

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES TRAVAILLEURS DU SEXE A YAOUNDE

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale par :

SIMEDJE MELEU Maeva Solyne

Matricule N° : 17M040

Directeur :

Pr NSEME ETOUCKEY ERIC

Maître de Conférences

Médecine Légale

Co-Directeurs :

Dr MEGUIEZE CLAUDE-AUDREY

Maître-Assistant

Pédiatrie

Dr MBOUA BATOU VERONIQUE

Maître-Assistant

Gynécologie Obstétrique

Année académique : 2023-2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES TRAVAILLEURS DU SEXE A YAOUNDE

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale par :

SIMEDJE MELEU Maeva Solyne

Matricule N° : 17M040

Date de soutenance : 27/06/2024

Jury de thèse :

Président du jury

Pr ZE MINKANDE JACQUELINE

Professeur titulaire

Anesthésie et réanimation

Rapporteur

Pr NSEME ETOUCKEY ERIC

Maître de Conférences

Médecine Légale

Membres

Pr ESSI MARIE-JOSE

Professeur titulaire

Anthropologie Médicale

Equipe d'encadrement :

Directeur :

Pr NSEME ETOUCKEY ERIC

Maître de Conférences

Médecine Légale

Co-Directeurs :

Dr MEGUIEZE CLAUDE-AUDREY

Maître-Assistant

Pédiatrie

Dr MBOUA BATIUM VERONIQUE

Maître-Assistant

Gynécologie Obstétrique

Année académique : 2023-2024

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vi
SERMENT D'HIPPOCRATE	xviii
LISTE DES TABLEAUX	xix
LISTE DES FIGURES.....	xx
LISTE DES ABREVIATIONS, DES ACRONYMES ET SIGLES.....	xxi
RESUME.....	xxii
SUMMARY.....	xxiv
INTRODUCTION	26
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....	3
I.1 JUSTIFICATION DU SUJET	4
I.2 QUESTION DE RECHERCHE	4
I.3 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	4
I.4 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	4
I.5 INTERÊT DE LA RECHERCHE	4
I.6 VARIABLES ETUDIEES.....	5
I.7 DEFINITIONS DES TERMES OPERATIONNELS	5
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
II.1 TRAVAIL DU SEXE.....	9
II.2 QUALITE DE VIE.....	11
II.3 DONNEES GLOBALES.....	16
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	19
III.1 TYPE D'ÉTUDE	20
III.2 DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE	20
III.3 LIEU D'ÉTUDE.....	20
III.4 POPULATION D'ETUDE.....	20
III.5. RESSOURCES UTILISEES	21
III.6 PROCEDURE	22
III.7 ANALYSE DES DONNÉES	25

CHAPITRE IV : RESULTATS	26
CHAPITRE V : DISCUSSION	52
CONCLUSION.....	62
RECOMMANDATIONS.....	64
REFERENCES.....	66
ANNEXES.....	xxiv

DEDICACE

A ma mère

POUTCHUI TCHANKAM Kathy Caletta

REMERCIEMENTS

Parvenue au terme de cette formation, la rédaction de cette thèse nous offre l'opportunité d'exprimer notre reconnaissance et notre profonde gratitude :

- **Au Seigneur Dieu tout puissant**, pour toutes ses œuvres dans ma vie ;
- **A notre maître, Professeur NSEME ETOUCKEY Eric**, pour l'honneur que nous avons eu d'être encadrée par vous, pour votre disponibilité à nulle autre pareil et votre expertise sans lesquelles ce travail n'aurait été pas possible. Merci pour l'intérêt consacré ;
- **A notre maître, Docteur MEGUIEZE Claude-Audrey**, nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de co-diriger notre travail. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté. Plus qu'un maître, vous avez été pour nous une conseillère et un mentor d'une rigueur scientifique remarquable ;
- **A notre maître, Docteur MBOA BATIOM Véronique**, nous sommes reconnaissantes d'avoir pu bénéficier de votre expertise durant les mois passés à vos côtés. Nous vous remercions pour votre encadrement et vos conseils qui ont amélioré l'élaboration de ce travail ;
- **A Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé I, le Professeur ZE MINKANDE Jacqueline**, dont le dynamisme et l'engagement contribuent à développer l'excellence au sein de cette institution ;
- **Aux membres du jury**, dont les conseils, remarques et instructions nous permettront de nous améliorer. Merci, Honorable Maître, pour le privilège que vous nous faites en évaluant ce travail ;
- **Au personnel enseignant et administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé I**, pour tous les efforts consentis dans notre encadrement ;
- **A l'endroit des chefs et du personnel administratif des structures suivantes : Horizon Femme, Hummanity First Cameroun**, Merci pour vos diverses collaborations et votre accompagnement au cours de ce travail de recherche ;

- **A notre mère Madame SIMEDJE Kathy, née POUTCHUI TCHANKAM**, merci infiniment pour ton amour et ton soutien, femme vertueuse et dynamique, nous te serons éternellement reconnaissante. Merci pour tout, maman ;
- **A nos mères, SOMZI TCHANKAM Hélène, DYEPDJOUO TCHANKAM Marcella, YOUMBI TCHANKAM Flore**, pour tout l’amour et la confiance inébranlables à notre endroit ;
- **A NGUIESSI Clovis**, merci pour tout
- **A notre père SIMEDJE Michel, ma grand-mère KAMSSI Jeannette et mon oncle TCHANKAM Norbert** qui ont contribué à faire la personne que je suis aujourd’hui et qui auraient voulu me voir sortir de cette école ;
- **A tous nos oncles et tantes**, merci pour tout ;
- **A toute la famille SIMEDJE**, pour votre amour inconditionnel ;
- **A toutes nos sœurs, en particulier Emmanuelle, Vanessa, Manuella, Kevine, Sandra, Nadine, Darryell et Stéphy**, merci pour votre amour et soutien ;
- **A tous nos frères, en particulier Jackson, Mickael, Loïc, Nelson, Hervé et Gael**, merci pour votre amour et votre soutien ;
- **A nos amies** avec qui nous avons bravé toutes les étapes de ce parcours, **KAMSEU Murielle, TSANGA Laurenzia, ZANG Synthia, ABBO Serange**, nous avons partagé le stress des examens, l’angoisse des résultats et la joie des réussites, à vos côtés les années auront paru moins longues, merci ;
- **A tous nos aînés dans la profession**, en particulier **Docteur TCHANKAM Cédric, Docteur SIMEDJE Sandra, Docteur EBOUTOU Ivan, Docteur ELONG Jules**, nous vous sommes reconnaissantes pour l’aide apportée dans l’amélioration de ce travail ;
- **A tous les membres du LML** en particulier, **Lynn, Rose, Diane, Louise, Michelle-Sandra, Jolie-Cœur**, nous n’osons pas imaginer ce qu’aurait été ces mois sans vous ;
- **A tous mes amis, camarades de la 49e promotion**, merci infiniment ;
- **A Mireille**, qui m’a accompagné chaque jour de recrutement ;
- **A tous ceux qui, d’une façon ou d’une autre, ont marqué notre parcours, ont contribué à ce que je suis ;**

A toutes et à tous, nous vous disons Merci !

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU
Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Coordonnateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse
ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr Mpono EMENGUELE
Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale :
Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie

31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépatogastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie

57	NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue

82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire

107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	MA	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie

135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUE épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie

163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie

192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	P	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert FranK Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie

217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgien Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie

242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Déclaration de Genève révisée d'octobre 2017)

En qualité de membre de la profession médicale

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

*Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité,
de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique,
de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur
s'interposent entre mon devoir et mon patient ;*

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

*J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect
des bonnes pratiques médicales*

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

*Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et
la reconnaissance qui leur sont dus ;*

*Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour
les progrès des soins de santé ;*

*Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin
de prodiguer des soins irréprochables ;*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition de la population en fonction de l'âge, du sexe et du statut matrimonial.	28
Tableau II: Répartition de la population en fonction du niveau d'éducation et de l'occupation hors travail du sexe	29
Tableau III: Répartition de la population en fonction de la région d'origine, de la religion et de la typologie de la famille	30
Tableau IV: Répartition de la population en fonction de la considération de soi et de l'orientation sexuelle	31
Tableau V: Répartition de la population en fonction des caractéristiques de la sexualité primaire	32
Tableau VI: Répartition de la population en fonction de la consommation des drogues	33
Tableau VII: Répartition de la population en fonction des comorbidités infectieuses transmissibles	34
Tableau VIII: Répartition de la population en fonction des antécédents d'IST / MST	34
Tableau IX : Répartition de la population en fonction des signes d'IST/ MST	34
Tableau X: Répartition en fonction des antécédents et devenir de grossesses	36
Tableau XI : Répartition de la population en fonction de l'âge de début, la durée d'exercice et les raisons du choix de l'exercice	37
Tableau XII : Répartition de la population en fonction du nombre journalier de client et les honoraires par séances de travail	38
Tableau XIII: Répartition des pratiques sexuelles de la population d'étude en fonction du sexe	39
Tableau XIV: Répartition de la population en fonction de la fréquence et des raisons de non utilisation constante de préservatif lors du travail du sexe	40
Tableau XV: Répartition de la population en fonction des modalités d'évaluation du niveau de sante physique	42
Tableau XVI: Répartition de la population en fonction des niveaux d'anxiété et de dépression	44
Tableau XVII : Répartition de la population en fonction des modalités d'évaluation du niveau de vie sociale	45
Tableau XVIII : Facteurs sociodémographiques associés à l'altération de la qualité de vie	48
Tableau XIX : Caractéristiques comportementales associées à l'altération de la qualité de vie	49
Tableau XX: Caractéristiques du travail du sexe associées à l'altération de la qualité de vie	50
Tableau XXI : Facteurs indépendants associés a l'altération de la qualité de vie	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude.....	27
Figure 2: Distribution de la contraception moderne chez les travailleuses du sexe.....	35
Figure 4: Distribution de la population en couple en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif avec le conjoint.....	41
Figure 5: Distribution de la population en fonction du niveau global de la santé physique	43
Figure 6: Distribution de la population en fonction du niveau global de vie sociale.....	46
Figure 7 : Distribution de la population en fonction du niveau global de la qualité de vie	47

LISTE DES ABREVIATIONS, DES ACRONYMES ET SIGLES

FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
HD	: Hôpital de District
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
QDV	: Qualité de Vie
QDVLS	: Qualité de Vie liée à la Santé
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TdS	: Travailleur du Sexe
TS	: Travail du Sexe
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHOQOL	: World Health Organization Quality Of Life

RESUME

Introduction : le travail du sexe est un métier qui existe depuis toujours. Ce métier connu de tous, mais pourtant encore si tabou, stigmatisant et plein de préjugés. Le principe reste toujours le même, monétiser son corps à des fins sexuelles pour autrui. Plusieurs études dans le monde ont été menées dans ce domaine afin d'en avoir une meilleure connaissance. Pourtant, on n'en parle que très peu dans les milieux médicaux. De grandes interrogations subsistent... Ont-elles un manque de confiance face aux professionnels de santé ? Vont-elles dans les structures médicales ? Au Cameroun, le travail du sexe est illégal et reste un sujet encore très tabou dans la société et son impact sur la qualité de vie insuffisamment exploré chez les travailleurs du sexe. Il est important d'évaluer la qualité de vie de ces personnes afin d'orienter les politiques dans ce sens.

Objectifs : la présente étude se proposait d'évaluer la qualité de vie des travailleurs du sexe dans la ville de Yaoundé. Spécifiquement, il s'agissait de rapporter le niveau de santé physique, de rechercher le niveau de santé mentale, de déterminer le niveau des relations sociales.

Méthodologie : nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de 8 mois. Soit, d'octobre 2023 à juin 2024, dans la ville de Yaoundé. Après obtention de la clairance éthique et des autorisations de recherche, nous avons réalisé un échantillonnage de type boule de neige. Nous avons inclus tous les individus sans limite d'âge, se définissant comme travailleurs du sexe, sexuellement actifs au cours des 6 derniers mois, ayant consenti à participer à notre étude. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire inspiré du SF36, de l'inventaire de dépression de Beck et de l'échelle de l'anxiété de Hamilton réadapté à notre contexte. Ceci dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Les résultats ont été exprimés en moyennes, fréquences et pourcentages. Le seuil de significativité statistique a été fixé pour une valeur de $p < 0,05$.

Résultats : au total 160 participants ont été inclus. L'âge moyen était de $32,3 \pm 7,9$ ans avec des extrêmes de 16 et 58 ans. Le genre féminin était plus fréquent (77,5%) pour un sex-ratio de 0,29. La majorité (75%) était en couple et 56,6 % avaient un niveau d'instruction secondaire, 81,9 % étaient chrétiens. La plupart était issue d'un foyer monoparental (52,5%). La fréquence de consommation de drogues était de 61,9%, dominée par la consommation d'alcool, soit 61,3%. La plupart des participants étaient hétérosexuels (76,3%) et la fréquence des transgenres était de 15,7%. L'âge moyen de l'initiation au travail du sexe était de $23 \pm 6,7$ ans. Dans 61,3%

des cas, la raison évoquée était d'ordre économique. La durée médiane d'exercice du travail du sexe était de 8 [3,3 –13] ans. Leurs pratiques sexuelles englobaient principalement le sexe oral (91,7%), le sexe anal (88,9%) et le sexe vaginal (86,1%) pour les rapports de type hétérosexuel chez les hommes travailleurs du sexe. Chez les femmes, le sexe vaginal représentait 98,4%, le sexe oral 34,7 % et le sexe anal 25 %. La majorité des rapports sexuels (62,5%) se déroulaient avec protection. L'infection à chlamydia représentait l'IST la plus fréquente à 44,4%. Les grossesses non désirées et l'interruption volontaire de grossesse étaient courantes et représentaient respectivement 37,1% et 63%. Le nombre médian de clients journaliers était de 5 [3-8] pour des honoraires par séance qui variait de 1000 FCFA à 30 000 FCFA, la médiane étant de 3000 [2000-5000]. Les niveaux de santé physique et de soutien social étaient pour la plupart faibles, dans les proportions respectives de 78,1 % et 65 %. En ce qui concerne la santé mentale, la dépression représentait 28,1%, l'anxiété 27,5% et le taux de stigmatisation/discrimination était de 66,9 %. La majorité de la population avait une mauvaise qualité de vie (83,8%) et les facteurs de risque associés étaient le niveau d'éducation [$p=0,026$], l'âge supérieur ou égal à 25 ans [$p=0,002$], être en couple [$p<0,002$] et l'orientation sexuelle homosexuel ou bisexuel [$p=0,005$].

Conclusion : la présente étude nous a permis de constater que la plupart des travailleurs du sexe avait un niveau de santé physique faible, la dépression et l'anxiété étaient retrouvées chez plus d'un quart de la population d'étude, le niveau de vie sociale était faible et donc globalement une qualité de vie altérée.

Mots clés : évaluation ; travail du sexe ; qualité de vie ; Yaoundé.

SUMMARY

Introduction: sex work is a profession that has always existed. This profession is known to all, but still so taboo, stigmatizing and full of prejudices. The principle remains the same, monetizing your body for sexual purposes for others. Several studies in the world have been conducted in this area in order to gain a better knowledge of it. Nevertheless, there is very little talk about it in the medical community. Big questions remain... Do they lack confidence in health professionals? Are they going to the medical facilities? In Cameroon, sex work is illegal and remains a subject still very taboo in society and its impact on the quality of life among sex workers is insufficiently explored. It is important to assess the quality of life of these people in order to guide policies in this direction.

Objectives: this study aims to assess the quality of life of sex workers in the city of Yaoundé. Specifically, it was about reporting the level of physical health, searching for the degree of mental health, determining the levels of social relationships.

Methodology: we conducted a cross-sectional study over a period of 9 months. That is, from October 2023 to June 2024, in the city of Yaoundé. After obtaining the ethical clearance and research permits, we conducted a snowball sampling. We included all individuals without age limit, defining themselves as sex workers, sexually active during the last 6 months, who agreed to participate in our study. The data was collected using a questionnaire inspired by SF36, Beck's Depression Inventory and the Hamilton Anxiety Scale adapted to our context. This is done in strict respect of anonymity and confidentiality. The data collected were entered and analyzed using the SPSS software version 26.0. Results were expressed in averages, frequencies and percentages. The threshold of statistical significance was set for a value of $p < 0,05$.

Results: a total of 160 participants were included. The average age was 32.3 ± 7.9 years with extremes of 16 and 58 years. The female sex was more frequent (77,5%) with a gender ratio of 0.29. The majority (75%) were couples and 56.6% had a secondary education and 81.9% were Christians. Most were from single-parent households (52.5%). The incidence of drug use was 61.9%, dominated by alcohol consumption, or 61.3%. Most participants were heterosexual (76.3%) and the incidence of transgender was 15.7%. The average age for sexual employment was 23 ± 6.7 years. In 61.3% of cases, the reason mentioned was economic. The median duration of sex labour was 8 [3.3–13] years. Their sexual practices mainly included oral sex (91.7%), anal sex (88.9%) and vaginal sex (86.1%) for heterosexual sex among sex workers. Among women, vaginal sex accounted for 98.4%, oral sex for 34.7% and anal sex for 25%. The

majority of sexual intercourse (62.5%) took place with protection. Chlamydia infection was the most common STD at 44.4%. Unwanted pregnancies and voluntary abortion were common at 37.1% and 63%, respectively. The median number of daily clients was 5 [3-8] for fees per session ranging from 1000 CFFA to 30,000 CFFA, the median being 3000 [2000-5000]. The levels of physical health and social support were mostly low, with ratios of 78.1% and 65%, respectively. With regard to mental health, depression was 28.1%, anxiety was 27.5% and the rate of stigma/discrimination was 66.9%. The majority of the population had a poor quality of life (83.8%) and the associated risk factors were educational level [$p=0,026$], age above 25 years [$p=0,002$], being in a couple [$p<0,002$] and homosexual or bisexual sexual orientation ($p=0,005$).

Conclusion: the present study showed that most sex workers had a low level of physical health, depression and anxiety were found in more than a quarter of the study population, the social standard of life was low and therefore overall, a deteriorated quality of life.

Keywords: evaluation; sex work; quality of life; Yaoundé.

INTRODUCTION

Le concept de qualité de vie est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socio-culturelles des individus. L'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 le définit comme une « perception individuelle de sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. Ce concept intègre de manière complexe la santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » [1]. La qualité de vie pourrait être influencée par divers facteurs, les maladies chroniques, stigmatisantes, le travail du sexe. Des recherches en ont démontré un lien de causalité entre la stigmatisation, le soutien social et l'utilisation incohérente de préservatif, la consommation de produit psychoactif avant un rapport sexuel chez les travailleurs du sexe [2]. Tout ceci pourrait impacter la qualité de vie de ces travailleurs du sexe.

Le travail du sexe désigne les actes impliquant le toucher des organes génitaux dans le but de les stimuler sexuellement, que le toucher soit manuel, oral ou par pénétration, en vue d'un gain financier ou matériel [3]. Paulette SONGUE dans son ouvrage : Prostitution en Afrique le définit comme « un contrat dans lequel la partie donnanse offre ses charmes sexuels contre rémunération » [4]. Une méta-analyse faite en 2006 retrouvait une prévalence variée du travail du sexe dans le monde, dépendant de la zone géographique. En Asie, la prévalence des travailleuses du sexe variait entre 0,2% et 2,6% ; en Amérique latine entre 0,2% et 7,4% ; en Europe de l'Est, entre 0,4% et 1,4% ; en Europe occidentale, entre 0,1% et 1,4% ; dans l'ex-Fédération de Russie, entre 0,1% et 1,5% et en Afrique subsaharienne, elle variait dans les capitales de 0,7% et 4,3% [5]. Le travail du sexe fait l'objet de nombreux préjugés et stéréotypes regroupés dans le stigmate de « la putain ». Cette stigmatisation influence fortement les conditions de vie, de travail et de santé des personnes œuvrant dans cette industrie. Cette situation favorise l'isolement, l'exclusion sociale et a donc un impact sur la qualité de vie de ces individus [6]. Une étude conduite au Malawi en 2021, rapportait qu'une majorité (93 %) sur 150 travailleurs du sexe ont signalé une stigmatisation intériorisée liée au travail du sexe. Environ 50 % ont signalé l'isolement de leur famille ou de leurs amis [7]. Aussi, les travailleurs du sexe sont exposés aux risques sanitaires tels que les vaginoses bactériennes à 47,6% ; VIH à 27% , gonorrhée à 8,1%, chlamydia 5,9%, trichomonas 6,7%, candidose 30,8% et la syphilis à 6% [8]. De même, une étude conduite en 1998 au Cameroun sur 1233 travailleurs du sexe dans les villes de Yaoundé et Douala retrouvait une prévalence de 20% de cervicite, 11% gonorrhée, 12% chlamydia, 20% trichomonas et 4% avaient des coinfections [9]. Une cohorte nigérienne conduite en 2020, retrouvait que les travailleuses du sexe ont été victimes

de violences physiques, émotionnelles, sexuelles liées à la criminalisation et à la stigmatisation du travail du sexe [10].

Au Cameroun, le travail du sexe est illégal et puni par la loi [11]. Une étude menée en 2015 par Billong et *al.* au Cameroun retrouvait près de 21 124 travailleurs du sexe répartis dans différentes villes du pays. A Douala ils trouvaient 7557, à Bafoussam 2458 et à Yaoundé 6596 travailleurs du sexe [12]. Malgré l'ampleur des risques sanitaires dus au travail du sexe, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier la qualité de vie des travailleurs du sexe au Cameroun. Nous nous sommes proposés de mener cette étude sur l'évaluation de la qualité de vie des travailleurs du sexe dans le but de l'améliorer.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

I.1 JUSTIFICATION DU SUJET

Les travailleurs du sexe sont un groupe de personnes vulnérables dont les habitudes sexuelles diffèrent de celles de la majorité de la population. Comprenant habituellement des rapports sexuels non protégés, le multipartenariat sexuel les rendant plus susceptibles eux, leurs clients et leur conjoint aux IST/VIH. Mais aussi des grossesses non désirées et des interruptions volontaires des grossesses. De plus, la stigmatisation associée au travail du sexe crée des ravages dans leur vie [5-7]. Tous ces risques liés au travail du sexe pourraient avoir un impact sur la qualité de leurs vies. Cependant, malgré l'ampleur de ces risques peu d'études nous renseignent sur la qualité de vie de ceux-ci.

Ainsi, nous nous sommes proposés de mener cette étude sur la qualité de vie des travailleurs du sexe afin d'identifier et de comprendre leurs besoins sanitaires ainsi que les obstacles auxquels ils se heurtent.

I.2 QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la qualité de vie des travailleurs du sexe à Yaoundé ?

I.3 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Les travailleurs du sexe à Yaoundé ont une qualité de vie altérée.

I.4 OBJECTIFS DE RECHERCHE

I.4.1 Objectif général :

Evaluer la qualité de vie des travailleurs du sexe à Yaoundé.

I.4.2 Objectifs spécifiques :

1. Rapporter le niveau de santé physique des travailleurs du sexe.
2. Déterminer le niveau de santé mentale des travailleurs du sexe.
3. Décrire les relations sociales des travailleurs du sexe.

I.5 INTERÊT DE LA RECHERCHE

Ce travail de recherche permettra d'améliorer la qualité de vie des travailleurs du sexe à Yaoundé.

I.6 VARIABLES ETUDIEES

Variables sociodémographiques : âge ; sexe ; genre sexuel ; région ; religion ; niveau d'éducation ; profession ; situation matrimoniale ; type de revenu ; montant du revenu ; type de famille.

Variables comportementales : âge du premier rapport sexuel ; consentement lors du premier rapport sexuel ; genre du premier partenaire sexuel ; âge de début du travail du sexe ; motivation ; habitudes sexuelles ; toxicomanie.

Variables liées à la santé physique : protection mécanique ; désir de conception ; IST ; pathologies chroniques ; suivi médical ; violence ; sécurité ; personnel de santé.

Variables liées à la santé mentale : stigmatisation ; discrimination ; anxiété ; dépression.

Variables liées à la vie sociale : relations personnelles, croyances, activité sexuelle, l'environnement, soutien social.

I.7 DEFINITIONS DES TERMES OPERATIONNELS

- **Absence de relation amoureuse :** absence de sentiments amoureux
- **Accès aux soins :** capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit. (OMS)
- **Anxiété :** inquiétude et peur intense, excessive et persistante face aux situations quotidiennes [13]. Les signes de l'évaluation de l'anxiété dans notre étude seront : humeur anxieuse et dépressive, insomnie, peur, fonctions cognitives, symptômes musculaires, sensoriels, cardiovasculaires, respiratoires, gastro-intestinaux, génito-urinaires et nerveux
- **Bisexuel :** personne ayant une attirance affective, amoureuse et/ou sexuelle pour les hommes et les femmes [13].
- **Cisgenre :** identité de genre où le genre ressenti d'une personne correspond au genre assigné à la naissance.
- **Coin "chaud" :** lieu branché, d'ambiance, de divertissement et de déviance où l'on retrouve des travailleurs du sexe.
- **Consentement :** action de donner son accord à une action, à un projet [13].
- **Discrimination :** fait de séparer un groupe humain des autres en les traitant plus mal [13].

- **Droque illicite** : substances psychoactives dont la consommation et la commercialisation sont interdites autorisées par l'Etat.
- **Droque licite** : substances psychoactives dont la consommation et la commercialisation sont autorisées par l'Etat.
- **Drop-in-center** : centre d'assistance sociale où sont menées des activités de mobilisation, d'éducation, de distribution de préservatif, de lubrifiant et de médicaments.
- **Emotion** : réaction psychologique et physique à une situation [13].
- **Fisting** : acte sexuel qui consiste en la pénétration vaginale et/ou anale de la main ou du bras [13].
- **Genre** : construction sociale désignant les rôles, les comportements et les activités socialement établis, qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et les hommes. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite Convention d'Istanbul, 2011. Nous considérerons dans notre étude le genre masculin, féminin, lesbien, gai et transgenre.
- **Hétérosexuel** : personne ayant une attirance affective, amoureuse et/ou sexuelle pour les personnes de sexe opposé [13].
- **Homosexuel** : personne ayant une attirance affective, amoureuse et/ou sexuelle pour un individu de même sexe [13].
- **Humeur** : état d'esprit dominé par une émotion, par exemple la colère, la tristesse ou la joie [13].
- **Identité de genre** : expérience individuelle du genre d'une personne, qui peut correspondre ou non à son sexe biologique ou assigné à la naissance et qui peut impliquer, avec son consentement, des modifications corporelles, des choix esthétiques ou toute autre expression de genre, dont l'habillement ou la façon de se conduire.
- **Lesbienne** : personne se définissant de genre féminin qui éprouve une attirance amoureuse ou sexuelle pour une personne de genre féminin [13].
- **Multipartenaire** : relatif à une personne ayant plusieurs partenaires.

- **Orientation sexuelle** : profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des personnes du genre opposé, du même genre ou de plusieurs genres, impliquant ou non la capacité d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec ces personnes.
- **Qualité de vie** : perception subjective qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. (OMS)
- **Rémunération** : ensemble des sommes remises à une personne en échange d'un travail ou d'une prestation [13].
- **Santé génésique** : est un état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas uniquement l'absence de maladies ou d'infirmités, pour toutes les questions concernant le système reproductif et ses fonctions. (OMS)
- **Santé mentale** : état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. (OMS)
- **Stigmatisation** : est un phénomène social très commun, basé sur la discrimination d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus par un groupe dominant ou majoritaire ; attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle [13].
- **Stress** : situations ou événements contribuant à créer un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu pour y répondre. Les stressors peuvent être quotidiens (exemple : conciliation travail-famille, stigmatisation, dépression), chroniques (exemple : maladies), majeurs (exemple : déménagement) ou transitoires (exemple : changement d'emploi).
- **Transgenre** : personne qui ne s'identifie pas, ou pas seulement, au genre qu'on lui a assigné à la naissance [13].
- **Travail du sexe** : activité économique consistant à offrir des services sexuels contre rémunération [3].
- **Violence** : l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès [13].

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

La qualité de vie est une mesure globale importante de l'état de santé, permettant de surveiller les tendances démographiques au fil du temps et d'identifier les disparités entre les sous-populations. Les mesures de la qualité de vie fournissent des informations importantes nécessaires pour améliorer la santé de la population ou corriger les disparités, en particulier pour les couches vulnérables telles que celle des travailleurs du sexe. Le travail du sexe (TS) est une activité économique consistant à offrir des services sexuels divers contre rémunération. Son historique a été décrit dans la suite.

II.1 TRAVAIL DU SEXE

Jacqueline Comte et al, en 1980 aux USA, proposaient les termes travail du sexe et travailleurs du sexe (TdS) en anglais « Sex work et Sexworker » pour les « prostituées » américaines afin de matérialiser le fait de recevoir une rémunération considérée comme revenu en contrepartie d'un service sexuel ; il s'agissait aussi d'obtenir une meilleure perception de ce métier par la société et d'en obtenir de meilleures conditions de travail, contrairement aux termes prostitution et prostituées vulgairement employés [3].

II.1.1 Motivation

Longtemps questionnés sur les réelles motivations des TdS, d'aucuns évoqueraient des raisons financières, le plaisir, un traumatisme dans l'enfance, une contrainte. Une étude réalisée en 2002 sur les motivations des TS a montré : sur 55 femmes TdS interrogées, toutes sauf 02 se livraient volontairement au TS, 82% avaient fait l'objet d'un « trafic », et 10% répondaient aux critères du trouble de stress post-traumatique [14]. Une autre série berlinoise conduite en 2023 en Allemagne rapportait que 35,7% justifiaient le travail du sexe par des besoins financiers [15].

De même, une étude réalisée en Inde en 2011 retrouvait que les raisons évoquées pour se lancer dans le travail du sexe incluaient des conditions économiques médiocres ou défavorisées, les circonstances sociales négatives dans la vie, le propre choix, une contrainte externe et la tradition familiale [16].

II.1.2 Différents types de travail du sexe

Il existe différents visages du travail du sexe, passant par les travailleurs de rue aux travailleurs de « luxe » ; ces différents types sont souvent regroupés sous les rubriques de travailleurs du sexe « direct » et indirect » ce dernier groupe étant moins susceptible d'être perçu ou de se percevoir comme un travailleur du sexe.

Parmi les travailleurs du sexe direct, nous pouvons citer :

- Travailleurs du sexe dans la rue, sollicités dans la rue, les parcs ou d'autres endroits publics ; service en bordure de route.
- Maisons closes permettent au client d'être plus en sécurité que dans la rue, autorisée par les autorités.
- Escort girls : généralement contactées par téléphone. Le plus couvert des types de travail du sexe, relativement cher. Les services sont offerts chez le client ou dans une chambre d'hôtel.
- Travailleurs du sexe privé, similaires à l'escorte mais les services sont fournis dans les locaux des travailleurs du sexe...

Parmi les indirectes, nous avons,

- Stripteaseur : ce sont des danseurs érotiques dans des lieux fermés sans contact sexuel.
- Salle de massage : où des services sexuels sont offerts durant le massage.
- Les artistes, acteurs, danseurs et autres personnes impliquées dans le divertissement peuvent également fournir des services sexuels [17].

II.1.2 Stigmatisation et discrimination

Le travail du sexe est souvent associé à la stigmatisation du fait qu'il n'est pas reconnu comme légitime socialement. Les stigmates accumulés sont les signes d'une identité sociale négative. Dans le cas échéant, cette stigmatisation expose aux violences physiques, psychiques et engendre des barrières en termes d'accès aux soins. Les situations de violences physiques et psychologiques sont diverses ; attaques commises par des clients, peur d'être découvertes par des connaissances. Parfois, les services de santé contribuent à cette stigmatisation avec des accueils et des prestations peu adaptés aux besoins des TdS [18].

Le travail du sexe dans les mœurs africaines, plus particulièrement camerounaises, est considéré comme honteux, et est très mal perçu par la société, car considéré comme indécent ; les travailleurs du sexe sont dès lors considérés comme des personnes immorales et sont de ce fait sujets à des actes de discrimination et de stigmatisation. Une analyse des données longitudinales montre des associations positives entre le travail du sexe, la stigmatisation perçue et la consommation de drogues socialement moins acceptables (par exemple, l'héroïne et la cocaïne), et que la stigmatisation joue un rôle médiateur dans une partie du lien entre le travail du sexe et la consommation de ces drogues. Les résultats de cette analyse suggèrent que la stigmatisation

perçue est prononcée parmi ceux qui travaillent dans l'industrie du sexe et affecte négativement la santé indépendamment de leur participation au travail du sexe [4]. Les chercheurs ont montré que la stigmatisation est un déterminant fondamental du comportement, du bien-être et de la santé de nombreux groupes marginalisés.

II.1.4 Violence et sécurité

La violence est un problème majeur dans cette population ; les auteurs comprennent les partenaires intimes, les clients, les proxénètes et le personnel en uniforme (par exemple, la police). Dans une étude menée au Cameroun sur les violences contre les travailleurs du sexe en 2015, il ressort que les différentes sources et les types de violences étaient diversifiés :

II.1.4.1 Violence des clients

Les négociations autour du paiement et des préservatifs étaient des déclencheurs courants de violence des clients. Le paiement dépendait le plus souvent du type d'acte sexuel (p. ex., relations sexuelles orales ou vaginales), ainsi que du nombre d'attouchements ou de vêtements impliqués lors de ces actes. La violence des clients a été signalée dans le contexte de demandes de clients allant au-delà de l'accord négocié.

Les femmes ont également décrit les difficultés liées à la négociation de l'utilisation du préservatif, exacerbées par la stigmatisation sociale entourant le travail du sexe et, en connexe, par le manque de protection des forces de l'ordre. Même lorsque les actes sexuels étaient exécutés comme convenu, les femmes constataient que les clients en état d'ébriété, en particulier, accomplissaient ces actes avec violence [19].

II.1.4.2 Violences policières

La police a été la source de violences physiques et sexuelles, ainsi que de perquisitions et d'extorsions de revenus qui ont suscité des inquiétudes financières. Les interactions avec la police commençaient souvent par des demandes de la police visant à voir des cartes d'identité et à un pot-de-vin, mais dégénéraient parfois en violence. Les viols non protégés perpétrés par la police étaient une préoccupation commune [19].

II.2 QUALITE DE VIE

La définition de qualité de vie suscite encore de nombreux débats et controverses. Nous retiendrons la définition de l'OMS en 1994 qui est un « concept très largement influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que ses relations aux facteurs essentiels de son environnement. » Cette définition permet de mettre en avant le caractère multidimensionnel de

la qualité de vie ; en général, la qualité de vie liée à la santé est fonction de : la santé physique (symptomatologie clinique, qualité de sommeil, fatigue, douleur...), la santé mentale (bien-être émotionnel, estime de soi, état dépressif, stigmatisation perçue) et la santé sociale (activités de la vie courante, relation avec la famille, les amis, professionnelles).

Comme l'indique Bruchon-Schweitzer (2002), la qualité de vie (quality of life) est souvent confondue avec la qualité de vie liée à la santé (health-related quality of life). La qualité de vie liée à la santé (QDVLS) est un concept multidimensionnel défini comme la perception subjective d'une personne de l'impact d'une mauvaise santé sur la vie quotidienne et comprend le fonctionnement physique, psychologique et social [20]. L'analyse complète de la qualité de vie liée à la santé nécessite que l'on puisse l'appréhender à la fois en présence et en l'absence de maladie. Pour leur part, Patrick et Erickson (1993) précisent que « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » [21].

Afin d'objectiver au mieux cette qualité de vie, de nombreuses échelles d'évaluation ont été établies.

❖ WHOQOL

Le World Health Quality of Life est une échelle développée par l'OMS dont le but est d'évaluer la qualité de vie des populations. Il existe 02 versions : le WHOQOL-100 et le WHOQOL-BREF Avec 26 items, le WHOQOL-BREF est une forme abrégée du WHOQOL-100. Il a été développé en tant que questionnaire sur la qualité de vie générique et n'est donc pas limité à des domaines d'utilisation spécifiques. Le questionnaire est rempli par la personne interrogée. Le WHOQOL-BREF comprend les quatre domaines : santé physique, bien-être psychique, relations sociales et environnement. La réponse aux items se fait avec une échelle à cinq niveaux (par exemple de « pas du tout » à « plutôt non », « à peu près », « la plupart du temps » à « complètement »). Les échelles présentent une cohérence interne très élevée. Le WHOQOL a été appuyé très largement sur le plan international et existe dans plusieurs langues. Il est validé et fiable [22].

❖ VSP-A

L'échelle VSP-A (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent) comprend 54 items qui évaluent la qualité de vie des quatre dernières semaines. Les questions évaluent 7 domaines : les relations amicales (12 items), les relations avec les parents (10 items), la vie scolaire (5 items), l'inactivité (3 items), la détresse psychologique (12 items), le futur (5 items), et l'énergie/la vitalité (7 items). Chaque question utilise une échelle de Likert à 5 points permettant de classer entre 1 « pas du tout ou jamais » et 5 « beaucoup ou toujours ». Le total est ramené sur une échelle entre 0 et 100. La mesure la plus haute correspond au meilleur score de qualité de vie. Il faut environ 15 minutes pour compléter l'échelle VSP-A. Elle existe sous trois formes : 54, 40 et 12 items. Il peut être soumis aux adolescents entre 10 et 17 ans [23].

❖ PedsQL 4.0

Le questionnaire PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory) est constitué de deux parties : l'une pour les enfants et l'autre pour les parents. Il peut être soumis à des enfants et adolescents entre 2 et 18 ans, échelonné en trois versions selon les âges (5-7 ans, 8-12 ans, 13- 18 ans) et une version 2-4 ans uniquement pour les parents. L'échelle comporte 23 questions permettant d'évaluer 4 domaines : le fonctionnement physique (8 items), le fonctionnement émotionnel (5 items), le fonctionnement social (5 items) et le fonctionnement scolaire (5 items). Pour chaque question, il y a une échelle de 0 à 5 (0 : n'est jamais un problème, 5 : pratiquement toujours un problème). Les résultats sont divisés par le nombre d'items afin de donner un score de 0 à 100. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Il faut environ cinq à dix minutes pour passer le questionnaire. Il existe en 54 langues, dont le français. Un accord d'utilisation doit être demandé avant toute utilisation de cette échelle [24].

❖ SF-36

L'échelle SF-36 a été développée par un institut de recherche américain dirigé par John Ware en 1992. C'est une auto-évaluation de la qualité de vie. Le questionnaire comprend 36 items qui évaluent 8 domaines de la qualité de vie : le fonctionnement physique, les limitations physiques, les douleurs physiques, la santé en général, la vitalité, le fonctionnement social, le rôle émotionnel et la santé mentale. Les questions portent sur l'état de santé perçu sur l'année passée. Le score total est ramené à 100. La SF-36 a été validée pour les jeunes adolescents. C'est également un questionnaire de qualité de vie pour les adultes puisqu'il s'intéresse à la tranche d'âge 15-75 ans. Il faut environ 10 minutes pour le compléter. L'échelle a été traduite en français [25].

II.2.1 Santé sexuelle des travailleurs de sexe

Selon l'OMS, la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, libres de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » [26]. Les TdS, étant une population vulnérable [27], sont sujets à des violences de tout genre et à de nombreuses infections, ce qui pourrait entraver leur santé.

II.2.1.1. IST/VIH

L'infection à VIH/SIDA demeure un problème de santé publique dans de nombreux pays à travers le monde, et plus particulièrement en Afrique. Malgré une baisse considérable entre 2004 (5,6%) et 2020, selon le rapport annuel de l'ONUSIDA 2018, le Cameroun est le deuxième pays le plus touché de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre par l'infection à VIH. L'épidémie de VIH au Cameroun est de type mixte (généralisée et concentrée).

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH chez les personnes de 15-49 ans a baissé progressivement : de 5,4 % en 2004, de 4,3 % en 2011, et 2,7 % en 2018. Elle est concentrée dans certains groupes spécifiques tels que les Travailleuses du Sexe (TS : 24,3%). Dans les deux grandes villes de Yaoundé et Douala, la prévalence est de 2,4% chacune. Le VIH affecte cependant toutes les tranches d'âge, avec une prédilection pour les jeunes et les groupes vulnérables. Avec près de 492 352 personnes vivant avec le VIH, le Cameroun reste un pays en situation de pandémie [28].

D'après une étude menée sur : comportement sexuel à risque et la séroprévalence du VIH chez les travailleuses du sexe à Douala en 2011, les résultats ne révèlent pas d'association entre le niveau d'instruction et le statut sérologique. (IC 95%, $P=0,502$). Il faut pourtant noter que, 50% des TS dont le test sérologique a été positif sont du niveau primaire. Concernant la prévention de la transmission des infections sexuelles et du VIH lors des rapports sexuels, 64,28% ($n=9$) des prostituées testées positives disaient utiliser des préservatifs pendant les rapports payants, par contre 35,7% ($n=5$), ont reconnu ne pas toujours utiliser de préservatifs au cours de ces rapports sexuels (IC 95%, $P=0,04$). Ces résultats présentent une forte association entre le type de rapport sexuel et le statut sérologique des TS. En effet, 57,2% ($n=8$) des TS dont le résultat du test du VIH a été positif ont des rapports sexuels anaux et 28,5% ($n=4$)

pratiquent des rapports sexuels hétérogènes « normaux » (IC 95%, $p=0,007$) [29]. Les TS sont également sujets à de nombreuses autres maladies sexuellement transmissibles, à savoir la chlamydia, la syphilis, et la gonorrhée [6].

II.2.1.2. Grossesses non désirées et avortements

Les facteurs comportementaux et structurels liés au TS exposent les TdS à un risque élevé de mortalité et de morbidité maternelle (MMM), dont une grande partie est due aux grossesses non désirées et aux avortements. La plupart de ces décès sont évitables, car leurs principaux facteurs sont le manque d'accès à des soins appropriés de qualité et les avortements à risque. Répondre aux besoins des femmes en matière de santé reproductive, tels que l'éducation sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, l'accès à l'information sur la planification familiale et un meilleur accès à des soins prénatals et obstétricaux d'urgence de qualité, à un avortement sécurisé et à des soins post-avortement, pourrait réduire ce fardeau. Cependant, les facteurs liés au travail du sexe, tels que la violence, les rapports sexuels avec des partenaires multiples, l'utilisation irrégulière du préservatif, la stigmatisation et la discrimination, augmentent le risque de mauvaise santé sexuelle et reproductive (SSR) et d'issues de grossesse défavorables dans la population de sexe féminin (TS) [30].

Une étude réalisée au Bénin en 2020, retrouvait la survenue d'au moins une grossesse et celle d'au moins un avortement depuis le moment où chaque participante a commencé à se livrer au travail du sexe. L'âge médian était de 39 ans ($N = 866$). La proportion de travailleuses du sexe déclarant avoir eu au moins une grossesse au cours de leur pratique du travail du sexe était de 16,4 %, dont 42,3 % en ont eu plus d'une. La plupart des grossesses se sont terminées par un avortement (67,6 %). Dans les analyses multivariées, un âge plus jeune, une plus longue durée de travail du sexe, un test VIH antérieur, le fait d'avoir un petit ami et de ne pas utiliser de préservatifs avec lui étaient significativement associés ($p < 0,05$) à un plus grand nombre de grossesses [30].

II.2.2 Santé mentale

Selon l'OMS, les problèmes de santé mentale concernent environ une personne sur quatre dans le monde. Elle est influencée par de multiples facteurs, internes et externes. C'est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. En raison de la nature de leur activité, les travailleuses du sexe sont souvent confrontées à un manque d'acceptation et à une stigmatisation de la part de la

société. Cela entraîne de nombreux mécanismes d'exclusion et facteurs de stress, qui pourraient être associés à une vulnérabilité accrue à la maladie mentale [31]. Le stress, la dépression, la stigmatisation perçue et l'auto-stigmatisation sont des pathologies auxquelles ils sont exposés.

- Sur le plan émotionnel, elles sont sujettes à la : tristesse, à la peur, à l'angoisse, au sentiment de dépréciation de soi ;
- Sur le plan comportemental : agressivité, abus de certaines substances ;
- Sur le plan physique : céphalées, fatigue intense, troubles du sommeil, manque d'appétit ;
- Sur le plan cognitif : difficultés importantes à se concentrer, à raisonner normalement, troubles de la mémoire ;

Une cohorte européenne réalisée sur la situation de santé mentale des TdS, relevait qu'au moins un trouble mental a été signalé chez 56 à 75% des travailleuses du sexe interrogées. La dépression, la consommation de substances, les tendances suicidaires et le stress post-traumatique étaient particulièrement courants parmi les personnes interrogées. Les résultats montraient que les travailleuses du sexe étaient vulnérables aux facteurs de stress psychologique et aux maladies [31].

La consommation de produits psychoactifs dans le domaine du travail du sexe est très répandue; la principale raison évoquée de cette dépendance par les travailleurs du sexe est la stigmatisation [32]. La principale substance consommée par les TdS en Suisse en 2021 étaient : les antalgiques (57,1%), l'alcool (48,4%), le tabac (37,4%), les somnifères/tranquillisants à base de benzodiazépines (7,7%), la cocaïne en poudre (6,7%), les autres somnifères/tranquillisants (5,5%) et le cannabis (5,5%) [33].

II.3 DONNEES GLOBALES

II.3.1 Dans le monde

Le travail du sexe présente de nombreux visages avec des différences considérables entre les populations, dans la manière dont le travail du sexe est organisé, les niveaux de visibilité et de risque. Le travail du sexe a été défini comme la fourniture de services sexuels en échange d'argent, de biens ou d'autres avantages. La plupart de travail du sexe repose sur une base économique solide et des motivations allant de la survie à l'allègement de la dette, en passant par la toxicomanie, la coercition ou le désir de richesse. Dans de nombreux pays, l'épidémie de VIH est concentrée dans des sous-groupes de la population dont le comportement les expose à

un risque élevé de contracter l'infection par le VIH. Ces sous-groupes comprennent les consommateurs de drogues injectables, des professionnels du sexe... La surveillance de l'infection à VIH parmi les TdS est nécessaire, non seulement pour suivre l'épidémie de VIH, mais également pour fournir les données nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de prévention et de soins destinés aux travailleuses du sexe. Pour cela, des investigations ont été menées pour avoir une vue d'ensemble sur le nombre de TdS par région du monde. Il en ressort qu'en Afrique subsaharienne, la prévalence des travailleuses du sexe dans les capitales variait entre 0,7% et 4,3% et dans les autres zones urbaines entre 0,4% et 4,3%. Les enquêtes démographiques de cette même région ont révélé des proportions encore plus élevées de femmes impliquées dans le sexe transactionnel. La prévalence nationale des TdS en Asie variait entre 0,2% et 2,6% ; dans l'ex-Fédération de Russie, entre 0,1% et 1,5% ; en Europe de l'Est, entre 0,4% et 1,4% ; en Europe occidentale, entre 0,1% et 1,4% ; et en Amérique latine entre 0,2% et 7,4%. Les estimations concernant les zones rurales n'étaient disponibles que pour un seul pays [5].

II.3.2 Au Cameroun

A la suite des nombreuses difficultés politiques rencontrées dans l'ajustement structurel, le Cameroun décide d'ouvrir son espace économique à d'autres partenaires commerciaux, notamment la Chine. La migration chinoise, commencée en 1971, se concrétise véritablement par la visite de l'ancien président Hu Jintao en janvier 2007. Avant l'an 2000, les TS étaient uniquement des Camerounaises. Il n'y avait pas de « Blanches » dans les rues. La coopération entre la Chine et le Cameroun a fait venir beaucoup de Chinoises sur le sol camerounais. Cette migration a augmenté l'ampleur du TS au Cameroun. Ces migrantes avaient pour but de combler les désirs sexuels des ouvriers et des chefs d'entreprise chinois travaillant dans le pays.

A l'inverse des prostituées camerounaises qui proposent une seule prestation sexuelle aux clients (l'acte sexuel vaginal), les Chinoises en présentent trois (l'acte anal, vaginal et bucco-génital) ; les deux autres étant considérés par les Camerounaises comme des pratiques de sorcellerie dont le but est d'inférioriser les femmes [34]. La vulgarisation de ces comportements sexuels à risque ainsi que du TS sur le territoire camerounais a conduit à une augmentation du risque de transmission des MST, altérant ainsi la qualité de vie de ces TdS.

Dans les années 2010, on retrouvait sur le sol camerounais prêt de 18 000 travailleurs du sexe, dont 4 000 étaient âgés entre 11 et 17ans [35]. Une étude a été faite sur les comportements sexuels à risque et la séroprévalence du VIH chez les TS à Douala en 2011. Il en ressort, sur

112 travailleuses de sexe, la moyenne d'âge était de 25 ± 3 ans et les TS âgées de 20 à 29ans étaient majoritaires. L'ancienneté moyenne dans la profession était de 7 ± 3 ans. La moyenne hebdomadaire de partenaires sexuels était de 10 ± 2 , y compris les partenaires habituels. Concernant l'exposition au VIH-SIDA, les résultats du dépistage effectués ont révélé que 14 prostituées ont eu un résultat positif au test ImunoComb confirmé par l'Hexagon, soit une prévalence de 12,5%. Vingt prostituées seulement ont accepté de répondre aux questions concernant la consommation de stupéfiants ; ainsi, 45% ($n=9$) parmi elles ont reconnu consommer des drogues par voie orale et injectable. Parmi ces prostituées qui se droguaient, 89% ($n=8$) ont eu un test positif au VIH. ($P= 0,001$) [29].

En outre, le TS est illégal au Cameroun ; est punie d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 500.000 francs toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui se livre habituellement, moyennant rémunération, à des actes sexuels avec autrui [11].

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1 TYPE D'ÉTUDE

L'étude était transversale descriptive avec collecte de données prospective.

III.2 DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée sur 08 mois allant d'octobre 2023 à juin 2024. Quant à la période de collecte de données, elle était de décembre 2023 à mars 2024, soit 4 mois.

III.3 LIEU D'ÉTUDE

L'étude a été réalisée à Horizons Femmes située au quartier Melen de Yaoundé.

Dans les coins chauds de la ville de Yaoundé identifiés par deux districts de santé de la ville : le district de santé d'Odza et le district de santé de la Cité verte.

III.3.1. Présentation du lieu d'étude

Horizons Femmes est une association à but non lucratif qui œuvre pour l'épanouissement social des groupes humains défavorisés, particulièrement les femmes et les jeunes filles. Elle a pour mission d'accompagner les mutations sociales en faveur de l'égalité des genres, dans les secteurs de forte vulnérabilité pour les femmes et la jeune fille. Ses objectifs sont : promouvoir l'amélioration de la santé et du cadre de vie des personnes infectées et affectées par les pathologies les plus récurrentes ; soutenir l'amélioration de la situation politique, socio-économique et culturelle des femmes en général et des femmes défavorisées en particulier ; promouvoir l'insertion socio-professionnelle des femmes défavorisées.

III.3.1.1. Description du lieu d'étude

Horizon Femme est situé au quartier Melen de la ville de Yaoundé, plus précisément à Mini-ferme. C'est un immeuble de deux étages. Le premier niveau comporte une grande salle d'attente, un box d'accueil, deux bureaux de consultation, un laboratoire d'analyse médicale, une cuisine, une douche et les bureaux des managers et points focaux.

Le deuxième niveau, quant à lui, comporte une salle de réunion, un secrétariat et les différents bureaux administratifs (comptable, ressources humaines).

III.4 POPULATION D'ETUDE

1. Cible : notre population cible était constituée des travailleurs du sexe de la ville de Yaoundé.

2. Source : notre population source était constituée des habitants de la ville de Yaoundé.

3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude tout individu :

- Travailleur du sexe ;
 - Sans limite d'âge ;
 - Des deux sexes confondus ;
 - Exerçant le travail du sexe depuis au moins 06 mois ;
 - Ayant consenti à participer à notre étude ;
4. **Critères d'exclusion** : était exclu de l'étude :
- Tout participant se retirant de l'étude quelle que soit la raison ;
5. **Echantillon** : nous avons procédé à un échantillonnage de type non probabiliste selon une méthode boule de neige. L'échantillonnage boule de neige est une méthode d'échantillonnage en chaîne qui s'appuie sur les recommandations des sujets de départ pour générer d'autres participants [36].
6. **Taille de l'échantillon** : la taille minimale a été calculée à partir de la formule de Cochran suivante applicable aux études descriptives

$$N = \frac{T^2 \times p(1-P)}{M^2}$$

N : taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé ;

T : niveau de confiance 1,96 ;

P : la prévalence des travailleurs du sexe au Cameroun en 2015 [10] ;

M : marge d'erreur à 5% ;

$$N = \frac{1,96^2 (0,009(1-0,009))}{(0,05)^2} = 13,7$$

La taille minimale de l'échantillon sera **14 travailleurs du sexe**.

III.5. RESSOURCES UTILISEES

III.5.1 Ressources humaines

Pour mener à bien cette étude, nous avons eu besoin de l'aide de :

- L'enquêteur principal, nous-même, SIMEDJE Solyne ;

- Des encadreurs ;
- Des investigateurs secondaires (pairs éducateurs, personnel d'Horizon Femme)
- Un statisticien ;

III.5.2 Ressources matérielles

Comme matériels, nous avons utilisé :

- Des rames de papier format A4 ;
- Des stylos à bille, marque Bic® ;
- Crayons ;
- Gommages ;
- Un questionnaire préétabli (confère annexe 3) ;
- Un ordinateur portable ;
- Une connexion internet ;
- Clés USB.

III.5.3 Matériels pour la saisie et l'analyse statistique

Nous avons utilisé dans cette étude :

- Microsoft Word ;
- Microsoft Excel ;
- Microsoft PowerPoint ;
- Logiciel "statistical package for social sciences" 26.0 (SPSS);

III.6 PROCEDURE

III.6.1 Procédure administrative

Après la validation de notre protocole de recherche par nos encadreurs de thèse, nous avons soumis notre protocole de recherche au Comité Institutionnel d'Ethique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour obtention d'une clairance éthique. Puis des autorisations administratives de recherche ont été demandées auprès des districts de santé de la Cité verte et d'Odza et auprès d'Horizon Femme.

III.6.2 Procédure de collecte

- **Avant la collecte**

Nous avons obtenu la clairance éthique auprès du Comité d'Ethique Institutionnel de la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales (FMSB) et l'autorisation de recherche du district de

santé d'Odza, du district de santé de la Cité-verte et d'Horizon femme. Les travaux ont été menés dans le strict respect des principes fondamentaux de la recherche médicale selon la déclaration d'Helsinki :

- La confidentialité : toutes les informations relatives aux participants ont été traitées confidentiellement. Les fiches de collecte étaient codifiées.
- La bienfaisance : les participants ont été informés du bienfondé de l'étude. Ils bénéficiaient des réponses aux questions relatives à l'étude ou à leur santé.
- La justice : tous les participants ont été traités de la même façon.

Et les droits relatifs à la promotion de la santé, à la dignité, à l'intégrité, à l'autodétermination, à la vie privée et à la confidentialité des informations des personnes impliquées. Par ailleurs, cette étude ne présente aucun risque pour l'intégrité des participants.

Nous avons travaillé en collaboration avec des pairs éducateurs qui sensibilisaient les populations avant notre arrivée.

- Pendant la collecte

Le recrutement a été réalisé par nous-mêmes, investigateur principal SIMEDJE Solyne en utilisant la méthode boule de neige (méthode d'échantillonnage en chaîne qui s'appuie sur les recommandations des sujets de départ pour générer d'autres participants). L'administration du questionnaire s'est faite au travers des interviews avec les participants ayant donné leur accord sur une période minimale de deux jours. Toutefois, le respect de la confidentialité et de l'anonymat a été assuré tout au long de l'étude.

La collecte s'est effectuée en communauté dans des milieux jugés propices par les travailleurs du sexe (bars, domiciles, Horizon Femme). Nous étions accompagnées par les pairs éducateurs.

III.6.3 Procédure d'évaluation de la qualité de vie

• Fiche de collecte

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de collecte (annexe 3) inspirée du SF-36, échelle d'anxiété d'Hamilton et l'inventaire de dépression de Beck. Ce questionnaire a été adapté à notre contexte pour une meilleure compréhension. Il comportait les items suivants :

- Profil sociodémographique et comportemental : âge, sexe, genre sexuel, aire culturelle, religion, niveau d'éducation, profession, situation matrimoniale, type de revenu, montant du revenu, type de famille, âge et consentement à l'initiation sexuelle, genre du premier partenaire sexuel, âge de début du travail du sexe ; motivation, habitudes sexuelles, toxicomanie.

- Santé physique : protection mécanique, désir de conception, IST, pathologies chroniques, suivi médical, violence, habitat, protection, accessibilité aux soins, personnel de santé.
- Santé mentale : stigmatisation, discrimination, traumatismes physiques, anxiété, dépression.
- Vie sociale : relations personnelles, croyances, activité sexuelle, l'environnement, soutien social.

L'évaluation de la santé physique et de la vie sociale a été faite à l'aide d'un questionnaire inspiré du SF-36 chaque question a été évaluée sur une échelle de Likert, comportant 1 à 5 niveaux de réponses possibles.

La santé physique comportait 13 questions et les items abordés étaient : santé génésique, sécurité physique et l'accès aux services de santé. La vie sociale, quant à elle, comportait 15 questions et les items abordés étaient : relation sociale, environnement et soutien perçu. La classification s'est faite comme suit :

- Score de 0 à 49,99% : faible
- Score de 50 à 74,99% : moyenne
- Score supérieur ou égal à 75% : bon

En ce qui concerne la santé mentale, l'anxiété a été évaluée en fonction de l'échelle de Hamilton qui comportait quatorze questions ; il s'agissait de déterminer celles qui correspondent le mieux à son état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4 (0= absent, 1= léger, 2=moyen, 3=fort, 4=maximal). Un score inférieur ou égal à 12 était considéré comme normal ; entre 12 et 20 anxiété légère ; entre 20 et 25 anxiété modérée ; supérieur à 25 anxiété grave à sévère.

Pour la dépression, l'inventaire de dépression de Beck a été utilisé. Un score compris entre 0 et 10 était considéré comme normal ; de 11 à 16 troubles bénins de l'humeur ; 17 à 20 seuils de dépression clinique ; 21 à 30 dépressions ; 31 à 40 dépression grave ; plus de 40 dépression extrême.

Concernant la qualité de vie, elle a été estimée par association des scores du niveau de santé physique et niveau de santé mentale et de vie sociale. Les items considérés dans notre étude, évaluent les différentes composantes de 0 (mauvaise qualité de vie) à 100 (bonne qualité de vie). Les scores sont calculés à partir de la moyenne des valeurs obtenues aux questions.

Le calcul du nombre total de points par item s'obtient en faisant la somme arithmétique de la valeur de chaque réponse de l'item. (Si on note P la valeur notée à une question i , alors le nombre de points total de l'item égal à la somme des valeurs de tous les P_i).

Pour le calcul du score, on distinguera 02 types de scores :

- Le score partiel : qui sera obtenu en faisant le rapport entre le nombre de points obtenus dans un item, par le nombre de points total correspondant à l'item le tout multiplié par 100.
- Le score global : qui sera la somme des scores partiels, le tout multiplié par 100.

La classification de la qualité de vie était menée comme suit :

➤ **Qualité de vie altérée :**

- Score global de 0 à 49,99% : mauvaise qualité de vie
- Score global de 50 à 74,99% : qualité de vie moyenne

➤ **Qualité de vie conservée :**

- Score global supérieur ou égal à 75% : bonne qualité de vie

III.7 ANALYSE DES DONNÉES

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Les variables catégorielles ont été exprimées sous forme d'effectifs et de proportions, et comparées à l'aide d'un test de χ^2 quand cela était indiqué. Les variables quantitatives quant à elles étaient exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsqu'elles suivaient une distribution normale, sinon, elles étaient exprimées en médiane avec le premier et le troisième quartile. Nous avons effectué une analyse univariée puis multivariée par la méthode de régression logistique binaire pour rechercher les facteurs associés à la qualité de vie. La force d'association sera mesurée par l'Odd ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%. Une valeur de $p < 0,05$ était indicative d'une différence statistiquement significative. Les résultats de l'étude ont été présentés sous forme de figures, de tableaux, de graphiques et d'histogrammes.

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION D'ETUDE

La collecte des données s'est déroulée dans les coins chauds de la ville de Yaoundé, soit de Novembre 2023 à Février 2024 (4 mois). La figure 1 ci-dessous représente le processus de recrutement de la population d'étude.

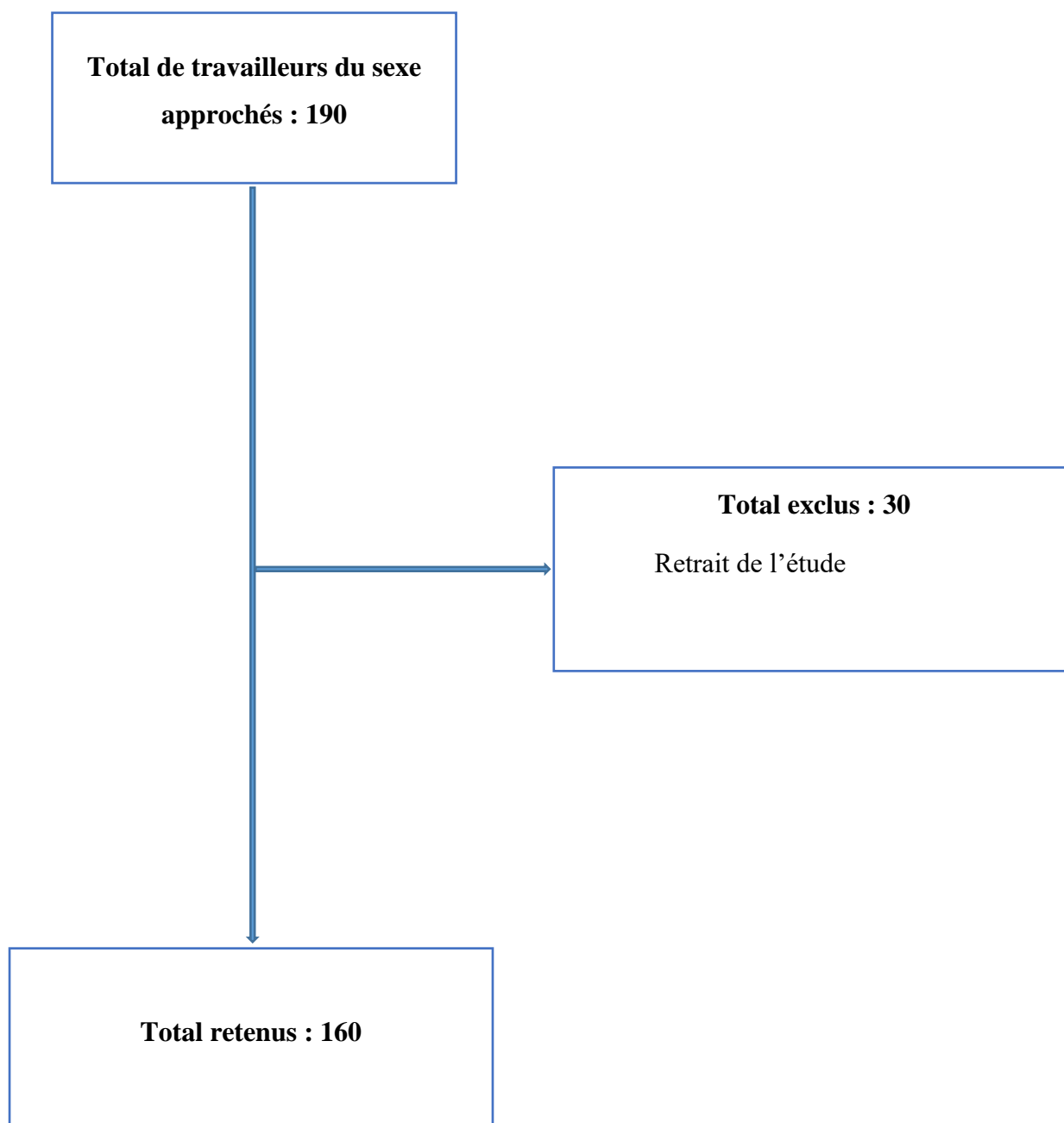


Figure 1: Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET COMPORTEMENTALES DE LA POPULATION D'ETUDE

IV.2.1. Age, sexe et statut matrimonial

L'âge moyen des travailleurs de sexe était de $32,3 \pm 7,9$ ans, avec des extrêmes de 16 et 58 ans. La majorité d'entre eux était âgée entre 25 et 35 ans (53,8%) et de sexe féminin (77,5%), soit un sex-ratio de 0,29. Concernant le statut matrimonial, les trois quarts étaient en couple, soit 75% des cas (tableau I).

Tableau I: Répartition de la population en fonction de l'âge, du sexe et du statut matrimonial

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Tranches d'âges (années)		
[15-20[	4	2,5
[20-25[	17	10,6
[25-30[	45	28,1
[30-35[	41	25,6
[35-40[	24	15
[40-45[	17	10,6
[45-50[	8	5
[50-55[	1	0,6
[55-60[	3	1,9
Sexe		
Masculin	36	22,5
Féminin	124	77,5
Statut matrimonial		
En couple*	120	75
Pas en couple	40	25
*16 mariés		

IV.2.2 Niveau d'éducation et occupation en dehors du travail du sexe

Les travailleurs du sexe pour la plupart avaient un niveau d'étude secondaire, dans 55,6% des cas. La fréquence d'une occupation autre que celle du travail du sexe était de 43,7%, dominée par les activités du secteur informel (23,1%). Comme le montre le tableau II

Tableau II: Répartition de la population en fonction du niveau d'éducation et de l'occupation hors travail du sexe

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Niveau d'éducation		
Aucun	24	15
Primaire	21	13,1
Secondaire	89	55,6
Supérieur	26	16,3
Occupation en dehors du travail du sexe		
Aucune autre occupation	90	56,3
Acteur du secteur informel	37	23,1
Elève/Etudiant	13	8,1
Employé dans le secteur privé	12	7,5
Employé dans le secteur public	8	5

IV.2.3 Région d'origine, religion et typologie de la famille d'appartenance

Le tableau III ci-dessous montre que la majorité des travailleurs du sexe était des ressortissants de la région du Centre, et de religion chrétienne, soit 31,9% et 81,9% respectivement. Quant à la typologie de la famille d'appartenance, elle était dominée par le régime monoparental (n=84), soit 52,5% des cas.

Tableau III: Répartition de la population en fonction de la région d'origine, de la religion et de la typologie de la famille

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Région d'origine		
Centre	51	31,9
Ouest	32	20
Est	16	10
Littoral	14	8,8
Adamaoua	11	6,9
Nord	10	6,3
Sud	8	5
Nord-Ouest	7	4,4
Sud-Ouest	5	3,1
Extrême Nord	4	2,5
Etranger	2	1,3
Religion		
Chrétien	131	81,9
Musulman	24	15
Animiste	1	0,6
Athée	4	2,5
Typologie de la famille d'appartenance		
Monoparentale paternelle	59	36,9
Monoparentale maternelle	25	15,6
Biparentale	40	25
Reconstituée	20	12,5
Adoptive	16	10

IV.2.4. Caractéristiques comportementales

La considération de soi était dominée par le caractère cisgenre, dans 84,4% des cas. Quant à l'orientation sexuelle des travailleurs du sexe, la plupart étaient des hétérosexuels, soit 76,3% des cas (tableau IV).

Tableau IV: Répartition de la population en fonction de la considération de soi et de l'orientation sexuelle

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Considération de soi		
Cisgenre	135	84,4
Transgenre féminin	23	14,4
Transgenre masculin	2	1,3
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel	122	76,3
Bisexuel	31	19,4
Homosexuel	7	4,4

IV.2.4.1. Caractéristiques de la sexualité primaire

L'âge moyen du premier rapport sexuel était de $16,6 \pm 2,9$ ans, avec des extrêmes de 9 et 30 ans. 22,5% avaient eu le premier rapport sexuel avant l'âge de 15ans. La plupart étaient âgés entre 15 et 20 ans au moment du premier rapport sexuel (63,1%) qui s'est déroulé pour la majorité avec un partenaire de sexe opposé (81,3%). Le consentement lors du premier rapport sexuel était présent dans 81,3% des cas (tableau V).

Tableau V: Répartition de la population en fonction des caractéristiques de la sexualité primaire

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Tranches d'âges au 1er rapport sexuel		
< 10	1	0,6
[10-15[	35	21,9
[15-20[	101	63,1
[20-25[	22	13,8
≥ 25	1	0,6
Sexe du 1er partenaire sexuel		
Du sexe opposé	130	81,3
Du même sexe	29	18,1
Les deux	1	0,6
Consentement lors du 1er rapport sexuel		
Oui	130	81,3
Non	30	18,8

IV.2.4.2. Toxicomanie

La consommation de drogues chez les travailleurs du sexe était fréquente dans 61,9% des cas, avec 61,9% de consommation de drogues licites et 17,5% de consommation de drogues illicites comme représenté dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI: Répartition de la population en fonction de la consommation des drogues

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Consommation de drogues		
Aucune consommation	61	38,1
Drogues licites	99	61,9
Drogues illicites	28	17,5
Drogues licites		
Alcool	98	61,3
Tabac	50	31,3
Drogues illicites		
Chicha	21	13,1
Narcotiques	13	8,1
Cannabis	9	5,6
Tranquillisant	1	0,6

IV.2.4.3. Comorbidités infectieuses transmissibles

Les comorbidités infectieuses transmissibles chez les travailleurs de sexe de l'étude étaient fréquentes dans 26,9% des cas, dominées par les cas d'infection au VIH, soit 24,4% (n=34). Les co-infections représentaient 3,1%. (Tableau VII)

Tableau VII: Répartition de la population en fonction des comorbidités infectieuses transmissibles

Comorbidités infectieuses sexuellement transmissibles	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Aucune	117	73,1
Existence de comorbidités	48	26,9
Infection au VIH	39	24,4
Hépatite virale B ou C	9	5,6

IV.2.4.4. Antécédents d'IST / MST

Le tableau VIII ci-dessous montre que les IST/MST antérieures étaient fréquentes dans 33,3% des cas, soit chez 54 travailleurs du sexe. La chlamydie était l'IST/MST la plus représentée (n=24 ; 44,4%), 3,8% de co-infections, comme le montre le tableau VIII.

Tableau VIII: Répartition de la population en fonction des antécédents d'IST / MST

Variables	Effectifs	Fréquence (%)
Antécédents d'IST / MST (n=160)		
Oui	54	33,8
Non	106	66,3
Types d'IST / MST (n=54)		
Chlamydie	24	44,4
Syphilis	13	24,1
Gonococcie	5	9,3
Indéterminé	14	26

Le tableau IX ci-dessous montre que les signes d'IST/MST étaient dans 68,3% des cas, soit chez 54 travailleurs du sexe un écoulement vaginal ou urétral

Tableau IX : Répartition de la population en fonction des signes d'IST / MST

Type de lésions	Hommes (n=14)	Femmes (n=40)	Fréquence (%)
Ecoulement urétral/vaginal	4	33	68,51
Prurit	10	20	55,55
Brûlures mictionnelle	9	12	38,88
Inflammation des organes génitaux	3	10	24,07
Douleurs abdominales	2	4	11,11
Fièvre	4	18	40,74

IV.2.4.5. Caractéristiques reproductives des femmes travailleuses du sexe de la population d'étude

❖ Contraception

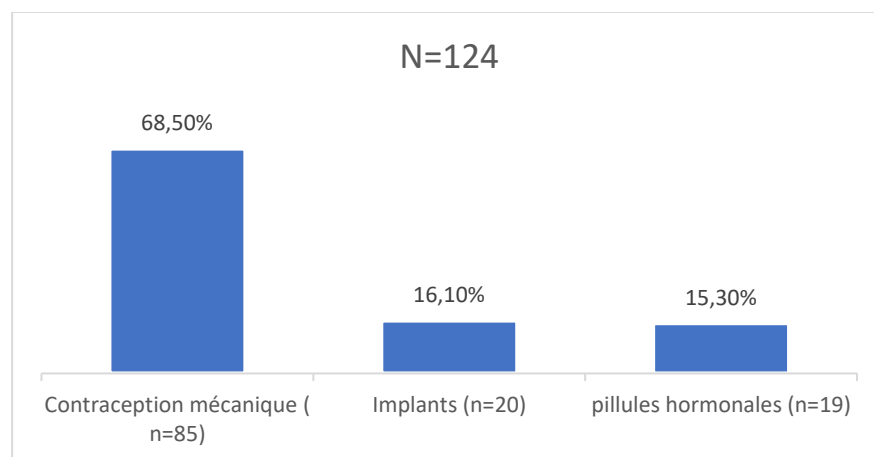


Figure 2: Distribution de la contraception moderne chez les travailleuses du sexe

La contraception moderne chez les femmes travailleuses de sexe était de 31,5% comme représenté par la figure 2 ci-dessus.

❖ Antécédent de conception et devenir de la grossesse

Les antécédents de grossesses chez les femmes travailleuses de sexe de notre étude étaient fréquents dans 37,1% des cas (n=46) dont l'issue dominante était l'interruption volontaire de grossesse à 63,0% (tableau X).

Tableau IX: Répartition en fonction des antécédents et devenir de grossesses

Variables	Effectifs	Fréquence (%)
Antécédent de grossesse liée au travail du sexe (n=124)		
Oui	46	37,1
Non	78	62,9
Devenir de la grossesse (n=46)		
Interruption volontaire de grossesse	29	63
Accouchement	11	23,9
Fausse couche	6	13
Interruption thérapeutique de grossesse*	1	2,2
*Pour grossesse extra utérine		

IV.2.4.6. Caractéristiques du travail du sexe

❖ Age de début, année d'expérience, raisons du choix du travail du sexe

L'âge de début du travail du sexe variait entre 12 et 45 ans, la moyenne étant de $23 \pm 6,7$ ans. Par ailleurs, 33,2% de la population avaient débuté le travail du sexe durant leur adolescence. La durée médiane d'exercice du travail du sexe était 8 [3,3-13] ans, avec des extrêmes de 0 et 34 ans d'années d'exercice. Quant aux raisons du choix de l'exercice du travail du sexe, la motivation financière était la plus fréquemment rencontrée, soit dans 61,3% des cas (tableauXI).

Tableau XI : Répartition de la population en fonction de l'âge de début, la durée d'exercice et les raisons du choix de l'exercice

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Tranches d'âges de début (années)		
[10-15[	6	3,8
[15-20[	47	29,4
[20-25[	54	33,8
[25-30[	25	15,6
≥ 30	28	17,5
Durée de l'exercice (années)		
≤ 2	24	15
3-5	37	23,1
6-9	37	23,1
10-19	45	28,1
≥ 20	17	10,6
Raisons du choix du travail du sexe		
Pour de l'argent	98	61,3
Par plaisir	37	23,1
Par contrainte	13	8,1
Autres	12	7,5

❖ **Nombre journalier de clients et honoraire par séances**

Le nombre médian de clients par jour était de 5 [3-8], avec des extrêmes de 1 à 20 clients par jour. Quant aux honoraires de travail par séance, la médiane était de 3000 [2000-5000] FCFA, avec des extrêmes de 1000 et 30 000 F CFA (tableau XII).

Tableau XII : Répartition de la population en fonction du nombre journalier de client et les honoraires par séances de travail

Variables	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Nombre journalier de clients		
[1-5[	69	43,1
[5-10[	63	39,4
[10-15[	19	11,9
[15-20[	8	5
[20-25[	1	0,6
Honoraires par séance (FCFA)		
[1000-5000[	93	58,2
[5000-10000[	40	25
[10000-15000[	24	15
[15000-20000[	0	0
[20000-25000[	2	1,3
[25000-30000[	0	0
[30000-35000[	1	0,6

❖ Pratiques sexuelles au cours des séances de travail de sexe

Chez les hommes travailleurs du sexe, les pratiques sexuelles dominantes étaient le sexe oral (91,7%), le sexe anal (88,9%) pour les rapports de type homosexuel et le sexe vaginal (86,1%) pour les rapports de type hétérosexuel. Quant aux femmes travailleuses du sexe, le sexe vaginal (98,4%) constituait la pratique sexuelle dominante comme le présente le tableau XIII ci-dessous.

Tableau XIII : Répartition des pratiques sexuelles de la population d'étude en fonction du sexe

Pratiques sexuelles	Hommes	Femmes
	N=36 ; n (%)	N=124 ; n (%)
Sexe oral	33 (91,7)	43 (34,7)
Sexe anal	32 (88,9)	31 (25)
Sexe vaginal	31 (86,1)	122 (98,4)
Baisers	23 (63,9)	34 (27,4)
Fist	15 (41,7)	6 (4,8)
Sex-toy	12 (33,3)	13 (10,5)

❖ **Fréquence et raisons de non utilisation du préservatif au cours du travail du sexe**

L'utilisation du préservatif au cours du travail du sexe était inconstante dans 37,5% des cas, soit chez 60 travailleurs du sexe. La raison d'absence d'utilisation constante du préservatif était majoritairement pour des besoins de rémunération surajoutée, soit dans 61,7% des cas (Tableau XIV)

Tableau XIIV : Répartition de la population en fonction de la fréquence et des raisons de non utilisation constante de préservatif lors du travail du sexe

Variables		Effectifs	Fréquence (%)
Fréquence d'utilisation du préservatif		n=160	
Toujours		100	62,5
Souvent		35	21,9
Parfois		22	13,8
Rarement		3	1,9
Raisons de non utilisation constante du préservatif		n=60	
Pour plus de rémunération		37	61,7
Par contrainte		13	21,7
Volonté propre		10	16,7
Désir du client		5	8,3

IV.2.4.7. Fréquence d'utilisation du préservatif avec le conjoint

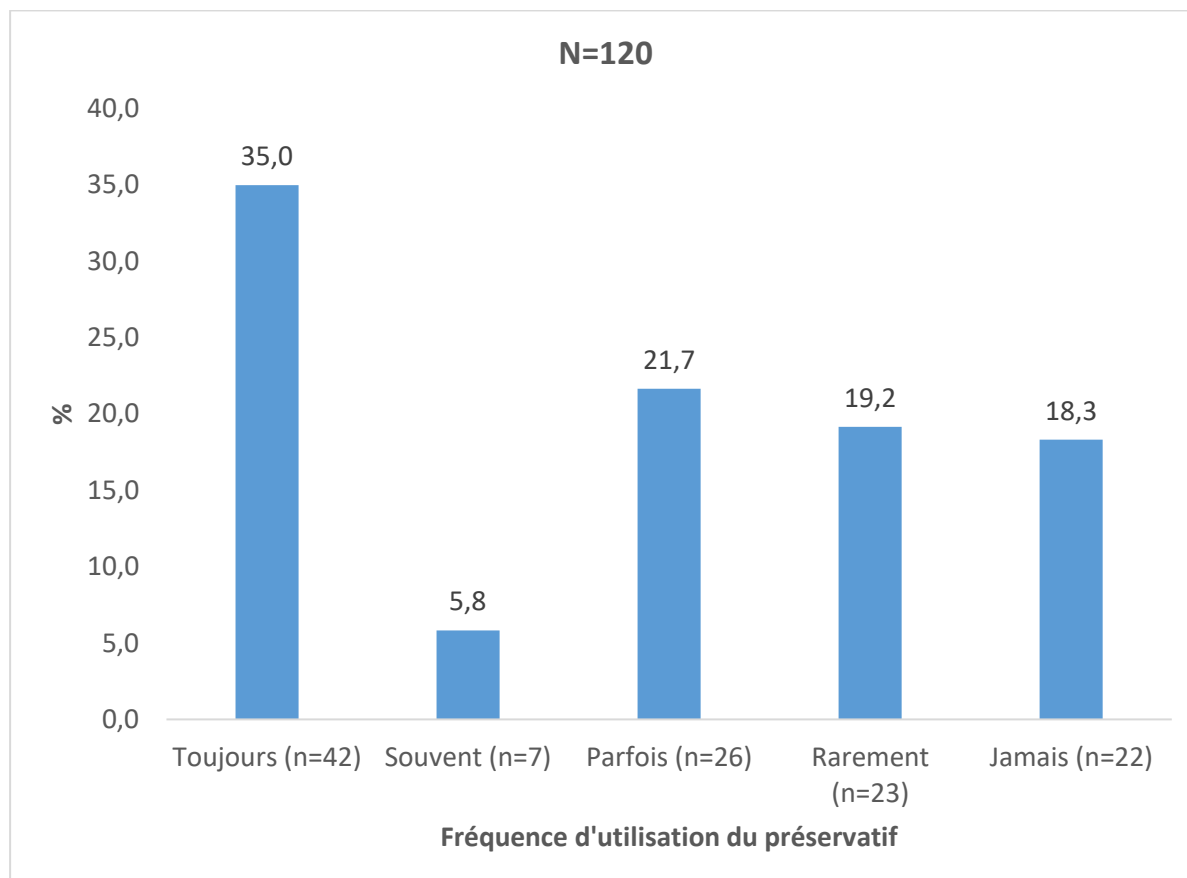


Figure 3 : Distribution de la population en couple en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif avec le conjoint

La figure 3 ci-dessus montre que la plupart des travailleurs de sexe en couple utilisaient toujours un préservatif lors des rapports sexuels avec leur conjoint, soit dans 35,0% des cas.

IV.3. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE LIEE A LA SANTE DE LA POPULATION D'ETUDE

IV.3.1. Evaluation de la santé physique

L'évaluation de la santé physique était conduite sous trois angles dont la santé génésique, la sécurité physique et l'accès aux services de santé. Pour chacune de ces modalités, le niveau de santé était faible chez la plupart des participants, soit respectivement 66,3%, 75,6% et 42,5% (tableau XV).

Tableau XIIIIV: Répartition de la population en fonction des modalités d'évaluation du niveau de santé physique

Variables	Modalités	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Santé génésique	Faible	106	66,3
	Moyen	48	30
	Bon	6	3,8
Sécurité physique	Faible	121	75,6
	Moyen	37	23,1
	Bon	2	1,3
Accès aux services de santé	Faible	68	42,5
	Moyen	24	15
	Bon	68	42,5

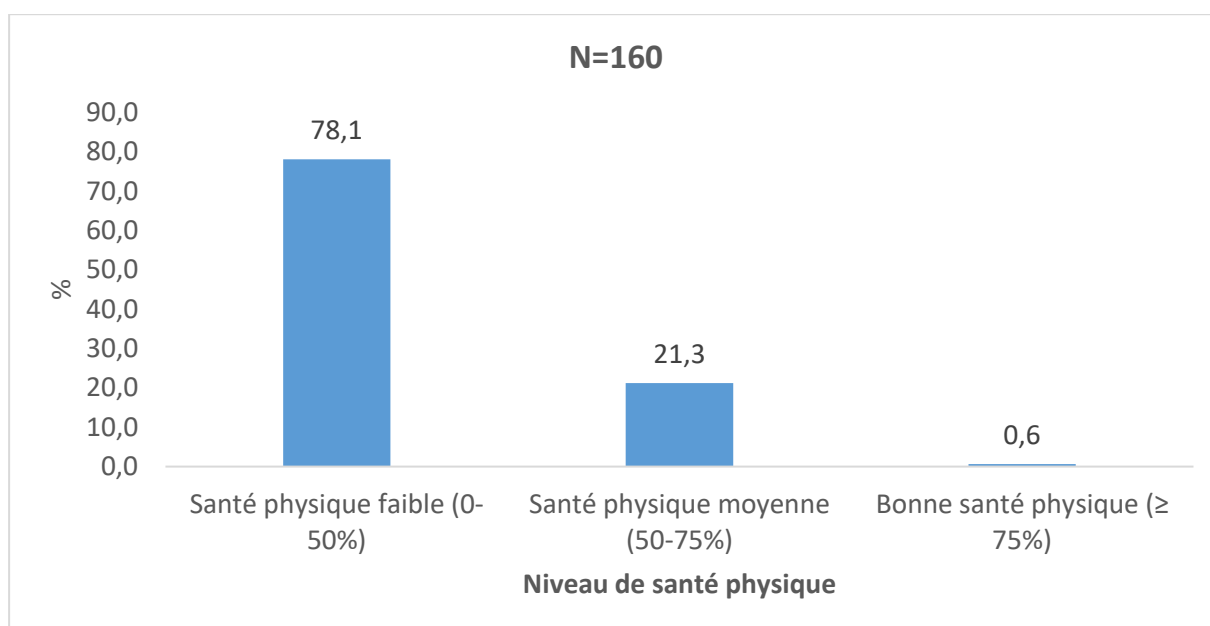


Figure 4 : Distribution de la population en fonction du niveau global de la santé physique

Le niveau de santé physique représenté par la figure ci-dessus était majoritairement faible, soit dans 78,1% des cas. Le pourcentage moyen était de $40,89 \pm 11,90\%$, avec des extrêmes de 8,82% et 75,0%.

IV.3.2. Evaluation de la qualité de vie liée à la santé psychologique

Quant' à l'anxiété, sa fréquence était de 27,5%, dominée par les cas d'anxiété légère, soit 19,4%. Quant à la dépression, elle était fréquente dans 28,1% des cas, dominée par les cas de dépression avérée, soit dans 15,6% des cas. Enfin, le niveau de stigmatisation/discrimination dans la majorité des cas était sévère (66,9%) comme le présente le tableau XVI ci-dessous.

Tableau XVI: Répartition de la population en fonction des niveaux d'anxiété et de dépression, stigmatisation

Variables	Modalités	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Niveau d'anxiété (sur 56 points)	Pas d'anxiété (0-12)	116	72,5
	Anxiété légère (12-20)	31	19,4
	Anxiété modérée (20-25)	4	2,5
	Anxiété grave à sévère (≥ 25)	9	5,6
Niveau de dépression (sur 63 points)	Absence de dépression (0-10)	68	42,5
	Troubles bénins (11-16)	26	16,3
	Seuil de dépression clinique (17-20)	21	13,1
	Dépression (21-30)	25	15,6
	Dépression grave (31-40)	12	7,5
Niveau de stigmatisation/discrimination (sur 30 points)	Dépression extrême (> 40)	8	5
	Stigmatisation/discrimination faible (0-14)	19	11,9
	Stigmatisation/discrimination modérée (15-22)	34	21,3
	Stigmatisation/discrimination sévère (23-30)	107	66,9

IV.3.3. Evaluation du niveau de vie sociale

Le niveau de vie sociale basée sur les relations sociales, l'environnement et le soutien, était faible suivant ces trois aspects, soit 56,9%, 48,8% et 65% respectivement (tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition de la population en fonction des modalités d'évaluations du niveau de vie sociale

Variables	Modalités	Effectifs (N=160)	Fréquence (%)
Relations sociales	Faible	91	56,9
	Moyen	60	37,5
	Bon	9	5 ;6
Environnement	Faible	78	48,8
	Moyen	57	35,6
	Bon	25	15,6
Soutient perçu	Faible	104	65
	Moyen	30	18,8
	Bon	26	16,3

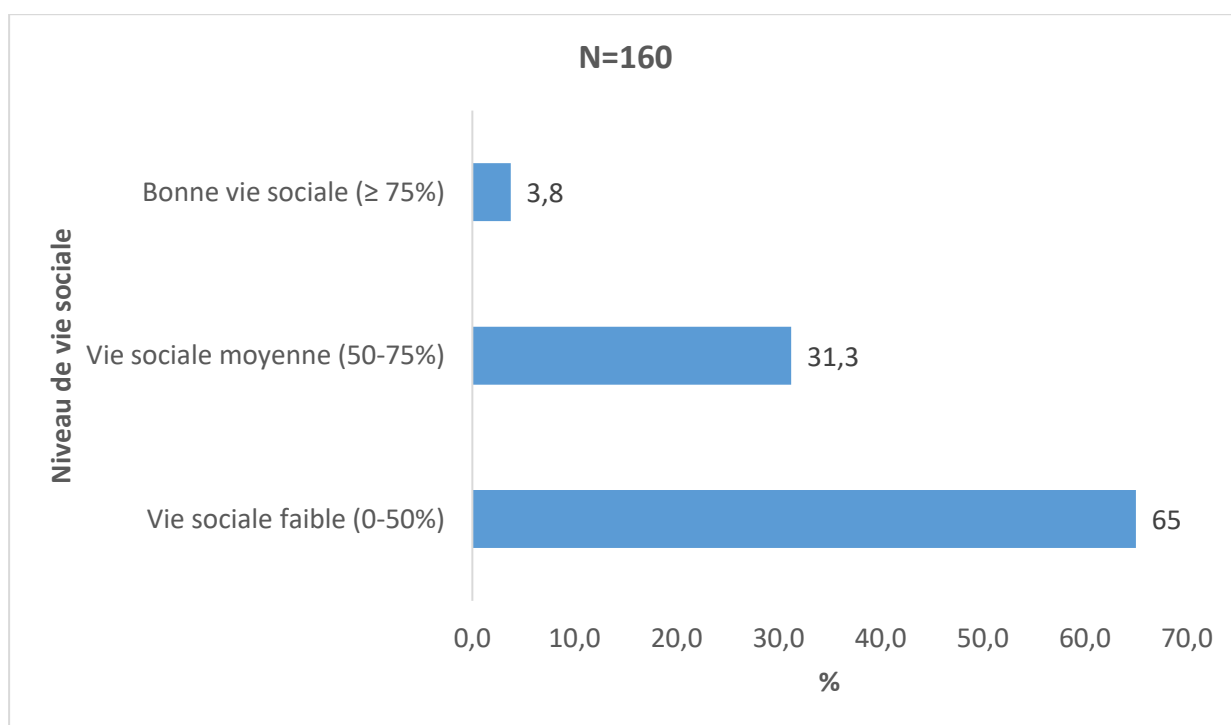


Figure 5 : Distribution de la population en fonction du niveau global de vie sociale

Globalement, la figure 5 ci-dessus montre que le niveau de vie sociale était faible dans la majorité des cas, soit 65,0%. Le pourcentage moyen était de $43,23 \pm 18,50\%$, avec des extrêmes de 10% et 82,86%.

IV.3.4. Evaluation de la qualité de vie globale

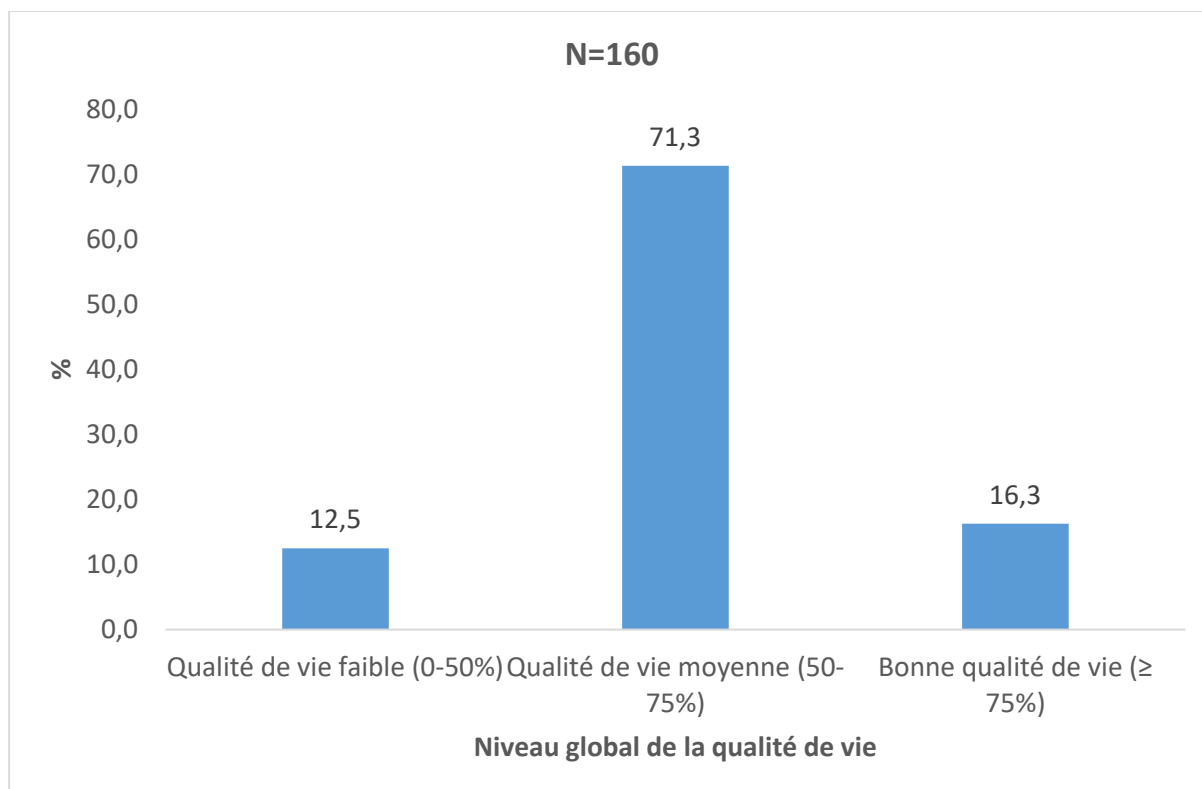


Figure 6 : Distribution de la population en fonction du niveau global de la qualité de vie

La qualité de vie globale incluant la santé psychologique (anxiété, dépression et stigmatisation/discrimination), la santé physique et la vie sociale, était altérée dans 83,8% des cas, soit chez 134 participants. La majorité d'entre eux avait une qualité de vie moyenne, soit 71,3% des cas (n=114) (figure 6). Le pourcentage moyen de qualité de vie globale était de $62,26 \pm 10,69\%$, avec des extrêmes de 32,75% et 83,28%.

IV.3.5. Facteurs associés à l'altération de la qualité

IV.3.5.1. Analyse uni variée

Le tableau XVIII ci-dessous montre que les travailleurs de sexe âgés d'au moins 25 ans avaient 5,3 fois plus de risque d'avoir une qualité de vie altérée ($p=0,002$). Il en était de même pour les travailleurs de sexe étant en couple (OR : 3,9 ; $p = 0,002$) et ceux ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (OR : 2,62 ; $p = 0,026$).

Tableau XVIII : Facteurs sociodémographiques associés à l'altération de la qualité de vie

Variables	Altération de la qualité de vie	Bonne qualité de vie	OR	Valeur
	N=134 ; n (%)	N=26 ; n (%)	(IC à 95%)	P
Tranches d'âges				
< 25 ans	12 (57,1)	9 (42,9)	1	
≥ 25 ans	122 (87,8)	17 (12,2)	5,38 (1,97-14,66)	0,002
Sexe				
Masculin	31 (86,1)	5 (13,9)	1,26 (0,44-3,62)	0,441
Féminin	103 (83,1)	21 (16,9)	1	
Statut matrimonial				
En couple*	107 (89,2)	13 (10,8)	3,96 (1,64-9,52)	0,002
Pas en couple	27 (67,5)	13 (32,5)	1	
Niveau d'éducation				
Aucun / Primaire	33 (73,3)	12 (26,7)	1	
Secondaire / Supérieur	101 (87,8)	14 (12,2)	2,62 (1,10-6,23)	0,026
Occupation en dehors du travail du sexe				
Aucune autre occupation	77 (85,6)	13 (14,4)	1,35 (0,58-3,13)	0,312
Acteur du secteur informel	29 (78,4)	8 (21,6)	0,62 (0,24-1,57)	0,221
Elève/Etudiant	11 (84,6)	2 (15,3)	1,07 (0,22-5,15)	0,645
Employé du secteur privé	10 (83,3)	2 (16,7)	0,96 (0,19-4,69)	0,613
Employé du secteur public	7 (87,5)	1 (12,5)	1,37 (0,16-11,69)	0,616

Les homo/bisexuels avaient respectivement 9,5 fois plus de risque d'avoir une qualité de vie altérée par rapport aux hétérosexuels comme le montre le tableau XIX ci-dessous (p=0,005).

Tableau XVIIIIX : Caractéristiques comportementales associées à l'altération de la qualité de vie

Variables	Altération de la qualité de vie	Bonne qualité de vie	OR	Valeur
	N=134 ; n (%)	N=26 ; n (%)	(IC à 95%)	P
Considération de soi				
Cisgenre	109 (80,7)	26 (19,3)	/	0,008
Transgenre	25 (100,0)	0 (0,0)	/	0,008
Orientation sexuelle				
Hétérosexuel	97 (79,5)	25 (20,5)	1	
Homo/bisexuel	37 (97,4)	1 (2,6)	9,53 (1,24-72,92)	0,005
Consommation de drogues				
Drogues licites	80 (80,8)	19 (19,2)	0,54 (0,21-1,38)	0,143
Drogues illicites	111 (84,1)	21 (15,9)	1,14 (0,39-3,36)	0,494

Parmi les caractéristiques du travail du sexe, le tableau XX ci-dessous montre que la pratique des baisers au cours du travail du sexe, multipliait par 3,5 le risque d'avoir une qualité de vie liée à la santé altérée ($p=0,013$).

Tableau XX : Caractéristiques du travail du sexe associées à l'altération de la qualité de vie

Variables	Altération de la qualité de vie	Bonne qualité de vie	OR	Valeur
	N=134 ; n (%)	N=26 ; n (%)	(IC à 95%)	P
Age de début du travail du sexe				
< 30	112 (84,8)	20 (15,2)	1,52 (0,55-4,23)	0,286
≥ 30	14 (50,0)	14 (50,0)	1	
Raisons du choix du travail du sexe				
Pour de l'argent	84 (85,7)	14 (14,3)	1,44 (0,61-3,35)	0,263
Par plaisir	31 (83,8)	6 (12,6)	1,00 (0,37-2,71)	0,609
Par contrainte	10 (76,9)	3 (23,1)	0,61 (0,15-2,42)	0,355
Autres	9 (75,0)	3 (25,0)	0,55 (0,13-2,19)	0,305
Nombre moyen journalier de clients				
≤ 5	85 (87,6)	12 (12,4)	2,02 (0,86-4,72)	0,077
> 5	49 (77,8)	14 (22,2)	1	
Pratiques au cours des relations sexuelles				
Baiser	53 (93,0)	4 (7,0)	3,59 (1,17-11,03)	0,013
Sexe anal	57 (90,5)	6 (9,5)	2,46 (0,93-6,53)	0,048
Sexe oral	67 (88,2)	9 (11,8)	1,88 (0,78-4,53)	0,110
Sexe vaginal	129 (84,3)	24 (15,7)	2,15 (0,39-11,73)	0,318
Fist	19 (90,5)	2 (9,5)	1,98 (0,43-9,08)	0,295
Jouets sexuels	23 (92,0)	2 (8,0)	2,48 (0,54-11,26)	0,180

IV.3.5.2. Analyse multi variée : régression logistique binaire

Les variables pour lesquelles la statistique p était strictement inférieur à 0,10 en analyse uni variée avec un OR défini, étaient analysées par la suite dans le modèle de régression logistique binaire. Il en ressort que, les facteurs indépendants à risque d'altération de la qualité de vie liée à la santé étaient d'avoir un âge supérieur ou égal à 25 ans (ORa : 5,36 ; p ajustée = 0,003) et être en couple (ORa : 2,91 ; p ajustée = 0,036). Comme le montre le tableau XXI

Tableau XVIII : Facteurs indépendants associés à l'altération de la qualité de vie

Variables	Altération de la qualité de vie	Bonne qualité de vie	Ora	P
	N=134 ; n (%)	N=26 ; n (%)	(IC à 95%)	Ajustée
Tranches d'âges				
≥ 25 ans	122 (87,8)	17 (12,2)	5,36 (1,75-16,41)	0,003
Statut matrimonial				
En couple	107 (89,2)	13 (10,8)	2,91 (1,07-7,90)	0,036
Niveau d'éducation				
Secondaire / Supérieur	101 (87,8)	14 (12,2)	1,30 (0,45-3,72)	0,625
Orientation sexuelle				
Homo/bisexuel	37 (97,4)	1 (2,6)	5,24 (0,59-46,48)	0,136
Nombre moyen journalier de clients				
≤ 5	85 (87,6)	12 (12,4)	1,63 (0,63-4,21)	0,310
Pratiques au cours des relations sexuelles				
Embrassade	53 (93,0)	4 (7,0)	2,25 (0,57-8,94)	0,247
Sexe anal	57 (90,5)	6 (9,5)	0,80 (0,23-2,74)	0,729

CHAPITRE V : DISCUSSION

La présente étude transversale a concerné 160 individus vivants dans la ville de Yaoundé. Le travail du sexe et les différentes formes qu'il peut revêtir demeurent des concepts dynamiques dont les données s'actualisent au quotidien. La croissance rapide de ses différentes composantes et son impact sur la qualité de vie des personnes qui le pratiquent sont les raisons pour lesquelles nous nous sommes proposés de mener cette étude au cours de laquelle nous avons fait face à certaines limites.

V.1. Limites de l'étude

Les limites de notre étude étaient :

- Les personnes interrogées exerçaient uniquement en tant que travailleurs du sexe dans la rue. Le travail du sexe de rue n'étant qu'un seul des multiples visages du travail du sexe.
- L'accès aux travailleurs de sexe ; par ailleurs, les individus n'étaient pas souvent prompts à se déclarer au vu du climat social et légal qui est en vigueur dans notre milieu.
- Le caractère subjectif des déclarations des participants

V.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

V.1.1 Age, sexe et niveau d'étude, statut matrimonial, type de famille d'appartenance

L'âge moyen des travailleurs du sexe était de 32,3 ans, avec des extrêmes de 16 et 58 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25 à 35 ans. Ce résultat se rapproche de celui de Faten et *al.* En 2018 qui avait retrouvé un âge moyen de 28,59 ans, pour une tranche d'âge de 25 à 29 ans, les extrêmes étant de 18 et 50 ans [37]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, cette tranche d'âge serait une période clé, où la difficulté de s'installer dans la vie, de trouver une activité génératrice de revenu, le désir d'être indépendant pousseraient un certain nombre de personnes à offrir des services sexuels en échange d'argent. De même, d'après une étude réalisée en Afrique de l'Ouest en 2021, il en ressort que l'âge de 18 à 35 ans et la période clé de la vie adulte où l'indépendance financière serait le premier critère [38].

Les trois-quarts de notre population d'étude étaient des femmes, soit 77,5% (124). Ce résultat converge vers celui de Bize et *al.* en 2017 qui avait retrouvé principalement des femmes dans son étude, soit 92% [40]. Cette constatation pourrait s'expliquer par la violence et l'exploitation sexuelle, la répartition inégale des soins non rémunérés et du travail domestique, la discrimination dans la fonction publique, ainsi que la recherche de l'autonomie telle que

démontré dans les objectifs de développement durable des Nations unies [41]. Toutefois, on constate une disparité d'au moins 15 %, ce qui indique une plus grande proportion d'hommes. Cela peut être attribué à la popularisation des normes sociales grâce à la légalisation des minorités sexuelles dans de nombreux pays.

Plus de deux tiers des travailleurs du sexe avaient un niveau au plus secondaire, soit 83,7% des cas. Ces données sont similaires à celle de Faten et *al.* qui retrouvaient une majorité à plus de deux tiers (85,7%) [37]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les travailleurs du sexe qui manquent de formation professionnelle, de diplômes pour accéder à des études supérieures ou encore d'argent pour financer celles-ci se retrouvent à exercer le travail du sexe comme moyen de subsistance. La recherche d'emploi est compliquée par le décrochage scolaire, l'endettement et les difficultés à trouver du travail lorsque les individus souhaitent gagner de l'argent de manière alternative. [43]. De plus, dans notre contexte culturel, les hommes ont tendance à être plus scolarisés que les femmes, tel que décrit dans le rapport d'analyse des données de la carte scolaire et d'alphabétisation de Mars 2021 [44].

En ce qui concerne le statut matrimonial, 75% des personnes ont affirmé être en couple (dont 16 mariés). La plupart des travailleurs du sexe proviennent d'un milieu socioéconomique défavorisé, ce qui fait du travail du sexe une source de revenus similaire à tout autre, incitant ainsi leurs partenaires à accepter celui-ci pour subvenir à leurs besoins.

Quant au type de famille d'appartenance, elle était dominée par le régime monoparental (n=84), soit 52,5% des cas. Le manque d'autorité paternelle, d'éducation maternelle ou encore la recherche d'argent pour subvenir aux besoins de la famille et à ses besoins, incitent de nombreux jeunes à se livrer à des activités telle que le travail du sexe, comme le rapportait Morelle et *al.* au Cameroun en 2008 [45].

V.2 CARACTERISTIQUES COMPORTEMENTALES

V.2.1 Orientation sexuelle et identité de genre

En ce qui concerne l'orientation sexuelle des travailleurs du sexe, la plupart étaient des hétérosexuels, soit 76,3% des cas ; 19,4% ont déclarés être bisexuels, le reste homosexuel, soit 4,4%. Concernant l'identité de genre, les transgenres représentaient 15,7% de notre population d'étude. En Afrique subsaharienne, l'homosexualité est perçue comme une déviance majeure, d'où sa prohibition dans de nombreux pays tels que le Cameroun. Toutefois, la raison de cette présentation de la sexualité diversifiée pourrait être due à une vulgarisation médiatique des

minorités sexuelles, une meilleure acceptation sociale et un confort accru pour déclarer son identité sexuelle, comme le rapportait Eboutou et *al.* en 2022 au Cameroun [46]. De plus, la diversité de la clientèle et la satisfaction pourrait expliquer ce constat.

V.2.2. Sexualité primaire

La moyenne d'âge au premier rapport sexuel était de $16,6 \pm 2,9$ ans. 81,3% étaient consentants lors du premier rapport sexuel. Ces données sont superposables aux données de Meguieze et *al.* en 2022 au Cameroun avec un âge moyen de $15,5 \pm 2,35$ ans [47]. Ainsi, la plupart avaient eu leur première expérience sexuelle à l'adolescence, où l'expérimentation sexuelle fait partie du processus de développement et est comme un moyen pour l'adolescent de mettre sa maturité physique à l'épreuve. De plus, une autre explication pourrait être le fait, les jeunes grandissent dans un environnement en constante évolution, engendrant continuellement de nouvelles découvertes. La mondialisation, l'introduction de nouvelles techniques de communication et l'évolution des normes sociales suscitent la curiosité des jeunes et les exposent à des expériences sexuelles précoces [48].

V.2.3. Toxicomanie

La consommation de drogues était présente chez 79,4% de travailleurs du sexe, dominée par les drogues licite à 61,3%. L'alcool était la substance la plus consommée. Concernant les drogues illicites, la principale substance utilisée était la Chicha (13,1%). Nos résultats et ceux Molnar et *al.* en 2017 divergent. Ils retrouvaient une forte consommation d'antidouleur, ensuite venait l'alcool (48,8%) [33]. D'après Mbassa et *al.* au Cameroun en 2004, « le lien entre la prostitution et l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool n'est pas nouveau. Alcool et drogues peuvent permettre aux victimes de supporter les difficiles conditions de travail » [49]. La consommation de produits licites et illicites par les travailleurs du sexe diminuerait le taux d'éventuelles victimisations subies lors de l'exercice de leur travail. Ainsi, les produits consommés peuvent altérer la perception des risques et augmenter la probabilité non seulement des rapports sexuels non-protégés, mais aussi d'avoir plusieurs rapports sexuels en une journée. Mais aussi, leurs activités se déroule généralement dans des établissements de loisirs tels que les bars, les boîte de nuits, cabaret où la consommation de drogues est fréquente. De plus, des recherches ont montré une corrélation entre la stigmatisation liée au travail de sexe et la consommation de produits psychoactifs [32].

V.3.2. Notion d'infection / maladie sexuellement transmissible (IST / MST), pratiques sexuelles à risque

Dans notre population d'étude, 33,3% des travailleurs du sexe avaient eu une infection sexuellement transmissible au cours de l'ensemble de l'exercice de leur métier dont la plus fréquente était l'infection à *Chlamydia trachomatis*, soit 44,4%. Ces résultats sont différents de ceux de Gbenafa-Agossa et *al.* au Bénin en 2004 qui retrouvaient une prévalence de 8,6% [51]. Cette divergence pourrait être attribuée à la différence des critères d'inclusion des deux études. En effet, alors que notre recherche concernait tout antécédent d'IST au cours de l'ensemble de l'exercice du travail du sexe, celle de Gbenafa-Agossa et *al.* englobait les IST au cours des trois derniers mois précédant le recrutement. De même, ils diffèrent de ceux retrouvés au Cameroun 1998 qui avaient pour infections la plus fréquente la Cervicite et l'infection à *Trichomonas* à 20%, venait ensuite l'infection à *Chlamydia* à 12%. Par contre, ils retrouvaient dans leur étude une prévalence de co-infections à 4% semblable à celle retrouvée dans notre enquête de 3,8%. Le VIH, à 25,9%, était la deuxième IST la plus rapportée. Ce résultat diffère de celui trouvé par ONUSIDA au Cameroun en 2018 qui était de 14,2% [52]. Cette différence s'expliquerait par le fait que, notre recrutement incluait en plus des femmes cisgenres les transgenres, les homosexuels, et les bisexuels par contre ceux de l'ONUSIDA incluait uniquement les femmes cisgenre.

Cette prévalence élevée pourrait être rattachée aux différentes pratiques sexuelles de ces travailleurs du sexe et à l'utilisation inconstante de préservatif. En effet, dans notre échantillon, le sexe oral était fréquemment pratiqué aussi bien chez la population masculine que féminine et représentait respectivement 91,7% et 34,7%. La pratique du sexe anal avait une proportion non négligeable dans notre série, 88,9% chez les hommes et 25% chez les femmes. Ces résultats peuvent s'expliquer par la présence non négligeable d'homosexuels et de bisexuels, mais aussi par la demande de la clientèle dont les fantasmes varient d'une personne à l'autre et l'obligation de satisfaction de ces derniers. La majorité des travailleurs du sexe, homosexuels ou bisexuels, avait des clients du sexe masculin. Pour plus d'argent de la part des clients, les travailleurs du sexe étaient prêts à avoir des pratiques tel que le sexe anal ou le sexe oral [53].

Quant à l'utilisation de préservatif, elle était non constante, à 37,5%. Une grande précarité économique et sociale, génère une plus forte concurrence entre les travailleurs du sexe et les forcent à accepter des prises de risque (rapports sexuels non protégés) afin de répondre à la demande de certains clients d'une part et d'être mieux rémunérés d'autre part. Ceci représentait 61,7% de notre échantillon. L'utilisation incohérente du préservatif chez les travailleurs du sexe

augmente le risque de contracter une IST en raison de multiples facteurs, notamment un grand nombre de partenaires sexuels, des conditions de travail dangereuses [54].

V.3.3. Antécédents gravidiques et contraception

Les antécédents de grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse étaient courants dans notre étude. Ils concernaient respectivement 37,1% et 63% des travailleuses du sexe. L'usage inconstant de contraception, les dépenses liées au suivi de la grossesse, la non connaissance du géniteur et ou le refus de responsabilités par ce dernier pourraient justifier ce constat.

S'agissant de l'utilisation des contraceptifs, seulement 16,1% des travailleuses du sexe utilisaient des implants, contre 15,3% qui utilisaient une contraception hormonale. Ces résultats sont comparables à ceux de Khan et *al.* à Madagascar en 2009 qui retrouvaient un taux de grossesses non désirées à 45% avec une utilisation inconstante de méthode de contraception[55]. Le bas niveau d'éducation, la crainte des effets secondaires, les conceptions erronées liées à l'usage des contraceptifs et la satisfaction de la clientèle pourraient être liés à ce taux bas d'utilisation de contraception.

V.4. Caractéristiques du travail du sexe

V.4.1. Age de début, raisons du choix du travail du sexe, années pratiques, nombre journalier de clients et honoraire par séance

L'âge de début du travail du sexe variait entre 12 à 45 ans avec une moyenne de $23 \pm 6,7$ ans. Le nombre moyen d'années de pratique de travail du sexe était de 8 ans, avec des extrêmes allant de moins d'un an à 34 ans. On constate une durée moyenne proche de celle observée dans une enquête en Suisse qui retrouvait une durée moyenne de pratique de 9 ans [40]. 33,2% des populations de notre étude avaient débuté le travail du sexe à moins de 20 ans. Ces données témoignent de l'exploitation des mineurs et adolescents qui servit dans le pays depuis de nombreuses années, telle que décrite par Mbassa et *al.* en 2004 [49]. Les raisons évoquées le plus fréquemment pour avoir entrepris le travail du sexe sont d'ordre économique, 61,3%. Pour les participants, l'entrée dans l'industrie du sexe s'est réalisée dans un contexte où les participants vivaient dans des conditions qui les rendaient incapables de s'assurer une certaine autonomie financière. En effet, différents contextes de vie familiale, mécontentes avec le milieu familial, ont incité ces personnes à entrevoir la possibilité de changer leur vie en gagnant de

l'argent rapidement [49]. Toutefois, très peu d'entre elles y sont entrées par contrainte, soit 8,1%.

Quant aux honoraires de travail par séance, ils variaient de 1000 FCFA à 30000FCFA. La médiane était de 3000F CFA. Reflet de la situation économique du pays.

V.5. Evaluation de la qualité de vie de la population d'étude

V.5.1. Evaluation du niveau de santé physique

La majorité des participants de notre étude avait un niveau de santé physique faible (78,1%) et moyen (21,3%). Les composantes sécurité physique et santé génésique étaient les plus dégradées respectivement à 75,6% et 66,3%. Moins de la moitié des travailleurs du sexe, soit 42,5% avait un bon accès aux services de santé tels que : structure d'accueil, d'aide et de traitements de santé reproductive et sexuelle adaptés à leurs besoins. Mais encore, la haute susceptibilité aux IST/VIH contribuerait à un niveau de santé physique faible.

Le problème ici ne se limite pas à la seule présence des IST ni à leur transmission, mais également, leur suivi. En effet, le suivi de ces pathologies est souvent moindre et les traitements parfois inadaptés. Ces infections non traitées peuvent engendrer de nombreux autres problèmes tels que : grossesse extra-utérine, stérilité, lésions pré-cancéreuses [56].

Les travailleurs du sexe rapportaient une insécurité physique de l'ordre de 75,6%, qui englobait les violences physiques et l'absence de protection physique. Ils subissent des violences de la part des clients de manière répétée, de la part d'autres travailleurs du sexe, de l'entourage ou encore des forces de maintien de l'ordre. Ces personnes sont surexposées à la violence par rapport à la population générale et ces violences se manifestent sous différentes formes : vols, viols, refus de payer, tentatives de certains clients de retirer le préservatif en plein acte, injures, propos humiliants, coups et blessures [19]. Le cumul de tout ceci expliquerait le niveau faible de santé physique.

V.5.2 Evaluation de la qualité de vie liée à la santé mentale

Concernant l'anxiété, la fréquence de cette dernière était de 27,5%, dominée par les cas d'anxiété légère, soit 19,4%. Quant à la dépression, elle était fréquente dans 28,1% des cas, dominée par les cas de dépression avérée, soit dans 15,6% des cas. Enfin, le niveau de stigmatisation/discrimination dans la majorité des cas était sévère (66,9%).

La pauvreté est un facteur de risque bien établi de mauvaise santé mentale, à la fois directement et indirectement, en augmentant les risques d'insécurité alimentaire et d'entrée dans le commerce du sexe [57]. La détresse liée à l'insécurité alimentaire et le désir des femmes de subvenir aux besoins fondamentaux de leurs enfants sont constamment apparus comme des facteurs d'incitation au commerce du sexe [49]. La perte d'un soutien financier à la suite du décès d'un membre de la famille proche, comme un parent, un partenaire ou après un divorce, est un événement stressant qui affecte sur le plan mental, mais qui les pousse également à commencer à travailler dans l'industrie du sexe pour couvrir les besoins du ménage. L'incapacité physique résultant de l'expérience de la violence physique de la part d'un client affecte l'engagement dans des activités productives, ce qui entraîne une mauvaise santé mentale et une mauvaise qualité de vie [14].

En outre, on sait que l'infection par le VIH prédispose à une augmentation des problèmes de santé physiologiques et psychologiques chez les travailleurs du sexe, la stigmatisation liée au travail du sexe contribuant à une altération de la santé mentale de ceux-ci [7].

V.5.2. Evaluation du niveau de vie sociale

Le niveau de vie sociale était faible dans notre étude, à 65%. Il englobait trois composantes : les relations sociales, l'environnement et le soutien perçu. Ces trois composantes étaient toutes faibles et représentaient respectivement 56,9%, 48,8% et 65%. La stigmatisation liée au travail du sexe, la discrimination contraint de nombreux travailleurs du sexe à dissimuler leur profession à leurs proches les empêchant ainsi de partager certaines peines, préoccupations liées au travail du sexe. De plus, l'absence d'activités favorisant l'échange et la solidarité au sein de la communauté des travailleurs du sexe crée un environnement non sécurisé. Ces absences d'interactions sociales régulières pourraient contribuer à renforcer l'esprit de compétition souvent observé dans ce milieu.

Il est également intéressant de noter que plusieurs travailleurs du sexe sur le terrain ont souligné l'importance des relations familiales pour leur qualité de vie sociale. La présence d'un cercle familial solide joue un rôle significatif dans le bien-être général. Ainsi, le rejet familial, les normes socioculturelles, la religion peuvent expliquer la mauvaise qualité de l'environnement, la dégradation des relations et donc le faible soutien perçu par les travailleurs du sexe.

V.5.3. Evaluation de la qualité de vie globale

Des données de notre étude, il ressort que la plupart des participants avaient un niveau moyen de qualité de vie. Le niveau de santé physique de la majorité de la population était faible à 78,1%, le niveau de stigmatisation, de dépression et anxiété était respectivement de 66,9%, 28,1% et 27,5% et enfin le niveau de vie sociale faible à 65%. La qualité de vie globale estimée par association des scores du niveau de santé physique, mentale et du niveau de vie sociale montrait que la majorité de la population avait une mauvaise qualité de vie, soit 83,8% des cas. Les raisons de ce constat semblent multiples. De nombreuses études ont montré que les travailleurs du sexe sont plus vulnérables aux infections (IST/VIH) et à d'autres comorbidités [29]; la discrimination, la stigmatisation perçue expose aux violences physiques, psychiques et engendre des barrières en termes d'accès aux soins [18]. Le fait de se sentir moins accepté par l'environnement social, notamment une baisse de l'estime de soi assortie d'émotions négatives, la dépression et l'anxiété [30,32] ; surtout dans les pays où le travail du sexe est criminalisé. Tous ces facteurs peuvent altérer directement la vie sexuelle ainsi que le bien-être émotionnel et peuvent expliquer la qualité de vie altérée constatée dans notre étude. De même, la haute susceptibilité aux grossesses non désirées, les interruptions volontaires des grossesses répétées ainsi que l'utilisation irrégulière de contraception et le comportement sexuel à risque a sans aucun doute de graves implications pour la santé sexuelle et reproductive de notre population d'étude [29].

V.5.4. Facteurs associés à l'altération de la qualité de vie liée à la santé

Les facteurs de risque indépendants associés à une qualité de vie altérée étaient l'âge supérieur ou égal à 25ans (ORa : 5,36 ; P ajustée=0,003), être en couple (ORa : 2,91 ; P ajustée=0,036), le niveau d'éducation secondaire ou supérieur (OR : 2,26 ; p<0,026) l'homosexualité et la bisexualité (OR : 9,53 ; p<0,005). Il est possible que les responsabilités, les pressions de la vie adulte aient un impact sur la qualité de vie. Les personnes plus âgées peuvent être confrontées à des défis tels que la gestion de la famille, des responsabilités financières énormes. De même les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ou secondaire auraient des attentes plus élevées concernant la vie professionnelle. Tout cela pourrait entraîner un stress supplémentaire et contribuer à une altération de la qualité de vie.

Être en couple pourrait impliquer des compromis, des conflits, les tensions relationnelles ou les difficultés de communication pourraient contribuer à une altération de la qualité de vie. De même, les homosexuelles et les bisexuelles font face à des défis supplémentaires d'acceptation

sociale, de stigmatisation et discrimination tout cela aurait un impact sur leurs bien être psychologique et leur qualité de vie.

CONCLUSION

Au terme de notre étude dont l'objectif était d'évaluer la qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé, il ressort que :

- La population était majoritairement composée des adultes de sexe féminin, avec un niveau d'instruction secondaire et qui vivaient en couple. Leur orientation était hétérosexuelle, l'alcool était la substance psychoactive la plus consommée. Elles entretenaient en moyenne une demi-dizaine de rapports sexuels journaliers, protégées mécaniquement occasionnellement et l'infection à chlamydia était la plus couramment rencontrée.
- Le niveau de santé physique était majoritairement faible.
- Au niveau mental, la stigmatisation, la dépression et l'anxiété étaient les pathologies les plus retrouvées.
- Le niveau de vie sociale de la majorité des participants était faible.

En définitive, la qualité de vie globale des travailleurs du sexe à Yaoundé était altérée.

RECOMMANDATIONS

Aux vues des résultats qui précèdent, nous formulons humblement les recommandations suivantes :

1) Au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

- Renforcer les programmes d'apprentissage des petits métiers dans les communautés.
- Multiplier les programmes de planning familial chez les populations vulnérables.
- Développer des stratégies de scolarisation et d'éducation des jeunes filles.

2) Au ministère de la santé publique :

- Augmenter l'aide aux associations œuvrant pour les personnes vulnérables.
- Accentuer les stratégies d'éducation sur la consommation de drogues et les pratiques sexuelles à risque.

3) Aux chercheurs

- Mener une étude sur l'impact des grossesses non désirées chez les travailleurs du sexe.

REFERENCES

1. Formarier M. Qualité de vie. Les concepts en sciences infirmières (2ème édition) ARSI. 2012 novembre : hors collection: 260-262.
2. Friedland BA, Sprague L, Nyblade L, Baral SD, Pulerwitz J, Gottert A, et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc.* 2018 juillet;21(Suppl Suppl 5):e25131.
3. Comte J. Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Déviance et Société.* 2010;34(3):425-46.
4. Songue P. La prostitution en Afrique Noire : L'exemple de Yaoundé. Paris: Harmattan; 1985;1-155.
5. Vandepitte J, Lyerla R, Dallabetta G, Crabbé F, Alary M, Buvé A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect.* 2006 juin ;82(Suppl 3):iii18-25.
6. Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution Stigma and Its Effect on the Working Conditions, Personal Lives, and Health of Sex Workers. *The Journal of Sex Research.* 13 juin 2018;55(4-5):457-71.
7. Ruegsegger LM, Stockton M, Go VF, Piscalko H, Davis D, Hoffman IF, et al. Stigma, Social Support, and Sexual Behavior Among Female Sex Workers at Risk for HIV in Malawi. *AIDS Educ Prev.* 2021 août;33(4):290-302.
8. Guédou FA. etude des anomalies de la flore vaginale : facteurs de risque, prédictors de la récurrence et association avec l'infection à vih chez des travailleuses du sexe recrutées dans un essai clinique en inde et dans deux pays africains. [Thèse]. Quebec: Université de Laval.2012;192p
9. Ryan KA, Zekeng L, Roddy RE, Weir SS. Prevalence and prediction of sexually transmitted diseases among sex workers in Cameroon. *Int J STD AIDS.* 1998 juillet;9(7):403-7.
10. Nelson EUE. The lived experience of violence and health-related risks among street sex workers in Uyo, Nigeria. *Cult Health Sex.* 2020 septembre; 22(9):1018-31.
11. Code pénal Cameroun.pdf [En ligne]. [consulté le 18 octobre 2023]. consultable à URL: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cm/cm014fr.pdf>
12. Billong SC, Nguetack-Tsague G, Fokam J, Emmanuel F, Isac S, Fodjo RAT, et al. Mapping and size estimates of female sex workers in Cameroon: Toward informed policy for design and implementation in the national HIV program. *PLOS ONE.* 2019 février;14(2):e0212315.
13. Les éditions Le Robert et Google [En lignet]. [consulté le 20 novembre 2023]. consultable à URL: <https://dictionnaire.lerobert.com/google-dictionnaire-fr>
14. Chudakov B, Ilan K, Belmaker RH, Cwikel J. The motivation and mental health of sex workers. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(4):305-15.
15. Ernst F, Romanezuk-seiferth N, Kohler S, Amelung T et Betzler F. Students in the Sex Industry: Motivations, Feelings, Risks, and Judgments. *Frontiers in psychology?* 2021 Février;12:586235


16. Saggurti N, Verma RK, Halli SS, Swain SN, Singh R, Modugu HR, et al. motivations for entry into sex work and hiv risk among mobile female sex workers in india. *J Biosci*. 2011 septembre; 43(5):535-54.
17. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sex Transm Infect*. 2005 juin;81(3):201-6.
18. Katharina L, Regula R, Waider S, Guex J, Pongelli S, Fabian C, et al. Parler des risques avec les travailleuses du sexe dans la consultation VCT. *Aide Suisse contre le Sida*. 2015 Janvier
19. Lim S, Peitzmeier S, Cange C, Papworth E, LeBreton M, Tamoufe U, et al. Violence Against Female Sex Workers in Cameroon: Accounts of Violence, Harm Reduction, and Potential Solutions. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 mars;68:S241.
20. Wang L, Dowdy DW, Comins CA, Young K, Masingana M, Mulumba N, et al. Health-related quality of life of female sex workers living with HIV in South Africa: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2022 Février 2022;25(2):e25884.
21. Lourel marcel. La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherches en soins infirmiers*. 2007;88(1):4-17.
22. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998 mai;28(3):551-8.
23. Simeoni MC, Auquier P, Antoniotti S, Sapin C, Marco JLS. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Qual Life Res*. 2000 mai;9(4):393-403.
24. PedsQL™ 4.0 : Fiabilité et validité des échelles de base génériques Pediatric Quality of Life Inventory™ version 4.0 dans les populations saines et de patients sur JSTOR [En ligne]. [consulté le 23 novembre 2023]. Consultable à URL: <https://www.jstor.org/stable/3767969>
25. Ware JEJ. SF-36 Health Survey Update. *Spine*. 2000 décembre;25(24):3130.
26. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J des psychol*. 2007;250(7):56-60.
27. Montgomery L, Symons E. Secours ou préjudice : le profilage des travailleurs et travailleuses du sexe comme victimes de trafic humain. *Reflets Rev d'intervention soc communaut*. 2016;22(1):194-203.
28. Profil des estimations et projections en matieres de vih/sida au cameroun 2021 [En ligne]. [consulté le 18 octobre 2023]. consultable à URL: <http://onsp.minsante.cm/sites/default/files/publications/284/RAPPORT%20NARRATIF%20SPECTRUM%202021.pdf>
29. Essomba EN, Kollo B, Marquise KN, Manga LJO, Mbunya S, Fouda AB, et al. comportements sexuels a risque et seroprevalence du vih chez des travailleuses de sexe de douala en 2011. *Mali médical*. 2013;28(2):5-6

30. Perrault Sullivan G, Guédou FA, Batona G, Kintin F, Béhanzin L, Avery L, et al. Overview and factors associated with pregnancies and abortions occurring in sex workers in Benin. *BMC Womens Health*. 2020 novembre;20:248.
31. Mühlen A, Rudy J, Böckmann A, Deimel D. Psychische Gesundheit von Sexarbeiter*innen in Europa: ein Scoping-Review. *Gesundheitswesen*. 2023juin;85(6):561-7.
32. Benoit C, McCarthy B, Jansson M. Stigma, sex work, and substance use: a comparative analysis. *Sociol Health Illn*. 2015 mars;37(3):437-51.
33. Molnar L, Biscontin G, Pongelli S. La consommation de produits psychoactifs et de médicaments chez les personnes travailleuses du sexe dans le canton de Vaud (Suisse). Une étude exploratoire. *Rev Int de Criminol et de Police Tech Sci*. 2021;72:23-42.
34. Biligha Tolane P. Le travail du sexe au Cameroun. *J des anthropol Assoc fr anthropol*. 2019 novembre;(158-159):103-25.
35. Biligha Tolane P. Le travail du sexe au Cameroun. *J Anthropol Assoc FR Anthropol*. 2019 Novembre; (158-159):103-24
36. Échantillonnage déterminé selon les répondants pour les populations difficiles à joindre [En ligne]. [consulté le 21 novembre 2023]. consultable à URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.4256/mio.2010.0017a>
37. Faten Msakni Bargui, La prostitution clandestine à Sfax : migration, santé et économie informelle [thèse]. Tunisie: Université de Sfax, 2018; 279p
38. Looka. 2000 jeunes et leurs ambitions citoyennes en Afrique de l'Ouest.pdf [En ligne]. [consulté le 14 mai 2024]. Consultable à URL: <https://www.kas.de/documents/LOOKA+2000+Jeunes+et+leurs+ambitions+citoyennes+en+Afrique+de+l%27Ouest.pdf/8684ad83-1cac-2d8b-cb32-70c99b6e>
39. Bambara YC. Les facteurs de risque de la prostitution des jeunes filles mineures à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. ss. 2012 juillet;58(1):110-24.
40. Bize R, Ernst ML, Locicero S, Simonson T. Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. *Enquête SWAN 2016*. 2017;114 p.
41. Bodiguel J. Objectif de Développement Durable : égalité des sexes [En ligne]. Développement durable. [consulté le 8 avril 2024]. consultable à URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>
42. Pearce JJ. Working with Trafficked Children and Young People: Complexities in Practice. *The Br J Soc Work*. 2011 décembre;41(8):1424-41.
43. Giroux M. L'accompagnement en contexte d'échange de services sexuels contre rétribution : défis et réalités lors de la transition à la vie adulte [Thèse]. Québec: Université du Québec à Trois-Rivières; 2020;134p
44. Rapport-Analyse des données de la carte scolaire et d'alphabétisation 2019-2020.pdf [En ligne]. [consulté le 14 mai 2024]. Consultable à URL: https://ins-cameroun.cm/wp-content/uploads/2023/06/Rapport-Analyse-2019-2020_finalise.pdf

45. Morelle M. Les enfants de la rue à Yaoundé (Cameroun) et Antananarivo (Madagascar). *Autrepart*. 2008;45(1):43-57.
46. Eboutou I, Nguefack F, Meguieze CA, Ngassam T, Dongma T, Félicité C et al. Sexual Orientation and Associated Factors among Adolescents in Cameroon. *oyped*. 2023 Novembre;13(6):749-762
47. Meguieze CA, Nseme EE, Mekone NI, Eboutou I, Nguefack F, Koki N. Initiation sexuelle chez les adolescents de huit lycées de Yaoundé et de Douala en 2022. *J Afr Pédiatre Genet Med*. 2022 Aout;17:16-20
48. Mburano Rwege. Sexual Risk Behaviors among Young People in Bamenda, Cameroon. *JSTOR*. 2000 Septembre;26(3):118-123+130
50. Jaspal R. Chemsex, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 septembre;19(19):12124.
51. Gbenafa-Agossa C. prévalence et facteurs de risques des infections génitales à neisseria gonorrhoea et chlamydia trachomatis chez les travailleuses de sexe au Bénin en 2003-2004 et évaluation d'un test rapide dans le dépistage de la gonococcie génitale [Thèse]. Québec: Université de Laval. 2006;112p
52. Rapports d'avancement nationaux sur la lutte contre le SIDA 2019. UNAIDS. [En ligne]. [consulté le 25 mars 2024]. consultable à URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CMR_2019_countryreport.pdf
53. Mutagoma M, Nyirazinyoye L, Seuhoro D, Riedel DJ, Ntaganira J. Sexual risk behaviors and practices of female sex workers in Rwanda in over a decade, 2006–2015. *Int J STD AIDS*. 2018 novembre;29(13):1316-23.
54. Llangari-Arizo LM, Sadiq ST, Márquez C, Cooper P, Furegato M, Zhou L, et al. Sexually transmitted infections and factors associated with risky sexual practices among female sex workers: A cross sectional study in a large Andean city. *PLoS One*. 2021 mai;16(5):e0250117.
55. Khan MR, Turner AN, Pettifor A, Van Damme K, Rabenja NL, Ravelomanana N, et al. Unmet need for contraception among sex workers in Madagascar. *Contraception*. 2009 mars;79(3):221-7.
56. Goffrey Laurent. société, politique et éthique. Regards croisés sur l'avis VIH et commerce du sexe du conseil national du sida en 2010. *anthropologie et santé*. 2022 Mai;24bis(hors série):11373
57. Panneh M, Gafos M, Nyariki E, Liku J, Shah P, Wanjiru R, et al. Mental health challenges and perceived risks among female sex workers in Nairobi, Kenya. *BMC Public Health*. 2022 novembre;22:2158.
58. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl RV. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Arch Sex Behav*. 2003 février;32(1):15-22.

ANNEXES

ANNEXE 1: Clairance éthique

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224 Email: decanatfmsb@hotmail.com		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD
---	---	---

Ref : N° 0810 /UY1/FMSB/VDRC/DASR/CSD

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : SIMEDJE MELU MAEVA SOLYNE **Matricule: 17M040**

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Pr NSEME ETOUCKEY Éric
- ♦ Dr MEGUIEZE Claude Audrey
- ♦ Dr MBOUA BATOU M Véronique

Concernant le projet de recherche intitulé : **Évaluation de la qualité de vie liée à la santé
des travailleurs du sexe à Yaoundé**

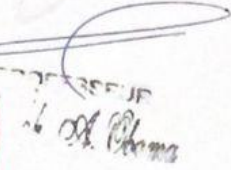

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le **CIER** émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du **CIER**. Elle devra collaborer avec le **CIER** lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE



ANNEXE 2 : Fiche de consentement éclairé

Je soussigné, M/Mme/Mlle

.....déclare avoir été invitée à participer à l'étude intitulée « Evaluation de la qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé » dont l'investigatrice principale est SIMEDJE MELEU Maeva Solyne, étudiante en 7^{ème} année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I.

J'ai été informée de la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques de ce que l'on attend de moi.

J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir afin d'y participer.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude, et que l'investigatrice se porte garante de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles. J'accepte librement de participer à cette étude ce qui implique de :

- Répondre au questionnaire préétabli ;

Par ailleurs, je donne mon accord pour que les données récoltées pour cette étude soient utilisées dans les études ultérieures au besoin.

Fait à.....Le.....

ANNEXE 3: Fiche d'enquête

N° de la fiche d'enquête :

Date :/...../.....

Jour de l'enquête :

Lieu de l'enquête :

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE
1. Age (en année) : _____
2. Quel est votre genre sexuel | _____ | : Masculin=1 ; Féminin=2
3. Région d'origine : | _____ | Extrême-nord=1 ; Nord=2 ; Adamaoua=3 ; Centre=4 ; Est=5 ; Littoral=6 ; Ouest=7 ; Nord-ouest=8 ; Sud-ouest=9 ; Sud=10 ; Etranger=11
4. Statut matrimonial : | _____ | veuf (ve)=1 ; Marié(e)=2 ; Célibataire=3 ; divorcé=4
5. Niveau d'éducation : | _____ | non scolarisé = 1 ; primaire = 2 ; secondaire = 3 ; supérieure = 4
6. Quelle est votre occupation ? | _____ | Sans emploi/ménagère=1 ; Employé dans le secteur public=2 ; Employé du secteur privé=3 ; Acteur du secteur informel=4 ; Elève/Etudiant=5 ; 6=Travail du sexe uniquement
7. Quel est votre revenu mensuel (FCFA) ?
8. De quelle religion êtes-vous ? : | _____ | Chrétienne=1 ; musulmane=2 ; animiste=3 athées=4 ; autres= 5 (à préciser)
9. A quel type de famille appartenez-vous ? | _____ | Monoparentale=1 ; Biparentale=2 ; Reconstituée=3 ; adoptive=4
CARACTERISTIQUES COMPORTEMENTALES
10. Considération de soi ? | _____ | Cisgenre=1 ; Transgenre féminin=2 ; Transgenre masculin=3
11. Quelle est votre orientation sexuelle ? | _____ | : homosexuel (lesbienne, gai) =1 ; bisexuel=2 ; hétérosexuel=3

12. Age lors du premier rapport sexuel (en année) ? _____

13. De quel sexe était le partenaire lors du 1^{er} rapport sexuel ? | _____ | Du sexe opposé=1, Du même sexe=2, les deux=3

14. Ce rapport était-il consenti ? Oui=1 ; Non=2 | _____ |

ANTECEDENTS TOXICOLOGIQUES

15. Consommation du tabac ? Oui=1 ; 2=Non | _____ |

16. Consommation d'alcool ? Oui=1 ; 2=Non | _____ |

17. Consommation de drogues illicites (illégal)es ? Oui=1 ; 2=Non | _____ | **Si oui, lesquelles ?**

- Cocaïne : Oui=1 ; Non=2 | _____ |
- Tranquillisants (diazépam) : Oui=1 ; Non=2 | _____ |
- Cannabis (marijuana) : Oui=1 ; Non=2 | _____ |
- Narcotiques (héroïne, morphine, tramadol) : Oui=1 ; Non=2 | _____ |
- Chicha : Oui=1 ; Non=2 | _____ |
- Autres (à préciser)

ANTECEDENTS MEDICAUX

18. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible (IST) due au travail du sexe ?
| _____ | OUI=1 ; NON=2

Si oui, pouvez-vous les citer ?

19. Par qui vous êtes-vous fait suivre lors de ces IST ? | _____ | Professionnel de la santé=1, particulier=2, Phyt thérapeute=3 ; autre=4.....

20. Avez-vous une maladie chronique ?

Aucune maladie chronique | _____ | : Oui=1 ; 2=Non

Diabète | _____ | : Oui=1 ; 2=Non

Hypertension artérielle | | : Oui=1 ; 2=Non

Hépatites B/C | | : Oui=1 ; 2=Non

Infection au VIH | | : Oui=1 ; 2=Non

Autres :

PARTIE RESERVEE UNIQUEMENT AUX FEMMES TRAVAILLEUSES DU SEXE

21. Utilisez-vous une méthode de contraception ? | | OUI=1 ; NON=2

Si oui laquelle ? | | Pilule=1 ; préservatif=2 ; NOR-plant=3 ;

Autres=4.....

22. Etes-vous déjà eu une grossesse dû au travail du sexe ? | | OUI=1 ; NON=2

a) Si oui, comment s'est déroulé la grossesse ? | | Accouchement=1, fausse couche=2

; Interruption volontaire de grossesse=3 ; autres=4

b) Si IVG, où l'avez-vous fait ? | | Dans une structure hospitalière=1 ; autres (à préciser) =2.....

CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL DU SEXE

23. A quel âge avez-vous commencé le travail du sexe (en année) ?.....

24. Depuis combien de temps faites-vous dans le travail du sexe ?

25. Pourquoi exercez-vous le travail du sexe ? Par plaisir=1 ; Pour de l'argent=2 ; Par contrainte=3 ; Autres (à préciser) =4.....

26. Combien de clients en moyenne avez-vous par jour ?

27. A combien s'élèvent vos honoraires en moyenne pour chaque séance sexuelle (FCFA) ?
.....

28. Que faites-vous dans vos pratiques sexuelles courantes (Répondre par oui ou non) ?

- Baiser (embrassade avec la bouche) |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Sexe anal |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Sexe oral (bouche) |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Sexe Vaginal |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Fist (acte sexuel qui consiste à introduire le bras d'un des partenaires dans un orifice, soit le vagin, soit l'anus, de l'autre partenaire sexuel) |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Jouets sexuels (menottes, fouets,) |_____| : Oui=1 ; Non=2
- Autres (à préciser)

29. Fréquence d'utilisation des préservatifs avec la clientèle ? |_____| Toujours=1 ; Souvent=2 ; Parfois=3 ; Rarement=4 ; Jamais=5

Si pas toujours, pourquoi ? |_____| Désirs du client =1 ; Propre volonté=2 ; Pour plus d'argent=3 ; Par contrainte=4 ; Autres=5

30. Fréquence d'utilisation des préservatifs avec son (sa) conjoint(e) ? |_____|
Toujours=1 ; Souvent=2 ; Parfois=3 ; Rarement=4 ; Jamais=5 ; 6=Non concerné

Santé physique
Questions
<p>A quel rythme effectuez-vous des dépistages de maladie sexuellement transmissible ? | _____ | une fois par moi=1 ; tous les trois mois=2 ; deux fois par an=3 ; une fois par an=4 ; autres=5</p> <p>Dans quelle mesure craignez-vous les maladies sexuellement transmissibles ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p> <p>Dans quelle mesure vous protégez-vous lors de vos rapports sexuels ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>
<p>Dans quelle mesure avez-vous besoin d'une méthode de contraception ? | _____ | (1-pas du tout 2-un peu 3-moderément 4- beaucoup 5- extrêmement)</p> <p>Avez-vous des problèmes de conception ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>
<p>Dans quelle mesure avez-vous besoin d'un traitement médical dans votre vie quotidienne ? | _____ |</p> <p>(1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>
<p>Dans quelle mesure vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p> <p>Vous vous êtes déjà fait agresser par un client ? | _____ | (1-jamais 2-souvent 3- très souvent 4-régulière)</p> <p>Vous vous êtes déjà fait agresser par des forces de l'ordre ? | _____ | (1-pas du tout 2- un peu 3-moderément 4-beaucoup 5- extrêmement)</p>
<p>Avez-vous l'impression de vivre dans un environnement sûr et sécurisé ? | _____ | (1-Pas du tout 2un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p> <p>Dans quelle mesure l'endroit où vous habitez est-il confortable ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>
<p>Dans quelle mesure avez-vous recours aux services de maintien de l'ordre lorsque vous vous faites agresser ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>
<p>Dans quelle mesure votre communauté assure votre sécurité ? | _____ | (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)</p>

Santé psychologique

Questions

Evaluation du stress

Modalités de réponses : 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; 3=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; 4=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; 5= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Se faire appeler des noms tels que "prostitué" ou "bordelle" « pute » | _____ | 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; 3=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; 4=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; 5= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Les gens se moquent de vous ou font des blagues à vos dépens parce que vous êtes travailleur du sexe | _____ | 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; 3=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; 4=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; 5= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Recevoir des coups parce vous êtes travailleur du sexe | _____ | 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; 3=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; 4=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; 5= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Être violé ou agressé sexuellement parce que vous êtes travailleur du sexe | _____ | 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; 3=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; 4=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; 5= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Entendre que des personnes travailleuses du sexe que vous ne connaissez pas sont traitées injustement | _____ | 0= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; 1= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; 2= c'est

arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; **3**=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; **4**=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; **5**= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Entendre parler de crimes haineux (par exemple, vandalisme, agression physique ou sexuelle) qui sont arrivés à des personnes travailleur du sexe que vous ne connaissez pas | _____ | **0**= ne s'est pas produit/ ne s'applique pas à moi ; **1**= c'est arrivé, et ça ne m'a pas dérangé ; **2**= c'est arrivé, et ça m'a un peu dérangé ; **3**=c'est arrivé, et ça m'a moyennement dérangé ; **4**=C'est arrivé, et ça m'a beaucoup dérangé ; **5**= c'est arrivé, et ça m'a très dérangé

Evaluation de l'anxiété au travail.

Modalités de réponses : 0= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Humeur anxieuse : Inquiétude-Attente du pire- Appréhension (anticipation avec peur) Irritabilité- Consommation de tranquillisants. | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Tension : Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité. | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Peurs : De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Insomnie : Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes. | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Humeur dépressive : Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin. | _____ | **0**= absent ; **1**= léger ; **2**=moyen ; **3**=fort ; **4**=maximal

Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire |_____| **0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles -Vision brouillée Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements. |_____| **0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes cardiovasculaires : Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles. |_____|
0= absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes respiratoires : Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos. |_____| **0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes gastro-intestinaux : Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation. |_____| **0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes génito-urinaires : Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses. |_____|**0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Symptômes du système nerveux autonome : Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur |_____|**0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Comportement lors de l'entretien : Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières. |_____|**0=** absent ; **1=** léger ; **2=**moyen ; **3=**fort ; **4=**maximal

Evaluation de la dépression

_____ Je ne me sens pas triste=0 Je me sens triste la plupart du temps=1 Je me sens constamment triste=2
Je suis si triste ou malheureux(se) que je ne peux le supporter=3

_____ Je ne me sens pas découragé(e) concernant l'avenir=0 Je me sens plus découragé(e) concernant l'avenir que d'habitude=1 ; ne m'attends pas à ce que les choses fonctionnent pour moi=2 ; Je sens que l'avenir est sans espoir et ne fera qu'empirer=3

_____ Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e)=0 ; J'ai échoué plus que j'aurais dû=1 ; Lorsque je pense à ma vie passée, je vois beaucoup d'échecs=2 ; Je sens que je suis un(e) raté(e)=3

_____ Je retire autant de plaisir que d'habitude des choses que j'aime=0 ; Je ne ressens pas autant de plaisir que d'habitude=1 ; Je retire très peu de plaisir des choses que j'aimais=2 ; Je ne retire aucun plaisir des choses que j'aimais=3

_____ Je ne me sens pas particulièrement coupable=0 ; Je me sens coupable de plusieurs choses que j'ai faites ou aurais dû faire= 1 ; Je me sens vraiment très coupable la plupart du temps=2 ; Je me sens constamment coupable=3

_____ Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)=0 ; Je sens que je peux être puni(e)= 1 ; Je m'attends à être puni(e)=2 ; Je sens parfaitement que je suis puni(e)=3

_____ Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.=0 ; Je suis déçu(e) de moi-même= 1 ; Je suis dégoûté(e) de moi-même=2 ; Je ne m'aime pas=3

_____ Je ne me critique pas plus que d'habitude=0 ; Je critique mes propres faiblesses et défauts=1 ; Constamment, Je critique mes défauts= 2 ; Je me blâme pour tout ce qui arrive de mauvais=3

_____ Je n'ai aucune pensée suicidaire=0 ; Je pense parfois à me suicider, mais je ne le ferai pas=1 ; J'aimerais me suicider=2 ; Je me suiciderais si j'en avais la possibilité=3

_____ Je ne pleure pas plus que d'habitude= 0 ; Je pleure plus que d'habitude= 1 ; Je pleure constamment ou pour la moindre des choses=2 ; Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui=3

|_____| Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois=0 ; Je suis plus agité ou activé que d'habitude=1 ; Je suis si agité qu'il est difficile de rester tranquille=2 ; Je suis si agité que je ne dois pas arrêter de bouger ou de faire quelque chose=3

|_____| Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres ou pour les activités=0 ; Je suis moins intéressé(e) par les autres ou quoi que ce soit qu'avant=1 ; J'ai perdu une grande part de mon intérêt pour les autres =2 ; Il m'est difficile de m'intéresser à quoi que ce soit=3

|_____| Je prends mes décisions exactement comme autrefois=0 ; Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois=1 ; J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'avant=2 ; Je suis incapable de prendre des décisions=3

|_____| Je ne sens pas que je n'ai pas de valeur=0 ; Je ne me considère pas comme ayant autant de valeur et aussi utile qu'avant=1 ; Je me sens comme ayant moins de valeur comparativement aux autres personnes= 2 ; Je me sens sans valeur=3

|_____| J'ai autant d'énergie qu'avant= 0 ; J'ai moins d'énergie que j'ai l'habitude d'avoir= 1 ; Je n'ai pas d'énergie pour faire grand-chose=2 ; Je n'ai pas assez d'énergie pour faire quoi que ce soit=3

|_____| Je dors aussi bien que d'habitude= 0 ; Je dors un peu plus ou un peu moins que d'habitude=1 ; Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir= 2 ; Je dors une partie de la journée ou je me réveille 1 ou 2 heures plus tôt et je ne peux me rendormir=3

|_____| Je ne me sens pas plus irritable que d'habitude=0 ; Je suis plus irritable que d'habitude=1 ; Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude=2 ; Je suis toujours irritable=3

|_____| Mon appétit n'a pas changé=0 ; Mon appétit est moins grand ou plus grand que d'habitude=1 ; Mon appétit est beaucoup moins grand ou beaucoup plus grand que d'habitude=2 ; Je n'ai plus d'appétit du tout ou je pense toujours à manger=3

|_____| Je peux me concentrer aussi bien qu'auparavant=0 ; Je ne peux me concentrer aussi bien qu'auparavant=1 ; Je ne peux me concentrer sur quoi que ce soit très longtemps=2 ; Je trouve que je ne peux me concentrer sur quoi que ce soit=3

|_____| Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude= 0 ; Je deviens plus fatigué(e) plus facilement que d'habitude=1 ; Je suis trop fatigué(e) pour faire plusieurs choses que j'avais l'habitude de faire= 2 ; Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que j'avais l'habitude de faire=3

|_____| Je n'ai pas remarqué de changements récents dans mon intérêt pour la sexualité= 0 ; Je m'intéresse moins à la sexualité qu'avant=1 ; Je m'intéresse beaucoup moins à la sexualité=2 ; J'ai perdu tout intérêt pour la sexualité=3

Vie social

Questions

Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ? |_____| (1-Très insatisfait 2-Mécontent 3-Ni satisfait ni Mécontent 4-Satisfait 5-Très satisfait)

Dans quelle mesure pouvez-vous compter sur vos amis lorsque vous en avez besoin ?
|_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Êtes-vous gêné par votre religion dans votre vie sexuelle ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Dans quelle mesure pensez-vous que votre vie a un sens ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Dans quelle mesure vos besoins sexuels sont-ils satisfaits ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Comment évaluez-vous votre vie sexuelle ? |_____|
(1-Très pauvre 2-Pauvre 3- Ni mauvais ni bon 4-Bien 5-Très bien)

Avez-vous des difficultés financières ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4beaucoup 5 -extrêmement)

Êtes-vous satisfait de votre situation financière ? |_____| (1-Très insatisfait 2-Mécontent 3-Ni satisfait ni Mécontent 4-Satisfait 5-Très satisfait)

Avez-vous des difficultés à exercer le travail du sexe ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Dans quelle mesure êtes-vous capable de vous détendre et de vous amuser ? |_____| (1-Pas du tout 2-un peu 3-moderément 4-beaucoup 5 -extrêmement)

Il y a une personne spéciale qui est là quand je suis dans le besoin ? |_____|

(1- très fortement en désaccord 2- pas du tout d'accord 3- pas d'accord 4-neutre 5-légèrement d'accord 6- tout à fait d'accord 7 -très fortement d'accord)

Je reçois l'aide et le soutien émotionnel dont J'ai besoin de ma famille ? |_____| (1- très fortement en désaccord 2- pas du tout d'accord 3- pas d'accord 4-neutre 5-légèrement d'accord 6- tout à fait d'accord 7 -très fortement d'accord)

Je peux parler de mes problèmes avec ma famille ? |_____| (1- très fortement en désaccord 2- pas du tout d'accord 3- pas d'accord 4-neutre 5-légèrement d'accord 6- tout à fait d'accord 7 -très fortement d'accord)

Je peux compter sur mes amis quand les choses tournent mal ? |_____| (1- très fortement en désaccord 2- pas du tout d'accord 3- pas d'accord 4-neutre 5-légèrement d'accord 6- tout à fait d'accord 7 -très fortement d'accord)

Je peux parler de mes problèmes avec mes amies ? |_____| (1- très fortement en désaccord 2- pas du tout d'accord 3- pas d'accord 4-neutre 5-légèrement d'accord 6- tout à fait d'accord 7 très fortement d'accord)

ANNEXE : 4 Autorisation du District de Santé d'Odza

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN PAIX – TRAVAIL – PATRIE</p> <p>-----</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>-----</p> <p>DELEGATION REGIONALE DU CENTRE</p> <p>-----</p> <p>DISTRICT DE SANTE D'ODZA</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON PEACE – WORK – FATHERLAND</p> <p>-----</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>-----</p> <p>CENTRE REGIONAL DELEGATION</p> <p>-----</p> <p>ODZA HEALTH DISTRICT</p>
N° <u>213</u> /NS/MINSANTE/ DRSPC /DSO	Odza, le <u>27 DEC 2023</u>

NOTE DE SERVICE

(Portant introduction d'une étudiante en 7e année de médecine générale de la faculté Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1)

Dans le cadre des travaux de recherche sanctionnant l'obtention d'un Doctorat en Médecine Générale, l'étudiante **SIMEDJE MELEU Maeva Solyne** de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I est autorisée à travailler dans tous les points chauds du District de Santé d'Odza en collaboration avec les UPEC du District de Santé d'Odza.

Noms et Prénoms	Thèmes de recherches	Contacts
SIMEDJE MELEU Maeva Solyne	Évaluation de la Qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé	699778303

Copies

- DRSPC
- Hôpital de District Odza
- Ekoumdoum Baptist HC
- CH Nicolas Barré
- CMA Nkomo
- Intéressé
- Archives/ Chrono.



ANNEXE 5 : Autorisation Horizon Femmes

Horizons Femmes
Education Formation & Insertion Socioprofessionnelle de la Femme

Yaoundé, le 4 janvier 2024

REF : 578 /HF/PE/01/24

A
Mme. SIMEDJE Solyne
Etudiante en 7^{ème} année,
Médecine générale

OBJET : Lettre d'autorisation de recherche

Madame,

J'accuse bonne réception de votre demande reçue le 18 décembre 2023 relative à l'autorisation de recherche sur le thème : « *Évaluation de la qualité de vie liée à la santé des travailleurs de sexe à Yaoundé* » pour le compte de l'année 2023-2024.

Y faisant suite, je viens par la présente marquer l'accord pour vos travaux de recherche au sein de notre Association, Horizons Femmes Siège-Yaoundé pour la période allant du 4 janvier au 4 avril 2024.

Durant cette période de recherche, vous serez tenue de vous conformer au cadre des horaires de travail ainsi qu'au code d'éthique et de déontologie en vigueur au sein de l'Association dont vous prendrez connaissance sur place. De même, les frais liés à votre recherche le cas échéant, sont à votre charge.

Selon les prescriptions de Horizons Femmes, obligation est faite à tout candidat qui fait recours au service de l'association, de faire mention de la contribution de Horizons Femmes dans les rapports et dans toutes les publications qui en découlent. Par ailleurs, au terme de vos recherches, vous êtes invitée à déposer un exemplaire corrigé de votre mémoire au secrétariat de notre Association.

Veuillez agréer Madame, l'expression de notre parfaite considération.

SIMEDJE Solyne



La Présidente Exécutive
Denise NGATCHOU

BP: 8480 Yaoundé • Tél: Siège social 237 222 31 43 02 • Antenne Littoral 233 18 79 55
• Antenne Ouest 222 70 29 25 • Antenne Sud 237 698 84 79 25
• E-mail: horizons_femmes@yahoo.fr • Site Web: www.horizonsfemmes.org
www.facebook.com/HorizonsFemmesofficiel/

ANNEXE 6 : Autorisation District de Santé de la Cité-Verte

<p>RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie</p> <p>-----</p> <p>MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p> <p>-----</p> <p>DELEGATION REGIONALE DU CENTRE</p> <p>-----</p> <p>DISTRICT DE SANTÉ DE LA CITE VERTE</p> <p>-----</p>	 <p>Ministère de la Santé Publique</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>-----</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>-----</p> <p>CENTRE REGIONAL DELEGATION</p> <p>-----</p> <p>CITE VERTE HEALTH DISTRICT</p> <p>-----</p>
<p>N. 0140 /NS/MINSANTE/DRSP-CE/DS-CV. /-</p>		<p>Yaoundé le. 02 JAN 2024</p>
<p><u>NOTE DE SERVICE</u></p>		
<p>a/s</p>		
<p>Autorisation de recherche sur le thème « Evaluation de la qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé ».</p>		
<p>Le Chef de District autorise Madame SIMEDJE MELEU Maeva Solyne, étudiante en 7ème année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ; à mener cette recherche qui s'inscrit dans le cadre de la rédaction de sa thèse de fin de formation médicale dans le District de Santé de la Cité Verte, pour la période allant du 1^{er} Janvier au 31 Mars 2024.</p>		
<p><u>Ampliations :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• DRSPC• Sous-préfecture de Yaoundé II• Intéressé(es)• Archives/Chrono	<p>Le Chef de District de Santé</p> <div style="text-align: center;"> Mme EONGUE Marilyne H Administrateur Principal de Santé Publique</div>	

ANNEXE 7: Fiche d'information

M/Mme nous vous invitons à participer à notre projet de recherche en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale.

Titre : « Evaluation de la qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé »

Investigatrice principale : SIMEDJE MELEU Maeva Solyne, étudiante en 7^{ème} année de médecine générale à la FMSB.

Superviseurs : Pr NSEME ETOUCKEY Éric : Médecin légiste ; Dr MEGUIEZE Claude-Audrey : Pédiatre ; Dr MBOUA BATOUM Sophie : Gynécologue-obstétricien ;

But de l'étude : Ce travail permettra d'évaluer la qualité de vie liée à la santé des travailleurs du sexe à Yaoundé.

Lieu de l'étude : District de santé de la Cité verte et district de santé d'Odza ville de Yaoundé.

Procédure : après un entretien avec vous, au cours duquel il vous sera expliqué et donné toutes les informations nécessaires pour l'étude, nous vous remettrons un questionnaire anonyme que vous remplirez.

Bénéfices : les participants vont bénéficier d'un counseling sur notre sujet d'étude et si nécessaire par rapport à une situation précise.

Inconvénients & risques : Aucun

Confidentialité : les fiches de collecte de données seront codifiées afin de garder l'anonymat des patients.

Coût : votre participation ne sera pas rémunérée et aucun frais supplémentaire ne vous sera demandé par la suite.

Considérations éthiques : pour cette étude nous avons demandé une clairance éthique auprès du Comité institutionnel d'Ethique de la recherche de la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Tous les participants à l'étude le feront de leur plein gré. La collecte, l'analyse et le traitement des données se fera dans la confidentialité. À tout moment le participant est libre de se retirer de l'étude sans aucune pénalité.

Pour plus d'informations vous pouvez contacter l'investigatrice de l'étude au numéro de téléphone + (237) 699 77 83 03 et à l'adresse solynesims@gmail.com

