. La réduction des premières naissances chez les adolescentes les plus vulnérables est aussi plus lente, ce qui maintient les inégalités. Les causes des grossesses précoces chez les adolescentes sont connues et les répercussions sanitaires, sociales et économiques fortes (Were, M., 2007).

Une grossesse précoce est une grossesse qui se développe au début de l'âge fertile de la femme, avec un risque élevé et des conséquences graves pour le nouveau-né et la femme enceinte, la famille et l'environnement. Elle peut se produire à la puberté (9 à 14 ans) ou à l'adolescence (14 à 17 ans), stades au cours desquels le processus physique des changements bat son plein, ce qui explique pourquoi les jeunes femmes ne sont pas entièrement préparées ou formées pour devenir mères. Les grossesses précoces sont de plus en plus courantes dans toutes les classes sociales, que ce soit en raison d'un comportement sexuel, du manque ou de l'échec de l'éducation en matière de reproduction et du surpeuplement.

Une grossesse précoce est une grossesse qui se développe au début de l'âge fertile de la femme.

1.4.4. Émotions

Les émotions sont conçues comme un état de sentiment (par exemple, le bonheur), qui englobe les réponses physiologiques, les cognitions, la préparation motrice, le comportement, l'expérience subjective, qui communique des informations sur les relations (Mayer, 2004 ; Izard, 1993 ; Simon, 1982).

1.4.5. Santé sexuelle

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ; l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité (Sadovsky, R., & Nusbaum, M., 2006). 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 sûres, sans coercition, ni discrimination et ni violence.

1.4.6. Adolescence

L'adolescence représente une phase sensible de l'existence, impliquant d'importants changements physiques, psychosociaux, émotionnels et cognitifs (Sawyer et al., 2012). Tous ces changements, les jeunes adolescent(e)s doivent s'y adapter afin de se construire une identité propre, développer un sentiment de compétence personnelle ainsi que gagner en autonomie et indépendance sociale et émotionnelle (Bantuelle & Demeulemeester., 2008). C'est également au cours de cette période que les adolescent(e)s explorent, font l'apprentissage et adoptent de nouveaux comportements, dont bon nombre sont susceptibles d'influencer (positivement ou négativement) leur santé sexuelle, physique, psychique et ou sociale non seulement à court mais aussi à plus long terme (Coleman, 2011 ; Santrock, 2008). Or, les nombreux bouleversements cognitifs caractéristiques de l'adolescence rendent cette population particulièrement vulnérable... (Steinberg, 2008).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « est adolescent tout individu dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. La catégorie "adolescent" chevauche celle des jeunes (15-24 ans) et la "population jeune" englobe les individus de 10 à 24 ans ». Dans la littérature, dominée par les organisations internationales, l'adolescence est située selon les cas entre 15-19 ans, 15-24 ans, 10-19 ans ou 10-24 ans (Dehne et Riedner, 2001). Dans les travaux de recherche, les auteurs retiennent des fourchettes différentes : « young people » pour les 14-19 ans ou les 12-26 ans, « youth » pour les 14-21 ans, « young men and women » pour les 17-25 ans, « men » s'agissant des 15-26 ans, « jeunes » de 10 à 24 ans (Guiella, 2004), voire « adolescents » sans précision d'âge. Les catégories utilisées dans la plupart des travaux excluent les 10-13 ans et les raisons qui ont conduit à inclure ou exclure certaines tranches d'âge sont rarement indiquées. Ce constat montre que les travaux de recherche relatifs aux adolescents vont au-delà de la catégorie telle qu'elle est définie par l'OMS.

1.4.7. Personnalité

La définition du terme « personnalité » a longtemps été discutée par les psychologues. Néanmoins, beaucoup s'accordent à dire qu'il s'agit, dans l'interprétation la plus générale, d'un « trait, de tendances ou de caractéristiques relativement stables qui perpétuent dans une certaine mesure le comportement d'un individu » (Maddahi et al., 2012). La personnalité, selon une approche spécialisée, est constituée d'une constellation de traits et de tendances qui entraînent des différences entre les individus en matière de comportement, de stabilité du comportement dans le temps, et de continuité du comportement dans de multiples situations (Feist & Feist,

2002). Essentiellement, ce sont les traits, les caractéristiques de chaque individu unique qui font d'eux ce qu'ils sont et qui présentent une stabilité sur de longues périodes.

1.4.8. Sexualité

Suivant les diverses tentatives de définition de la sexualité, deux aspects sont généralement pris en compte : l'aspect biologique (approche essentialiste) et l'aspect socioculturel (approche constructiviste). Bien que la sexualité ait une composante biologique indéniable, généralement liée à l'impératif de la reproduction, d'autres composantes, telles que les besoins et désirs personnels, les émotions, les pratiques et les identités, ont une importance égale et parfois supérieure.

Ainsi, l'OMS définit la sexualité comme : « ... un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie, qui comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

1.4.9. Puberté

La puberté correspond à un ensemble de phénomènes maturatifs neuroendocriniens complexes qui amènent un individu à un stade de développement permettant la reproduction ; elle est une période de développement caractérisée par des modifications complexes au sein du système nerveux central, y compris au sein de l'hypothalamus, entraînant la maturation d'un axe hypothalamo -hypophyso-gonadique (HPG) pleinement actif. (Naulé, L., et al., 2021). Elle correspond à une période de transition durant laquelle, pendant environ 4 ans, les différentes structures de l'organisme se modifient entre l'enfance et l'âge adulte. Elle débute en moyenne entre 10 et 11 ans chez la fille et entre 12 et 13 ans chez le garçon. Cependant, l'âge de début de la puberté est très variable, allant de 9 à 13 ans chez la fille, et de 10 à 14 ans chez le garçon. De nombreux facteurs comme les facteurs génétiques, ethniques, nutritionnels et psychiques affectent l'âge de début de la puberté.

1.4.10. Violence sexuelle

Les violences à caractère sexuel recouvrent les situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel. En d'autres termes, ils sont subis et non désirés par la victime. Elles sont l'expression de la volonté de pouvoir de l'auteur sur la victime (Wood, K., & Jewkes, R., 1997).

Les violences sexuelles recouvrent différentes formes : agression sexuelle, viol, voyeurisme, harcèlement sexuel.... Quelle qu'en soit la forme, ses conséquences sont importantes, nombreuses et durables notamment l'anxiété, le trouble du sommeil et / ou de l'alimentation, les peurs intenses, la culpabilité, la dépression, l'isolement, les conduites à risque ou agressives... Et peuvent avoir un impact sur la santé mais également sur la vie sociale, familiale ou encore professionnelle.

1.4.11. La fin de l'adolescence

La fin de l'adolescence (entre 17 et 20 ans environ) est la période pendant laquelle « les jeunes acquièrent et consolident les compétences, les attitudes, les valeurs et le capital social nécessaires pour réussir la transition vers l'âge adulte » (Zarrett & Eccles, 2006). Largement reconnue comme une période critique qui exercera une influence sur le reste de la vie de la jeune fille ou du jeune homme, cette période est devenue de plus en plus complexe et difficile en raison de l'hétérogénéité de l'expérience décrite par l'ensemble complexe de contextes sociaux vécus dans des cadres culturels et historiques (Erikson, 1968). La fin de l'adolescence est donc une « période active et significative de croissance personnelle » (McLeod, 2018).

1.4.12. Décrochage scolaire

Plusieurs assertions et terminologies sont associées au phénomène de décrochage scolaire selon les systèmes d'éducation des pays. Par exemple :

En Amérique du Nord (Canada, États-Unis), généralement le décrochage scolaire est différencié de l'abandon scolaire. La première expression concerne les élèves n'ayant pas fini leurs études secondaires et ne fréquentant pas un établissement scolaire, alors que la seconde renvoie à une interruption définitive de la fréquentation scolaire depuis au moins cinq années après le décrochage (Lacroix & Potvin, 2009 ; Potvin & Pinard, 2012 ; Thibert, 2013).

En Amérique latine et en Afrique, notamment subsaharienne, l'expression consacrée est l'abandon scolaire. Dans la première partie du monde citée, l'abandon se réfère à l'interruption du parcours scolaire composé généralement d'un cycle primaire et d'un cycle secondaire, sans

l'obtention d'une accréditation officielle reconnaissant les acquis pour les cycles en question (Confédération Parlementaire des Amériques, 2011).

Dans la seconde partie du monde, l'expression désigne des élèves qui quittent l'école secondaire sans qualification ni diplôme.

En Afrique, l'abandon scolaire peut être précoce lorsque les élèves arrêtent le cursus scolaire à l'école primaire sans obtenir le premier diplôme, soit le Certificat d'Etudes Primaires (Menkoué, 2012 ; Noumba, 2008 ; Sawadogo, Soura & Compaoré, 2002).

En Europe, on parle davantage de sortie prématurée ou sans qualification du système scolaire, désignant ainsi des élèves qui quittent l'école sans certification ou avec uniquement le brevet, diplôme sanctionnant la fin d'études du premier cycle secondaire (Blaya, 2010 ; Demba & Morrisette, soumis ; Feyfant, 2012 ; Thibert, 2013).

En définitive, comme on le voit, dans les différents systèmes d'éducation, le décrochage scolaire se réfère à la norme scolaire et sociale, c'est-à-dire une scolarité inachevée, sans diplôme.

1.4.13. Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS, (1946), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. A travers cette définition, la santé représente l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Mais cette définition confond les notions de santé et de bien-être.

Par ailleurs, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu et représente donc cette « capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

La santé est une situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. C'est l'état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé (René Dubos., 1973).

1.5. Revue de littérature

L'éducation à la santé sexuelle joue un rôle essentiel dans la formation des attitudes et des comportements des adolescents, en leur apportant des connaissances essentielles qui leur permettent de prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle. Cette approche éducative aide les adolescents(es) à comprendre les aspects biologiques, émotionnels et sociaux de la sexualité, favorisant une prise de conscience globale qui peut conduire à une réduction des taux d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. Elle tient compte de l'intersection de divers facteurs, dont la religion et le statut socio-économique, qui influencent considérablement les expériences des jeunes en matière de santé sexuelle. Par exemple, (Fritsch et al., 2003) met en évidence les relations complexes entre l'engagement des adolescents dans les communautés religieuses et leurs processus de prise de décision en matière de sexualité. En outre, des études portant sur les facteurs socio-économiques révèlent que les abus sexuels subis pendant l'enfance touchent les adolescents sans distinction, quel que soit leur milieu économique, ce qui souligne la nécessité d'interventions éducatives ciblées dans divers contextes (Leon D et al., 2013). En définitive, la mise en place d'une éducation à la santé sexuelle efficace est essentielle pour promouvoir des comportements sains et la résilience chez les adolescents.

L'éducation à la santé sexuelle améliore considérablement les connaissances des adolescents(es) et les sensibilise aux questions de santé génésique. Cette éducation est essentielle car elle s'attaque aux idées fausses et aux mythes culturels qui peuvent entraver un comportement sexuel sain. Par exemple, dans les Caraïbes, des facteurs tels que la religion et les styles parentaux limitent souvent l'accès des adolescents(es) à une éducation précise en matière de santé génésique, ce qui les rend plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées (Jeudy et al., 2017). En outre, des programmes structurés tels que les centres d'information et de conseil pour les jeunes dans les écoles fournissent des ressources et des informations vitales, permettant aux adolescent(e)s et jeunes de faire face à leurs problèmes de santé de manière plus efficace (Isni et al., 2018). En facilitant les discussions ouvertes sur la santé sexuelle et en favorisant un environnement de confiance et de connaissance, ces interventions éducatives favorisent une meilleure prise de décision chez les adolescents, ce qui conduit en fin de compte à des comportements plus sains et à de meilleurs résultats en matière de sensibilisation à la santé sexuelle. L'éducation à la santé sexuelle joue donc un rôle essentiel dans la formation d'individus informés et responsables.

L'éducation à la santé sexuelle à la capacité, non seulement à transmettre des connaissances essentielles sur la santé génésique, mais aussi à façonner des pratiques sûres chez les adolescents(es). Des programmes éducatifs en santé sexuelle abordent des questions essentielles telles que la prévention du VIH et favorisent la compréhension de la santé maternelle, ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte des adolescents(es) confrontées à des défis sociaux uniques dans les pays en développement (Temin M et al., 2009). L'émergence de nouvelles dynamiques sociales, telles que les cultures de rencontres, joue un rôle crucial dans le comportement sexuel des adolescents. Les recherches indiquant que les rencontres, en particulier chez les jeunes urbains, deviennent de plus en plus populaires, soulignent la nécessité d'intégrer des discussions sur ces changements culturels dans l'éducation à la santé sexuelle (Acharya et al., 2010). En favorisant une communication ouverte et en dotant les adolescents des outils nécessaires pour gérer leur santé sexuelle, cette éducation contribue à une prise de décision éclairée et favorise des pratiques plus sûres, ce qui améliore en fin de compte leur bien-être général.

L'éducation à la santé sexuelle façonne de manière significative les attitudes et les comportements des adolescents(es) en matière d'activité et de santé sexuelles. Les programmes scolaires qui intègrent des informations sur la santé sexuelle, peuvent constituer une ressource vitale pour façonner des perceptions et des comportements positifs chez les jeunes. Il est prouvé qu'une éducation adaptée aux adolescents(es) peut conduire à une augmentation des comportements protecteurs, tels que l'utilisation systématique du préservatif, réduisant ainsi l'incidence des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles (Bellnier et al., 2021). Aussi, les modèles d'éducation par les pairs et les initiatives de télésanté peuvent jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de l'efficacité personnelle des adolescents et de leurs connaissances en matière de santé génésique, ce qui permet en fin de compte de réduire les comportements à risque. Un large éventail de supports éducatifs, y compris des discussions de groupe et des ressources numériques, permet d'améliorer la compréhension et de favoriser une vision plus éclairée de la santé sexuelle, en s'attaquant à la fois aux influences sociales et aux lacunes en matière de connaissances qui prévalent dans ce groupe démographique (Handayani et al., 2023).

Une éducation en matière de santé sexuelle joue un rôle essentiel dans la formation d'attitudes positives à l'égard de la santé sexuelle et dans la promotion d'une prise de décision responsable chez les adolescents. En fournissant des informations précises sur l'anatomie sexuelle, la reproduction et les infections sexuellement transmissibles (IST), les éducateurs

peuvent donner aux adolescents(es) les moyens de faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle. L'éducation à la santé sexuelle dans les écoles peut aider à protéger les jeunes adolescents en leur fournissant des informations leur permettant de faire des choix éclairés et de réduire le risque d'exposition aux IST/MST (Terfehr, M., 2021). Les programmes efficaces en santé sexuelle abordent les dimensions émotionnelles et sociales des relations sexuelles, en encourageant une communication saine et le consentement, qui sont essentiels pour des expériences positives. Dans les contextes où les cultures de rencontres émergent, comme le montrent les études menées au Népal, l'intégration de discussions sur ces changements culturels dans l'éducation à la santé sexuelle peut aider à aborder les comportements qui y sont associés, tels que les relations prémaritales et l'activité sexuelle. Cette approche permet non seulement de doter les adolescents(es) des connaissances nécessaires, mais aussi de favoriser un environnement propice à la discussion sur les pratiques sexuelles à moindre risque, ce qui se traduit en fin de compte par une amélioration de la santé et une réduction des comportements à risque chez les plus jeunes (Meillier et al., 2002), (Acharya et al., 2010).

Les influences de l'éducation à la santé sexuelle sur les adolescents(es) sont profondes et multiformes, ce qui souligne l'importance de stratégies d'intervention globales. Une éducation efficace en matière de santé sexuelle apparaît comme une base nécessaire pour doter les adolescents(es) de connaissances essentielles et promouvoir des comportements sains. En particulier, le rôle du contrôle parental est crucial, car il a un impact significatif sur les comportements sexuels des adolescents(es), agissant comme un facteur de protection contre l'engagement prématuré dans des activités sexuelles (Adiyanti et al., 2015). En outre, des initiatives telles que les centres d'information et de conseil pour les jeunes constituent des ressources précieuses pour les adolescents(es), en facilitant l'accès à des informations précises sur la santé et le développement des aptitudes à la vie quotidienne (Isni et al., 2018). En favorisant un environnement de collaboration entre les parents, les éducateurs et les professionnels de la santé, l'éducation à la santé sexuelle peut réduire efficacement les risques pour la santé des adolescents(es) et leur permettre de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur santé sexuelle. Il est donc impératif de donner la priorité à l'éducation à la santé sexuelle et de l'améliorer pour assurer le bien-être et le développement sain des jeunes populations.

L'éducation à la santé sexuelle des adolescents au Bénin est confrontée à divers défis. Alors que les séances formelles en milieu scolaire sont insuffisantes, les parents accordent la priorité à la réussite scolaire et encouragent l'abstinence avant le mariage. Les crises

adolescentes dans les écoles se manifestent par des problèmes de comportement, notamment des agressions sexuelles (Yessoufou Akimi, 2022). Pour répondre à ces préoccupations, le gouvernement béninois a intégré l'éducation à la santé sexuelle dans les programmes scolaires et lancé des programmes de formation des enseignants (Aitchedji et al., 2024). Une étude menée à Abomey-Calavi et à Malanville a montré une amélioration des connaissances des enseignants en matière d'anatomie humaine, de psychologie et de droits en matière de santé sexuelle après la formation (Aitchedji et al., 2024). De plus, des approches innovantes comme une application mobile d'éducation à la santé sexuelle ont été développées pour impliquer les étudiants et améliorer l'accessibilité aux concepts clés (Aitchedji et al., 2022).

L'éducation à la santé sexuelle est également considérée comme un outil essentiel pour réduire les grossesses en milieu scolaire. En effet, les programmes d'éducation à la santé sexuelle bien mis en œuvre peuvent réduire significativement les taux de grossesse chez les adolescents(es) en fournissant des informations précises et en promouvant l'utilisation de contraceptifs (Chansa, C., et al., 2024 ; Vaina, A., et al., 2022). Cependant, il faut préciser que ces programmes n'ont pas toujours un impact mesurable sur la réduction des grossesses adolescentes (Gelfond, J., et al., 2016. ; Mason-Jones, A., et al., 2016). De même, les programmes qui incluent des discussions sur le développement humain, les relations, la prise de décision et la contraception peuvent aider à retarder le début des relations sexuelles et à promouvoir l'utilisation de contraceptifs, réduisant ainsi les grossesses non désirées (Chansa, C., et al., 2024). Enfin, l'inclusion des garçons dans ces programmes d'éducation peut être une approche prometteuse pour réduire les grossesses adolescentes en responsabilisant les deux sexes (Lohan, M., et al., 2018). Les effets des programmes d'éducation à la santé sexuelle varient selon les contextes et les méthodes d'enseignement. Par exemple, une étude a montré que les lois nationales sur l'éducation sexuelle ne suffisent pas à expliquer les baisses significatives des taux de grossesse chez les adolescentes dans certains pays développés (Paton, D., et al., 2020)

L'éducation à la santé sexuelle a le potentiel de réduire les grossesses en milieu scolaire, mais son efficacité dépend de la qualité de sa mise en œuvre et de l'inclusivité des programmes. Des approches complètes et bien structurées, qui incluent tous les sexes et adaptent les méthodes aux besoins des adolescents(es), semblent être les plus prometteuses pour atteindre cet objectif.

L'éducation à la santé sexuelle joue un rôle crucial dans le maintien des adolescents(es) en milieu scolaire en influençant positivement leurs comportements de santé et en réduisant les

risques associés à la sexualité. En effet, elle aide à prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, en fournissant aux adolescents(es) les connaissances et compétences nécessaires pour adopter des comportements sexuels sûrs (Szucs, L., et al., 2021). Les programmes scolaires qui intègrent le développement des compétences sociales et la connectivité sociale ont montré une amélioration de l'utilisation du préservatif, un retard dans le début des relations sexuelles et une réduction des taux de grossesse (Kedzior, S., et al., 2020).

L'utilisation de méthodes innovantes comme l'apprentissage par le jeu et la gamification dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle a montré une augmentation significative de la motivation, de l'attitude, des connaissances et de l'engagement des élèves, ce qui peut contribuer à un meilleur maintien scolaire (Haruna, H., et al., 2018). Les programmes qui soutiennent le renforcement des adolescents(es) contribuent à des résultats positifs en matière de santé sexuelle et à une meilleure intégration scolaire (Jämiä, L., et al., 2023). Et ceux qui tiennent compte des différences culturelles et sexuelles sont plus efficaces, notamment en améliorant l'utilisation du préservatif parmi certains groupes ethniques (Kedzior, S., et al., 2020).

L'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire est essentielle pour réduire les comportements sexuels à risque et améliorer le bien-être général des adolescents. En intégrant des méthodes pédagogiques innovantes et en tenant compte des différences culturelles, ces programmes peuvent non seulement améliorer la santé sexuelle des adolescents, mais aussi favoriser leur maintien et leur réussite scolaire.

L'éducation à la santé sexuelle présente de nombreux avantages pour les adolescents(es), car elle influence fondamentalement leur santé et leur bien-être jusqu'à l'âge adulte. Tout d'abord, elle permet aux jeunes d'acquérir des connaissances essentielles sur leur corps, leurs relations et le consentement, ce qui favorise la prise de décisions plus saines concernant leur comportement sexuel. En sensibilisant aux infections sexuellement transmissibles (IST), à la contraception et à la santé génésique, l'éducation à la santé sexuelle réduit considérablement les taux de grossesses non désirées et d'IST chez les adolescents(es). En outre, cette éducation permet de cultiver des compétences émotionnelles et sociales, d'améliorer la communication et l'empathie dans les relations, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé mentale. Les effets à long terme de ces avantages s'étendent au-delà de l'adolescence ; les personnes qui reçoivent une éducation en matière de santé sexuelle sont plus susceptibles d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres à l'âge adulte, ce qui favorise des

communautés plus saines dans l'ensemble. En fin de compte, l'investissement dans l'éducation à la santé sexuelle constitue une étape fondamentale vers la formation d'une jeune génération responsable, informée et résiliente.

Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact à long terme de ces interventions et déterminer les méthodes d'intégration appropriées pour l'éducation à la santé sexuelle au Bénin (Aitchedji et al., 2022).

1.6. Raisons de choix du lieu de recherche

Le cadre de cette recherche est la ville d'Abomey-calavi (une commune du département de l'Atlantique) et plus précisément le CEG la VERDURE dans l'arrondissement de Ouèdo. Il s'agit en effet d'une ville cosmopolite située au sud du Bénin, un pays de l'Afrique de l'Ouest. Abomey-calavi du fait de sa superficie, mais aussi de sa démographie est une des plus grandes villes du Bénin. Sa particularité réside principalement dans sa proximité avec la capitale économique, Cotonou. Cette position fait de la ville d'Abomey-Calavi une cité dortoir pour les cadres et les fonctionnaires qui travaillent pour la plupart à Cotonou. Ainsi, elle compte de nombreux adolescent(e)s dont les parents du fait de leurs occupations n'ont pas souvent la disponibilité nécessaire pour accompagner leurs enfants en âge de puberté. Cela est d'autant plus avéré lorsqu'il s'agit de l'éducation à la santé sexuelle. Par ailleurs, la ville d'Abomey-Calavi présente une facilité d'accès qui représente une opportunité avérée pour le chercheur.

1.7. Raisons de choix du sujet

L'absence d'un des parents au sein du ménage constitue un facteur pouvant engendrer des difficultés chez l'adolescent(e), avec un impact significatif sur son avenir et le risque de choix de vie préjudiciable, notamment en matière de santé sexuelle.

En effet, l'adolescence, période de transition marquée par d'importants changements biologiques, sociaux et psychologiques, liée à la puberté, exige un encadrement parental adapté. Or, le manque de soutien familial peut avoir de lourdes conséquences sur leur développement. Parmi ces bouleversements figurent les premières expériences sexuelles et, parfois, des grossesses précoces.

Dans ce contexte, l'éducation à la santé sexuelle apparaît comme un domaine de recherche essentiel, permettant d'explorer comment différentes approches éducatives influencent positivement les connaissances et comportements des adolescent(e)s. Elle constitue

un levier clé pour améliorer leur santé reproductive et sexuelle, tout en jouant un rôle crucial dans la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles (IST).

C'est ainsi que lors de mes stages de première et deuxième année de master à APESSA « Association pour l'Education ; la Sexualité et la Santé en Afrique » j'ai été affecté au service programme chargé de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation des projets ainsi que de l'animation des activités découlant des projets ; où j'ai fait la découverte de l'ESS.

L'APESSA est une association implantée au Bénin depuis plus de dix ans qui a pour mission de développer en milieu scolaire ou non des services complets d'éducation sexuelle qui s'inscrivent dans un projet global d'éducation et de promotion de la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes telle que défini par la charte d'Ottawa : Education ; Education à la santé sexuelle ; Santé communautaire.

A travers cette association j'ai pris part à plusieurs activités portant sur l'ESS en milieu scolaire dont le projet « Oreille Attentive » dans les CEG la VERDURE, PAHOU et le MERIDIEN. Ce projet offre un cadre de confiance aux apprenants pour parler des sujets sensibles, de bénéficier de conseils et d'informations en matière de santé sexuelle et permet de les orienter pour une prise en charge efficace en fonction des besoins exprimés.

C'est alors que j'ai décidé d'évaluer, en fonction des constats, l'impact que pourrait avoir les projets éducatifs en matière de santé sexuelle sur les adolescents.

1.8. Modèle d'analyse

Le modèle d'analyse retenu que nous examinons est centré sur la théorie de l'échange social pour comprendre l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur les adolescents(e)s scolarisé(e)s.

La théorie de l'échange social, développée par G. C. Homans et P. M. Blau dans les années 1950, propose une perspective sur la façon dont les individus interagissent socialement pour maximiser les bénéfices et minimiser les impacts dans leurs relations. Selon cette théorie, les individus évaluent les impacts et les bénéfices de leurs interactions sociales et ajustent leur comportement en conséquence.

Homans a souligné que les comportements sociaux sont le résultat de processus d'échange où les individus évaluent les récompenses et les impacts associés à leurs actions. Les

récompenses peuvent inclure des éléments tels que le soutien émotionnel, le statut social... tandis que les impacts peuvent être le temps investi, les sacrifices personnels, ou les risques perçus.

Blau a élargi cette perspective en introduisant le concept de pouvoir d'échange, qui dépend de la capacité d'un individu à fournir des récompenses recherchées par d'autres membres de la société. Il a également mis en avant l'idée d'interdépendance structurelle, selon laquelle les relations sociales sont influencées par la structure sociale plus large dans laquelle elles s'inscrivent.

En somme, la théorie de l'échange social met en lumière le rôle central des interactions basées sur la prise en compte des impacts et des récompenses dans la formation et le maintien des relations sociales. Elle offre un cadre pour comprendre les dynamiques sociales et les comportements interpersonnels en termes d'échanges mutuels de ressources et de bénéfices.

Dans le contexte des adolescent(e)s scolarisé(e)s, cette théorie peut être appliquée pour comprendre comment l'éducation à la santé sexuelle peut être perçue comme des récompenses sociales.

Ainsi, selon la théorie de l'échange social, les adolescent(e)s peuvent être motivés à rechercher des interactions sociales et du soutien social en adoptant des comportements susceptibles d'influencer leur santé sexuelle. Ils peuvent également être incités à maintenir des relations à risque avec leurs pairs.

En intégrant cette perspective théorique dans l'étude sur l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur les adolescents(e)s, il est possible de mieux comprendre l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur les adolescents(e)s surtout dans la prévention des grossesses précoces, des grossesses non désirées et des IST/VIH/SIDA.

CHAPITRE 2 : CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1. Cadre de la recherche

Le cadre de recherche présenté ici définit l'environnement géographique, institutionnel et social dans lequel s'inscrit l'étude. Il offre un aperçu détaillé du contexte spécifique du CEG la Verdure et de ses caractéristiques démographiques et structurelles, préparant ainsi le terrain à une analyse approfondie des variables étudiées.

2.1.1. Environnement institutionnel et structurel

A travers son infirmerie, la cellule de suivi qui est un point focal de la mise en œuvre de l'ESS composée des représentants de l'administration et des enseignants et la disponibilité de l'administration à accompagner les initiatives en faveur de l'ESS, le CEG la VERDURE présente un cadre disponible et favorable à la mise en œuvre de l'ESS.

C'est ainsi que APESSA a pu installer son stand d'écoute-conseil-orientation dénommé « oreille attentive » dans l'établissement. Le projet « oreille attentive » est un projet qui vient en appui aux initiatives d'ESS dans les collèges en mettant une équipe d'écoute-conseil et orientation à la disposition des adolescent(e)s dans les milieux scolaires.

Ces différentes dispositions ont été très utiles pour mener les enquêtes dans le cadre de ce travail de recherche.

2.1.2. Situation géographique

Le CEG la VERDURE dont les coordonnées géographiques (longitude 6,456942 et latitude 2,283253) est un collège d'enseignement général sous la tutelle de la Direction Départementale des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle de l'Atlantique (DDESFT-Atl). Situé dans le département de l'Atlantique le CEG la VERDURE est installé dans la commune d'Abomey-calavi, dans l'arrondissement de Ouèdo et précisément dans le village Akahonto.

2.1.3. Peuplement

Créé en 1997, le CEG la VERDURE est un établissement public d'Enseignement Secondaire Général fonctionnel et autorisé, avec des classes de la sixième en terminale couvrant les séries A ; B ; C et D au second cycle. Il compte 84 groupes pédagogiques, dont 54 pour le premier cycle et 30 pour le second cycle, avec un effectif de 4234 apprenants effectivement présents, répartis comme suit :

Tableau 1 : Groupes pédagogiques

Promotions	6e	5e	4e	3e	2nde	1ère	Terminale	Total
Nombre	13	12	13	16	13	09	09	85

Source : CEG LA VERDURE ; Tableau analytique des résultats du premier semestre 2024-2025, Février 2025

Tableau 2 : Effectif des apprenants par promotion

Promotions	Garçons	Filles	Total
6e	417	412	829
5e	330	340	670
4e	315	292	607
3e	391	419	810
2nde	255	267	522
1ère	208	193	401
Terminale	181	214	395
Total	2097	2137	4234

Source : CEG LA VERDURE ; Tableau analytique des résultats du premier semestre 2024-2025, Février 2025

2.2. Approche méthodologique

L'approche méthodologique adoptée combine des méthodes quantitatives et qualitatives afin de garantir une compréhension riche et nuancée du phénomène étudié. Cette démarche mixte permet de recueillir des données précises et de les confronter à des analyses approfondies pour mieux éclairer l'impact de l'ESS sur les adolescents(es).

2.2.1. Nature de la recherche

Une définition couramment citée de la recherche de nature mixte provient de R. B. Johnson et A. J. Onwuegbuzie (2004), qui la définissent comme « *la combinaison délibérée de méthodes de recherche qualitative et quantitative dans une seule étude ou une série d'études pour augmenter la compréhension des phénomènes* ». Cette approche permet une compréhension plus complète et nuancée du sujet étudié.

Les variables du présent travail sont autant quantifiables que qualifiables (adoption de comportements responsables visant à réduire les cas de IST/VIH/SIDA, les grossesses précoces

et non désirées au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s). Le travail s'inscrit donc dans une approche mixte. Les méthodes qualitatives visent à montrer l'impact de l'ESS sur le changement ou l'adoption de comportements responsables chez les adolescents(e)s scolarisé(e)s, tandis que les méthodes quantitatives fournissent des données numériques sur le rôle de l'ESS dans la réduction des cas de IST/VIH/SIDA, les grossesses précoces et non désirées au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s.

2.2.2. Échantillonnage

L'échantillonnage est le processus consistant à sélectionner un sous-groupe d'individus, d'éléments ou de cas à partir d'une population plus large dans le but d'étudier et de tirer des conclusions sur cette population. Cela implique généralement une méthode systématique et représentative pour garantir la validité et la généralité des résultats de la recherche. L'échantillonnage en recherche de nature mixte consiste à sélectionner délibérément des participants, des cas ou des données à partir d'une population plus large afin de mener à bien à la fois des analyses qualitatives et quantitatives. Cela permet d'obtenir une représentation diversifiée et significative du phénomène étudié, favorisant ainsi une compréhension approfondie et nuancée.

2.2.2.1. Groupes cibles

Le groupe cible, également appelé population cible, désigne le groupe spécifique d'individus ou d'éléments auxquels une étude de recherche s'adresse ou dont les caractéristiques sont examinées. Il peut s'agir d'une population définie par des critères démographiques, géographiques, sociaux ou autres, en fonction des objectifs de l'étude. Le choix du groupe cible est crucial pour assurer la pertinence et la validité des résultats de la recherche. Le groupe cible de cette recherche est constitué de 189 enquêtés constitués d'adolescent(e)s scolarisé(e)s du CEG la VERDURE.

2.2.2.2. Raisons du choix

Les grossesses précoces et non désirées ainsi que les IST et VIH observées dans les milieux scolaires représentent un problème majeur pour la société avec des conséquences non négligeables sur la santé et le bien être des adolescentes. Ces phénomènes observés sont liés à l'insuffisance ou au manque d'informations précises sur la santé, la sexualité, la contraception et les risques liés aux rapports sexuels précoces et non protégés au sein des adolescent(e)s ; aussi les non-dits, les tabous et le silence autour de la santé sexuelle ne permet pas aux adolescent(e)s de poser des questions et de recevoir des informations pertinentes et fiables sur

le sujet. À cela s'ajoutent les normes sociales et les attentes culturelles qui encouragent les adolescent(e)s à avoir des rapports sexuels précoces ; également le manque d'autonomie et le pouvoir limité qui rendent vulnérables certains adolescent(e)s face aux abus et aux pressions. Les grossesses non désirées peuvent entraîner des problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et le stress qui sont aggravés par la stigmatisation sociale et le manque de soutien. D'une façon générale, les adolescentes enceintes sont souvent contraintes d'abandonner leurs études, ce qui limite leurs perspectives d'avenir et perpétue les inégalités et la pauvreté. Autre constat est que les adolescent(e)s font face aux infections à VIH et à IST telles que la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ; car ils développent très tôt des comportements à risque comme les activités sexuelles précoces, les rapports sexuels non protégés et multiplient les partenaires ; faute d'information et d'éducation en matière de santé sexuelle. Ajoutés à ceci, le manque d'éducation à la santé sexuelle et l'accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive, augmentent les comportements à risque des adolescent(e)s, tels que la consommation d'alcool et de drogues, qui peuvent amplifier la probabilité de rapports sexuels non protégés et précoces, le harcèlement sexuel et les violences sexuelles en milieu scolaire, ce qui expose les adolescent(e)s à un risque accru d'IST et de VIH.

Les grossesses non désirées sont une cause majeure de décrochage scolaire, en particulier chez les adolescentes, la maternité précoce peut entraîner des difficultés financières, sociales et émotionnelles, rendant difficile la poursuite des études. Les IST peuvent aussi avoir des conséquences graves sur la santé et le bien-être des jeunes, entraînant des absences scolaires et des difficultés d'apprentissage. Le manque de connaissances sur la prévention des IST peut augmenter le risque d'infection. Les adolescent(e)s peuvent ressentir de la stigmatisation et de la honte liées aux IST, ce qui peut les dissuader de chercher de l'aide et les conduire au décrochage. Le harcèlement et les violences sexuelles en milieu scolaire peuvent créer un environnement d'apprentissage hostile et traumatisant. Les adolescent(e)s victimes de harcèlement et de violences sexuelles peuvent éprouver des difficultés émotionnelles et psychologiques qui affectent leur capacité à se concentrer sur leurs études. La peur et l'insécurité peuvent conduire les jeunes à éviter l'école, entraînant un absentéisme et un décrochage scolaire.

Le manque d'éducation à la santé sexuelle ajouté au manque de compétences en matière de communication laisse les adolescent(e)s mal informés sur leur santé sexuelle, rendant ainsi difficile leur prise de décision et de négociation, surtout la prise des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle, ce qui conduit à des comportements à risque, tels que les rapports

sexuels non protégés, qui augmentent le risque de grossesses non désirées et d'IST entraînant les décrochages scolaires.

2.2.2.3. Technique d'échantillonnage

Les techniques d'échantillonnage sont des méthodes utilisées pour sélectionner des individus ou des cas à inclure dans un échantillon de recherche. Les techniques d'échantillonnage les plus couramment utilisées sont : l'échantillonnage aléatoire simple ; l'échantillonnage stratifié ; l'échantillonnage par grappes ; l'échantillonnage systématique ; l'échantillonnage par quotas ; l'échantillonnage par boule de neige. Chaque technique d'échantillonnage présente des avantages et des inconvénients, et le choix dépend souvent de la nature de l'étude, des ressources disponibles et des objectifs de recherche.

Pour la recherche quantitative, l'échantillonnage aléatoire simple est utilisé. Cette technique d'échantillonnage est une méthode rigoureuse et équitable pour sélectionner un échantillon représentatif de la population des adolescent(e)s scolarisé(e)s. En identifiant d'abord la population cible, en créant une liste exhaustive des individus éligibles, et en sélectionnant ensuite aléatoirement des participants, cette approche a permis de garantir que chaque adolescent(e) scolarisé(e) a une chance égale d'être inclus(e)s dans l'étude. Une fois les participants choisis, ils sont invités à participer, et les données sont collectées selon le protocole de recherche établi. En analysant ensuite ces données, il a été possible d'obtenir des résultats significatifs et généralisables sur le thème de « influence de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents(e)s du CEG la VERDURE dans la commune d'Abomey-calavi (Bénin) ».

Pour la recherche qualitative, la technique d'échantillonnage raisonné est utilisée. Ainsi les participants sont sélectionnés délibérément en fonction de leur âge et de leur niveau d'information en matière d'éducation à la santé sexuelle

2.2.2.4. Échantillon

Un échantillon désigne un sous-groupe sélectionné de manière représentative à partir d'une population plus vaste dans le cadre d'une étude de recherche. Cet échantillon est choisi afin d'observer et d'analyser les caractéristiques du groupe cible de manière à obtenir des résultats généralisables et significatifs.

L'échantillon pour ce travail de recherche est composé d'un ensemble d'adolescent(e)s du CEG la VERDURE. Il s'agit notamment des adolescent(e)s des classes de quatrième, de

troisième, de seconde, de première et de terminale dont l'âge est compris entre dix ans et dix-neuf ans.

2.2.2.4.1. Échantillon quantitatif

Tableau 3 : Différents composants et effectifs des échantillons pour les données quantitatives

Ages	11	12	13	14	15	16	17	18	19	PLUS	Total
Filles	3	7	12	22	14	8	16	21	15	10	128
Garçons	0	6	5	8	7	10	9	11	3	2	61
Total	3	13	17	30	21	18	25	32	18	12	189

Source : Présente recherche, Mars 2025

2.2.2.4.2. Échantillon qualitatif

Tableau 4 : Différents composants et effectifs des échantillons pour les données qualitatives

Classes	1ère	Terminale	Total
Filles	3	6	9
Garçons	2	2	4
Total	5	8	13

Source : Présente recherche, Mars 2025

2.2.3. Technique de collecte des données

Dans une recherche de nature mixte, des techniques qualitatives et quantitatives sont combinées pour obtenir une compréhension holistique du sujet étudié. Les entretiens semi-structurés, la recherche documentaire, les questionnaires, les observations directes sont quelques-uns des outils utilisés pour recueillir des données riches et variées, permettant ainsi une analyse approfondie et nuancée.

2.2.3.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire constitue la première technique de collecte des données utilisée par toute recherche scientifique. Elle est une étape cruciale dans le processus de recherche, impliquant la collecte, l'analyse et la synthèse d'informations pertinentes provenant de diverses sources documentaires telles que les articles de revues, les livres, les rapports gouvernementaux, les thèses, et les bases de données en ligne. Cette méthode permet d'explorer l'état actuel des connaissances sur un sujet donné, d'identifier les lacunes dans la littérature

existante, et de recueillir des données pouvant soutenir ou informer la recherche en cours. Pour mener la recherche documentaire dans ce travail de recherche, les objectifs de recherche ont été défini clairement ainsi que les termes clés, et l'utilisation d'une variété de sources et de stratégies de recherche pour recueillir des informations pertinentes. Cela inclus des recherches dans les bases de données en ligne, l'examen des bibliographies d'articles et de livres pertinents, la consultation d'experts dans le domaine, et l'utilisation de mots-clés spécifiques pour affiner les résultats de recherche. Une fois les documents collectés, ils sont évalués pour leur pertinence, leur fiabilité et leur validité, puis synthétisés pour identifier les principaux thèmes, tendances et conclusions de la littérature existante. Cette analyse a permis de situer la recherche dans son contexte plus large, d'identifier les lacunes dans la compréhension actuelle du sujet, et d'orienter la formulation des questions de recherche et des hypothèses.

Pour la recherche documentaire dans ce travail, nous nous sommes engagés dans la collecte des documents en identifiant des ouvrages pouvant nous aider à disposer des informations relatives à notre sujet au travers des documentations disponibles. En plus de cela, les divers rapports, articles et mémoires téléchargés des sites internet nous ont été très utiles.

2.2.3.2. Entretien

L'entretien semi-structuré est une méthode de collecte de données qualitatives qui permet d'explorer en profondeur les expériences, les opinions et les émotions des participants sur un sujet donné. Cette approche combine des questions ouvertes, qui encouragent une expression libre, avec des questions fermées ou de clarification, permettant d'obtenir des informations spécifiques. Pour mener un entretien semi-structuré dans le cadre de ce travail, il a été essentiel de préparer un guide d'entretien contenant une série de thèmes à aborder, tout en laissant une certaine flexibilité pour suivre les pistes émergentes. Une fois installé avec un bon climat de confiance, le participant est suivi, guidé et orienté dans la conversation à travers les différents sujets, tout en veillant à couvrir tous les aspects pertinents. À la fin de l'entretien, les données sont transmises pour analyse, où les thèmes récurrents et les motifs sont identifiés. Cette méthode a favorisé une compréhension approfondie du sujet et permis de recueillir des données riches et nuancées, essentielles pour éclairer la recherche qualitative.

2.2.3.3. Administration du questionnaire

Le questionnaire constitue un outil essentiel dans la collecte de données pour de nombreuses études de recherche. Il offre une structure organisée pour recueillir des informations précises et pertinentes auprès des participants. Conçu avec soin, le questionnaire

a facilité la collecte des données riches et fiables pour répondre aux objectifs de recherche. Cependant, sa formulation et sa conception a nécessité une attention particulière afin d'assurer sa clarté, sa pertinence et sa validité. En suivant une série d'étapes, du développement des objectifs de recherche à l'analyse des données recueillies, le questionnaire, est un outil puissant pour explorer des questions de recherche variées et approfondies.

2.2.4. Outils de collecte de données

Les outils retenus pour la conduite de cette étude sont le questionnaire et le guide d'entretien. Ainsi, la conception de ces outils a été fait en fonction des objectifs spécifiques. Le questionnaire comporte des séries de questions composées de questions ouvertes et de questions fermées. Les questions fermées permettent de répondre directement en encerclant les réponses adaptées. Les questions ouvertes donnent la possibilité de répondre dans l'espace réservé à cet effet. Pour répondre aux questionnaires, les enquêtés ont à encercler la réponse correspondante et à répondre par écrit.

2.2.4.1. Fiche de lecture

La fiche de lecture est un outil essentiel dans la rédaction d'un mémoire ou d'un travail académique. Elle a permis dans le présent travail de recherche, de synthétiser et d'analyser certains ouvrages, tout en fournissant un avis critique et personnel. Elle a permis de condenser de manière concise et visuelle les thèmes abordés dans les ouvrages, ainsi que d'apporter une analyse succincte des œuvres. Quant à la recherche documentaire, c'est une étape préliminaire avant une étude empirique. Elle a consisté à collecter des données informatives en étudiant des documents officiels et universitaires. Contrairement à la recherche littéraire, qui vise à acquérir des connaissances théoriques, la recherche documentaire a permis de recueillir des données factuelles existantes pour répondre aux questions de recherche.

Cette étape a donc consisté à passer en revue tous les articles, documents, revues et livres relatifs à l'éducation à la santé sexuelle, aux grossesses en milieu scolaire, aux IST/VIH/SIDA, à l'adoption de comportements responsables en matière de santé sexuelle au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s. Ainsi, la bibliothèque de l'Institut Théologique Jean-Paul II et la bibliothèque de l'Université d'Abomey-Calavi ont été visitées. De plus, des recherches ont été faites sur l'Internet et dans les archives du CEG la VERDURE.

2.2.4.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien est un outil essentiel utilisé dans la recherche qualitative pour structurer les interactions entre le chercheur et les participants. Conçu pour guider la discussion tout en permettant une certaine flexibilité, ce document contient une série de questions ouvertes et semi-structurées visant à explorer en profondeur les sujets d'intérêt de l'étude.

Le guide d'entretien utilisé dans le cadre de la présente recherche commence par une introduction dans laquelle le but de l'entretien est présenté.

Ensuite, les questions sont organisées de manière à faciliter une discussion fluide, en commençant par des questions générales pour établir une relation de confiance, puis en progressant vers des sujets plus spécifiques et détaillés. Les questions principales du guide d'entretien sont conçues pour encourager les participants à partager leurs expériences, leurs opinions et leurs perceptions sur le sujet de recherche. Des sondages sont également réalisés pour approfondir certaines réponses ou explorer des aspects particuliers plus en détail.

Enfin, le guide d'entretien se termine par une conclusion résumant les points clés abordés et un remerciement à l'endroit des participants pour leur contribution. Ici, il est important de rester ouvert et réceptif aux réponses des participants tout au long de l'entretien, en adaptant si nécessaire les questions et en permettant aux sujets émergents de guider la discussion.

2.2.4.3. Questionnaire

Dans le cadre de cette recherche sur l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents(e)s, portant spécifiquement sur les apprenants(e)s du CEG la VERDURE dans la commune d'Abomey-calavi, département de l'Atlantique (Bénin) l'utilisation de questionnaires se révélera essentielle pour recueillir des données quantitatives pertinentes. Ces questionnaires, composés de questions ouvertes et fermées sont élaborés de manière à explorer en profondeur les différents aspects de l'influence de l'ESS sur le maintien scolaire des adolescents(e)s, ainsi que ses implications sur leur santé, leur santé sexuelle, leur bien-être mental et émotionnel.

Les questions sont soigneusement structurées pour garantir la clarté et la précision des réponses, tout en couvrant un large éventail de sujets pertinents. La standardisation de l'administration des questionnaires permettra de garantir la comparabilité des réponses entre les différents participants, assurant ainsi la validité des résultats. De plus, la sélection d'un

échantillon représentatif d'adolescent(e)s scolarisé(e)s contribuera à la généralisation des conclusions de l'étude.

Enfin, une fois les questionnaires complétés, les données seront analysées à l'aide de logiciels statistiques pour obtenir des informations quantitatives précises sur l'impact de l'ESS sur les adolescents(e)s.

2.2.5. Déroulement de l'enquête

La phase de déroulement de l'enquête détaille les étapes de collecte des données, assurant ainsi la fiabilité et la pertinence des informations recueillies.

2.2.5.1. Pré-test

Avant l'étape finale de l'administration du questionnaire aux enquêtés, une pré-enquête a été faite. Les questionnaires ont été soumis à un groupe restreint d'élèves du CEG L'ENTENTE dans la commune de Cotonou, département du littoral (Bénin) pour un test préalable.

L'objectif était de s'assurer de la compréhension des questions, du remplissage aisé, et du temps nécessaire pour répondre aux questions. En d'autres termes d'évaluer la pertinence, de voir si la compréhension est la même... Au terme de ce test, des reformulations et des suppressions ont été apportées sur le questionnaire initial avant de le soumettre à la cible visée par le présent travail.

2.2.5.2. Durée de l'enquête

La collecte des données a été effectuée sur des périodes différentes allant du douze février deux mil vingt-cinq au vingt-et-un mars deux mil vingt-cinq en fonction de la disponibilité de la cible et des formalités administratives.

2.2.6. Traitement et Analyse des données

La technique de traitement et d'analyse des données dépend du type de données collectées et de la méthodologie de recherche utilisée. Dans cette approche de recherche mixte combinant des données quantitatives et qualitatives, plusieurs techniques peuvent être employées.

Pour les données quantitatives, des méthodes statistiques telles que l'analyse des statistiques descriptives, les tests d'inférence statistique sont utilisés afin d'explorer les relations entre les variables et tester les hypothèses de recherche.

Pour les données qualitatives, des techniques d'analyse de contenu, d'analyse thématique ou d'analyse de discours sont utilisées afin d'identifier les thèmes, les motifs récurrents et les significations cachées dans les données.

Dans cette approche de recherche mixte, les données quantitatives et qualitatives sont combinées à travers des techniques telles que la triangulation, la comparaison des résultats, ou l'intégration des résultats pour obtenir une compréhension approfondie du phénomène étudié.

2.2.7. Éthique

Le questionnaire d'enquête a reçu le consentement éclairé des différents sujets enquêtés avant son administration. Ces derniers ont eu l'assurance sur l'anonymat et la confidentialité des données recueillis. Le droit des participants ainsi que le secret des entretiens sont pris en compte dans ce travail. Aussi, la réalisation du présent travail est en conformité avec les normes éthiques et déontologiques, propres à un travail de recherche.

L'aspect éthique de la recherche est essentiel pour garantir le respect des droits et du bien-être des participants, de même que l'intégrité de la recherche. Ainsi, le consentement éclairé des participants est obtenu, un accent est mis sur la préservation de la confidentialité et de l'anonymat des données, et la protection des groupes vulnérables. De plus, la recherche est menée de manière équitable, en respectant la diversité et en évitant les conflits d'intérêts. Le respect de ces principes éthiques, contribuent à la crédibilité et à la validité de la recherche, tout en honorant les valeurs fondamentales de l'éthique de la recherche.

Dans la déontologie, avant toute participation, un engagement est pris vis-à-vis du sujet, à assurer la confidentialité des données recueillies. Celles-ci sont strictement en rapport avec l'objectif poursuivi. Pour cette recherche, le consentement des personnes questionnées a été pris en compte ; la confidentialité, la confiance et la clarté étaient de mise.

2.2.8. Difficultés

Comme toute recherche scientifique, l'élaboration de cette étude n'était pas sans peine. Notre thème a été traité par nombre d'auteurs occidentaux. Bien que plusieurs auteurs l'aient déjà abordé sous divers angles, au niveau local, nous avons eu du mal à trouver des documents qui abordent la question de l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents(es) dans un contexte africain et particulièrement dans un contexte béninois.

Aussi la période choisie pour les enquêtes, les formalités administratives auprès de l'administration du CEG la VERDURE et de la Direction Départementale des Enseignements

Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle de l'Atlantique (DDESFT-Atl à Allada) ont été vraiment fastidieuses.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

3.1. Présentation des résultats

Cette section présente de manière synthétique et détaillée les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives. Les tableaux et graphiques exposent les données claires, facilitant ainsi la compréhension des impacts de l'éducation à la santé sexuelle sur les comportements des adolescents.

3.1.1. Questions liées à la démographie et au niveau d'étude

3.1.1.1. Âge des répondants

Tableau 5 : Age des enquêtés

Ages	Effectifs	Pourcentages
11	3	1,59%
12	13	6,88%
13	17	8,99%
14	30	15,87%
15	21	11,11%
16	18	9,52%
17	25	13,23%
18	32	16,93%
19	18	9,52%
Plus	12	6,35%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

L'échantillon est composé de 189 répondants dont les âges varient de 11 à 19 ans et plus. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18 ans (16,93%), suivie des 14 ans (15,87%) et des 17 ans (13,23%). Les répondants de 11 ans représentent une minorité (1,59%).

3.1.1.2. Niveau d'étude

Tableau 6 : Niveau d'étude des enquêtés

Niveaux	4e	3 ^e	2 ^{de}	1 ^{ère}	Tle	Autres	Total
Nombre de réponses	32	41	36	43	25	12	189
Pourcentage (%)	16,93%	21,69%	19,05%	22,75%	13,23%	6,35%	100,00%

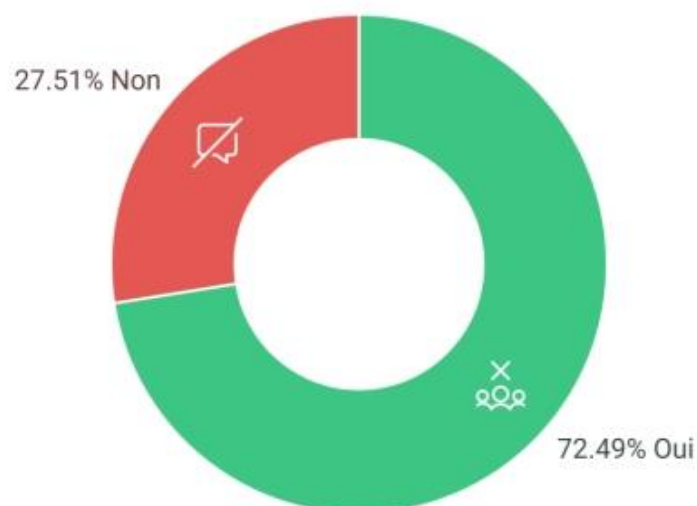
Source : Présente recherche, mars 2025

La majorité des enquêtés sont en classe de 1^{ère} (22,75%), 3^{ème} (21,69%) et 2^{de} (19,05%). Un pourcentage plus faible d'élèves est en Terminale (13,23%) ou en classe de 4^e (16,93%). Une proportion de 6,35% appartient à la catégorie "Autres", indiquant des parcours différents.

3.1.2. La réduction des grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s par l'éducation à la santé sexuelle

3.1.2.1. Connaissances en santé sexuelle

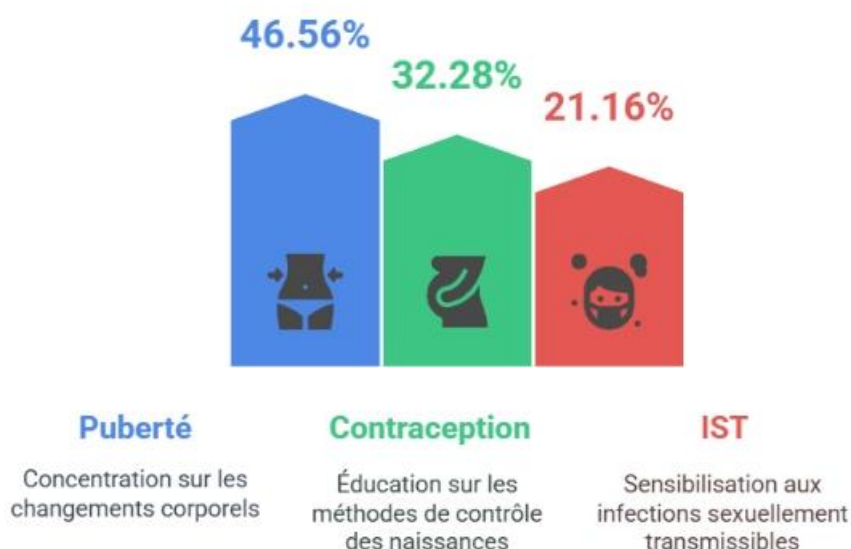
3.1.2.1.1. Notions reçues en santé sexuelle



Graphique 1 : Enquêtés ayant reçu des notions en santé sexuelle

72,49% des enquêtés affirment avoir reçu des notions en santé sexuelle à l'école, tandis que 27,51% ne l'ont pas fait. Cette tendance montre que l'éducation à la santé sexuelle est largement dispensée mais pas totalement couverte.

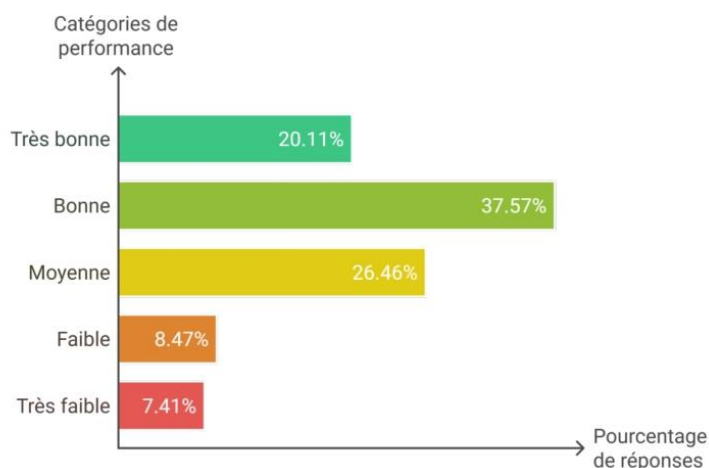
3.1.2.1.2. Sujets abordés en santé sexuelle



Graphique 2 : Répartition des sujets abordés en santé sexuelle

Les sujets les plus traités sont la puberté (46,56%), suivis de la contraception (32,28%) et des IST (21,16%). Cette répartition indique une sensibilisation plus forte sur les changements corporels que sur la prévention des infections sexuellement transmissibles.

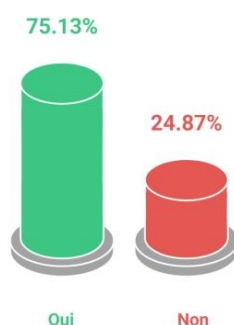
3.1.2.2. Niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives



Graphique 3 : Niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives

Près de 57,68% des répondants déclarent avoir une bonne ou très bonne connaissance des méthodes contraceptives. Cependant, 15,88% ont une connaissance faible ou très faible, ce qui montre un besoin d'amélioration.

3.1.2.3. Informations sur les Grossesses Non Désirées (GND)



Graphique 4 : Informations sur les grossesses non désirées

75,13% des enquêtés déclarent être informés sur les GND, tandis que 24,87% n'ont pas reçu d'informations. Ce qui montre le niveau d'information des enquêtés sur les GND.

3.1.2.4. Expériences Personnelles

3.1.2.4.1. Expérience d'une grossesse non désirée

Tableau 7 : Expériences d'une grossesse non désirée

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	6	3,17%
Non	183	96,83%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

Seulement 3,17% des enquêtés ont été confrontés à une grossesse non désirée, ce qui reste relativement faible. Tandis que 96,83% n'ont pas connu cette expérience.

3.1.2.4.2. Discussion sur la prévention des GND

Tableau 8 : Echanges sur la prévention des grossesses non désirées

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	138	73,02%
Non	51	26,98%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

73,02% des adolescents enquêtés ont déjà discuté de la prévention des grossesses non désirées avec des pairs ou des adultes de confiance et seulement 26,98% n'ont pas eu cette opportunité.

3.1.2.5. Impact de l'Éducation à la Santé Sexuelle

3.1.2.6. Perception de son impact sur la réduction des grossesses non désirées

Tableau 9 : Perception de l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des grossesses non désirées

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	127	67,20%
Non	62	32,80%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

67,20% des enquêtés pensent que l'éducation à la santé sexuelle a un impact positif sur la réduction des grossesses non désirées et 32,80% ne partagent pas cet avis.

3.1.2.7. Élément le plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées

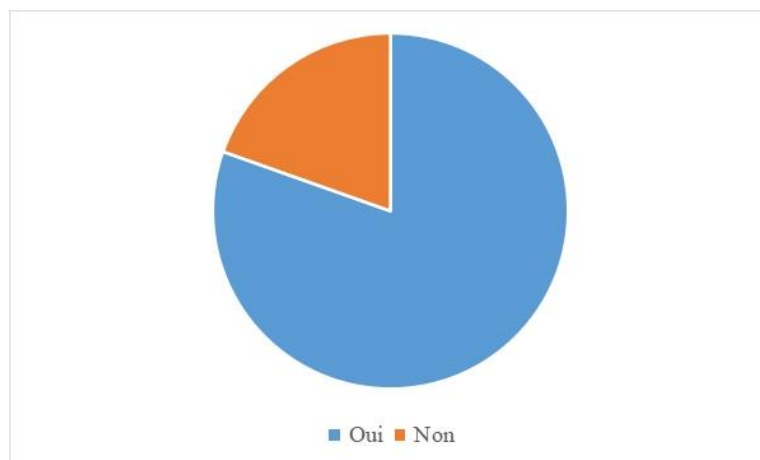
Tableau 10 : Eléments le plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées

Élément	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Informations sur la contraception	34	17,99%
Discussions ouvertes	149	78,84%
Autres	6	3,17%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

Parmi les stratégies jugées efficaces, les discussions ouvertes (78,84%) dominent, tandis que l'information sur la contraception (17,99%) est citée au second plan.

3.1.2.8. Le confort pour demander des informations sur la contraception et la sexualité à vos enseignants ou conseillers



Graphique 5 : Confort pour demander des informations sur la contraception et la sexualité à vos enseignants ou conseillers

80,42% estiment qu'ils ont une aisance à demander des informations sur la contraception et la sexualité aux enseignants ou conseillers, tandis que seulement 19,58% ont du mal à demander des informations sur la contraception et la sexualité aux enseignants ou conseillers. Ce qui explique une installation progressive d'un environnement sécurisant pour les adolescents.

3.1.2.9. Attitudes et Comportements

3.1.2.9.1. Utilisation d'une méthode contraceptive

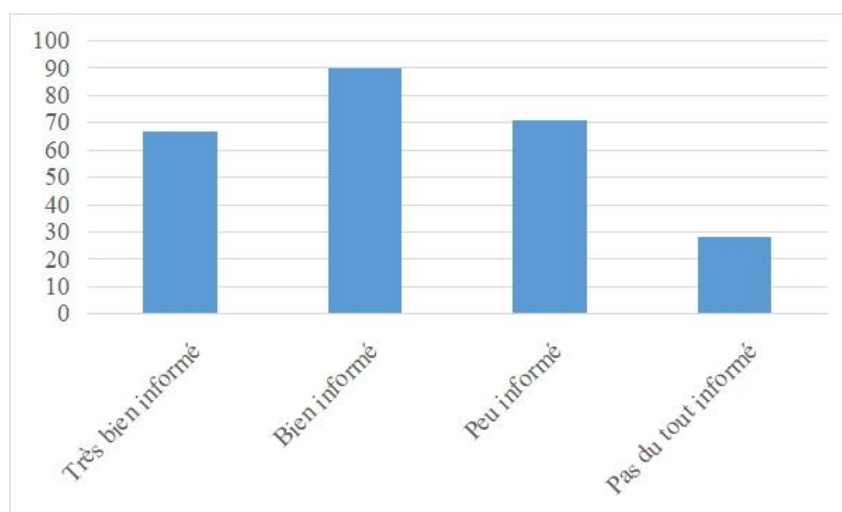
Tableau 11 : Utilisation d'une méthode contraceptive

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	72	38,10%
Non	117	61,90%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

Des enquêtés, 61,90% déclarent ne pas utiliser de méthode contraceptive, alors que 38,10% ont déclaré utiliser de méthodes contraceptives. Ces résultats montrent une prise de conscience et une adoption de comportements responsables au sein des adolescents.

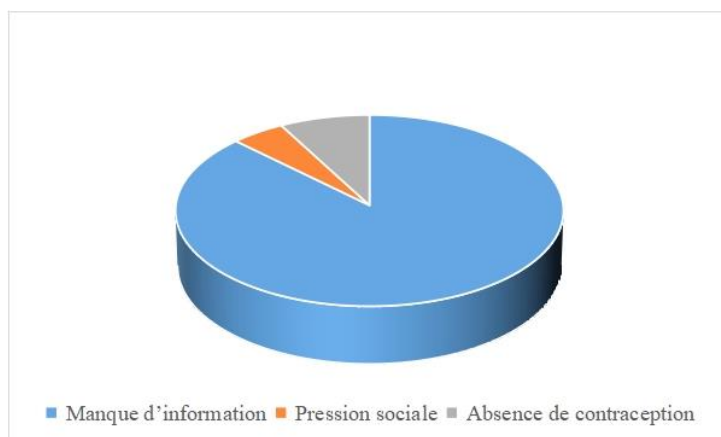
3.1.2.9.2. Niveau d'information sur la contraception



Graphique 6 : Niveau d'information sur la contraception

38,10% des enquêtés affirment utiliser une méthode contraceptive, alors que 61,90% ne le font pas. Cependant, 83,07% des enquêtés se considèrent bien ou très bien informés sur la contraception. Ces résultats montrent une prise de conscience et une adoption de comportements responsables au sein des adolescents.

3.1.2.10. Principales raisons des grossesses non désirées



Graphique 7 : Principales raisons des grossesses non désirées

Parmi les principales raisons des grossesses non désirées, le manque d'information (87,30%) domine, tandis que l'absence de contraception (7,94%) est citée en second plan et la pression sociale (4,76%) vient en dernière position, montrent ainsi l'importance d'une bonne information en matière de l'ESS.

3.1.2.11. Perceptions Sociales

3.1.2.11.1. Soutien familial en matière de santé sexuelle

Tableau 12 : Soutien familial en matière de santé sexuelle

Niveau de soutien	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Très bon	47	24,87%
Bon	56	29,63%
Moyen	63	33,33%
Mauvais	16	8,47%
Très mauvais	7	3,70%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

54,50% des enquêtés estiment avoir un bon et très bon soutien familial en matière de santé sexuelle. Cependant 12,17% estiment avoir un mauvais et très mauvais soutien en matière de santé sexuelle.

3.1.2.11.2. Présence de tabous autour de la sexualité

Tableau 13 : Tabous autour de la sexualité

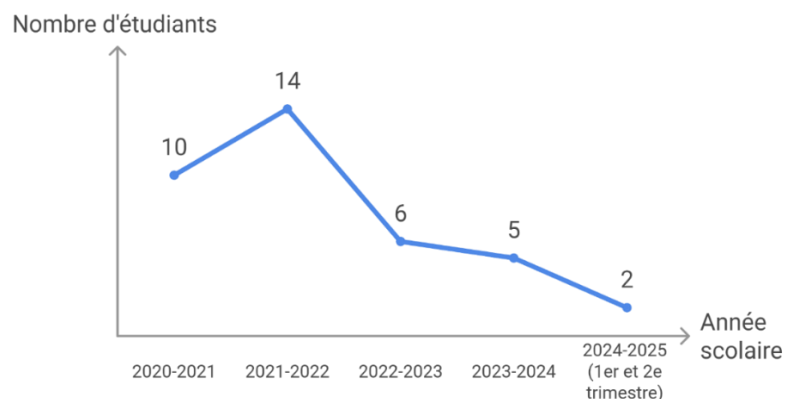
Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	88	46,56%
Non	101	53,44%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

46,56% des enquêtés ont fait cas des tabous autour de la sexualité dans leur milieu, alors que 53,44% estiment qu'il n'y a pas de tabous autour de la sexualité.

3.1.2.12. Évolution du nombre de cas de grossesse

Il convient d'intégrer les données relatives aux cas de grossesses enregistrés de 2020 à 2025 au CEG la Verdure.



Graphique 8 : Cas de grossesses enregistrés de 2020 à 2025

Source : Rapports de fin d'année des années scolaires 2020-2021 jusqu'au deuxième trimestre de 2024-2025

Les chiffres révèlent : 10 cas en 2020-2021, 14 cas en 2021-2022, suivis d'une diminution à 6 cas en 2022-2023, 5 cas en 2023-2024, et enfin 2 cas pour le premier et deuxième trimestre de 2024-2025. Notons que l'ESS a débuté dans l'établissement en 2021.

Dès lors, l'évolution descendante des cas de grossesses non désirées témoigne d'un effet positif significatif de l'introduction de l'éducation à la santé sexuelle, corroborant ainsi les résultats des tableaux précédemment présentés.

3.1.3. La réduction des IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s par l'éducation à la sante sexuelle

3.1.3.1. Réduction des IST/VIH-SIDA par l'Éducation à la Santé Sexuelle

3.1.3.1.1. Connaissance des IST/VIH-SIDA

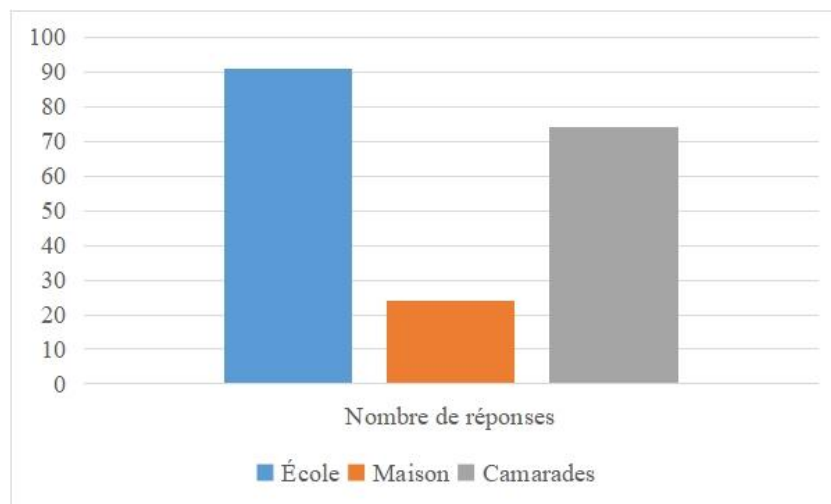
Tableau 14 : Connaissance des IST/VIH-SIDA

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	176	93,12%
Non	13	6,88%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

93,12% des enquêtés ont déjà entendu parler des IST/VIH-SIDA, ce qui démontre une sensibilisation importante. Toutefois, 6,88% ne sont pas informés.

3.1.3.1.2. Cadre fournissant les meilleures informations



Graphique 9 : Cadre fournissant les meilleures informations en matière de santé sexuelle

L'école est citée comme la principale source d'information (48,15%), suivie des camarades (39,15%) et de la famille (12,70%).

3.1.3.1.3. Conseils ou informations sur la protection des IST

Tableau 15 : Conseils ou informations sur la protection des IST

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	113	59,79%
Non	76	40,21%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

59,79% des enquêtés ont reçu des conseils ou informations sur la protection contre les IST. Cependant, seuls 49,74% ont déjà été dépistés.

3.1.3.1.4. Dépistage pour une IST ?

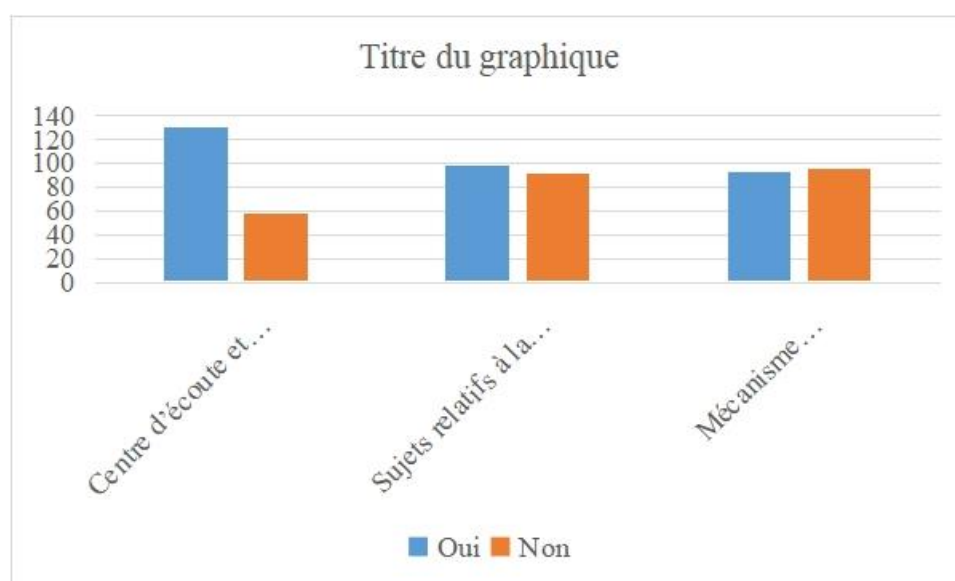
Tableau 16 : Dépistage pour une IST

Réponse	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	94	49,74%
Non	95	50,26%
Total	189	100,00%

Source : Présente recherche, mars 2025

49,74% des enquêtés se sont fait dépister pour une IST, alors que 50,26% ne l'ont jamais fait.

3.1.4. Le maintien des adolescent(e)s dans le système éducatif par l'éducation à la sante sexuelle (Maintien dans le Système Éducatif : Existence de services et programmes de soutien)



Graphique 10 : Existence de services et programmes de soutien

L'enquête montre que 69,31% des élèves ont accès à un centre d'écoute et de conseil. Cependant, l'inclusion des sujets de santé sexuelle dans le programme scolaire est plus limitée (51,85%).

Par ailleurs, seulement 49,21% des enquêtés considèrent que leur établissement met en place un mécanisme efficace d'information sur la santé sexuelle.

3.2. Interprétation des résultats

Les résultats, telle que présentée dans la section précédente, révèlent plusieurs tendances et points saillants concernant l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur les comportements et le maintien scolaire des adolescents du CEG la VERDURE.

D'abord, les données quantitatives démontrent une répartition relativement équilibrée entre les différents niveaux scolaires et tranches d'âge, avec une représentation notable des élèves de 14, 17 et 18 ans. Cette répartition permet de saisir l'évolution des connaissances et des attitudes au fur à mesure que les élèves progressent dans leur parcours éducatif. Les tableaux statistiques et les graphiques associés illustrent clairement que les adolescents ayant bénéficié d'un accompagnement régulier en santé sexuelle présentent une meilleure maîtrise des concepts liés à la prévention des grossesses précoces et des IST. Certains enquêtés le disent clairement. C'est le cas de G-F pour qui « le manque d'informations en matière de l'ESS peut amener les jeunes filles à tombées enceinte précocement et sans qu'elles ne désirent. L'ESS à l'école nous donne des informations sur la santé sexuelle »

Sur le plan qualitatif, les entretiens semi-structurés mettent en lumière l'impact profond de l'éducation à la santé sexuelle sur la construction identitaire et la prise de décision des élèves. De nombreux témoignages font état d'une meilleure compréhension des enjeux liés à la sexualité, ainsi que d'une capacité accrue à négocier des relations saines et à résister aux pressions sociales. Ces éléments témoignent de l'efficacité des approches pédagogiques interactives et participatives qui ont été mises en place dans le cadre du programme.

L'analyse des propos recueillis révèle également que l'éducation à la santé sexuelle contribue à renforcer l'estime de soi et la confiance en soi, deux facteurs déterminants dans le maintien scolaire et dans la capacité à surmonter les obstacles liés aux comportements à risque.

Par ailleurs, l'utilisation combinée des données quantitatives et qualitatives permet d'identifier des corrélations intéressantes. Par exemple, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs apparaît significativement plus élevé chez les élèves qui ont participé activement aux sessions d'éducation à la santé sexuelle.

De même, le report de l'âge de la première relation sexuelle et la diminution des comportements à risque témoignent d'une influence positive des interventions éducatives sur les pratiques de prévention. Ces corrélations confirment l'hypothèse selon laquelle une

meilleure information et une approche pédagogique adaptée permettent de réduire les risques de grossesses non désirées et d'infections, contribuant ainsi indirectement à une meilleure rétention scolaire.

L'analyse approfondie des résultats met également en évidence des disparités selon le sexe. Tandis que les filles semblent plus enclines à appliquer les conseils reçus et à adopter des comportements de prévention, les garçons présentent encore certaines réserves, probablement liées à des normes sociales traditionnelles et à un manque d'implication dans les discussions sur la santé sexuelle. Cette disparité suggère la nécessité de développer des stratégies spécifiques visant à renforcer l'implication des garçons, notamment par le biais d'initiatives éducatives ciblées et d'un accompagnement adapté.

Un aspect particulièrement significatif de cette analyse est l'évolution des cas de grossesses non désirées enregistrés entre 2020 et 2025. Avant l'introduction de l'ESS en 2021, le CEG la Verduze avait enregistré 10 cas en 2020-2021 et 14 cas en 2021-2022. Cependant, dès l'implémentation de l'ESS, une diminution progressive est observée, avec 6 cas en 2022-2023, 5 cas en 2023-2024, et seulement 2 cas pour les deux premiers trimestres de l'année scolaire 2024-2025. Ce déclin significatif corrobore l'efficacité des interventions éducatives mises en place et renforce l'argument selon lequel une éducation structurée et adaptée aux réalités locales peut réduire les comportements à risque.

Les témoignages recueillis illustrent également comment l'ESS permet aux élèves de se sentir mieux informés et autonomes dans leurs décisions, ce qui se traduit par une diminution des grossesses non désirées. L'analyse qualitative met en lumière des ressentis de confiance renforcée et de soutien, facteurs qui ont largement contribué à ce changement positif.

Il convient alors de souligner les propos de certains enquêtés tels que l'enquêté H-I qui vante les mérites de l'ESS à travers ces mots : « L'éducation à la santé sexuelle à l'école est une bonne chose car elle permet de réduire au sein des jeunes filles non seulement les grossesses non désirées et précoces mais aussi les avortements. En matière d'ESS, on nous apprend comment faire pour ne pas tomber enceinte précocement, éviter les maladies et les avortements. Pour moi, pour rendre l'ESS efficace, il faut sensibiliser davantage les adolescents(es) à faire de bon choix en matière de santé sexuelle ».

Dans la même logique, L-G trouve que : « Insister sur l'ESS dans les écoles est bien et important pour la vie des jeunes. Il est essentiel que nous ayons des informations pertinentes pour mener une bonne jeunesse sans avoir de regret à long terme ».

Y-M vient également renforcer ces avis en disant : « je pense que l'ESS nous donne des moyens pour prévenir certains risques liés à notre vie, nos relations avec les autres et nous protège contre des maladies. Je suggère une bonne sensibilisation au sein des adolescents et jeunes ».

L'enquête M-A va même plus loin en trouvant que l'évolution de la société a besoin de l'ESS et déclare que : « l'ESS est comme un outil qui permet de réduire les GND et favorise l'évolution de la société car la société a besoin des femmes stables. Il serait bien de rendre disponible et accessible les documents et les informations sur la santé sexuelle mais aussi de promouvoir la régularité du dialogue parent-enfant dans les communautés ».

A-J, quant à lui, affirme simplement que : « l'ESS à l'école est bonne car elle met l'accent sur les méfaits de la vie sexuelle sur les bancs. Il faut plus d'information surtout des sensibilisations dans les écoles à l'endroit des jeunes surtout ceux qui sont en âge de puberté ».

En ce qui concerne O-H : « l'ESS est importante dans la mesure où elle prévient les adolescents en ce qui concerne les GND, et contribue ainsi à leur évolution à l'école. Il faudra plus informer les adolescents sur les risques d'une vie sexuelle précoce à travers des séances de sensibilisation régulières sur la santé sexuelle dans les écoles, les lycées et les collèges ».

Toujours dans le même ordre d'idée, B-J estime que : « l'ESS à l'école est très utile et aide beaucoup d'adolescents à évoluer dans les études. Je pense que les écoles et les ONG doivent mieux s'organiser afin de donner les moyens nécessaires aux adolescents pour faire face à leur santé sexuelle ».

A-J quant à lui trouve que l'ESS façonne au mieux la vision des élèves en milieu scolaire en déclarant que : « parler de l'ESS dans les écoles permet au moins de diminuer les cas de grossesses en milieu scolaire, de changer la vision des élèves sur les maladies sexuellement transmissibles et de retarder le plus possible le premier rapport sexuel. Les parents et les enseignants doivent nous donner des conseils utiles en matière de santé sexuelle. Aussi, le gouvernement doit nous accompagner dans cette tâche parce que les problèmes qui touchent les adolescents et les jeunes sont des problèmes sociaux ; il faut donc élaborer un programme spécial pour l'éducation à la santé sexuelle surtout pour les filles et les garçons en âge de puberté. Il serait aussi bien d'avoir un psychologue pour les écoles pour accompagner les adolescents et jeunes qui ne sont pas écoutés par rapport à leur santé sexuelle à la maison et qui sont victimes de viol »

D-L aborde dans la même logique, la prise de conscience des élèves et déclare que : « l'ESS à l'école est très efficace car elle permet aux élèves de bien se comporter et de prendre conscience de l'importance de leur santé sexuelle. Je pense qu'on doit insérer ces notions dans les programmes d'études et en parler dans tous les établissements. Pour rendre l'ESS fiable et efficace, il faut rendre les informations accessibles à tous depuis le bas-âge et œuvrer pour la discussion ouverte dans les familles. »

De surcroît, N-V évoque la perspective d'une meilleure communication parent-enfant grâce à l'ESS en affirmant que : « l'ESS à l'école est importante parce qu'elle nous aide à comprendre ce que nos parents n'arrivent pas à nous dire. Il nous faut plus d'informations et des centres où on peut se diriger en cas de difficultés. Au minimum, avoir dans chaque établissement, un département qui assiste les élèves en âge de puberté ou un éducateur spécial en santé sexuelle. »

De son côté P-M ajoute que : « très efficace l'ESS à l'école ; elle permet aux jeunes élèves de prendre conscience et d'éviter certains comportements dangereux. Le système éducatif doit prendre beaucoup plus au sérieux cette éducation dans les programmes. On doit en parler aux enfants dès leur bas-âge afin qu'ils aient le maximum d'information à l'âge adulte »

Comme pour renforcer tout ceci, H-T ironise et pointe du doigt les autorités par ces mots : « moi je pense que l'éducation à la santé sexuelle à l'école n'est pas trop importante pour les autorités. En vérité, tout le monde s'en fout de nous et chacun fait ce qu'il veut. On aimerait qu'on nous donne plus d'informations précises, qu'on nous donne des notions sur les problèmes liés à la santé sexuelle ; récupérer quelques heures dans nos programmes pour partager des informations et des expériences avec nous. »

Enfin, l'analyse des résultats révèle des pistes pour améliorer les programmes existants. La diversité des méthodes de collecte de données, combinant questionnaires, entretiens et observations, a permis d'obtenir une vision plus large du phénomène étudié. Cependant, cette approche a également mis en lumière la complexité d'intégrer des données issues de sources multiples et la nécessité de recourir à des méthodes d'analyse plus sophistiquées pour dégager des tendances plus fines.

Les retours d'expérience des élèves, conjugués aux indicateurs quantitatifs, soulignent l'importance d'une évaluation continue des programmes afin d'ajuster en temps réel les contenus et les méthodes pédagogiques en fonction des évolutions constatées sur le terrain.

En conclusion, l'analyse des résultats de cette recherche démontre clairement que l'éducation à la santé sexuelle exerce une influence significative sur la réduction des comportements à risque et le maintien scolaire des adolescents. Les résultats obtenus invitent à une réflexion sur l'importance d'un engagement collectif impliquant élèves, enseignants, parents et acteurs institutionnels pour assurer la pérennité et l'efficacité des interventions. La synergie entre l'information, la prévention et l'accompagnement éducatif apparaît comme la clé d'un succès durable dans la promotion d'une santé sexuelle responsable et dans la construction d'un avenir académique prometteur pour les adolescents(es).

CHAPITRE 4 : DISCUSSION, LIMITES ET SUGGESTIONS

4.1. Discussion

Les résultats soulignent l'importance cruciale de l'éducation à la santé sexuelle dans le contexte adolescent. Il est essentiel de le souligner parce qu'elle exerce son influence non seulement comme une source de connaissances, mais aussi comme un outil de changement comportemental.

4.1.1. Interprétation des résultats en lien avec l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des grossesses non désirées et précoces

L'analyse des résultats met en exergue l'impact positif de l'éducation à la santé sexuelle dans la diminution des grossesses non désirées et précoces chez les adolescents(es) du CEG la VERDURE. En effet, les données recueillies dans la section 3.1 montrent que la majorité des élèves ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé sexuelle manifestent une meilleure connaissance des moyens et comportements de prévention. Cette amélioration des connaissances se traduit par un report des débuts d'activité sexuelle, ce qui correspond aux attentes théoriques liées aux effets des programmes éducatifs sur la réduction des risques.

Les résultats indiquent également que les enseignements dispensés dans le cadre scolaire permettent d'instaurer un climat de confiance, favorisant la communication entre les élèves et leurs enseignants. Ce climat contribue à une meilleure assimilation des messages liés à la prévention des grossesses non désirées. Ainsi, les élèves ne se contentent pas de mémoriser des informations, mais apprennent également à les appliquer dans leur quotidien, ce qui réduit significativement les comportements à risque, ainsi que le confirment les travaux de Meillier et al., (2002), Acharya et al., (2010): « cette approche permet non seulement de doter les adolescents(es) des connaissances nécessaires, mais aussi de favoriser un environnement propice à la discussion sur les pratiques sexuelles à moindre risque, ce qui se traduit en fin de compte par une amélioration de la santé et une réduction des comportements à risque chez les plus jeunes ».

Sur le plan méthodologique, il est intéressant de constater que l'analyse des questionnaires administrés révèle une corrélation positive entre la fréquentation des séances d'éducation à la santé sexuelle et l'adoption de comportements responsables. Plusieurs élèves ont évoqué lors des entretiens semi-structurés qu'ils se sentaient mieux armés pour résister aux pressions des pairs. Ces témoignages illustrent l'importance de la dimension émotionnelle et relationnelle dans la transmission des savoirs. L'aspect interactif des sessions semble avoir

permis aux adolescent(e)s de déconstruire certains mythes culturels et de remplacer des croyances erronées par des informations scientifiquement validées.

Par ailleurs, la théorie de l'échange social, qui a guidé le modèle d'analyse de ce mémoire, trouve ici une application concrète. En effet, les récompenses perçues, telles que la reconnaissance sociale et l'amélioration du bien-être, semblent constituer des leviers motivants pour l'adoption de comportements préventifs. L'évaluation des coûts (risques de grossesses précoces et de stigmatisation) versus les bénéfices (meilleure santé et maintien scolaire) est un processus de décision qui paraît être fortement influencé par les messages transmis dans le cadre des programmes éducatifs. Cette observation vient conforter l'hypothèse selon laquelle l'éducation à la santé sexuelle contribue de manière significative à la réduction des grossesses non désirées chez les adolescents(es). Ce qui s'apparente aux résultats des travaux de Bellnier et al., (2021) pour qui, « une éducation adaptée aux adolescents(es) peut conduire à une augmentation des comportements protecteurs, tels que l'utilisation systématique du préservatif, réduisant ainsi l'incidence des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles ». Les résultats de Handayani et al., (2023), vont dans le même sens et montre que « les modèles d'éducation par les pairs et les initiatives de télésanté peuvent jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de l'efficacité personnelle des adolescents et de leurs connaissances en matière de santé génésique, ce qui permet en fin de compte de réduire les comportements à risque ». De même, « les programmes qui incluent des discussions sur le développement humain, les relations, la prise de décision et la contraception peuvent aider à retarder le début des relations sexuelles, réduisant ainsi les grossesses non désirées » (Chansa, C., et al., 2024).

L'analyse détaillée des résultats démontre également une différence notable entre les réponses des filles et des garçons. Alors que les filles montrent une forte adhésion aux messages préventifs, les garçons semblent moins engagés, ce qui pourrait s'expliquer par des normes sociales encore très enracinées en matière de sexualité et de masculinité. Ces constats suggèrent la nécessité de renforcer l'implication des garçons dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle afin d'assurer une prévention complète et équilibrée. Ainsi, « l'inclusion des garçons dans les programmes d'éducation peut être une approche prometteuse pour réduire les grossesses adolescentes en responsabilisant les deux sexes ». (Lohan, M., et al., 2018).

L'éducation à la santé sexuelle a le potentiel de réduire les grossesses en milieu scolaire, mais son efficacité dépend de la qualité de sa mise en œuvre et de l'inclusivité des programmes. Des approches complètes et bien structurées, qui incluent tous les sexes et adaptent les

méthodes aux besoins des adolescents(es), semblent être les plus prometteuses pour atteindre cet objectif.

L'interprétation des résultats en lien avec la réduction des grossesses non désirées confirme que l'éducation à la santé sexuelle, lorsqu'elle est bien structurée et intégrée dans le cursus scolaire, constitue un vecteur essentiel de changement de comportement chez les adolescents(es). Ce constat invite à envisager des stratégies d'amélioration continue des programmes afin d'accroître leur portée et leur efficacité dans la lutte contre les risques liés à une sexualité prématurée.

4.1.2. Discussion sur l'impact de l'éducation à la santé sexuelle dans la prévention des IST/VIH-SIDA

Les données issues de la présentation des résultats démontrent un effet positif de l'éducation à la santé sexuelle sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH-SIDA parmi les adolescents. Le renforcement des connaissances sur les modes de transmission et les méthodes de prévention constitue un pilier central de ces programmes.

Les réponses aux questionnaires et les entretiens révèlent que les élèves qui ont reçu des informations en matière d'éducation à la santé sexuelle affichent une meilleure compréhension des risques associés à leurs comportements en matière de santé sexuelle. Pour Terfehr, M., (2021), l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles peut aider à protéger les jeunes adolescents en leur fournissant des informations leur permettant de faire des choix éclairés et de réduire le risque d'exposition aux IST/MST. En effet, Szucs, L., et al., (2021) estiment qu'elle aide à prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, en fournissant aux adolescents(es) les connaissances et compétences nécessaires pour adopter des comportements sexuels sûrs. Cette connaissance approfondie leur permet d'adopter des stratégies préventives, telles que le retard le plus possible du premier rapport sexuel, l'utilisation systématique du préservatif et la limitation du nombre de partenaires.

L'approche pédagogique adoptée au CEG la VERDURE s'appuie sur des modules théoriques et pratiques qui favorisent une approche holistique de la santé sexuelle. Les séances d'information sur les IST intègrent des explications détaillées sur les symptômes, les traitements disponibles et les recours possibles en cas d'infection.

Par ailleurs, des ateliers interactifs encouragent les élèves à poser des questions et à dissiper les mythes persistants qui entourent le VIH-SIDA. Ces activités participatives

renforcent l'assimilation des informations et facilitent le passage à l'acte préventif. Une étude menée par Temin, M., et al., (2009) a révélé que des programmes éducatifs en santé sexuelle abordent des questions essentielles telles que la prévention du VIH et favorisent la compréhension de la santé maternelle, ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte des adolescents(es) confrontées à des défis sociaux uniques dans les pays en développement.

Les résultats montrent également que l'éducation à la santé sexuelle a un effet différentiel selon le sexe. Les filles, souvent plus exposées aux conséquences sociales et sanitaires des IST, semblent adopter des comportements plus prudents après avoir bénéficié d'un enseignement adéquat.

Toutefois, une part importante des garçons reste encore sous-informée ou insuffisamment sensibilisée, ce qui laisse entrevoir un besoin urgent d'adapter les contenus pédagogiques pour toucher cette population. Comme le souligne Lohan, M., et al., (2018), « l'inclusion des garçons dans ces programmes d'éducation peut être une approche prometteuse pour réduire les grossesses adolescentes en responsabilisant les deux sexes ». L'implication des pairs dans le processus éducatif apparaît comme une stratégie prometteuse pour combler cet écart. En effet, la valorisation des échanges entre adolescents favorise une prise de conscience collective et contribue à l'instauration d'un climat propice à la prévention.

La discussion met également en lumière les défis liés à l'homogénéité des messages éducatifs dans un contexte culturel complexe comme celui d'Abomey-Calavi. Les normes sociales et les croyances traditionnelles peuvent parfois entrer en contradiction avec les informations scientifiques.

Cependant, l'adaptation des contenus aux réalités locales et l'implication des leaders communautaires apparaissent comme des solutions pertinentes pour harmoniser ces deux dimensions. Les programmes d'éducation à la santé sexuelle doivent ainsi se montrer flexibles et sensibles aux contextes socioculturels pour maximiser leur impact sur la prévention des IST et du VIH-SIDA. Cet aspect de l'éducation à la santé sexuelle est souligné dans les travaux de Acharya et al., (2010) : « L'émergence de nouvelles dynamiques sociales, telles que les cultures de rencontres, joue un rôle crucial dans le comportement sexuel des adolescents. Les recherches indiquant que les rencontres, en particulier chez les jeunes urbains, deviennent de plus en plus populaires, soulignent la nécessité d'intégrer des discussions sur ces changements culturels dans l'éducation à la santé sexuelle ».

Enfin, l'analyse des résultats encourage la poursuite des efforts de sensibilisation et l'investissement dans des formations continues pour les enseignants et les animateurs des programmes de santé sexuelle. La collaboration entre les institutions éducatives et les organismes de santé publique est primordiale pour garantir une mise à jour régulière des contenus et des stratégies pédagogiques.

4.1.3. Discussion sur le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans le maintien scolaire des adolescents

La relation entre l'éducation à la santé sexuelle et le maintien scolaire est un point central de cette recherche. Les résultats montrent clairement que les élèves qui bénéficient d'un enseignement adapté en matière de santé sexuelle sont moins exposés aux risques de décrochage scolaire liés aux grossesses précoces et aux infections.

En effet, la transmission de connaissances précises et la mise en place d'un environnement éducatif inclusif semblent jouer un rôle déterminant dans la capacité des adolescent(e)s à poursuivre leur cursus scolaire sans interruption.

Le suivi pédagogique et l'accompagnement personnalisé, intégrés dans le programme d'éducation à la santé sexuelle, permettent aux élèves de se sentir soutenus tant sur le plan académique que personnel. Ces dispositifs d'accompagnement, souvent associés à des conseils individuels et à des sessions de remédiation, favorisent une meilleure rétention des élèves dans le système scolaire. L'utilisation de méthodes innovantes comme l'apprentissage par le jeu et la gamification dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle a montré une augmentation significative de la motivation, de l'attitude, des connaissances et de l'engagement des élèves, ce qui peut contribuer à un meilleur maintien scolaire (Haruna, H., et al., 2018).

La prévention des grossesses non désirées et la réduction des comportements à risque contribuent ainsi directement à limiter les cas de décrochage. Les témoignages recueillis lors des entretiens indiquent que la prise de conscience des conséquences à long terme des comportements non protégés incite les élèves à adopter des stratégies de protection, non seulement pour leur santé, mais aussi pour assurer la continuité de leur parcours éducatif.

L'approche intégrée de l'éducation à la santé sexuelle, qui combine des aspects théoriques et pratiques, offre aux adolescent(e)s une vision globale de leur développement personnel et scolaire. L'intégration d'ateliers sur la gestion des émotions, la communication et la négociation dans les relations interpersonnelles permet aux élèves de mieux gérer les pressions sociales et d'éviter les situations à risque. Cette double dimension, à la fois préventive

et éducative, contribue à la création d'un environnement scolaire favorable à l'apprentissage et à l'épanouissement. C'est ce que souligne Jämiä, L., et al., (2023) lorsqu'ils postulent que « les programmes qui soutiennent le renforcement des adolescents(es) contribuent à des résultats positifs en matière de santé sexuelle et à une meilleure intégration scolaire ».

Par ailleurs, l'analyse met en exergue l'importance du rôle des enseignants et des animateurs dans la transmission des messages de prévention. La formation continue du personnel éducatif apparaît comme un levier essentiel pour renforcer l'efficacité des programmes. Lorsque les enseignants sont bien informés et motivés, ils peuvent mieux créer un climat de confiance et encourager l'engagement des élèves. Cette relation de proximité et de soutien entre élèves et enseignants est un facteur clé du maintien scolaire, en particulier dans un contexte où les défis liés à la santé sexuelle peuvent rapidement se traduire par des ruptures dans le parcours éducatif.

Un autre aspect important qui ressort de l'analyse est la nécessité d'impliquer les parents et la communauté dans ces démarches éducatives. La collaboration entre l'école et les familles permet de créer un réseau de soutien renforcé, où chacun contribue à la prévention des risques et à la promotion d'un environnement éducatif sain. Les initiatives de sensibilisation à destination des parents, ainsi que la mise en place de forums de discussion, facilitent une meilleure compréhension des enjeux et renforcent le suivi des élèves en dehors du cadre scolaire. Des programmes structurés tels que les centres d'information et de conseil pour les jeunes dans les écoles fournissent des ressources et des informations vitales, permettant aux adolescent(e)s et jeunes de faire face à leurs problèmes de santé de manière plus efficace (Isni et al., 2018). Ainsi, ils peuvent par conséquent expérimenter ces transformations au sein de leur communauté et à cet égard, ils/elles sont appelé(e)s à faire de bons choix afin de mieux se développer sur le plan personnel et de s'épanouir de manière harmonieuse (Percy-Smith, B., & Burns, D., 2013.), (Sheehan et al., 2017).

En résumé, l'éducation à la santé sexuelle apparaît comme un outil stratégique pour le maintien scolaire des adolescent(e)s. En offrant une meilleure information, en renforçant l'estime de soi et en favorisant des comportements responsables, ces programmes contribuent à créer des conditions favorables à la réussite scolaire et à l'épanouissement personnel des jeunes.

L'expérience du CEG la VERDURE démontre que la prévention des risques liés à la sexualité n'est pas seulement une question de santé, mais également un facteur déterminant pour la continuité des études et l'avenir des adolescent(e)s.

4.2. Limites

Bien que l'étude ait permis de recueillir des données significatives, plusieurs limites sont à souligner.

4.2.1. Limites méthodologiques

Dans le cadre de cette étude, plusieurs limites méthodologiques méritent d'être soulignées. Tout d'abord, l'approche mixte adoptée, bien qu'elle offre une vision globale et nuancée du phénomène, présente certaines contraintes en termes d'intégration et de triangulation des données. La collecte simultanée des données qualitatives et quantitatives, réalisée sur une période relativement courte, a pu limiter la profondeur de l'analyse et la possibilité d'effectuer des suivis longitudinaux. Par exemple, l'utilisation des questionnaires administrés à un échantillon de 189 élèves offre une photographie instantanée de la situation, sans pour autant permettre de mesurer l'évolution des comportements sur le long terme.

De plus, la fiabilité des réponses des adolescent(e)s peut être remise en question, notamment en raison de la sensibilité du sujet de la santé sexuelle. Les réponses pourraient être influencées par la désirabilité sociale, c'est-à-dire que les élèves pourraient répondre en fonction de ce qu'ils pensent être attendu d'eux plutôt que de refléter leur véritable vécu. Ce biais induit potentiellement une sous-estimation ou une surestimation de certains comportements à risque. L'anonymat garanti aux participants ne permet pas toujours d'éliminer totalement cette influence, notamment dans un contexte culturel où le sujet reste tabou.

Une autre limite méthodologique réside dans la sélection de l'échantillon. Le choix de travailler exclusivement avec des élèves du CEG la VERDURE, bien que pertinent pour répondre aux objectifs de l'étude, restreint la généralisation des résultats à d'autres contextes scolaires ou géographiques. Les caractéristiques spécifiques de cette institution, notamment son environnement socio-économique et sa proximité avec la capitale, pourraient différer de celles d'autres établissements du Bénin. Cette limitation implique que les résultats obtenus ne peuvent être extrapolés sans prudence à d'autres contextes éducatifs ou culturels.

En outre, la méthode d'échantillonnage, basée sur un échantillonnage aléatoire simple, bien que rigoureuse, n'a pas permis d'intégrer de manière systématique les variables

contextuelles pouvant influencer la santé sexuelle des élèves, telles que l'implication parentale ou l'accès aux services de santé. L'absence d'une stratification plus fine des données (par exemple, selon le sexe, le niveau socio-économique ou la zone résidentielle) limite la capacité à analyser des sous-groupes spécifiques qui pourraient présenter des comportements distincts en matière de santé sexuelle.

Enfin, l'analyse qualitative reposant sur des entretiens semi-structurés, malgré la richesse des données recueillies, reste tributaire de l'interprétation subjective du chercheur. La collecte et l'analyse des témoignages pourraient être affectées par la variabilité des perceptions et la manière dont les questions ont été posées, ce qui constitue une limite inhérente à ce type de méthodologie. Cette subjectivité, bien que minimisée par une triangulation avec les données quantitatives, demeure une contrainte qui appelle à une prudence dans l'interprétation des résultats.

4.2.2. Limites liées à la collecte de données

La collecte de données pour cette recherche a rencontré plusieurs obstacles qui méritent d'être pris en compte dans l'interprétation des résultats. D'une part, le processus de pré-test des questionnaires et des guides d'entretien, bien que nécessaire pour s'assurer de la compréhension des questions, a révélé que certains points nécessitaient des reformulations importantes pour être clairs pour tous les participants. Cette étape a certes permis d'améliorer la qualité des instruments de mesure, mais elle a également introduit un certain décalage dans la standardisation des données recueillies, pouvant affecter la comparabilité des réponses entre les différents groupes d'élèves.

D'autre part, le contexte temporel dans lequel l'enquête a été réalisée. La période de collecte, allant du 12 février au 21 mars 2025, coïncidait avec des périodes de fortes activités scolaires et des échéances administratives, ce qui a pu restreindre la disponibilité et la concentration des élèves pour répondre de manière complète et réfléchie aux questionnaires. Cette contrainte temporelle a pu induire une forme de fatigue ou une précipitation dans les réponses, diminuant ainsi la qualité des informations collectées.

De plus, l'accès aux participants a été limité par des considérations administratives et logistiques. L'obtention des autorisations nécessaires auprès de l'administration du CEG la VERDURE et des instances éducatives locales a parfois ralenti le processus de collecte des données. Ces délais ont eu pour effet de réduire le temps alloué aux interactions qualitatives,

notamment lors des entretiens semi-structurés, limitant ainsi la profondeur des échanges et la richesse des témoignages recueillis.

Par ailleurs, la nature même du sujet – l'éducation à la santé sexuelle – impose des défis spécifiques dans la collecte de données. Le caractère sensible et parfois tabou de la thématique peut entraîner une réticence à divulguer des informations personnelles ou à aborder certains aspects de la sexualité. Malgré l'anonymat et la confidentialité assurés, certains élèves ont pu hésiter à fournir des réponses totalement sincères, ce qui pourrait biaiser les résultats et masquer des aspects importants du vécu des adolescent(e)s.

4.2.3. Limites liées à l'analyse des données

L'analyse des données issues de cette étude présente également certaines limites méthodologiques et pratiques. La dualité de l'approche mixte, combinant données qualitatives et quantitatives a complexifié le processus de triangulation. La synthèse des résultats, même si elle a permis de dégager des tendances générales, a pu occulter des nuances importantes propres à chaque type de données. Les analyses statistiques effectuées à partir des questionnaires offrent des indicateurs quantitatifs précis, mais ne permettent pas toujours d'expliquer les motivations profondes des comportements observés. À l'inverse, les entretiens qualitatifs fournissent des éclairages riches et contextuels, sans pouvoir être généralisés à l'ensemble de la population étudiée.

Une autre limite réside dans le choix des logiciels et des techniques statistiques utilisés pour le traitement des données quantitatives. Certaines méthodes d'analyse, bien qu'adéquates pour des échantillons de taille modeste, peuvent présenter des marges d'erreur lorsqu'elles sont appliquées à des variables complexes et interconnectées, comme celles de la santé sexuelle et des comportements à risque. Par ailleurs, la variabilité des réponses et le manque d'homogénéité dans certaines données ont nécessité des ajustements dans l'analyse, pouvant entraîner une interprétation partielle des résultats.

En outre, l'analyse qualitative s'appuie sur une codification manuelle des entretiens, ce qui expose l'étude à une subjectivité inévitable de la part du chercheur. Bien que des techniques de validation interne aient été mises en œuvre, telles que la relecture par des pairs et la confrontation des thématiques émergentes, l'interprétation des témoignages reste en partie influencée par les préjugés et les attentes du chercheur. Cette subjectivité peut limiter la fiabilité des conclusions tirées de l'analyse qualitative.

Enfin, la présentation des résultats sous forme de tableaux et de graphiques, bien qu'efficace pour illustrer les tendances, ne permet pas toujours de saisir l'ensemble des variables en interaction. La simplification nécessaire des données pour une lecture plus accessible peut entraîner une perte d'informations essentielles, notamment en ce qui concerne les différences subtiles entre les groupes d'élèves selon leur âge, leur sexe ou leur niveau scolaire. Ainsi, l'analyse des données, bien qu'elle offre une vue d'ensemble pertinente, reste limitée par la complexité intrinsèque des phénomènes étudiés et par les outils disponibles pour les mesurer.

4.2.4. Limites contextuelles et culturelles

Les limites contextuelles et culturelles représentent une dimension importante à considérer dans l'interprétation des résultats de cette étude. En effet, le contexte béninois et plus spécifiquement celui d'Abomey-Calavi est caractérisé par des normes sociales, culturelles et religieuses qui influencent fortement les comportements liés à la sexualité. Dans ce contexte, les tabous et la stigmatisation associés aux questions de santé sexuelle peuvent limiter l'exhaustivité des réponses des participants. Les adolescent(e)s, parfois influencés par des valeurs traditionnelles ou par la pression sociale, peuvent hésiter à exprimer ouvertement leurs opinions et leurs expériences, ce qui représente une contrainte majeure pour la recherche.

De plus, le cadre institutionnel du CEG la VERDURE, qui est à la fois le lieu d'apprentissage et un environnement social influencé par des dynamiques propres à la région, ne permet pas de généraliser aisément les résultats à d'autres contextes. Les spécificités locales, telles que le niveau d'accès à l'information, le rôle des parents et la dynamique entre pairs, jouent un rôle déterminant dans la manière dont l'éducation à la santé sexuelle est perçue et intégrée. Ces facteurs contextuels, bien que riches d'enseignements, limitent la transférabilité des conclusions de l'étude à d'autres régions ou pays ayant des réalités socio-culturelles différentes.

Par ailleurs, la diversité des opinions et des expériences individuelles, fortement marquée par les influences familiales et communautaires, constitue une autre limite. Les variations culturelles, qu'elles soient liées aux différences ethniques, religieuses ou socio-économiques, créent des disparités dans l'adhésion aux programmes d'éducation à la santé sexuelle. Ainsi, certains élèves issus de milieux plus traditionnels peuvent se montrer réticents aux messages de prévention, tandis que ceux issus de milieux plus ouverts ou urbains sont

généralement plus réceptifs. Cette hétérogénéité, difficile à quantifier, impose une lecture nuancée des résultats et rappelle la nécessité d'adapter les interventions aux réalités locales.

Enfin, la dimension temporelle constitue une limite contextuelle non négligeable. L'évolution rapide des normes sociales et des technologies de communication, notamment à travers les réseaux sociaux, modifie constamment la manière dont l'information est diffusée et perçue par les adolescents(es). Ce facteur rend les résultats de l'étude susceptibles d'être rapidement dépassés ou remis en question par de nouvelles dynamiques culturelles. Par conséquent, l'étude devrait être envisagée comme une photographie d'un moment précis, avec la nécessité de mener des recherches complémentaires pour suivre l'évolution des comportements et des perceptions.

4.3. Suggestions

Face aux constats et aux limites identifiés dans cette recherche, plusieurs pistes d'amélioration et recommandations peuvent être formulées afin de renforcer l'efficacité des programmes d'éducation à la santé sexuelle et de promouvoir un environnement scolaire propice à la prévention des risques. Premièrement, il est essentiel d'envisager une mise à jour régulière des contenus pédagogiques.

Les programmes doivent s'adapter aux évolutions rapides des connaissances scientifiques et aux mutations sociales. L'intégration de supports numériques interactifs, tels que des applications mobiles, des vidéos explicatives et des plateformes de discussion en ligne, permettrait d'atteindre un public plus large et de répondre aux usages technologiques actuels des adolescents. Ces outils faciliteraient une approche pédagogique ludique et engageante, susceptible de renforcer l'adhésion des élèves aux messages de prévention.

Une autre recommandation importante concerne la formation continue du personnel éducatif. Il est crucial que les enseignants et les animateurs soient régulièrement formés aux dernières avancées en matière de santé sexuelle, ainsi qu'aux techniques pédagogiques innovantes. La mise en place de sessions de formation, d'ateliers pratiques et d'échanges d'expériences entre professionnels contribuerait à améliorer la qualité de l'enseignement et à instaurer un climat de confiance au sein des établissements scolaires. Cette formation devrait inclure non seulement des aspects théoriques, mais aussi des méthodes de communication adaptées pour aborder des sujets sensibles, permettant ainsi aux enseignants d'aborder la thématique de manière objective et empathique.

Par ailleurs, il est recommandé d'impliquer davantage les parents et la communauté locale dans les initiatives d'éducation à la santé sexuelle. La création de partenariats avec des associations de santé, des ONG spécialisées dans la prévention des IST et des grossesses précoces, ainsi que des organismes communautaires, permettrait de renforcer l'impact des programmes scolaires. Des séances d'information et des ateliers destinés aux parents pourraient être organisés afin de les sensibiliser aux enjeux de la santé sexuelle et de les outiller pour mieux accompagner leurs enfants. Ce travail en synergie favoriserait une cohérence des messages entre l'école et le milieu familial, ce qui est essentiel pour consolider les acquis et assurer une prévention durable.

En outre, il apparaît opportun d'adapter les programmes aux réalités spécifiques des différents groupes d'élèves. Une approche différenciée, tenant compte des disparités liées au sexe, au niveau socio-économique et aux origines culturelles, permettrait d'ajuster les contenus et les méthodes pédagogiques. Par exemple, l'implication des garçons dans des modules spécifiquement conçus pour aborder les questions de sexualité et de prévention pourrait contribuer à réduire l'écart observé entre les sexes en matière d'adhésion aux comportements préventifs. De même, la mise en place de groupes de discussion ou d'ateliers par pairs favoriserait une meilleure appropriation des messages et une mutualisation des expériences, renforçant ainsi l'efficacité globale des programmes.

La recherche suggère également de mettre en place un suivi longitudinal des élèves afin d'évaluer l'évolution des comportements sur le long terme. La réalisation d'études de suivi permettrait de mesurer l'impact réel des interventions éducatives et d'ajuster en continu les stratégies mises en œuvre. Ces suivis, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, offriraient une vision plus complète et dynamique de l'évolution des connaissances et des comportements en matière de santé sexuelle.

Enfin, il est important de renforcer l'évaluation des programmes par l'intégration d'indicateurs de performance clairs et mesurables. L'établissement de référentiels d'évaluation, incluant des paramètres tels que le taux d'utilisation des moyens contraceptifs, le report de l'âge des débuts d'activité sexuelle et la diminution des cas d'IST, permettrait de suivre l'efficacité des interventions et de justifier des ajustements budgétaires et pédagogiques. Ces indicateurs, combinés à une analyse régulière des retours d'expérience des élèves et des enseignants, contribueraient à la mise en place d'un dispositif d'amélioration continue, garantissant une adaptation constante aux évolutions du contexte socio-culturel.

Pour optimiser l'influence positive de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire et la prévention des comportements à risque, il est indispensable d'adopter une approche globale, intégrée et participative. La collaboration entre les établissements scolaires, les familles, les autorités locales et les acteurs de la santé publique constitue la clé pour surmonter les obstacles identifiés et pour instaurer un climat de prévention durable et efficace. Ces suggestions, lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière cohérente et suivies d'évaluations régulières, contribueront à forger une nouvelle génération d'adolescent(e)s mieux informé(e)s, responsable(s) et résilient(e)s face aux défis de la santé sexuelle.

CONCLUSION

L'éducation à la santé sexuelle, est un programme d'enseignement et d'apprentissage sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité, et permet aux jeunes de protéger et défendre leur santé, leur bien-être et leur dignité. Elle leur donne les ressources pour le faire sous forme de connaissances, de comportements et de compétences, et leur fournit des informations précises sur le développement humain, la sexualité, la reproduction et les relations saines adaptées à leur âge et à leur culture. Tout cela constitue un prérequis pour l'exercice d'une pleine autonomie corporelle et des choix éclairés en matière de droits et de santé sexuelle et reproductive. Cette éducation s'appuie sur la compréhension des droits humains et de l'autonomisation des adolescent(e)s et jeunes ; elle en fait également la promotion. Cette éducation est essentielle aux progrès en matière de santé et de sexualité. Pourtant, la recherche montre que trop de jeunes vivent la transition de l'enfance à l'âge adulte en ayant reçu des informations fausses ou incomplètes sur la santé sexuelle et reproductive, ce qui les rend vulnérables aux rapports sexuels forcés, aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non désirées.

En travaillant à mettre en place des programmes complets d'éducation à la santé sexuelle, à la fois dans les écoles et à travers des formations et des campagnes de sensibilisation communautaires, en investissant dans la santé des jeunes et dans leur éducation, les décideurs favoriseront l'engagement des adolescent(e)s et jeunes dans la société, leur bien-être et les aideront à réaliser leur plein potentiel. L'éducation à la santé sexuelle doit être scientifiquement exacte, fondée sur les preuves, adaptée à la culture, en mesure de transformer positivement les adolescent(e)s et les jeunes, et fonction de l'âge et du développement ; les investissements doivent aussi permettre la formation continue des éducateurs et éducatrices. Cette éducation peut se faire dans le cadre scolaire ou extrascolaire. Son efficacité est meilleure lorsqu'elle est dispensée sur plusieurs années, et lorsqu'elle fournit aux jeunes des informations adaptées à leur âge et correspondant au développement de leurs capacités : des informations scientifiques et académiques concernant le développement humain, l'anatomie et la grossesse, mais également des renseignements sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH.

Au-delà de leur caractère purement informatif, ces programmes aident les jeunes à explorer et construire des valeurs positives en ce qui concerne leurs droits et leur santé sexuelle et reproductive. Cette éducation doit comprendre des discussions sur la vie de famille, les

relations, la culture et les rôles, mais aussi aborder les droits de la personne, l'autonomie corporelle et les menaces qui peuvent exister : discrimination, abus sexuels et violences. Tous ensemble, ces programmes aident les adolescent(e)s et jeunes à développer leur confiance en eux et à acquérir des compétences fondamentales encourageant la réflexion critique, une communication claire, une prise de décision responsable et des comportements respectueux. Ainsi, l'accès à des services en matière d'éducation à la santé sexuelle adaptés aux adolescent(e)s est essentiel. Pour ce faire, Ces services doivent être confidentiels, abordables et accessibles, et fournir des informations, des conseils et des soins adaptés aux besoins spécifiques de cette couche de la population. Cela peut inclure l'abstinence, la fidélité, le dépistage et le traitement des IST, ainsi que le soutien en matière de santé mentale et de bien-être émotionnel liés à la sexualité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Acharya, Dev Raj, Regmi, Pramod, Simkhada, Padam, van Teijlingen, et al. (2010). 'Dating and Sex Among Emerging Adults in Nepal'. SAGE Publications. <https://core.ac.uk/download/4899178.pdf>
- 2- Adiyanti, M. (MG), Ismail, D. (Djauhar), Prabandari, Y. S. (Yayi), Suwarni, et al. (2015). 'Perceived Parental Monitoring on Adolescence Premarital Sexual Behavior in Pontianak City, Indonesia'. 'Institute of Advanced Engineering and Science. <https://core.ac.uk/download/480550110.pdf>
- 3- Akimi Yessoufou (2022), Crise D'adolescence Et Accompagnement Socio-Educatif des élèves au CEG De Houeto à Abomey-Calavi, Benin
- 4- Bantuelle & Demeulemeester, (2008). Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques.
- 5- Bellnier, Laura P.H. (2021). 'Implementation of a School-Based Sexual Health Curriculum for Fayette County, Kentucky Public Schools'.
- 6- Blakemore, S., & Mills, K. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?. *Annual review of psychology*, 65, 187–207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>.
- 7- Breuner, C., & Mattson, G. (2016). Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1348>.
- 8- Chansa, C., Patrick, M., Sain, Z., Phiri, E., Madoda, D., & Akpan, W. (2024). Sexuality education: A tool to reducing teenage pregnancy rates. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.23.2.2393>.
- 9- Coleman, JC (2011). *La nature de l'adolescence* (4e éd.).
- 10- Da Silva, C., & Lopes, F. (2023). Comparative analysis of comprehensive care approach in health education curriculum. *Concilium*. <https://doi.org/10.53660/clm-2184-23q21>.
- 11- Davis, R., Gonser, H., Kirkpatrick, M., Lavery, S., & Owen, S. (1985). Comprehensive school health education: a practical definition. *The Journal of school health*, 55 8, 335-9. <https://doi.org/10.1111/J.1746-1561.1985.TB05659.X>.
- 12- Davis, T., & Allensworth, D. (1994). Program management: a necessary component for the comprehensive school health program. *The Journal of school health*, 64 10, 400-4. <https://doi.org/10.1111/J.1746-1561.1994.TB03259.X>.
- 13- De Leon, Antonio Ponce, Macassa, Gloria, Soares, Joaquim, Uthman, et al. (2013). 'Individual and community-level socioeconomic position and its association with

- adolescents experience of childhood sexual abuse: a multilevel analysis of six countries in Sub-Saharan Africa'. 'Journal of Injury and Violence Research'. <https://core.ac.uk/download/19553578.pdf>
- 14- Dehne et Riedner, (2001). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale.
 - 15- Demba, (2002). Autour de la définition du phénomène de décrochage scolaire.
 - 16- Feist, J. et Feist, GJ (2002). Théories de la personnalité. 5e édition, McGraw-Hill, Boston.
 - 17- Fritsch, Melissa, National Study of Youth & Religion (U.S.), Regnerus, Mark, Smith, Christian. (2003). 'Religion in the lives of American adolescents'. <https://open.bu.edu/bitstream/2144/6/1/litreview.pdf>
 - 18- Gelfond, J., Dierschke, N., Lowe, D., & Plastino, K. (2016). Preventing Pregnancy in High School Students: Observations From a 3-Year Longitudinal, Quasi-Experimental Study. *American journal of public health*, 106 S1, S97-S102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303379>
 - 19- Guiella, (2004) Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un État des Lieux.
 - 20- Handayani, Tri Lestari, Harini, Ririn, Juwitasari, Juwitasari, Susanti, et al. (2023). "Pengembangan Model Edukasi Telehealth terhadap Pencegahan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja: Literatur Review". Universitas Tribhuwana Tunggaladewi, <https://core.ac.uk/download/599342831.pdf>
 - 21- Haruna, H., Hu, X., Chu, S., Mellecker, R., Gabriel, G., & Ndekao, P. (2018). Improving Sexual Health Education Programs for Adolescent Students through Game-Based Learning and Gamification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092027>.
 - 22- Ismail, S., Shajahan, A., Rao, T., & Wylie, K. (2015). Adolescent sex education in India: Current perspectives. *Indian Journal of Psychiatry*, 57, 333 - 337.
 - 23- Isni, K. (Khoiriyah), Matahari, R. (Ratu). (2018). 'The Role of Wijaya Kusuma's Youth Information and Counseling Center (PIK-R) on Adolescent Health Problems'. 'Institute of Advanced Engineering and Science.
 - 24- Jämiä, L., Piispanen, N., Kylvä, J., Haavisto, E., & Harju, E. (2023). Contents, Methods, and Outcomes of Adolescent Sexual Health Promotion in School Environments: A Scoping Review. *The Journal of school health*.

- 25- Jespers, V., Nöstlinger, C., & Van De Wijgert, J. (2016). Adolescent sexual health: time to invest in a healthy future generation. *Sexually Transmitted Infections*, 92, 248 - 249.
- 26- Jeudy, Johanne, Jeudy, Johanne. (2017). 'The Influence of Culture, Religion, and Parenting Styles On Reproductive Health Education Access For Adolescents Living in The Caribbean Islands.'. De Paul University. <https://core.ac.uk/download/232977435.pdf>
- 27- Kedzior, S., Lassi, Z., Oswald, T., Moore, V., Marino, J., & Rumbold, A. (2020). A Systematic Review of School-based Programs to Improve Adolescent Sexual and Reproductive Health: Considering the Role of Social Connectedness. *Adolescent Research Review*, 1–29. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00135-0>.
- 28- Landry, A., Christelle, M., & Blandine, K. (2024). Sexual Health Education in Primary Schools in Benin: Acquired Tools on Some Components of Teachers in the Municipalities of Malanville and Abomey Calavi. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*. <https://doi.org/10.47772/ijriss.2024.803088>.
- 29- Landry, A., Issaou, G., & Patrick, H. (2022). Learning Through Technology: Development of a Sexual Health Education Application for Adolescents and Youth in Benin. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*. <https://doi.org/10.47772/ijriss.2022.61209>.
- 30- Lohan, M., Aventin, Á., Clarke, M., Curran, R., McDowell, C., Agus, A., McDaid, L., Bonell, C., & Young, H. (2018). Can Teenage Men Be Targeted to Prevent Teenage Pregnancy? A Feasibility Cluster Randomised Controlled Intervention Trial in Schools. *Prevention Science*, 19, 1079 - 1090. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0928-z>.
- 31- Maddahi, ME, Javidi, N., Samadzadeh, M., & Amini, M. (2012). Étude de la relation entre les styles parentaux et les dimensions de la personnalité dans un échantillon d'étudiants universitaires. *Indian Journal of Science and Technology*, 5 (9), 3332–3336.
- 32- Major, D., Szabó, K., Fazekas-Pongor, V., Árva, D., Falus, M., Eörsi, D., & Terebessy, A. (2023). Impact of health education on sexual safety among Hungarian adolescents. *The European Journal of Public Health*, 33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.776>.
- 33- Mason-Jones, A., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3>.
- 34- McLeod, S. (2018). Théorie de Piaget et stades du développement cognitif. *Psychologie du développement, Simplement la psychologie*.

- 35- Meillier, Jill M. (2002). 'The importance of elementary sexuality education'. <https://core.ac.uk/download/5066160.pdf>
- 36- Miriam Temin, Ruth Levine. (2009). 'Start With a Girl: A New Agenda for Global Health'. Center for Global Development. <https://core.ac.uk/download/71355016.pdf>
- 37- Naulé, L., Maione, L., & Kaiser, U. (2021). Puberty, A Sensitive Window of Hypothalamic Development and Plasticity. *Endocrinology*, 162 1. <https://doi.org/10.1210/endocr/bqaa209>.
- 38- Nomba, (2008). Un profil de l'abandon scolaire au Cameroun.
- 39- Paton, D., Bullivant, S., & Soto, J. (2020). The impact of sex education mandates on teenage pregnancy: International evidence. *Health economics*. <https://doi.org/10.1002/hec.4021>.
- 40- Percy-Smith, B., & Burns, D. (2013). Exploring the role of children and young people as agents of change in sustainable community development. *Local Environment*, 18, 323 - 339. <https://doi.org/10.1080/13549839.2012.729565>.
- 41- Romero, L., Pazol, K., Warner, L., Cox, S., Kroelinger, C., Besera, G., Brittain, A., Fuller, T., Koumans, E., & Barfield, W. (2016). Reduced Disparities in Birth Rates Among Teens Aged 15–19 Years – United States, 2006–2007 and 2013–2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 65 16, 409-14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6516a1>.
- 42- Sackman, H., Erikson, W. J., & Grant, E. E. (1968). Exploratory experimental studies comparing online and offline programming performance. *Communications of the ACM*, 11 (1), 3–11.
- 43- Sadosky, R., & Nusbaum, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *The journal of sexual medicine*, 3 1, 3–11. <https://doi.org/10.1111/J.1743-6109.2005.00193.X>.
- 44- Santrock, J. (2008). Physical development and biological aging. *A Topical Approach to Life-Span Development*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc, 129–132.
- 45- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezech, A., & Patton, G. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379, 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5).
- 46- Sheehan, P., Sweeny, K., Rasmussen, B., Wils, A., Friedman, H., Mahon, J., Patton, G., Sawyer, S., Howard, E., Symons, J., Stenberg, K., Chalasani, S., Maharaj, N., Reavley, N., Shi, H., Fridman, M., Welsh, A., Nsofor, E., & Laski, L. (2017). Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *The Lancet*, 390, 1792–1806. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30872-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30872-3).

- 47- Steinberg, L. (2008). Une perspective de neurosciences sociales sur la prise de risque chez les adolescents. *Developmental Review*, 28 (1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- 48- Szucs, L., Barrios, L., Young, E., Robin, L., Hunt, P., & Jayne, P. (2021). The CDC's Division of Adolescent and School Health Approach to Sexual Health Education in Schools: 3 Decades in Review. *The Journal of school health*. <https://doi.org/10.1111/josh.13115>.
- 49- Terfehr, M. (2021). Comprehensive Sex Education to Improve Sexually Transmitted Infection and Disease Knowledge Base and Decision Making in Adolescents.
- 50- Tilahun, M., Mengistie, B., Egata, G. *et al.* (2012). Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. *Reprod Health* 9, 19. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-19>
- 51- Vaina, A., & Perdikaris, P. (2022). School-based sex education among adolescents worldwide: Interventions for the prevention of STIs and unintended pregnancies. *British Journal of Child Health*. <https://doi.org/10.12968/chhe.2022.3.5.229>.
- 52- Were, M. (2007). Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. *Economics and human biology*, 5 2, 322-39. <https://doi.org/10.1016/J.EHB.2007.03.005>.
- 53- Wood, K., & Jewkes, R. (1997). Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and development*, 5 2, 41-6. <https://doi.org/10.1080/741922353>.
- 54- Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New directions for youth development*, 2006 (111), 13–28.

RÉFÉRENCES WEBOGRAPHIQUES

- 1- http://ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Mod_3_Maturation_et_Vulnerabilite_files/RDP_2006%20puberte%20normale%20et%20pathologique%2038.pdf 10 octobre 2024 à 2 heures 15 minutes
- 2- <http://www.afsp.info/archives/congres/congres2013/st/st33/st33leamat.pdf> 11 janvier 2025 à 18 heures
- 3- <https://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200636120-00003> 16 janvier 2025 à 4 heures 28 minutes
- 4- <https://open.bu.edu/bitstream/2144/6/1/litreview.pdf> 30 mars 2025 à 00 heure 43 minutes
- 5- https://periscoper.quebec/sites/default/files/medias/autour_de_la_definition_du_phenome_de_decrochage_scolaire.pdf 26 février 2025 à 11 heures 26 minutes
- 6- <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4654> 12 février 2025 à 16 heures
- 7- <https://www.coe.int/fr/web/gendermatters/sexuality#:~:text=L%27Organisation%20mondiale%20de%20la,l%27intimit%C3%A9%20et%20la%20reproduction.> 8 mars 2025 à 3 heures 12 minutes

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Présentation

Ce questionnaire est élaboré afin de me permettre d'avoir des informations à analyser dans le cadre de la rédaction de mon travail de mémoire de master en Psychologie et Sciences de l'Éducation portant sur le thème : « Influence de l'Éducation à la Santé Sexuelle sur le maintien scolaire des Adolescent(e)s du CEG la Verduze dans la commune d'Abomey-calavi (Bénin) ».

Indication

Le questionnaire comporte des séries de questions composées de questions ouvertes et de questions fermées.

Les questions fermées permettent de répondre directement en encerclant les réponses adaptées.

Les questions ouvertes donnent la possibilité de répondre dans l'espace réservé à cet effet.

Questions Démographiques

1. Quel âge avez-vous ?

10 ans 11 ans 12 ans 13ans 14 ans 15 ans 16 ans 17 ans 18 ans 19 ans

2. Quel est votre niveau d'étude ?

4^e 3^e 2^{des} 1^{ère} Tle Autres

Autres à préciser

Objectif spécifique 1 : Expliquer la réduction des grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s par l'éducation à la santé sexuelle

Questions sur les connaissances en Santé Sexuelle

3. Avez-vous reçu des cours sur la santé sexuelle dans votre école ?

Oui

Non

4. Sur quels sujets liés à la santé sexuelle avez-vous été informée ?

Contraception

IST

Puberté

5. Évaluez votre niveau de connaissance concernant les méthodes contraceptives disponibles.

Très bonne

Bonne

Moyenne

Faible

Très faible

6. Pensez-vous que vous ayez été correctement informée sur les Grossesses Non Désirées (GND) ?

Oui

Non

Questions sur les expériences Personnelles

7. Avez-vous déjà été confrontée à une grossesse non désirée ?

Oui

Non

8. Si oui, comment cela a-t-il affecté votre vie scolaire et personnelle ?

9. Avez-vous déjà discuté de la prévention des grossesses non désirées avec vos pairs ou un adulte de confiance ?

Oui

Non

Questions sur l'impact de l'Éducation à la Santé Sexuelle

10. Pensez-vous que l'éducation à la santé sexuelle peut contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées parmi les adolescentes ?

Oui

Non

11. Quels éléments de l'éducation à la santé sexuelle estimez-vous être les plus efficaces pour prévenir les GND ?

Informations sur la contraception

Discussions ouvertes

Autres

12. Êtes-vous à l'aise pour demander des informations sur la contraception et la sexualité à vos enseignants ou conseillers ?

Oui

Non

Questions sur les attitudes et Comportements

13. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

Oui

Non

14. À quel point vous sentez-vous bien informée sur les différentes options de contraception ?

Très bien informée

Bien informée

Peu informée

Pas du tout informée

15. Quelles sont selon vous les principales raisons qui conduisent les adolescentes à avoir des grossesses non désirées ?

Manque d'information

Pression sociale

Absence de contraception

Questions sur les perceptions Sociales

16. Comment percevez-vous le soutien de votre famille en matière de santé sexuelle ?

Très bon

Bon

Moyen

Mauvais

Très mauvais

17. Y a-t-il des tabous autour de la discussion sur la contraception et la sexualité dans votre environnement ?

Oui

Non

18. Comment les amis influencent-ils votre vision de la santé sexuelle et des grossesses non désirées ?

Questions pour des suggestions d'Amélioration

19. Quelles sont vos attentes en matière d'éducation à la santé sexuelle concernant les grossesses non désirées et précoces ?

20. Quelles sont vos suggestions pour rendre l'éducation à la santé sexuelle accessible et efficace pour les adolescents et les jeunes que vous êtes ?

Objectif spécifique 2 : Examiner l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s

Questions sur la connaissance de la thématique

21. Avez-vous déjà entendu parler des IST/VIH/SIDA ?

Oui

Non

Si oui lesquelles et à quelle occasion ?

22. Pensez-vous que les écoles vous offrent suffisamment d'informations sur la santé sexuelle ?

Oui

Non

23. Quel est le cadre qui vous fournit les meilleures informations et vous protège plus ?

École

Maison

Camarade

Questions sur les comportements pratiques

24. Avez-vous déjà reçu des conseils ou des informations sur la contraception et la protection des IST ?

Oui

Non

25. Utilisez-vous les méthodes de la Planification Familiale ?

Oui

Non

Si oui les quelles ?

Naturel

Autres à préciser

26. Avez-vous déjà été dépisté pour une IST ?

Oui

Non

Objectif spécifique 3 : Déterminer le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans le maintien des adolescent(e)s dans le système éducatif

27. Comment percevez-vous l'importance de l'éducation à la santé sexuelle à l'école ?

28. Estimez-vous que votre école vous offre un environnement adéquat pour une meilleure éducation à la santé sexuelle ?

Oui

Non

29. Votre école dispose elle d'un centre d'écoute et de conseil en matière d'éducation à la santé sexuelle ?

Oui

Non

30. Est-ce que votre programme inclut des sujets relatifs à la santé et au bien être ?

Oui

Non

31. Est-ce que l'école a un mécanisme d'information et d'éveil par rapport aux questions de la santé sexuelle pour mieux prévenir les comportements à risques ?

Oui

Non

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES BENEFICIAIRES DE L'ESS

Age :

Classe :

Introduction

- Présentation de l'objectif de l'entretien et des personnes concernées.
- Assurance de la confidentialité et du respect des données personnelles.

Questions sur l'impact de l'Education à la Santé Sexuelle

1. Pensez-vous que l'éducation à la santé sexuelle peut contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées parmi les adolescentes ?
2. Quels éléments de l'éducation à la santé sexuelle estimez-vous être les plus efficaces pour prévenir les GND ?
3. Est-il aisé de demander des informations sur la contraception et la sexualité aux enseignants ou conseillers ou une personne avisée dans son environnement immédiat ?
4. Quelles sont selon vous les principales raisons qui conduisent les adolescentes à avoir des comportements à risque en matière de santé sexuelle ?

Questions sur la connaissance de la thématique

5. A quelle occasion avez-vous entendu parler des IST/VIH/SIDA ?
6. Quel cadre selon vous, informe mieux et protège plus en matière de santé sexuelle ?

Questions sur les comportements pratiques

7. Avez-vous déjà reçu des conseils sur la contraception et la protection des IST ?
8. Que savez-vous des méthodes de la Planification Familiale ?
9. Que savez-vous des méthodes Naturelles de Planification Familiale ?

Questions pour évaluer l'impact de l'éducation à la santé sexuelle sur les scolarisés(es)

10. Comment percevez-vous l'importance de l'éducation à la santé sexuelle à l'école ?
11. Estimez-vous que les écoles offrent un environnement adéquat pour une meilleure éducation à la santé sexuelle ?
12. Est-ce que les écoles disposent-elles d'un mécanisme d'information et d'éveil par rapport aux questions de la santé sexuelle pour mieux prévenir les comportements à risques ?
13. Quelles sont vos suggestions pour rendre l'éducation à la santé sexuelle accessible et efficace pour les adolescents et les jeunes ?

Conclusion :

Avez-vous d'autres commentaires ou observations à partager sur le thème de l'influence de l'Éducation à la Santé Sexuelle sur les adolescents(es) ?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RECHERCHE QUALITATIVE

Je soussigné :

- Certifie être informé sur le déroulement de l'entretien et les raisons de ce dernier ;
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant m'a été donné ;
- Certifie avoir été informé qu'il n'y a aucun avantage personnel à attendre de ma participation à cette recherche ;
- Certifie être informé du fait que je peux interrompre ma participation à cette recherche sans aucune conséquence négative ;
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans le document ;
- Certifie être informé que les enregistrements seront détruits dès la fin de la recherche, à savoir au plus tard, fin 2025 ;
- Consent à ce que les données recueillies pendant la recherche soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti ;

Ainsi donc, j'accepte de participer à la présente recherche.

Date

Signature

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RECHERCHE QUALITATIVE

Bonjour

Je me nomme Marie Edgard Fortuné Oloudé AGUIDI, étudiant en Master II Psychologie et Science de l'Éducation à l'Institut Jean-Paul II de Cotonou (Bénin).

Dans le but de la rédaction de mon mémoire de Master qui porte sur « l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur le maintien scolaire des adolescents(es) du CEG LA VERDURE dans la commune d'Abomey-calavi (Bénin) », je viens par la présente fiche solliciter votre participation à la réalisation d'une enquête sur le dit thème en répondant au questionnaire ci-après que je soumetts à votre attention.

Je vous remercie par anticipation pour votre soutien. Et par la même, garantis la confidentialité de toutes les informations fournies.

Compte tenu de la sensibilité des informations, nous avons tenu de ne pas prendre en compte les renseignements relatifs à votre identité. Ceci vous permettra de vous sentir à l'aise dans vos réponses.

Date

Signature



MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, TECHNIQUE ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE
REPUBLIQUE DU BENIN
DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
TECHNIQUE ET DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE DE L'ATLANTIQUE



Route de l'aéroport
BP : 10 BP 250 Cotonou
Tél : (229) 21 32 38 43 ; Fax : 21 32 41 88
web: www.enseignementsecondaire.gouv.bj

Immeuble Thomas AMADJI, Allada-Quartier
GBEGAMEY, environ 300m en face de la pharmacie
BETHESDA, non loin du centre marial.
Tél : (229)
Mail : mestfp.ddatlantique@gouv.bj

ALLADA, le 14.../03./2025

N° 0776 /DDESTFP-ATL/MESTFP/SESG/SSD

*Vu ce 19/03/2025
En informer le Censeur*

A

Madame la Directrice du
CEG LA VERDURE

Objet : Autorisation de mener des recherches
et enquêtes pour la rédaction de mémoire de
Master.

Réf. : Votre lettre N°101/25/IPJPII/DE-SA du 18
février 2025



Madame la Directrice,

Dans le cadre de sa formation universitaire, l'étudiant **Fortuné Oloudé Marie-Edgard AGUIDI** de l'INSTITUT PONTIFICAL THEOLOGIQUE JEAN-PAUL II POUR LES SCIENCES DU MARIAGE ET DE LA FAMILLE, Section Afrique, est autorisé à mener des recherches et des enquêtes sur le thème « **Influence de l'Education à la santé sexuelle sur les Adolescent(e)s du CEG LA VERDURE dans la commune d'Abomey - Calavi (Bénin)** » au titre de l'année scolaire 2024-2025.

Je vous saurai gré des dispositions que vous ferez prendre pour le déroulement normal de cette activité.



Docteur Mathias Amour AHOMADEGBE
Directeur Départemental des Enseignements Secondaire,
Technique et de la Formation Professionnelle de l'Atlantique

Table des matières

SOMMAIRE	1
IN MEMORIAM.....	2
DÉDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATION	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES GRAPHIQUES	7
RÉSUMÉ.....	8
ABSTRACT	9
SE SIN HWE	10
INTRODUCTION.....	12
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE.....	14
1.1. Problématique.....	15
1.2. Hypothèses	17
1.2.1. Hypothèse générale	17
1.2.2. Hypothèses spécifiques	17
1.3. Objectifs	17
1.3.1. Objectif général	17
1.3.2. Objectifs spécifiques	17
1.4. Clarification conceptuelle.....	17
1.4.1. Éducation complète à la santé	18
1.4.2. Éducation à la santé sexuelle.....	18
1.4.3. Grossesse précoce	19
1.4.4. Émotions.....	19
1.4.5. Santé sexuelle	19
1.4.6. Adolescence	20
1.4.7. Personnalité	20
1.4.8. Sexualité	21
1.4.9. Puberté.....	21
1.4.10. Violence sexuelle	22
1.4.11. La fin de l'adolescence	22
1.4.12. Décrochage scolaire.....	22
1.4.13. Santé	23
1.5. Revue de littérature	24
1.6. Raisons de choix du lieu de recherche	29
1.7. Raisons de choix du sujet	29
1.8. Modèle d'analyse	30
CHAPITRE 2 : CADRE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ...	32
2.1. Cadre de la recherche	33
2.2. Approche méthodologique	34
2.2.1. Nature de la recherche	34
2.2.2. Échantillonnage	35

2.2.2.1.	Groupes cibles.....	35
2.2.2.2.	Raisons du choix	35
2.2.2.3.	Technique d'échantillonnage	37
2.2.2.4.	Échantillon	37
2.2.2.4.1.	Échantillon quantitatif.....	38
2.2.2.4.2.	Échantillon qualitatif.....	38
2.2.3.	Technique de collecte des données.....	38
2.2.3.1.	Recherche documentaire	38
2.2.3.2.	Entretien	39
2.2.3.3.	Administration du questionnaire	39
2.2.4.	Outils de collecte de données	40
2.2.4.1.	Fiche de lecture	40
2.2.4.2.	Guide d'entretien	41
2.2.4.3.	Questionnaire	41
2.2.5.	Déroulement de l'enquête	42
2.2.5.1.	Pré-test	42
2.2.5.2.	Durée de l'enquête	42
2.2.6.	Traitement et Analyse des données	42
2.2.7.	Éthique	43
2.2.8.	Difficultés.....	43
CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS		45
3.1.	Présentation des résultats	46
3.1.1.	Questions liées à la démographie et au niveau d'étude.....	46
3.1.1.1.	Âge des répondants	46
3.1.1.2.	Niveau d'étude	47
3.1.2.	La réduction des grossesses non désirées et précoces au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s par l'éducation à la santé sexuelle.....	47
3.1.2.1.	Connaissances en santé sexuelle.....	47
3.1.2.1.1.	Notions reçues en santé sexuelle.....	47
3.1.2.1.2.	Sujets abordés en santé sexuelle.....	48
3.1.2.2.	Niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives	48
3.1.2.3.	Informations sur les Grossesses Non Désirées (GND)	49
3.1.2.4.	Expériences Personnelles.....	49
3.1.2.4.1.	Expérience d'une grossesse non désirée	49
3.1.2.4.2.	Discussion sur la prévention des GND	49
3.1.2.5.	Impact de l'Éducation à la Santé Sexuelle.....	50
3.1.2.6.	Perception de son impact sur la réduction des grossesses non désirées	50
3.1.2.7.	Élément le plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées	50
3.1.2.8.	Le confort pour demander des informations sur la contraception et la sexualité à vos enseignants ou conseillers.....	51
3.1.2.9.	Attitudes et Comportements	51
3.1.2.9.1.	Utilisation d'une méthode contraceptive.....	51
3.1.2.9.2.	Niveau d'information sur la contraception.....	52

3.1.2.10.	Principales raisons des grossesses non désirées	52
3.1.2.11.	Perceptions Sociales	53
3.1.2.11.1.	Soutien familial en matière de santé sexuelle.....	53
3.1.2.11.2.	Présence de tabous autour de la sexualité.....	53
3.1.2.12.	Évolution du nombre de cas de grossesse	54
3.1.3.	La réduction des IST/VIH-SIDA au sein des adolescent(e)s scolarisé(e)s par l'éducation à la sante sexuelle	54
3.1.3.1.	Réduction des IST/VIH-SIDA par l'Éducation à la Santé Sexuelle	54
3.1.3.1.1.	Connaissance des IST/VIH-SIDA.....	54
3.1.3.1.2.	Cadre fournissant les meilleures informations	55
3.1.3.1.3.	Conseils ou informations sur la protection des IST	55
3.1.3.1.4.	Dépistage pour une IST ?	56
3.1.4.	Le maintien des adolescent(e)s dans le système éducatif par l'éducation à la sante sexuelle (Maintien dans le Système Éducatif : Existence de services et programmes de soutien) 56	
3.2.	Interprétation des résultats	57
CHAPITRE 4 : DISCUSSION, LIMITES ET SUGGESTIONS.....		61
4.1.	Discussion	62
4.1.1.	Interprétation des résultats en lien avec l'influence de l'éducation à la santé sexuelle sur la réduction des grossesses non désirées et précoces	62
4.1.2.	Discussion sur l'impact de l'éducation à la santé sexuelle dans la prévention des IST/VIH-SIDA	64
4.1.3.	Discussion sur le rôle de l'éducation à la santé sexuelle dans le maintien scolaire des adolescents	66
4.2.	Limites.....	68
4.2.1.	Limites méthodologiques	68
4.2.2.	Limites liées à la collecte de données	69
4.2.3.	Limites liées à l'analyse des données.....	70
4.2.4.	Limites contextuelles et culturelles	71
4.3.	Suggestions.....	72
CONCLUSION		75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		77
RÉFÉRENCES WEBOGRAPHIQUES.....		82
ANNEXES		83