

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES**



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES**

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

DETERMINANTS DE LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS EXERCANT LES PETITS METIERS A YAOUNDE

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

MVONDO MICHELLE MANUELLA

Matricule : 17M034

Directeur :

Pr SAP Suzanne née NGO UM

*Maitre de Conférences Agrégé
de Pédiatrie*

Co-Directeur(s):

Dr MEKONE NKWELE

Isabelle

Maitre-Assistant de Pédiatrie

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES**



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES**

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

DETERMINANTS DE LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS EXERCANT LES PETITS METIERS A YAOUNDE

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

MVONDO MICHELLE MANUELLA

Matricule : 17M034

Date de soutenance : 27 juin 2024

Jury de thèse :

Président du jury

Prof ESSI Marie Josée

Rapporteur

Prof SAP Suzanne épouse NGO
UM

Membres

Prof DOHBIT Julius SAMA

Dr METOGO NTSAMA Junie

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr SAP Suzanne née NGO UM

Maitre de Conférences Agrégé de
Pédiatrie

Co-directeur

Dr MEKONE NKWELE Isabelle

Maitre-Assistant de Pédiatrie

Année académique 2023 - 2024

SOMMAIRE

SOMMAIRE	ii
DEDICACE.....	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vii
SERMENT	xx
RESUME.....	xxi
SUMMARY	xxiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xxv
LISTE DES FIGURES.....	xxvi
LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES	xxvii
CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE.....	1
I.1. Justification de l'étude	4
I.2. Question de recherche	4
I.3. Objectifs	4
I.3.1. Objectif général	4
I.3.2. Objectifs spécifiques.....	4
I.4. Définitions des termes opérationnels	4
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
II.1. RAPPELS	8
II.1.1. Généralités.....	8
II.2. REVUE DES PUBLICATIONS SUR LE SUJET.....	31
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	36
III.1. TYPE D'ÉTUDE	37
III.2. SITE DE L'ÉTUDE.....	37
III.3. DURÉE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE	37
III.4. POPULATION D'ÉTUDE.....	38
III.5. ÉCHANTILLONNAGE.....	38
III.6. MATÉRIEL ET RESSOURCES HUMAINES.....	39
III.7. PROCEDURE.....	39
III.8. ANALYSE DES DONNEES.....	40
	ii

CHAPITRE IV : RESULTATS	41
IV.1. Recrutement de la population d'étude	42
IV.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude	43
IV.2.1. Age, sexe, scolarisation et notion de couple.....	43
IV.2.2. Niveau d'étude et petits métiers réalisés	44
IV.3. Mode de vie de la population d'étude.....	45
IV.3.1. Consommation de substances psychoactives	45
IV.3.2. Autre mode de vie	46
IV.4. Caractéristiques de la sexualité primaire de la population d'étude.....	47
IV.4.1. Taux de participants sexuellement actifs.....	47
IV.5. Facteurs associés à la sexualité de la population d'étude	51
IV.5.1. Analyse univariée	51
IV.5.2. Analyse multivariée : régression logistique binaire	54
DISCUSSION	55
CONCLUSION	62
RECOMMANDATIONS.....	64
REFERENCES.....	66
ANNEXES	77

DEDICACE

Je dédie ce travail à mes parents

Mr et Mme NDO

Mr EFFILA NNANGA Ferdinand

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous rendons grâce à Dieu Tout Puissant sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible. Merci infiniment pour tes grâces et tes bénédictions innombrables dont tu ne cesses de nous combler. Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères :

- ✓ Au Pr SAP Suzanne née NGO OUM, Maître de Conférence Agrégée en Pédiatrie Directeur de ce travail pour avoir accepté d'encadrer ce travail, pour ses multiples enseignements, l'orientation, la confiance, la patience et sa grande disponibilité sans lesquels ce travail n'aurait pu être mené ;
- ✓ Au Dr MEKONE NKWELE Isabelle, Maître Assistant en Pédiatrie Co-directeur de ce travail pour votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations vos conseils, le calme, la patience, la rigueur dans le travail ainsi que les nombreux conseils et manuels dont vous nous avez doté afin de mener cette étude ; vous êtes pour moi un mentor dans le monde de la pédiatrie ainsi que de la santé publique.
- ✓ Au Dr ELONG Jules, statisticien pour son encadrement, ses conseils qui m'ont permis d'appréhender les bases des outils d'analyse de données ;
- ✓ Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I qui a allié disponibilité et bienveillance, nous permettant d'avoir un environnement propice à une formation de qualité ;
- ✓ Aux Honorables membres du jury, pour avoir accepté de consacrer leur précieux temps à l'appréciation de ce travail de recherche ;
- ✓ Au corps enseignant et administratif de la FMSB pour leur disponibilité et l'intérêt qu'ils portent à la formation des jeunes médecins ;
- ✓ Aux participantes à cette étude, pour le temps accordé ayant permis la réalisation de ce travail.
- ✓ A mes grands-parents, Mme NKOU MBARGA Rebecca et Mrs NGAK Boniface pour leurs conseils, leur affection, leurs prières, leurs critiques constructives afin de faire de moi une bonne femme et un bon médecin.
- ✓ Au Prof ASSOMO NDEMBA Peggy, pour le temps et l'expertise mis sur pied afin que le rendu de ce travail soit meilleur
- ✓ Aux membres de ma famille qui de prêt ou de loin ont prié pour que ce travail aboutisse

- ✓ Aux Drs TCHAPPI Teddy, YAKANA Elysé et ADJESSA pour avoir pris mon travail comme le vôtre à travers votre soutien académique.
- ✓ A Monsieur MEKA FOE Basil, pour votre support, votre soutien et votre amour afin que je devienne de jour en jour la meilleure version de moi.
- ✓ A Monsieur BONYOMO Michel, qui a été présent pour moi lorsque que je me sentais au plus bas lorsque je déprimais, lorsque je manquais de confiance pour poursuivre ce travail car il m'a par sa présence, ses conseils, pousser à me donner à fond afin de poursuivre et terminer ce travail ;
- ✓ Aux tous mes aînés académiques qui ont été pour moi une source d'inspiration.
- ✓ À tous mes camarades de la 49ème promotion ;
- ✓ À ceux qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce long travail.

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

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

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

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 Côme (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 Stéphane	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	CC	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 KWINJI 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/ Hépato-Gastro- 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/ Hépato-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/ Hépato-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 WOUOLIYOU	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	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	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 Côte	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 ZOUA 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)	MC	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 épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épouse 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 épse 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 épse 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

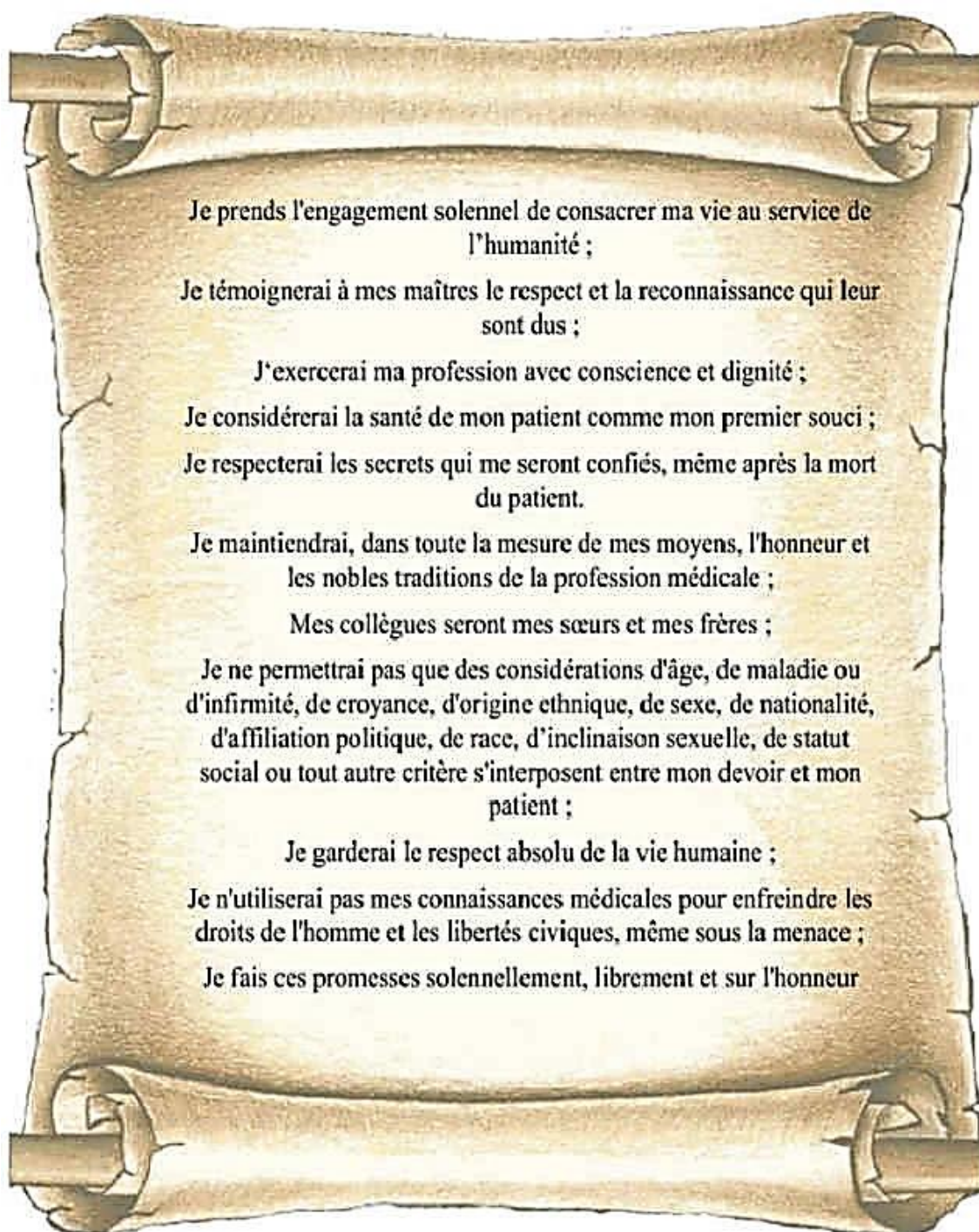
MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT

Selon la déclaration de Genève adoptée par l'Assemblée de l'Association Médicale Mondiale à Genève, Suisse en Septembre 1948 et modifiée lors de la 22^e Assemblée Médicale Mondiale à Sydney en Australie en 1968



RESUME

❖ INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme la période comprise entre 10-19 ans. C'est une phase de découverte de soi et d'expérimentation de plaisirs parmi lesquels le plaisir sexuel. La sexualité des adolescents constitue une préoccupation majeure dans la communauté scientifique. De nombreuses études ont été menées sur la sexualité des adolescents scolarisés ; peu d'études jusqu'ici ont concerné leurs congénères non scolarisés pourtant victimes de précarité sociale. La présente étude a pour objectif d'identifier les déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant les petits métiers dans la ville de Yaoundé.

❖ METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique avec collecte prospective des données dans les huit Districts de Santé de la ville de Yaoundé sur une période de 08 mois allant de novembre 2023 à juin 2024. Notre échantillonnage était consécutif et non exhaustif, les adolescents qui ont été inclus étaient âgés de 10-19 ans exerçant les petits métiers dont le consentement et l'assentiment ont été obtenus. Un questionnaire renseignant sur les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques de la sexualité primaire et les pratiques sexuelles a été soumis à tous les participants. Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Les résultats ont été exprimés en moyenne, fréquence et pour déterminer les facteurs associés à la sexualité les analyses uni et multivariée par la méthode de régression logistique binaire ont été utilisées et le seuil de significativité statistique a été fixé pour une valeur de $p < 0,05$.

❖ RESULTATS

Au total 360 (n=360) ont été recrutés. L'âge moyen était de 17,93+/- 1,56 ans avec des extrêmes de 11 et 19 ans. Il s'agissait en majorité de garçon avec un sexe ratio de 1,61. Le taux de scolarisation était de (95,8%) avec une prédominance du niveau secondaire (59,2%). Les principaux métiers retrouvés étaient les apprentis employés (34,8%) et le commerce ambulant (20%). La proportion d'adolescent sexuellement actif était de (63,1%) avec un âge moyen du coïtarche de 16,36+/- 1,83 ans avec des extrêmes de 10 à 19 ans et une fréquence de la sexualité précoce (rapport sexuel < 15ans) était de 28,6%. Le premier rapport était généralement consenti dans 96,5%, le partenaire sexuel était qualifié de petit ami (63,4%) et le domicile familial était le lieu le plus fréquent (84,6%) ; les principaux motifs du rapport sexuel étaient l'envie (67%) et la curiosité (63,4%). Les facteurs associés à la sexualité précoce étaient l'âge, le fait de vivre seul, d'être en couple, de consulter les sites pornographiques et de discuter de sexualité avec le sexe opposé. Les pratiques sexuelles retrouvées étaient : la moitié (56,5%) des participants cumulait 04 partenaires sexuels depuis le début de l'activité sexuelle (fréquence mensuelle de rapport comprise entre 1-4 soit 70,9%) ; la plupart avait un partenaire sexuel (60,8%) et le sexe vaginal constituait la principale pratique sexuelle (98,5%), l'utilisation du préservatif était de 48,9%.

❖ CONCLUSION

Les déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant des petits métiers sont multiples ; l'envie et la curiosité représentant les principaux motifs du rapport sexuel.

Mots clés : Sexualité, adolescence, déterminants, petits métiers, Yaoundé.

SUMMARY

❖ INTRODUCTION

The World Health Organization defines adolescence as the period between the ages of 10-19. In fact, this is a phase of self-discovery and experimentation with pleasures, including sexual pleasure. Adolescent sexuality is a major concern in the scientific community. Numerous studies have been carried out on the sexuality of school-going adolescents, but few studies have been carried out on those not attending school. The aim of the present study is to identify the determinants of the sexuality of adolescents working in small trades.

❖ METHODOLOGY

This was a descriptive and analytical study analytic study with prospective data collection in the eight Health Districts of the city of Yaoundé over an 08-month period from November 2023 to June 2024. Our sampling was consecutive and non-exhaustive. Included were aged 10-19, working in small trades for which consent and assent were obtained. A questionnaire providing information socio-demographic characteristics, primary sexual characteristics and sexuality and sexual practices was administered to all participants. The data collected were analyzed using SPSS version 23.0. The results were expressed as mean, frequency and to determine the factors associated with sexuality, uni and multivariate analyses binary logistic regression method were used, with statistical significance of statistical significance was set at $p<0.05$.

❖ RESULTS

A total of 360 (n=360) were recruited. Mean age was 17.93+/- 1.56 years, with extremes of 11 and 19 years. The majority were boys, with a sex ratio of 1.61. The school enrolment rate was 95.8%, with secondary school predominating (59.2%). The main occupations were apprenticeship (34.8%) and itinerant trade (20%). The proportion of sexually active adolescents was (63.1%), with an average age at coitarche of 16.36+/- 1.83 years. The frequency of early sexuality, i.e. < 15 years, was 28.6%. First intercourse was generally consensual in 96.5% of cases, the sexual partner was described as a boyfriend (63.4%) and the family home was the

most frequent location (84.6%); the main reasons for sexual intercourse were desire (67%) and curiosity (63.4%). Factors associated with early sexuality were age, living alone, being in a couple, consulting pornographic sites and discussing sexuality with the opposite sex. More than half (56.5%) of participants had accumulated 04 sexual partners since the start of sexual activity (monthly frequency of intercourse between 1-4, i.e. 70.9%); most had a sexual partner (60.8%) and vaginal sex was the main sexual practice (98.5%).

❖ CONCLUSION

The determinants of sexuality among teenage petty traders are manifold, with desire and curiosity representing the main motives for sexual intercourse.

Keywords : Sexuality, adolescence, determinants, small jobs, Yaounde.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques sociodémographiques	43
Tableau 2: Répartition de la population en fonction du niveau d'étude et des petits métiers réalisés	44
Tableau 3 : Répartition des adolescents en fonction de leur mode de vie	45
Tableau 4 : Répartition de la population en fonction des autres modes de vie	46
Tableau 5 : Répartition de la population sexuellement active en fonction des caractéristiques du 1 ^{er} rapport sexuel	49
Tableau 6 : Répartition de la population sexuellement active en fonction des caractéristiques sexuelles actuelles	51
Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques associées à la sexualité.....	52
Tableau 8: Mode de vie associée à la sexualité.....	53
Tableau 9 : Facteurs indépendants de la sexualité	54

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: Prévalence de la sexualité au Cameroun[22].....</i>	<i>9</i>
<i>Figure 2: Développement des gonades</i>	<i>11</i>
<i>Figure 3: Stade de développement des voies génitales</i>	<i>13</i>
<i>Figure 4: Score de Tanner chez la fille</i>	<i>14</i>
<i>Figure 5: Score de Tanner : chez le garçon.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 6: vue latérale des organes reproducteurs masculins [28].....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 7: Vue latérale et de face des organes génitaux féminins [28]</i>	<i>19</i>
<i>Figure 8: Vue de face des organes génitaux externes féminins [28]</i>	<i>20</i>
<i>Figure 9: Cycle de la réponse sexuelle masculine [30].....</i>	<i>22</i>
<i>Figure 10: Cycle de la réponse sexuelle féminine [31].</i>	<i>23</i>
<i>Figure 11: Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude.....</i>	<i>42</i>
<i>Figure 12: Distribution de la population en fonction de la sexualité active</i>	<i>47</i>
<i>Figure 13: Distribution de la population en fonction de l'âge au 1^{er} rapport sexuel.....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 14: Distribution de la population sexuellement active en fonction du motif du rapport sexuel</i>	<i>50</i>

LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES

FMSB : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

UYI : Université de Yaoundé I

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

MST : Maladie sexuellement transmissible

EDS : Etude Démographique et de Santé

UNFPA : Fond des nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SPSS : Statistical package for social science

AMH : Hormone antimüllérienne

RCA : République Centrafricaine

OR : Odd ratio

ISU : Institut de Statistique de l'UNESCO

ECS : Education à la Sexualité

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

UNICEF : United Nations Children's Fund

WHO : World Health Organization

CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE

L'adolescence est la période de la vie située entre l'enfance et l'âge adulte. Selon l'OMS, elle est comprise entre 10-19 ans [1]. C'est une phase de transition délicate au cours de laquelle l'adolescent développe sa personnalité, construit son identité et explore de nouveaux plaisirs y compris le plaisir sexuel. En effet, l'expérimentation sexuelle à l'adolescence fait partie du processus ; cet acte est révélateur de l'expression de la maturité physique de l'adolescent. La sexualité demeure un sujet tabou dans nos sociétés et pourtant, on note l'essor du phénomène de sexualisation parmi les jeunes favorisés par d'importants changements sociaux [3]. Elle est déterminée par divers facteurs dont le patrimoine génétique, l'éducation reçue pendant l'enfance, l'influence de l'entourage, la scolarisation et bien d'autres [3]. A ce jour, la sexualité des adolescents demeure un sujet d'une importance cruciale, tant du point de vue de la Santé sexuelle que du développement personnel ; sa prévalence globale est de 11% [1]. Au Cameroun elle est de 26,4%, après une étude menée par Meguieze et al auprès d'adolescents scolarisés [5].

Face à l'ampleur de l'initiation à la sexualité chez les adolescents, quelques études africaines notamment à Kinshasa et au Tchad ont été menées afin d'identifier les principaux facteurs associés à cette hypersexualisation des adolescents. On y retrouve principalement comme déterminants le manque d'éducation sexuelle dans les foyers, un faible niveau d'instruction, la situation économique basse et le genre sexuel [6,7].

Les études suscitées et bien d'autres ont davantage été focalisées sur la sexualité des adolescents scolarisés. Les adolescents non scolarisés qui représentent pourtant une population importante dans ce groupe cible aussi bien en Afrique Subsaharienne (30 millions) qu'en Asie du Sud et de l'Ouest (10 millions) ne sont pas répertoriées dans ces études [16]. Au Cameroun, comme dans de nombreux pays en voie de développement ces jeunes non scolarisés se tournent vers ses petits métiers du secteur informel dans le but de subvenir à leurs besoins quotidiens et à ceux de leurs familles. Cette situation socio-économique particulière expose ces adolescents à divers défis dont certains peuvent avoir un impact sur leur comportement sexuel [10]. En effet, les conditions de travail, le manque de supervision parentale et l'exposition à des environnements parfois précaires peuvent influencer les choix et les pratiques sexuelles de ces derniers. Par ailleurs, les circonstances entourant la première expérience sexuelle conditionnent la qualité de la santé de reproduction des adolescents et les exposent à la survenue de comportements sexuels à risque tels que : maladies sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées qui aboutisse d'une part à un abandon scolaire et d'autre part aux avortements

clandestins augmentant le taux de mortalité adolescente et au multi-partenariat sexuel [14]. En 2010, l'OMS renouvelait les standards d'éducation à la santé sexuelle en faisant évoluer une approche basée sur la prévention des risques en une approche plus positive, de nature holistique avec pour objectif un apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité adaptée aux niveaux de connaissance et à l'âge des individus.

En dépit de faire face à ce problème de santé publique à travers l'éducation sexuelle des adolescents, des études se sont portées sur l'identification des déterminants de la sexualité afin de mettre en évidence les groupes à risque pour une meilleure sensibilisation. Entre autres, nous pouvons citer comme déterminants à risque, le niveau économique intermédiaire ou bas, l'issu d'un foyer monogamique, l'appartenance à des groupes scolaires ou d'amis, l'absence de causerie sur la sexualité avec un membre de la famille et la consommation des substances psychoactives [37,38]. Au Cameroun, les études actuelles sur la sexualité des adolescents ont été conduites dans les villes de Yaoundé et Douala auprès des adolescents scolarisés. Malgré les initiatives visant à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescents, une compréhension approfondie des déterminants de la sexualité des adolescents travaillant dans les petits métiers à Yaoundé manque encore d'où l'intérêt de notre étude.

I.1. Justification de l'étude

L'omniprésence du phénomène de sexualisation parmi les jeunes, favorisés par la commercialisation qui envahit l'espace domestique et social avec des images souvent empruntées aux scènes érotiques, est diffusée à travers des magazines, des publicités, des vidéoclips, des émissions de télévision, des chansons et sites internet. Cette sexualisation fréquente, est en majeure partie responsable de la sexualité précoce dans nos sociétés.[9]. Cette vulgarisation des mœurs a conduit au renouvellement des standards d'éducation à la santé sexuelle dans le but de prévenir l'accroissement de la sexualité précoce et des comportements sexuels à risque chez les adolescents et les jeunes. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude visant à étudier les déterminants de la sexualité des adolescents non scolarisés qui doivent batailler entre travail et responsabilités afin de développer des interventions adaptées qui visent à rendre les risques plus évitables dans cette population spécifique.

I.2. Question de recherche

Quelle est la prévalence et les déterminants de la sexualité des adolescents âgés de 10-19 ans exerçant les petits métiers dans la ville de Yaoundé ?

I.3. Objectifs

I.3.1. Objectif général

Identifier les déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant les petits métiers dans la ville de Yaoundé.

I.3.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la prévalence de la sexualité de ces adolescents.
2. Etablir leur profil sociodémographique
3. Décrire leurs pratiques sexuelles.
4. Identifier les facteurs associés à leur sexualité

I.4. Définitions des termes opérationnels

- ✓ **Adolescence** : L'adolescence est la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé[2]. Elle aussi définit comme une étape de la vie qui commence à la puberté grâce à l'acquisition des fonctions sexuelles, des formes sexuelles et elle prend fin à l'âge adulte par une autonomie sociale, affective et matérielle.[2, 13]

- ✓ **Sexualité** : La sexualité désigne la manière dont une personne vit et exprime les instincts et les sentiments qui forment son attirance physique pour autrui. Il s'agit d'une partie normale de l'expérience humaine qui est déterminée par divers facteurs, dont le patrimoine génétique, l'éducation pendant l'enfance, l'influence de l'entourage et les attitudes sociétales[3].
- ✓ **Petit métier** : Un petit boulot est un travail précaire, sans qualification. Ce terme populaire désigne un emploi souvent temporaire comme un job d'été. Un petit boulot requiert peu de qualifications et offre généralement un salaire peu élevé[14].
- ✓ **Déterminants de la sexualité** : caractéristique liée à une personne, son environnement, sa culture ou son mode de vie entraînant une susceptibilité plus élevée de voir apparaître ou non un évènement. Ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels qui ont une influence sur la sexualité.[10]
- ✓ **Apprentissage informel** : est une forme d'apprentissage intentionnelle ou volontaire mais non institutionnalisé. Il se passe généralement hors du cadre éducationnel[15].
- ✓ **Adolescent non scolarisé** : est celui qui appartient au groupe d'âge officiellement défini comme étant d'âge scolaire mais qui n'est pas inscrit ou aux jeunes en âge de fréquenter le 1er cycle de l'enseignement secondaire et qui ne sont inscrits ni dans l'enseignement primaire, ni dans l'enseignement secondaire. Environ 258 millions d'enfants et de jeunes ne sont pas scolarisés, selon les données de l'ISU pour l'année scolaire se terminant en 2018. Ce total comprend 59 millions d'enfants en âge de fréquenter le primaire, 62 millions d'enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire et 138 millions en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire.[17]
- ✓ **Entrer en vie sexuelle** : période pendant laquelle les jeunes débent avec les relations sexuelles généralement après les modifications survenues durant la puberté.[16]
- ✓ **Education sexuelle** : est le fait de discuter avec ses parents, enseignant des sujets liés à la sexualité. L'éducation complète à la sexualité (ECS) fournit aux jeunes des informations exactes et adaptées à leur âge sur la sexualité et sur leur santé sexuelle et reproductive, elle permet aux jeunes de prendre des décisions éclairées sur leur sexualité, leur bien-être et leur santé, et de défendre leurs droits dans ces domaines qui sont essentielles pour leur santé et leur survie[18, 19].
- ✓ **Comportement sexuel** : ensemble des attitudes et réactions observables chez l'individu, particulièrement chez le jeune de sexe masculin ou féminin en matière de

sexualité. Il est relatif à l'instinct sexuel et à sa satisfaction, liés ou non à la reproduction.[20]. Ils représentent les activités sexuelles auxquelles vous avez consenti ou non avant, pendant et après le crime qui fait l'objet des procédures judiciaires en cours. [21]

- ✓ **Partenaire sexuel** : personne avec qui on entretient une activité sexuelle. Les partenaires sexuels peuvent être dans une relation engagée, à titre exclusif ou non, ou s'engager dans l'activité sexuelle sur une base occasionnelle.
- ✓ **Sexuellement actif** : individu ayant déjà eu au moins une fois un contact physique à caractère sexuelle avec une autre personne incluant les baisers, les flirts, les pénétrations (orale, anale, vaginale), les caresses et masturbations mutuelles.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1. RAPPELS

Notre revue de la littérature présentera successivement les généralités sur l'adolescence, les rappels embryologiques et anatomiques des organes génitaux, les rappels sur la physiologie de la réponse sexuelle, les bases biologiques de la sexualité et l'état des connaissances sur la sexualité des adolescents.

II.1.1. Généralités

II.1.1. Définitions

L'adolescence est un concept qui apparaît au cours du XIX^{ème} siècle étymologiquement du grec « adulescens » qui signifie croître, grandir. C'est donc dire que l'adolescence est une phase de transition entre l'enfance et l'adulte. Bien sûr, cette notion a évolué depuis mais reste pour autant difficile à définir [23]. C'est une phase au cours de laquelle les enfants dépendants deviennent des adultes indépendants ; ils subissent de nombreuses modifications dont :

- ✓ Modifications biologiques : marquer par le début de la puberté et la fin de la croissance physique avec des changements au niveau des organes sexuels ainsi que des caractéristiques telles que : la taille, le poids, la masse musculaire et bien d'autre.
- ✓ Modifications cognitives : caractériser par un développement de la pensée abstraite du savoir et du raisonnement.
- ✓ Modifications sociales : correspond à une préparation aux rôles sociaux de l'âge adulte culturellement adaptés.

II.1.2. Épidémiologie

La sexualité des adolescents est actuellement un véritable problème majeur de santé publique dans le monde surtout chez les adolescents qui se construisent, qui se posent des questions sur leur sexualité et leur nature en tant qu'être sexuel alors qu'ils amorcent cette transition délicate entre l'enfance et la vie adulte. Partout dans le monde la sexualité est une question sociétale et médicale ; Selon le rapport de l'EDS (Enquête Démographique et de Santé) 2018 les jeunes de 15-19 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans [11]. En 2002, l'OMS a étudié les tendances sexuelles d'élèves âgés de 15 ans dans 35 pays, l'étude a montré que l'âge moyen du premier rapport sexuel dans la plupart des pays était de 16 à 19 ans pour les filles et les garçons 18,8 ans. Cette différence d'âge au premier rapport est dû au fait que dans certains pays comme en Afrique du Sud 42% des femmes entre 15-24 ans sont mariées avant d'avoir 18 ans.[14]. Au Cameroun, selon l'Etude de

Démographie et de Santé en 2005 ; la prévalence de la sexualité chez les adolescents était de 54,7% avec un âge moyen lors des premiers rapports sexuels compris entre 15-19 ans[8].

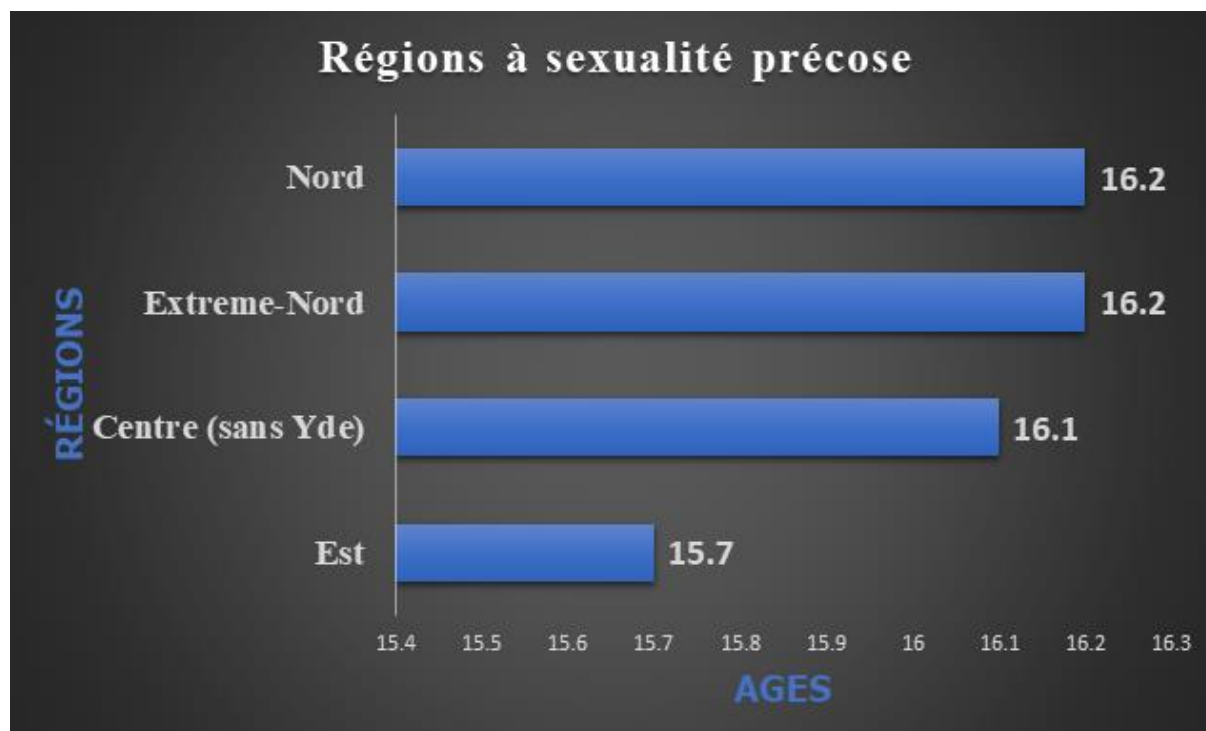


Figure 1: Prévalence de la sexualité au Cameroun[22]

II.1.3. Rappels embryologiques, anatomiques de l'appareil génital

II.1.3.1. Rappels embryologiques

La différenciation sexuelle constitue l'ensemble des phénomènes qui aboutissent au dimorphisme sexuel à la naissance, c'est-à-dire la sexualisation des gonades qui va conditionner à l'état physiologique le phénotype sexuel base de l'identité sexuelle des individus. Il repose sur une base multigénique complexe et de très nombreux gènes ont été identifiés dans la régulation des stades précoces et tardifs du développement gonadique.[23]

II.1.3.1.1. Développement des gonades

Les premières ébauches embryonnaires apparaissent vers la 5^e semaine de la gestation à la partie ventrale du mésonéphros sous la forme d'un épaississement de l'épithélium qui forme la crête génitale. L'épithélium coelomique prolifère dans le tissu conjonctif mésenchymateux profond sus-jacent pour former les cordons sexuels. Les cellules germinales migrent dans la gonade humaine au cours de la 6^e semaine ; celle-ci va rester à un stade indifférencié jusqu'à la 7^e semaine de vie et apparaît identique à la fois chez les embryons XX et XY. On parle de gonade bipotente.[24]

La différenciation gonadique est plus précoce et plus rapide dans le sexe masculin que féminin. La différenciation testiculaire débute vers la septième semaine de vie. Dans la région médullaire des gonades, les cellules des cordons sexuels se différencient en cellules de Sertoli pour diffuser en périphérie et former les tubes séminifères. Environ une semaine après la différenciation des cellules de Sertoli, les cellules de Leydig se différencient à partir des cellules du mésenchyme présentes entre les cordons sexuels primitifs. Les cellules de Sertoli sont fonctionnelles dès le 7^e semaine de vie et produisent la première hormone sexuelle, l'hormone antimüllérienne (AMH) qui va inhiber le développement des canaux de Müller. Une semaine plus tard, le testicule fœtal a la capacité de produire la testostérone par les cellules de Leydig. Parallèlement une couche de tissu fibreux dense se forme à la surface de la gonade et constitue la capsule du testicule (albuginée). Les testicules se différencient dans l'abdomen, puis migrent à partir de la fin du troisième mois vers le canal inguinal, qu'ils franchissent pour se loger dans les bourses, ou ils se trouvent normalement à la naissance [24,25]. En l'absence des gènes du déterminisme sexuel masculin, la gonade primitive évolue vers la formation de l'ovaire. Les cellules germinales vont résider près de la surface de la gonade pour former les cordons sexuels corticaux. Les cellules germinales s'incorporent dans les cordons corticaux qui se fragmentent autour de chaque cellule germinale et se différencient en cellules de la granulosa. Ces cellules forment avec les cellules germinales les follicules ovariens qui vont diffuser dans l'épithélium de la gonade.[24]

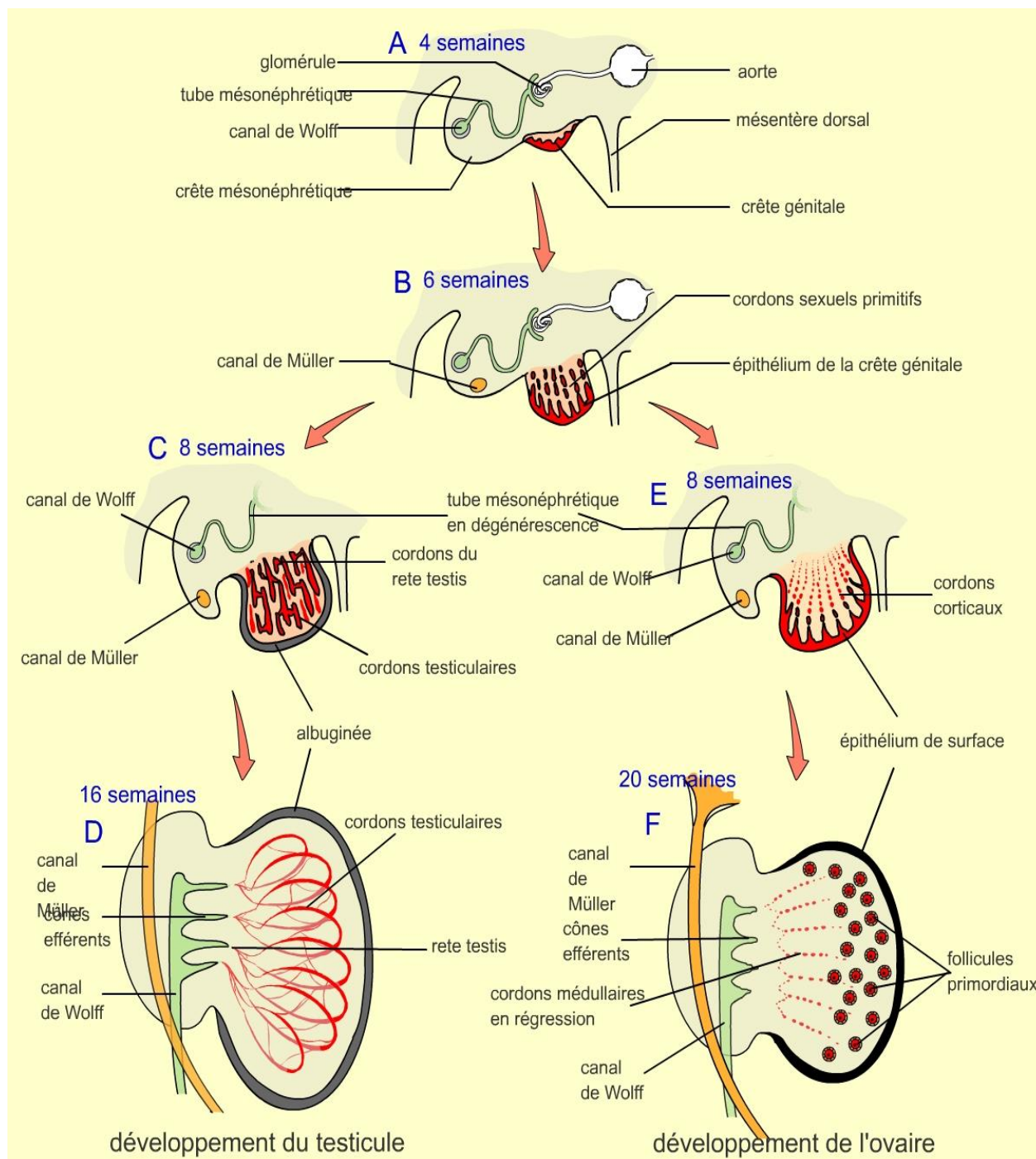


Figure 2: Développement des gonades

II.1.3.1.2. Développement des voies génitales

La différenciation des voies génitales est hormonodépendante. Dans les deux sexes, la différenciation des voies génitales débute par la mise en place de deux paires de conduits génitaux qui restent longtemps indifférenciés jusqu'à la sixième semaine. A partir de ce stade, la différenciation survient en fonction du profil hormonal gonadique, de manière active chez le garçon et passive chez la fille. Les voies génitales se différencient à partir des canaux de Wolf et des canaux de Müller. Les canaux de Wolf (mésonephrotiques) correspondent aux voies excrétrices du mésonéphros et s'ouvrent dans la région dorsale du sinus urogénital (partie ventrale du cloaque). Les canaux de Müller (para-mésonephrotiques) se forment à partir d'une invagination de l'épithélium coelomique, qui se produit tout le long de l'embryon, depuis la région thoracique jusqu'à la région caudale [25].

C'est la présence ou l'absence des sécrétions hormonales testiculaires qui oriente la différenciation des voies génitales. Dès leur mise en place, les cellules de Sertoli synthétisent l'hormone antimüllérienne. La sensibilité des canaux de Müller à ce facteur est courte (jusqu'à la huitième semaine). Il en résulte une disparition rapide des canaux de Müller vers la dixième semaine. L'extrémité persiste sous forme de reliquat embryonnaire. La sécrétion de testostérone par les cellules de Leydig débute très tôt sous l'impulsion de l'hormone chorionique gonadotrope (HCG). La testostérone développe les canaux de Wolf qui donnent l'épididyme, les canaux déférents, les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs entre la huitième et la douzième semaine. Les tissus mésonephrotiques situés dans la région gonadique donnent les canaux efférents [25].

En l'absence de l'hormone antimüllérienne, les canaux de Müller se développent et donnent les trompes, l'utérus et une partie du vagin. En l'absence de testostérone gonadique, les canaux de Wolf régressent. La portion crâniale des canaux de Müller, ouverte dans la cavité coelomique forme le pavillon de la trompe. Le reste des canaux de Müller donne les trompes et l'utérus [25].

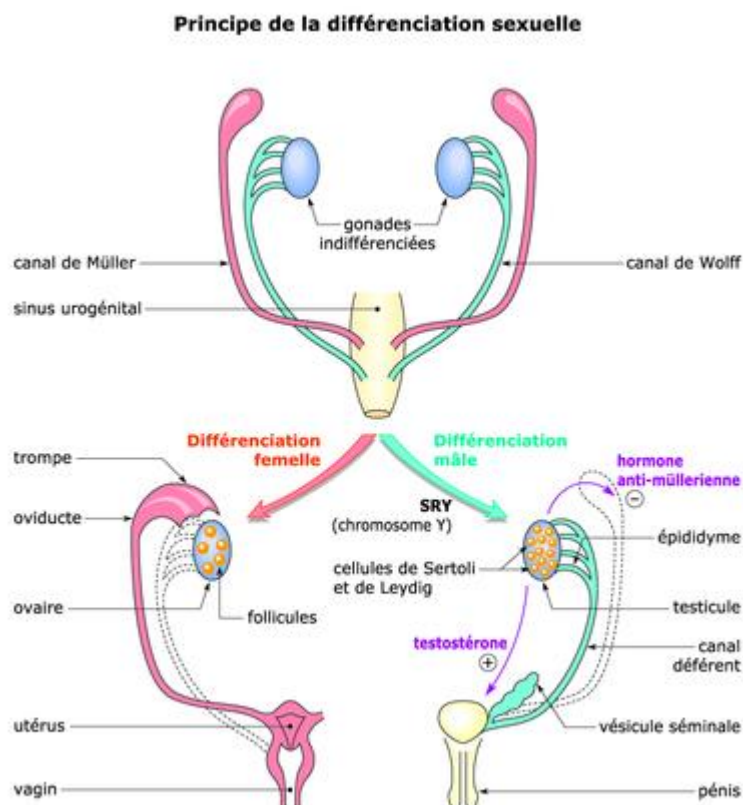


Figure 3: Stade de développement des voies génitales

II.1.3.1.3. Acquisition des caractères sexuels secondaires [26,27]

Les caractères sexuels secondaires sont des caractéristiques physiques différentes chez les filles et les garçons mais qui ne sont pas présentes à la naissance. Ils se développent pendant la puberté.

La puberté correspond à l'acquisition de la maturité sexuelle et aux capacités de reproduction. Elle a lieu habituellement entre 8 et 13 ans chez les filles et entre 9 et 14 ans. Elle est déclenchée au niveau cérébral par des mécanismes hormonaux impliquant notamment les ovaires chez la fille, et les testicules chez le garçon.[26]

➤ Le développement de la fille à la puberté

- ✓ Les seins et la pilosité : Le premier signe de puberté est le développement des seins, à partir de 10 ans et demi à 11 ans en moyenne (valeurs physiologiques extrêmes : 8-13 ans). La poitrine atteindra le stade adulte vers 15 ans. Dans un tiers des cas, la pilosité pubienne précède ou accompagne l'apparition des bourgeons mammaires mais, le plus souvent elle se manifeste quelques mois après. Il lui faut deux ans pour prendre son aspect définitif (en

forme de triangle à base supérieure horizontale). Plus discrète, la pilosité axillaire (des aisselles) apparaît en moyenne 12 à 18 mois plus tard et évolue aussi en deux ans.

- ✓ Les organes génitaux externes. La vulve se modifie progressivement dans son aspect et son orientation : elle est tournée vers l'avant chez l'enfant impubère puis vers le bas en fin de puberté. Les petites lèvres s'hypertrophient, les grandes lèvres s'accroissent, et le clitoris augmente discrètement de volume. Enfin, la vulve devient humide et sécrétante produisant des leucorrhées (pertes blanches) plus ou moins abondantes.
- ✓ Les premières règles. : Elles apparaissent en moyenne autour de 13 ans environ deux ans après les bourgeons mammaires. Les premières menstruations ont lieu après le pic de croissance pubertaire. Leur date de survenue est considérée comme physiologiquement normale entre 10 et 15 ans. Les premiers saignements ne sont pas toujours réguliers, devenant cycliques au bout de 18-24. Des ménométrorragies (saignements importants à intervalles irréguliers) peuvent nécessiter la prise d'œstroprogestatifs.

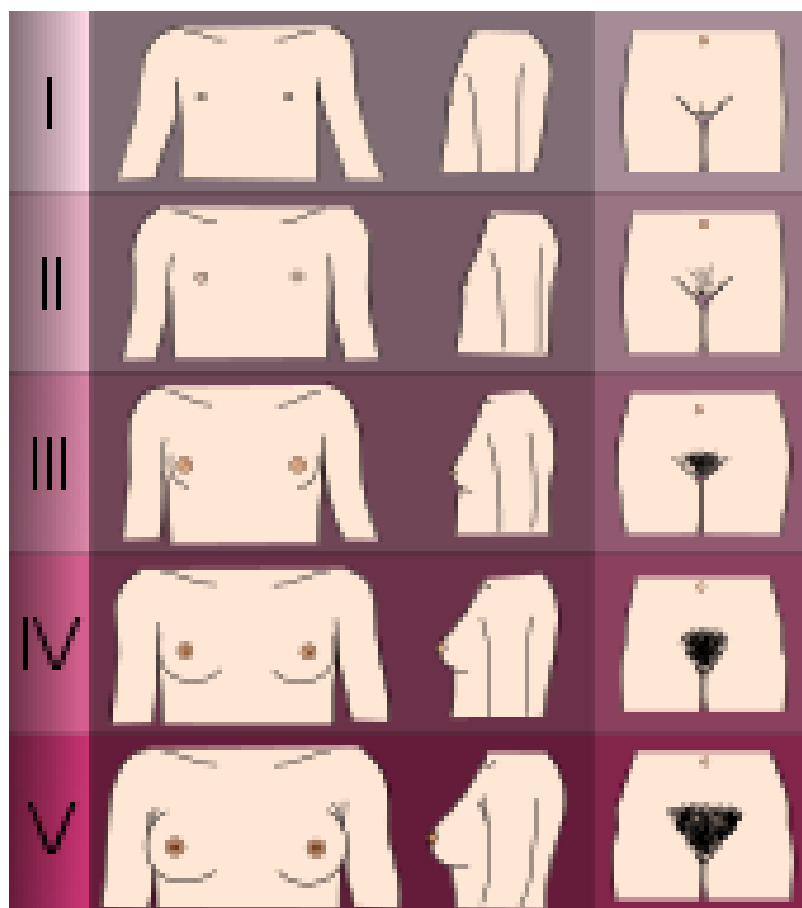


Figure 4: Score de Tanner chez la fille

➤ Le développement du garçon à la puberté

Chez le garçon, la puberté commence par une augmentation du volume des testicules vers l'âge de 11 ans et demi (valeurs physiologiques extrêmes : 9,5-14 ans). La pilosité pubienne apparaît en moyenne six mois après vers 12 ans marquant ainsi le début apparent de la puberté. Elle ne devient toutefois véritablement fournie (stade 4 de Tanner) que deux ans plus tard. Du fait d'un déséquilibre hormonal, une discrète augmentation du volume des seins (gynécomastie) apparaît chez 30 à 65 % des garçons en milieu de puberté. Dans la quasi-totalité des cas, elle régressera en quelques mois.

Une virilisation progressive : L'augmentation de la verge au-delà de 5 à 6 cm débute quelques mois après l'apparition des premiers poils pubiens vers 12 ans et demi au début du pic de croissance. L'apparition de poils sous les aisselles, sur le visage, le thorax et l'abdomen ainsi que tous les traits caractéristiques de la pilosité masculine sont plus tardifs, inconstants et variables. Il en va de même pour la mue de la voix due à un élargissement du larynx et à l'allongement et l'épaississement des cordes vocales.

- ✓ La production des spermatozoïdes. C'est essentiellement la sécrétion de testostérone par les testicules qui permet la virilisation du garçon (allongement de la verge, pilosité) ; ainsi s'explique le délai de quelques mois qui existe entre l'augmentation du volume testiculaire et la pousse des poils pubiens. De même en s'élevant, le taux de testostérone principale hormone androgène va stimuler la production des spermatozoïdes entraînant ainsi la maturation des vésicules séminales et de la prostate.

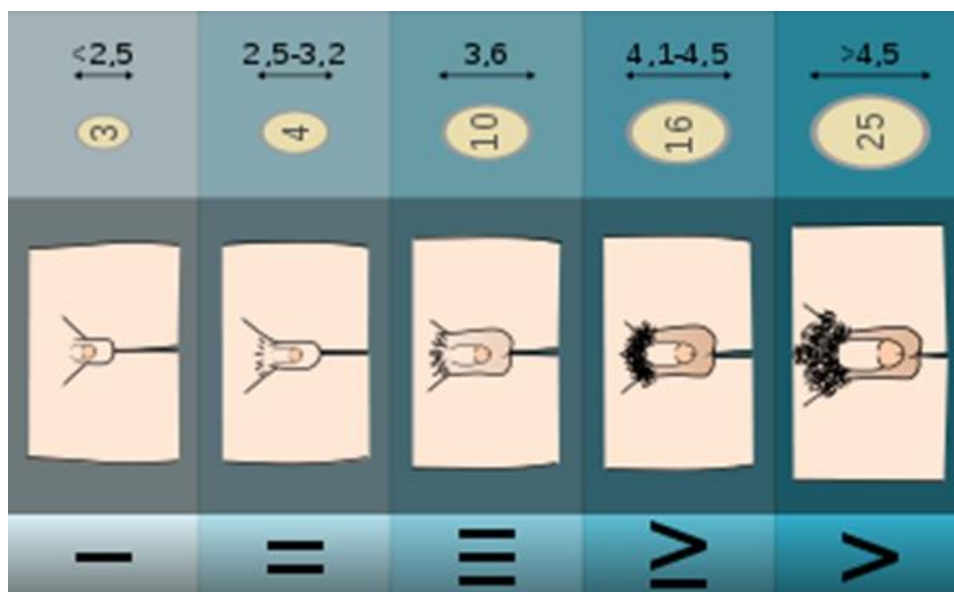


Figure 5: Score de Tanner : chez le garçon

II.1.4. Rappels anatomiques [28]

II.1.4.1. Chez l'homme

L'appareil génital masculin a pour rôle la production de sperme et son dépôt dans les voies génitales femelles où a lieu la fécondation. Il comprend :

- ✓ Deux gonades ou testicules : ces organes de 5 cm de long sont logés dans une poche revêtue de peau (le scrotum) ; Ils assurent deux fonctions : spermatique, assurant la production de spermatozoïdes et endocrine assurant la sécrétion d'hormones sexuelles mâles (testostérone notamment).
- ✓ Des voies spermatiques : l'épididyme, le canal déférent, l'urètre, le pénis, assurant la maturation des spermatozoïdes et leur acheminement vers les voies génitales femelles.
- ✓ Des glandes annexes : vésicules séminales, prostate, glande de Cooper. Les produits de sécrétion de ces glandes se mêlent au fluide testiculaire qui dilue et qui nourrit les spermatozoïdes, facilite leur survie et transport pour former le sperme.
- ✓ Les testicules : ils mesurent en moyenne 4-7 cm et leur volume est compris entre 20-25 ml. Ils se différencient près des reins. Chez les mammifères, ils subissent plus ou moins tôt par rapport à la naissance une migration qui les amène à la périphérie du corps afin que leur température soit de quelques degrés inférieurs à celle du corps condition indispensable à la production de spermatozoïdes féconds (spermatogénèse). Ils sont contenus dans les bourses, suspendus à l'extrémité du cordon testiculaire ; ils ont une forme ovoïde, déprimés d'un côté à l'autre très variable suivant les espèces.
- ✓ Les différentes enveloppes du testicule sont : le scrotum, le dartos, la celluleuse, le crémaster, le sac fibreux, la gaine vaginale, la tunique fibreuse, la séreuse, les ligaments et le cordon testiculaire.
- ✓ Epididyme : est un canal unique microscopique enroulé mesurant en moyenne 56 cm de long au total. Il se divise en trois parties : la tête, le corps et la queue. Son rôle principal est de stocker les spermatozoïdes provenant du testicule et fournir le milieu nécessaire à leur maturation et à l'acquisition de leur capacité à se déplacer dans le système reproducteur féminin.
- ✓ Le canal déférent : qui est la continuité du canal épидидymaire. Il est constitué d'une muqueuse, d'une musculature, et d'une adventice. Son rôle est de conduire le sperme.
- ✓ L'urètre : est un canal impair qui sert à la fois à l'excrétion de l'urine et du sperme. Il comporte trois parties : l'urètre pelvien, le bulbe de l'urètre où apparaissent les corps érectiles (corps spongieux et corps caverneux) et l'urètre pénien.

- ✓ Le pénis : est constitué de la racine des structures abdominales et des os du bassin, de la partie visible des corps caverneux et du gland. Les tissus érectiles sont constitués de tissu conjonctif parcouru par un système de capillaires qui s'élargissent en lacunes et cavernes qu'un afflux de sang peut dilater, permettant ainsi l'érection.
- ✓ La prostate : située immédiatement sous la vessie et entourant l'urètre. Chez les hommes jeunes la prostate a la taille d'une noix mais elle augmente de volume avec l'âge. Lorsqu'elle devient trop volumineuse, elle peut obstruer le flux d'urine à travers de l'urètre et induire des symptômes urinaires gênants.

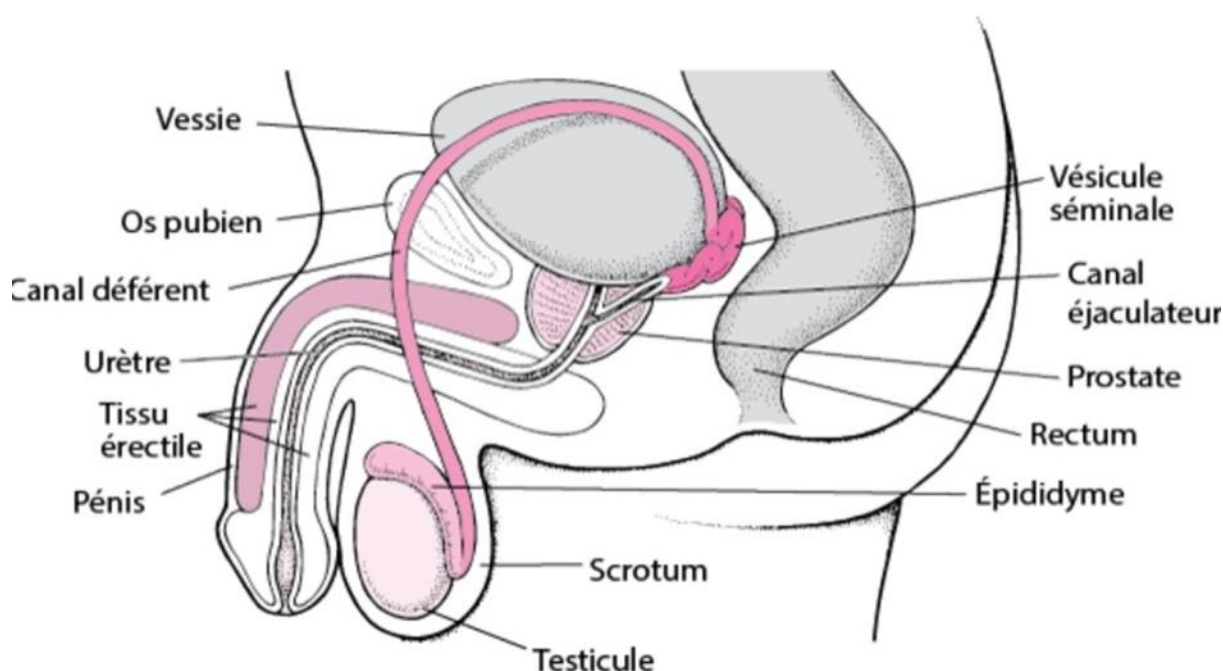


Figure 6: vue latérale des organes reproducteurs masculins [28]

II.1.4.2. Chez la femme

L'appareil génital ou appareil de reproduction féminin est l'ensemble des organes impliqués dans la sexualité et la reproduction. Il comprend :

- ✓ Les organes génitaux internes, situés dans la cavité pelvienne composés de : deux ovaires, deux trompes, l'utérus et le vagin
- ✓ Les organes génitaux externes ou vulve, formée par le mont de vénus, le clitoris, le vestibule et ses glandes, les grandes et petites lèvres.
- **Organes génitaux internes [28,29]**
- ✓ Les ovaires, sont des organes pairs situés de part et d'autre de l'utérus. Ils ont la forme d'amande, mais sont deux fois plus gros ; ils mesurent environ 4 cm de long et 2 cm de large. Chaque ovaire est maintenu en place par plusieurs ligaments dans la fourche des

vaisseaux sanguins iliaques à l'intérieur de la cavité péritonéale : le ligament propre de l'ovaire fixe l'ovaire à l'utérus ; le ligament suspenseur de l'ovaire le fixe à la paroi du bassin. Leur rôle est de sécréter les hormones ovariennes (oestradiol et progestérone) sous l'action des gonadotrophines pendant le cycle.

- ✓ Les trompes utérines ou trompes de Fallope sont des conduits musculo-membraneux mesurant environ 10-12 cm de long et qui s'étendent de l'extrémité ouverte et dilatée de l'ovaire à une portion rétrécie traversant la paroi du myomètre avant de s'ouvrir dans la cavité utérine. La trompe utérine contient des couches de tissu musculaire lisse, et sa muqueuse, pleine de replis, est composée d'un épithélium simple prismatique dont certaines cellules sont ciliées. L'ovocyte (puis le zygote – ovule fécondé) peut avancer vers l'utérus grâce au péristaltisme et aux battements rythmiques des cils. Les cellules non ciliées de la muqueuse possèdent beaucoup de microvillosités et produisent une sécrétion qui humidifie et nourrit l'ovocyte (et les spermatozoïdes, le cas échéant). Elles ont pour rôle le transport des gamètes masculins et du zygote, elles sont le siège de la fécondation (jonction isthmo-ampullaire).
- ✓ Utérus est un organe musculaire creux situé dans le bassin, entre le rectum et la base de la vessie. Il est impair et médian en forme de poire chez la femme fertile, qui reçoit les trompes de Fallope. Il est formé d'une partie la plus volumineuse de l'utérus est son corps. La partie arrondie située au-dessus du point d'insertion des trompes est le fond de l'utérus et la partie légèrement rétrécie entre le col et le corps, l'isthme de l'utérus. Le col de l'utérus, plus étroit, constitue l'orifice de l'utérus. Il fait saillie dans le vagin ; il est composé de trois tuniques : endomètre, myomètre et périmètre. Son rôle principal est la gestation qui correspond à l'implantation et au développement de l'embryon dans les sa partie antérieure ou postérieure.
- ✓ Vagin est un tube à paroi minces mesurant de 8 à 10 cm de longueur, médian qui s'étend de l'utérus à la vulve. Il relie les organes génitaux internes aux organes génitaux externes. Sa localisation est entre la vessie et le rectum. Son rôle principal permet la sortie du bébé pendant l'accouchement ainsi que l'écoulement du flux menstruel. Il constitue également l'organe de la copulation chez la femme puis qu'il reçoit le pénis (et le sperme) au cours des rapports sexuels.

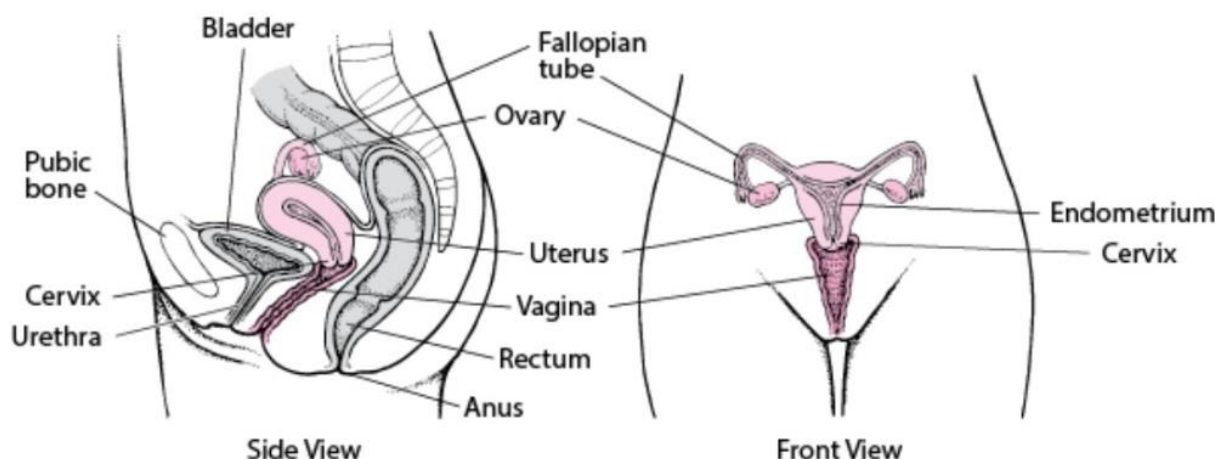


Figure 7: Vue latérale et de face des organes génitaux féminins [28]

➤ **Organes génitaux externes**

Appelés encore vulve, les organes génitaux externes comprennent : le clitoris, les petites et grandes lèvres, le vestibule et ses glandes, l'hymen et l'orifice vaginal.

- ✓ L'urètre, le vagin et les glandes de Bartholin et de Skene s'ouvrent dans le vestibule.
- ✓ Le clitoris : (en particulier le gland) est richement innervé par des terminaisons sensibles sensibles au toucher, et la stimulation tactile le fait gonfler de sang et entrer en érection ; ce phénomène contribue à l'excitation sexuelle chez la femme. À l'instar du pénis, le clitoris possède des corps érectiles postérieurs (corps caverneux) fixés par un pilier, mais il n'a pas de corps spongieux.
- ✓ Le vestibule est la fossette délimitée entre les deux petites lèvres et contient le méat urétral à l'avant et l'orifice vaginal à l'arrière. Les glandes vestibulaires principales glandes de Bartholin sont localisées de chaque côté du vestibule.
- ✓ Les petites lèvres : délimitent une fossette appelée vestibule, qui contient l'ostium externe de l'urètre à l'avant et l'orifice vaginal à l'arrière. À l'extrémité postérieure du vestibule, les petites lèvres se joignent pour former une arête appelée fourchette vulvaire. De part et d'autre de l'orifice vaginal on trouve des glandes de la grosseur d'un pois, les glandes vestibulaires majeures, ou glande de Bartholin. Ces glandes s'ouvrent de chaque côté de l'orifice vaginal et sécrètent dans le vestibule, un liquide qui l'humidifie et le lubrifie, ce qui facilite le coït. Il existe aussi des glandes vestibulaires mineures, ou glandes de Skene, qui jouent le même rôle.

- ✓ Les grandes lèvres : sont des replis de la peau qui forment les limites de la vulve et ont une face interne lisse, sans poils, alors que la face externe est tapissée par la peau revêtue de poils épais. Elles sont constituées de peau, de tissu fibreux, d'une grande quantité de tissu adipeux et contiennent des glandes sébacées et sudoripares ainsi qu'une mince couche de cellules musculaires lisses.
- ✓ Le mont de Venus : est une région adipeuse arrondie qui recouvre la symphyse pubienne. Après la puberté, cette région est recouverte de poils. Deux replis de peau adipeuse portant également des poils s'étendent vers l'arrière à partir du mont du pubis : ce sont les grandes lèvres. Elles entourent les petites lèvres, deux replis de peau mince, délicate et dépourvue de poils.
- ✓ L'hymen : qui est une fine membrane fibreuse, rarement intacte, apparaissant en lambeaux irréguliers qui bordent la partie inférieure du vagin.

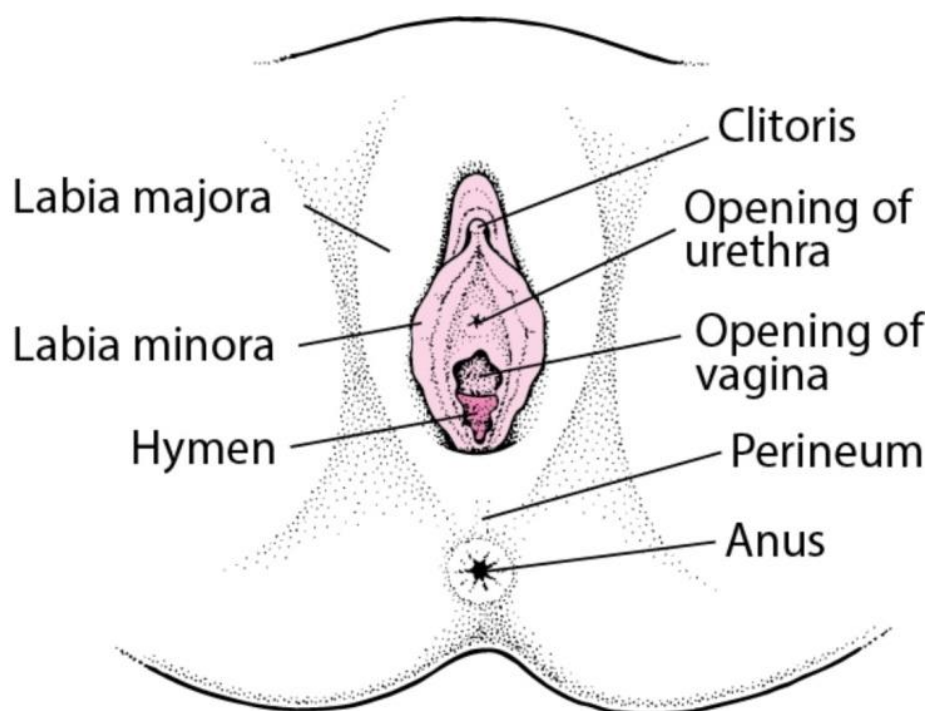


Figure 8: Vue de face des organes génitaux externes féminins [28]

II.1.5. Sexualité

II.1.5.1. Physiologie de la réponse sexuelle [30, 31]

La connaissance de la physiologie de la sexualité masculine et féminine a fait de nombreux progrès. Au début, il y'a toujours le désir qui comporte une composante biologique,

neuroendocrine et une composante psychoactive particulièrement importante chez la femme. Il existe quatre phases à la réponse sexuelle : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution.

➤ **Chez l'homme**

- ✓ L'excitation menant de la tumescence pénienne à l'érection : on observe une augmentation significative de longueur et de diamètre du pénis par engorgement des sinusoides des corps caverneux. L'élévation de la pression intra caverneuse est responsable de la rigidité du pénis et de son érection. Elle s'accompagne d'une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.
- ✓ La phase de plateau : elle est caractérisée par une rigidité maximale du pénis, une enflure du gland, une lubrification urétrale pré-éjaculatoire, une augmentation subséquente de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire. Culmine avec l'éjaculation.
- ✓ L'orgasme ou l'éjaculation : se déroule en deux temps ; le premier temps, ou phase pré expulsive, correspond à la mise en tension du sperme dans les voies génitales postérieures. Cette phase prémonitoire est perceptible par l'homme, contrôlable et réversible et le deuxième temps est la phase expulsive, elle correspond à l'expulsion du sperme. Cette phase est incontrôlable et irréversible car il s'agit d'un réflexe. L'éjaculat est éliminé en quatre à six giclées et est accompagné de contractions musculaires de 0,8 en 0,8 secondes. La fréquence cardiaque et la tension artérielle atteignent les chiffres les plus élevés.
- ✓ -La résolution avec la détumescence du pénis suivie d'une période réfractaire ; le pénis retourne au stade de flaccidité. La fréquence cardiaque et la tension artérielle retournent à leur valeur de base. Le sujet peut transpirer et éventuellement s'endormir. La période réfractaire est l'intervalle pendant lequel le sujet ne peut pas « relancer » un rapport sexuel subséquent. Cette période réfractaire est très brève chez l'adolescent et le jeune adulte. Elle s'allonge au fur et à mesure que le sujet prend de l'âge.

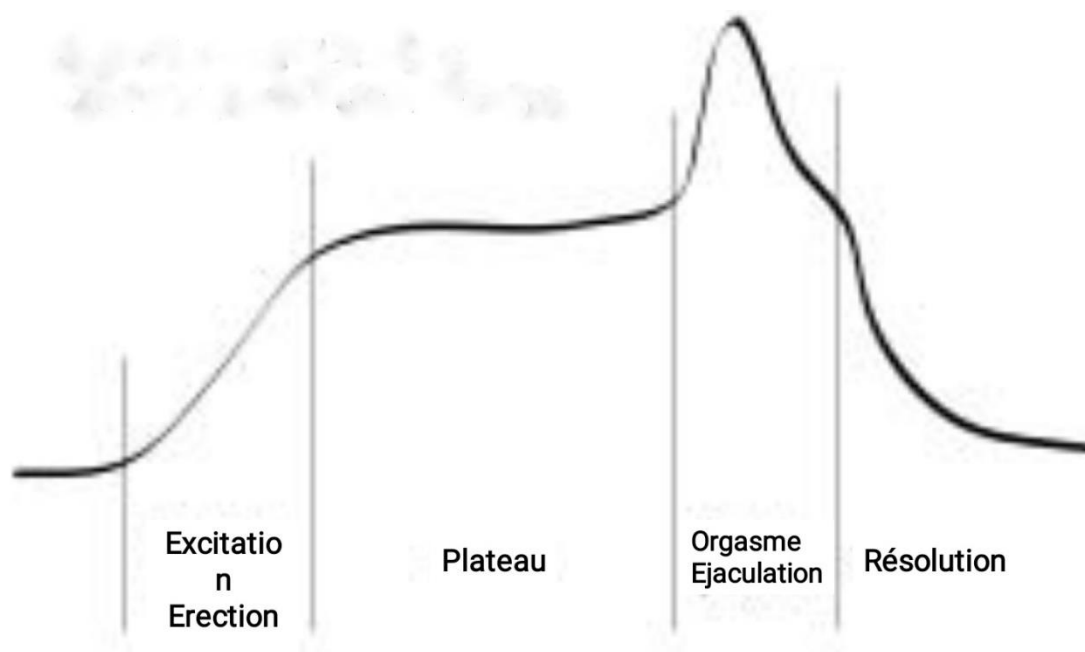


Figure 9: Cycle de la réponse sexuelle masculine [30]

➤ **Chez la femme**

En plus des quatre étapes vues chez l'homme, le désir joue un rôle capital chez la femme.

- ✓ La phase de désir : elle consiste en des fantasmes imaginaires concernant la sexualité et un désir d'accomplir un acte sexuel, c'est une composante importante de l'activité sexuelle. Les intervenants chimiques sont des hormones : dopamine, sérotonine, hormone de libération de gonadotrophine hypophysaire, testostérone. C'est une phase de préparation à l'acte sexuel.
- ✓ La phase d'excitation : sous l'action du dartos et la mise en tension des fibres élastiques, les grandes lèvres s'effacent et s'aplatissent contre le périnée, dégageant ainsi le vestibule et découvrant l'entrée de la vulve. Les petites lèvres gonflent, s'épaississent, jusqu'à 2 ou 3 fois leur état au repos, ce qui entraîne leur éversion et l'exposition de leur face interne. Le clitoris gonfle et durcit par congestion vasculaire du prépuce, du gland, des bulbes et des corps caverneux. Le corps du clitoris est le foyer principal de la réponse sexuelle. Au plus fort de l'excitation, le gland du clitoris se rétracte, remonte et se cache sous le capuchon (signe d'orgasme imminent). Les glandes de Bartholin sécrètent une faible quantité de mucus en fin d'excitation (0,5 à 1,5 ml). Chez la femme, l'excitation correspond au phénomène de lubrification. Il s'agit d'une transsudation au départ des capillaires dilatés de la muqueuse vaginale et non d'une sécrétion glandulaire. Ce fluide sert de lubrifiant pour la cinétique coïtale et neutralise l'acidité vaginale.

- ✓ La phase de plateau : la lubrification vaginale s'intensifie. Les muscles bulbo-caverneux se contractent, les bulbes s'engorgent et se raffermissent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée vaginale de 30%. Les muscles péri-vaginaux serrent la base du pénis, et le vagin prend une forme de poire. Au niveau des seins, on observe : une érection des mamelons, une tumescence de l'aréole et une augmentation du volume.
- ✓ La phase orgasmique : débute quelques secondes avant la réponse musculaire. La réponse musculaire s'exécute comme chez l'homme par des contractions musculaires de 0,8 en 0,8 secondes, en général trois ou quatre, parfois plus. Elle est avant tout une expérience émotionnelle intense, accompagnée parfois d'une éjaculation. On observe des réactions générales sympathiques (mydriase, HTA, tachycardie, horripilation, contraction aréolaire) et parasympathiques (salivation, rougeur cutanée, transpiration, vasodilatation). L'orgasme dure normalement entre 3 et 25 secondes, et est associé à une faible diminution de l'état de conscience.
- ✓ La phase de résolution : Elle caractérisée par un sentiment de relaxation mentale et physique, une détente musculaire et un sentiment de bien-être général.

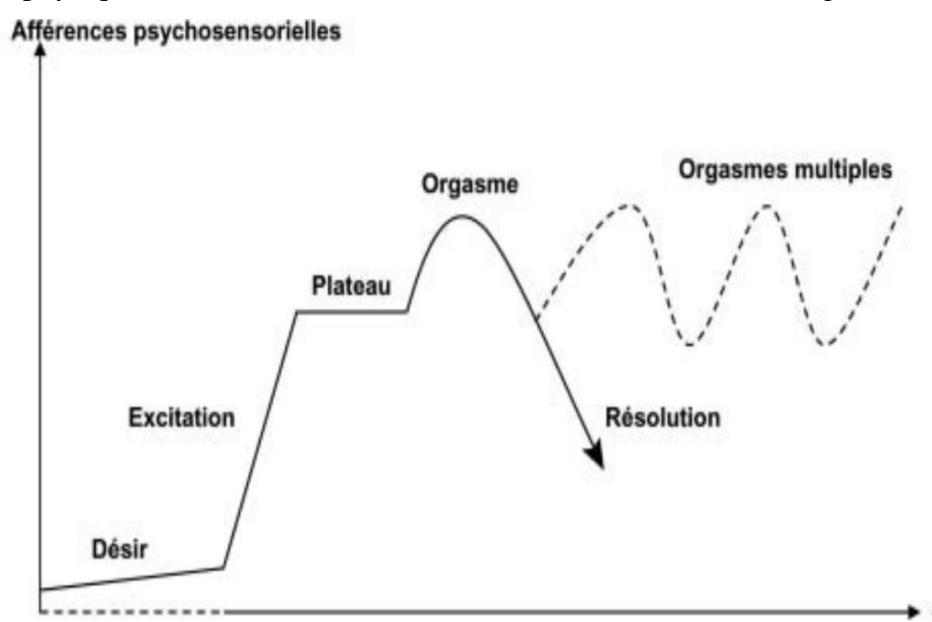


Figure 10: Cycle de la réponse sexuelle féminine [31].

II.1.5.2. Sexualité et adolescence

L'adolescence est dans la plupart des cas, une période délicate. A la recherche de sensation forte, l'adolescent prend parfois les risques dont l'entrée précoce dans la sexualité ce qui peut avoir des conséquences lourdes non seulement sur sa santé physique et psychosociale, mais aussi sur le développement socioéconomique de la société. [35] Les difficultés

comportementales auxquelles sont confrontés les adolescents font de cette phase de transition un sujet complexe qui suscite de nombreuses recherches. Une meilleure description de la vie sexuelle de l'adolescent permet de mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements sexuels des adolescents.

Les études recensées démontrent que les activités sexuelles des adolescents sont influencées par de nombreux facteurs dont : leurs relations interpersonnelles avec leurs principaux agents de socialisation (parents et amis) et à des facteurs personnels tels que : syndrome dépressif, des problèmes de comportement et bien d'autre.

➤ Facteurs personnels [37,56]

- ✓ Syndrome dépressif : pour certains jeunes, l'adolescence est marquée des changements physiques et cognitifs qui rendent difficile l'établissement des limites des troubles de l'humeur chez les adolescents [37]. Cependant comparés aux adolescents ayant préservés leur virginité, les jeunes sexuellement actifs ont de plus grandes chances d'être déprimés.
- ✓ Problème de comportement : selon la théorie du syndrome déviant les difficultés d'adaptation sont fortement liées entre elles. Les plus communs sont : les comportements antisociaux, la consommation de substances psychotropes, le mauvais rendement scolaire, l'activité sexuelle précoce et les comportements sexuels à risque. En effet plusieurs études ont effectivement rapporté de fortes associations entre ces divers comportements [37]

Les adolescents qui consomment de l'alcool de façon abusive et des drogues illicites telles que : la marijuana tend à avoir significativement plus de relations et de partenaires sexuels et à moins utiliser le préservatif [57,58]. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer le lien entre l'usage de psychotropes et les comportements sexuels à risque.

En premier lieu, on peut s'attendre à ce que les situations où les jeunes consomment des substances psychotropes offrent un contexte propice aux échanges sexuels [60].

En deuxième lieu, la désinhibition comportementale conséquente à la consommation d'alcool ou de drogue peut accroître le désir sexuel et conduire au besoin d'initier ou de céder à des avances sexuelles [56]

En troisième lieu, sous l'influence de substances psychotropes, la clarté des messages et signaux peuvent être affectés et ainsi troubler le jugement ; les jeunes peuvent alors être moins aptes à s'affirmer pour refuser les avances ou exiger le port du condom. Enfin l'usage d'alcool ou de drogue pourrait aussi constituer une excuse pour certains jeunes pour adopter des

comportements qui risqueraient autrement d'être désapprouvés comme des relations sexuelles avec des partenaires multiples : partouze

En résumé plusieurs études ont démontré la validité de la théorie du syndrome déviant qui mets en évidence le lien entre certains problèmes comportementaux tels que : l'usage de substances psychotropes et les comportements antisociaux et leur impact sur les relations sexuelles ainsi que sur la survenue des comportements sexuels à risque.

➤ Facteurs interpersonnels

Les pratiques parentales et la qualité de la relation parent-enfant : au niveau de l'environnement familial, certaines pratiques et caractéristiques de la dynamique familiale parent-enfant semblent avoir une influence sur les pratiques sexuelles des adolescents et des jeunes. Les relations familiales telles que : la supervision, le contrôle et l'établissement de limite par les parents ainsi que l'autorévélation de l'adolescent sont associés à la survenue de la première relation sexuelle ainsi qu'aux comportements sexuels à risque.

- ✓ La supervision parentale se définit comme le niveau de clarté des attentes qu'ont les parents envers leur adolescent au sujet de ses comportements (sorties et fréquentations). Les études ayant portées sur la supervision parentale ont révélé que cette pratique parentale était associée au délai de la première relation sexuelle, à un nombre moins élevé de partenaires sexuels, de même qu'à une meilleure utilisation du condom et des autres méthodes contraceptives [54,61,62]. Ces chercheurs ont mis en évidence que le niveau de connaissances des parents est le résultat de l'interaction entre le degré de révélation de soi de l'enfant et les efforts des parents pour surveiller activement et contrôler les comportements de leur enfant. En effet, la relation parent-enfant a été associée à l'abstinence, aux effets bénéfiques d'un lien harmonieux sur les pratiques sexuelles sécuritaires des adolescents. Dans le même ordre d'idées, les conflits familiaux pourraient constituer un facteur de risque de précocité sexuelle et des comportements sexuels à risque : les conflits au sein de la famille sont souvent fréquents et intenses durant la période de l'adolescence [63]. Bien que le lien spécifique entre les conflits familiaux et les pratiques sexuelles des jeunes n'est pas fait l'objet d'études approfondies, certaines ont démontré que les adolescents vivant dans les familles très conflictuelles étaient plus prédisposés à s'associer avec des pairs au comportement déviant et à adopter des comportements socialement indésirables [55,56].
- ✓ Les caractéristiques des amis : En matière de sexualité, les amis peuvent servir de modèles et d'agents facilitant ; ils peuvent procurer des conseils, offrir leur approbation

et donner accès à des contextes où les relations sexuelles peuvent être initiées. Des études ont démontré que les adolescents sont plus enclins à s'ouvrir sous l'influence de leurs pairs et ainsi leurs choix sexuels se voient influencer par leur groupe d'amis [64]. Des études ont démontré, que les caractéristiques des amis tels que : l'âge élevé, le comportement déviant avaient une influence respectivement sur le renforcement général de la violation des règles sociales [56], sur la promiscuité sexuelle, sur les débuts sexuels précoces, sur le choix du partenaire sexuel et augmente ainsi les chances de contracter une infection sexuellement transmissible [65].

Ensuite, il a été observé que le nombre d'amis de sexe opposé dans le groupe d'amis avait un effet sur le moment des débuts amoureux [66]. En effet les partenaires doivent être accessibles pour avoir des relations sexuelles et les amis de l'autre sexe sont potentiellement des partenaires pour des relations hétérosexuelles fréquentes.

En somme, les études présentées ont lié la déviance des amis à l'âge de la première relation sexuelle des jeunes mais peu d'autres caractéristiques peuvent précipiter l'âge de la première relation sexuelle.

II.1.6. Conséquences de la sexualité

Au-delà des transformations pubertaires, les adolescents vont être confrontés à travers la sexualisation du corps, à de nombreux changements qui vont les amener progressivement à de profondes perturbations dans leur identité. Le comportement sexuel de l'individu reflète les valeurs et les normes acquises de son milieu social et se situe dans un contexte donné [67].

Dans les sociétés traditionnelles africaines, les rapports sexuels sont envisagés dans le cadre de l'union conjugale [68]. Les parents apprennent aux filles les valeurs de la virginité avant le mariage, et les garçons sont initiés aux valeurs de virilité [67, 68]. Cependant l'environnement dans lequel les adolescents vivent a évolué. La croissance démographique a entraîné une augmentation du nombre de la population juvénile ; les processus d'urbanisation et de modernisation ont gravement perturbé l'environnement traditionnel des adolescents et leur lien avec la société ; les mœurs traditionnelles marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte ont été désorganisées, engendrant ainsi une puberté à un âge plus précoce, une diminution du pouvoir parental [69] et le développement des technologies de l'information et de la communication à travers les frontières culturelles a contribué à redéfinir la liberté sexuelle des adolescents les exposant ainsi aux comportements sexuels à risque.

➤ Grossesses et accouchements précoces

S'il n'existe pas de définition officielle, la grossesse précoce est le fait pour une fille pubère d'être enceinte en étant encore enfant, soit avant ses 18 ans. Ce phénomène mondial touche inégalement les filles dans les pays en voie de développement. Selon l'OMS, il y'aurait annuellement près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15-19 an, et quelque 1 million de celles âgées de moins de 15 ans qui mettent au monde des enfants. La plupart de ces naissances ont lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire notamment les pays d'Afrique subsaharienne [70,71]. Chaque année, près de 3 millions de ces adolescentes subissent des avortements à risque [70]. Ces avortements représentent l'un des principaux facteurs de risque de mortalité materno-infantile ; ils sont la deuxième cause de décès chez les adolescentes de cette tranche d'âge [70]. Les résultats de l'étude de Gorgen et al sur le comportement sexuel et attitudes des jeunes célibataires en Guinée urbaine a retrouvé des pourcentages de grossesses de 21% chez les filles scolarisées contre 17% pour celles non scolarisées [72]. Ces grossesses précoces ont des conséquences sur plusieurs domaines chez l'adolescente dont : psychosocial, scolaire et familial.

➤ **Multi partenariat sexuel**

Le multi partenariat sexuel que l'on peut définir comme le fait d'avoir plus d'un partenaire sexuel est une conséquence de l'entrée précoce dans la sexualité et il concerne plus le sexe féminin que le sexe masculin [73]. Au-delà des risques de grossesse liés au multi-partenariat sexuel, les adolescents sont exposés au risque de contracter les infections sexuellement transmissibles ; le VIH, puis de mourir des conséquences qui y sont associés [74]. Plus de deux millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH dans le monde [74,75]. Les plus forts taux de prévalence sont enregistrés en Afrique subsaharienne, soit 70% du taux mondial. Les conséquences sanitaires de cette épidémie chez les adolescents sont dramatiques, le nombre de décès liés au VIH a globalement baissé de 30% dans le monde entre 2005 et 2012, par contre il a augmenté de 50% chez les adolescents au cours de la même période [74]. Face à ces états de fait, les gouvernements avec l'appui de certains organismes, dont l'organisation mondiale de la santé (OMS), le Fond des Nations Unies pour les activités de la population (UNFPA) en partenariat avec les ONG locales se sont activement engagés dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, afin de faire d'eux des adultes informés, confiants et compétents pour une vie de qualité [74,76].

➤ **Échec et abandon scolaire**

Les échecs et les abandons scolaires figurent parmi les conséquences des comportements sexuels à risque chez les jeunes. Lorsque certains jeunes s'engagent dans l'activité sexuelle, ils perdent une part de la concentration qui aurait pu leur permettre de travailler sereinement et obtenir du succès à l'école. Les jeunes filles sont plus encore exposées aux abandons dans un système qui ne tolère pas que les adolescentes enceintes soient en contact avec les autres élèves. En effet, les études montrent une déscolarisation des adolescentes lors de leur grossesse ; 67% des adolescentes de 15-19 ans ne parviennent pas à obtenir le baccalauréat contre 34% des jeunes de plus de 20 ans et seul 12,3% des adolescentes poursuivent leur scolarité pendant leur grossesse et multiplie leur chance de la poursuivre après l'accouchement. Cependant le devenir professionnel de ces adolescentes, le fait qu'elles soient pour la plupart moins diplômées les expose à une précarité professionnelle. En effet, les différentes études montrent que la grossesse adolescente augmente le risque de chômage, d'emplois sous-payés et de pauvreté.

II.1.7. Déterminants de la sexualité

La santé sexuelle des adolescents à ce jour demeure un sujet d'une grande importance intéressant plusieurs disciplines : santé publique, psychologie, démographie, sociologie, anthropologie. De nombreuses études ont été menées dans le but d'identifier les déterminants de la sexualité des adolescents. Quelques de ceux-ci seront présentés dans cette suite.

- ✓ La biologie : elle influence l'activité sexuelle des adolescents naturellement. Selon Freud l'adolescence est le dernier stade de développement de l'individu ou encore du développement psychosexuel de l'individu ; car c'est au cours de l'adolescence que les expressions de la sexualité vont se manifester concrètement ainsi que la maturation des organes génitaux. Selon une étude, l'activité sexuelle à l'adolescence serait dépendante des hormones produites durant cette phase. Cette phase de transition délicate apporte de nombreuses modifications de l'apparence de l'individu à travers la puberté ; les pulsions sexuelles sont activées et l'individu à l'adolescence parvient à une meilleure compréhension de la réalité [77]. A travers certaines recherches réalisées dans plusieurs pays du monde comme l'Haïti, on peut constater que dès l'âge de 13 ans, les adolescents commencent à avoir d'emblée des rapports sexuels [52]. Dans une étude réalisée sur un échantillon de 1213 jeunes protestants âgés de 10-26 ans, 38% des 10-12 ans, 33% des 13-16 ans et 48% des 17-20 ans sont déjà sexuellement actifs. Par conséquent, on réalise que les modifications à l'adolescence sont un facteur d'initiation à la sexualité.

- ✓ Facteur socioculturelle et socioéconomique : pour certains sociologues, l'engagement sexuel ou non des jeunes dépend largement du milieu dans lequel ils vivent, les perceptions que la société a des relations sexuelles, du rôle assigné à l'activité sexuelle ainsi que des normes qui la régissent. La théorie générale de modernisation tente d'expliquer les tendances sexuelles actuelles des jeunes en Afrique ; l'adoption de nouveaux comportements sexuels par les jeunes s'explique par l'influence de la modernisation qui a à ce jour saper les valeurs traditionnelles en matière de sexualité qui dépendrait de l'urbanisation et de l'instruction. A côté du volet socioculturel du comportement sexuel, il y'a le volet socioéconomique qui stipule que tout comme un comportement sexuel peut être influencé par les normes sociales, il peut aussi servir de moyen pour combler d'autres besoins pour qui la relation sexuelle n'a pas été conçue. Face à la dégradation continue des conditions de vie des ménages et à l'incapacité de certains parents à subvenir aux besoins de leurs enfants et d'assumer leurs obligations vis-à-vis de leurs dépendants, avoir des rapports sexuels dans des conditions d'insécurité pour de nombreux adolescents ; faisant naître les phénomènes de « sugar daddy ». En dehors du fait que la relation sexuelle a pour but de combler un désir sexuel réciproque, l'acte sexuel sert parfois de moyen pouvant permettre d'aboutir à l'assouvissement de besoins de portée économique faisant naître le phénomène de la prostitution chez certaines jeunes filles [79].
- ✓ Influence de la modernisation et diminution du contrôle social des aînés : dans la société traditionnelle, le développement des adolescents se faisait à l'intérieur de la structure familiale. Toute leur éducation et leur apprentissage à la vie sont assurés par les aînés ou les parents à qui ils doivent respect et obéissance. Cependant, avec la vulgarisation des mœurs, le développement des nouvelles technologies de l'information ces valeurs traditionnelles ont été perdues. Si les médias peuvent permettre aux jeunes d'accroître leur connaissance et favoriser une sexualité saine, ils peuvent également être à l'origine des comportements sexuels déviants à travers des images choquantes en raison de leur indécence. Ces chaînes pornographiques qui font l'essentiel de l'activité sexuelle prémaritale poussant les jeunes à s'engager précocement dans les relations sexuelles. Des études ont été menées avec pour objectif d'évaluer l'impact de la visualisation de la pornographie sur le développement psychosexuel des adolescents ; au terme de ces études il en ressort que les consommateurs accrus des sites pornographiques sont ceux

de sexe masculin et que ces derniers l'utilisent comme outil d'éducation sexuelle. [80,81].

- ✓ Influence de la scolarisation : selon la déclaration universelle des Droits de l'Homme, l'éducation est une action incontournable qui favorise le plein épanouissement de la personnalité de l'individu [82]. La scolarisation écarte les enfants de leur milieu familial ce qui est responsable d'une diminution du contrôle physique et psychologique des parents sur leur progéniture [83]. De nombreuses études dont une menée au Maroc a démontré que malgré l'impact négatif de la scolarisation sur la relation adolescent-parent, le niveau d'instruction retarderait l'initiation à la sexualité [84].
- ✓ La communication timide entre jeunes et parents et pression des pairs : au Cameroun, la sexualité est encore un sujet tabou de mystères. Les parents ont des difficultés à aborder le sujet avec leurs enfants or l'adolescence est une période cruciale au niveau du développement des jeunes. En effet, des études menées ont démontré que l'éducation à la sexualité permet à l'individu de mieux comprendre la complexité associée à son développement, physique, émotionnel, intellectuel et sexuel ; d'apprendre à mieux se connaître afin de forger sa personnalité, d'être respectueux des droits, des opinions et des comportements des autres afin de développer des comportements positifs [85, 86]. L'absence de cette éducation sexuelle dans certains ménages selon certains auteurs est responsable d'une initiation sexuelle chez certaines jeunes filles ayant peu de connaissances sur le fonctionnement de l'appareil reproducteur, n'ayant aucune connaissance sur la sexualité ; ce qui a pour conséquence l'influence négative des pairs [87]
- ✓ La consommation de substances psychoactives : la consommation des drogues licites comme l'alcool et les drogues illicites comme la marijuana aurait un impact sur la décision d'avoir des relations sexuelles et ce particulièrement dans le cas des premiers rapports sexuels [88]. Des études ont été menées sur l'influence de la consommation de substances psychoactives sur la sexualité et les résultats ont démontré que, certaines jeunes de sexe féminin se sentaient plus attirantes, plus courageuses, plus sociales et plus entreprenantes sous l'effet de l'alcool [89]. Il apparaît que la consommation de substances est un facteur prédisposant aux comportements sexuels à risque et à une initiation sexuelle précoce.

II.2. REVUE DES PUBLICATIONS SUR LE SUJET

Diverses études ont démontré une augmentation croissante de l'initiation à la sexualité chez les adolescents. Ce phénomène s'accompagne de nombreuses conséquences notamment les comportements sexuels à risque tels que : les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et des interruptions volontaires de grossesse.

A. Dans le monde

Au Canada, selon les enquêtes canadiennes sur les enfants et les jeunes (ELNE) 13% des adolescents canadiens ont déjà vécu leur première relation sexuelle. Au Québec, 18% des adolescents de 14-15 ans, 28% de ceux de 15-17 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels d'après des études menées respectivement par Garriguet et al ainsi Rotermann et al en 2005 [90,91]

En France, d'après l'enquête de la HBSC dont l'objectif était d'éclairer les enquêtes sur l'initiation sexuelle et la survenue de comportements sexuels à risque en 2010, il en ressort de cette enquête que 9,3% des adolescents et 3,1% des adolescentes au collège ont eu leurs rapports sexuels avant 13 ans ; que 32,6% des garçons et 23,5% des filles ont eu leur rapport sexuel avant 15 ans. Ces proportions n'ont pas évolué au cours de dernières années [92]

Esther et al en 2013, ont mené une étude intitulée facteurs déterminants la santé sexuelle et reproductive des adolescents ruraux en Haïti. Il s'agit d'une étude transversale menée sur 150 adolescents, dont l'objectif était de déterminer les facteurs influençant le comportement sexuel des adolescents en zone rurale. Les résultats retrouvés comme facteurs étaient la faible situation socioéconomique, l'absence de connaissances sur les maladies sexuellement transmissibles/contraception, absence d'éducation sexuelle, absence de promotion d'utilisation de contraception et absence de structures destinés aux adolescents.[52]

En Grande-Bretagne, en 2010 Verdure.F, Rouquette.A et al ont mené une étude sur les connaissances besoins et attente des adolescents en éducation sexuelle et affective dans une population de collégiens. Le but de cette étude était de connaître leurs besoins en matière d'éducation à la sexualité. Il s'agissait d'une transversale basée sur un auto-questionnaire. Les résultats retrouvaient que 88% de ces collégiens approuvaient une initiation des cours d'éducation à la sexualité dans les programmes académiques des adolescents âgés de 10-14 ans pour retarder l'entrée précoce en sexualité pendant que 68% ne ressentaient pas le besoin de parler de sexualité.[93]

B. En Afrique

En RCA, Frédéric Kobelembe en 2013, lors d'une étude transversale sur le comportement sexuel des adolescents à Bangui auprès de 807 adolescents dont l'objectif principal était d'étudier les comportements sexuels à risque chez ces adolescents. Il a été trouvé comme résultats 48% des adolescents avaient eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans, 42,6% de ces adolescents parlaient de sexualité avec leurs parents, 53,1% discutaient de sexualité avec les amis et 60% des garçons et 40% des filles ont utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel.[94]

En Côte d'Ivoire, Mazou Hilaire en 2014, lors d'une étude intitulée comportement sexuel à risque de 413 jeunes scolarisés : une analyse des déterminants sociaux du non usage du préservatif chez les élèves du lycée de Bouaké. Le but de cette étude était de comprendre les déterminants sociaux de la non utilisation du préservatif. Les résultats qui ont été retrouvés étaient dans cette population d'étude dont l'âge moyen était 18 ans et il a été mis en évidence à travers des questionnaires que malgré une sensibilisation réalisée avant sur les risques liés aux conséquences de la non utilisation du préservatif, ces jeunes n'en n'ont pas recours lors de leurs rapports cela dû aux circonstances dans lesquels ces derniers se produisent pour la plupart animés par l'influence extérieure et par la consommation de substances psychoactives.[95]

En RDC, Jean-Marie Kalau en 2013, lors d'une étude intitulée « Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi ». Il s'agissait d'une étude observationnelle dans le but d'identifier les facteurs socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque chez des adolescents de 14-18 ans scolarisés et non scolarisés. Les résultats retrouvés étaient : 76,8% des adolescents scolarisés et 76,9% des adolescents non scolarisés avaient eu leur premier rapport avant 16 ans ; 56,9% des ados et 64,5% des ados avaient eu deux partenaires sexuels au moment de l'enquête et il a été retrouvé que les facteurs identifiés étaient le bas niveau d'instruction des parents, les conflits familiaux, la non-assistance financière et l'absence de sensibilisation sur la sexualité ses conséquences par les parents ou tuteurs.[96]

En Afrique Francophone, Rwenge en 2013, lors d'une étude intitulée « comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes et leurs facteurs associés ». L'objectif était d'analyser la prévalence des comportements sexuels à risque et leurs facteurs associés à l'aide des données de l'Enquête Démographique et de Santé auprès des adolescents et jeunes âgés de 15-24 ans, il a été retrouvé que dans certains pays d'Afrique Francophone l'âge moyen aux premiers rapports

sexuels est plus précoce chez les filles que chez les garçons, au Cameroun on retrouvait que 11,5% et 18% des adolescents étaient actifs entre 15-19 ans et 10,7% et 21,6% l'étaient entre 20-24 ans. Mais on note une amélioration dans l'utilisation des préservatifs. Les facteurs identifiés étaient familiaux, extrafamiliaux et individuels.[97]

Au Congo, J-R. Mabilia et al en 2008 dans une étude intitulée « sexualité de l'adolescent à Brazzaville ». Une étude dont le but était de mesurer l'activité sexuelle chez les adolescents et apprécier l'influence des facteurs socioculturels et économiques sur leurs comportements sexuels. Etude menée par sondage auprès de 900 adolescents a permis de retrouver : un âge moyen au premier rapport sexuel était de $14,6 \pm 1,7$ ans. Le multi partenariat s'avérait quasi-constant chez les garçons (81,3 %), alors que cette pratique s'observait chez 51,1 % des filles. Parmi les facteurs de risque de grossesse et du multi partenariat, figuraient le manque d'emploi pour la mère, la déscolarisation, la précocité des ménarches et l'absence d'éducation sexuelle. [98]

En Côte d'Ivoire, Cissé.L et al ont mené une étude sur « Facteurs associés à la sexualité précoce des élèves du collège Yada Clément de la commune de Youpougon ». Le but était d'identifier les facteurs associés à la sexualité précoce des élèves du collège. Etude menée auprès de 407 adolescents âgés de 10-15 ans. Les résultats retrouvaient que la majorité des élèves 55,30% avait un âge compris entre 14-15 ans, les élèves sexuellement actifs étaient de 35,40%. La consommation d'alcool (P value=0,0003), la possession de smartphone (Pvalue=0,0003), et la consultation de sites pornographiques (0,0001) étaient significativement associés à la sexualité précoce des élèves. Les élèves de sexe masculin ayant reçu une éducation sexuelle, de même qu'une éducation concernant des vices (notamment: l'alcool OR ajusté=2,33; IC95%=1,393,89), les films pornographiques OR ajusté=4,65; IC95%=2,94-7,43), et la possession de smartphone OR ajusté =2,06; 1C95%=32-3,22) constituaient la cible la plus exposée aux comportements sexuels à risque et aux conséquences qui en découlent [99].

En République du Bénin, Dangbenmey et al en 2020 ont mené une étude intitulée « pratiques sexuelles des adolescents et jeunes des collèges d'enseignement de Cotonou ». L'objectif de cette étude était d'explorer la pratique de la sexualité de ces adolescents. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive auprès d'adolescents âgés de 10-24 ans. Les résultats retrouvés étaient une moyenne d'âge de 19 ans avec des extrêmes de 12 à 24 ans ; 43,5% des enquêtés avaient déjà eu un rapport sexuel et cet avant l'âge de 18 ans. Le partenaire sexuel était occasionnel dans 29,7 % et l'envie sexuelle a été la motivation dans 68 %. Les rapports sexuels étaient non protégés dans 80 %.[100]

Au Burkina Faso, Cletus.C et al en 2016 ont réalisé une étude sur « la prise de risque chez les jeunes de Bobo Dioulasso : analyse des facteurs associés à la précocité et au multi partenariat sexuel » dans une population de 573 jeunes âgés de 15-24 ans. L'objectif de l'étude était d'analyser les facteurs associés à la précocité sexuelle. Il s'agissait d'une étude quantitative et transversale. Les résultats retrouvés étaient une prévalence de la sexualité retrouvée chez ces jeunes était de 54% soit la moitié des enquêtés était déjà sexuellement actifs dont 14% avant 16 ans et 24% de ces jeunes avait plusieurs partenaires sexuels et les déterminants de la précocité sexuelle et du multi partenariat étaient l'âge, le sexe, le niveau d'étude ainsi que la situation économique des parents. Les données avaient aussi montré que les rapports sexuels trop précoces étaient associés au multi partenariat sexuel ($p < 0,005$) [101].

C. Au Cameroun

À Yaoundé et Douala, Meguieze et al ont mené une étude en 2022 intitulée « **Initiation sexuelle chez les élèves de 08 établissements** ». L'objectif de cette étude descriptive avec collecte de données prospective était de décrire les circonstances d'initiation sexuelle des adolescents âgés de 10-19 ans dans ces deux villes. Sur 1 274 adolescents qui ont été inclus. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de $15,54 \pm 2,35$ ans. Dans 84,1% des cas, le premier rapport sexuel était consentant. Dans la majorité des cas, le partenaire sexuel était qualifié de petit ami (69,7%) et la maison familiale était le lieu le plus fréquent. Les rapports sexuels précoces étaient fortement associés au sexe masculin. La maison familiale était associée aux rapports sexuels consentants. [5]

Dans la ville de Bandjoun, Todem Djijou en 2004 a mené une étude intitulée « facteurs associés à l'activité sexuelle prémaritale chez les adolescents ». Le but de cette étude était d'examiner les facteurs associés à l'initiation sexuelle et d'analyser les facteurs différenciant cette initiation chez les hommes et chez les femmes. Les facteurs biologiques, familiaux, scolaires peuvent influencer l'âge des premiers rapports sexuels. Les dimensions sociodémographique, socioculturelles et socioéconomiques (l'âge, le genre, le niveau d'instruction et le niveau économique des parents)[102].

Dans la ville de Yaoundé, en 2018 Mbame et al ont mené une étude intitulée « les déterminants d'utilisation du préservatif chez les élèves du lycée de Mimboman ». Le but de cette étude était d'identifier les déterminants de l'intention d'utiliser le préservatif dans un échantillon de 134 élèves de ce lycée. Au cours de cette étude descriptive d'association, il a été

mis en évidence que l'intention d'utiliser le préservatif serait influencer par les attitudes, les normes sociales et la perception du comportement vis-à-vis de l'utilisation du préservatif.[103]

En 2013, Rwenge a mené une étude intitulée de « la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque chez les adolescents et jeunes ». Le but de cette étude qui était descriptive analytique avec régression logistique était de décrire et analyser les déterminants associés aux comportements à risque chez 7114 adolescents âgés de 15-24 ans. Les résultats ont mis en évidence une entrée précoce dans la sexualité avec comme déterminants socioculturels (ethnie), familiale (absence d'éducation à la sexualité), extra-familiales (niveau d'instruction, exposition aux médias) qui influencent la survenue de comportement sexuel à risque chez les adolescents.[104].

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique avec collecte prospective des données.

III.2. SITE DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée dans les 08 districts de santé de la ville de Yaoundé, capitale politique du Cameroun. La ville est située dans la région du Centre et est le chef-lieu de circonscriptions administratives et politiques. Elle est subdivisée sur le plan administratif en 07 arrondissements et sur le plan sanitaire en 08 districts de santé ; la ville s'étend sur 304 Km² avec une population de 2.765.000 habitants.

Les différents districts sont présentés comme suit :

- District de Santé de Biyem-assi : appartient à la commune d'arrondissement de Yaoundé VI. Elle est constituée de nombreux quartiers et dont la population est de 268.428 habitants.
- District de Santé de la Cité verte : quartier résidentiel de la commune d'arrondissement de Yaoundé II, elle s'étend au centre de la ville. Elle est constituée de 16 quartiers et dont la population est de 238.927 habitants.
- District de Santé de Djoungolo : quartier résidentiel de la commune d'arrondissement de Yaoundé I et dont la population est de 281.586 habitants.
- District de Santé d'Efoulan : appartient à la commune de Yaoundé III et dont la population est de 252.501 habitants.
- District de Santé de Mvog-ada : appartient à la commune de Yaoundé V dont la population est de 265.087 habitants
- District de Santé de Nkoldongo : appartient à la commune de Yaoundé IV dont la population est de 477.350 habitants.
- District de Santé de Nkolbisson : appartient à la commune de Yaoundé VII et dont la population est de 97.997 habitants
- District de Santé d'Odza : appartient à la commune de Yaoundé IV.

III.3. DURÉE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée de Novembre 2023 à Juin 2024, soit une durée de 8 mois et la période de collecte de données était de Février 2024 à Avril 2024 soit 3 mois.

III.4. POPULATION D'ÉTUDE

a. Population source

Il s'agissait des adolescents âgés entre 10-19 ans exerçant des petits métiers dans les 08 districts de santé de la ville de Yaoundé.

b. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans cette étude :

- ✓ Tout adolescent exerçant un petit métier dont l'âge était compris entre 10-19 ans et ayant consenti de participer à notre étude.
- ✓ Consentement et assentiment donné.

c. Critères d'exclusion

Étaient exclu :

- ✓ Tout adolescent présentant un handicap (surdité ou perte de la parole).
- ✓ Tout adolescent dont les données étaient inexploitable.

III.5. ÉCHANTILLONNAGE

a. Type d'échantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage consécutif et non exhaustif.

b. Taille de l'échantillon

Suivant la méthode Cochran, la taille de l'échantillon était :

$$N = \frac{Z^2 * P(1-p)}{e^2}$$

N : Taille de l'échantillon

Z : Paramètre lié au risque d'erreur au seuil de 5% soit 1,96

p : proportion des personnes enquêtées ayant été estimé à 50% soit 0,5

Q : 1-P = 0,5

e : précision absolue souhaitée exprimée en fraction de 1 (e égal à 0,05)

-Application numérique :

$$N = (1,96 * 1,96 * 0,5(1-0,5)) / (0,05 * 0,05) = 384,57 ;$$

Pour ces valeurs, la taille minimale de l'échantillon était **n = 384 adolescents dans la ville de Yaoundé.**

III.6. MATÉRIEL ET RESSOURCES HUMAINES

a. Ressources humaines

- ✓ L'investigateur principal
- ✓ Une équipe d'encadrement
- ✓ Un statisticien

b. Ressources matériels

- ✓ Matériel de collecte de données : Des fiches de collecte de données anonymes
- ✓ Une notice d'informations ;
- ✓ Une fiche de consentement éclairée (parentale et individuel) ;
- ✓ Matériel de bureau : stylos à bille, crayons, gommes et rames de papier.
- ✓ Matériel d'analyse de données : Microsoft office version 2016, logiciel SPSS, ordinateur portable et clé USB

III.7. PROCEDURE

a. Procédure administrative

Après validation du protocole de recherche par nos encadreur, un dossier pour l'obtention de la claiance éthique a été déposé auprès du Comité Institutionnelle d'Ethique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I qui a approuvé l'étude sous le numéro 1010/UY1/FMSB. Nous avons également obtenu une autorisation de recherche de la Délégation Régionale de la Santé du Centre ainsi qu'une claiance éthique délivrée par le Comité Régionale d'Ethique et de recherche en Santé Humaine sous le numéro 0372/CRERSHC/2024.

b. Recrutement et collecte des données

La technique de collecte de données utilisée était une enquête par questionnaire anonyme et rempli avec les renseignements du participant. Les lieux ciblés afin de recruter les adolescents pour cette étude étaient les structures de formation dans les différents petits métiers notamment : les marchés, les salons de coiffure, les ateliers de couture/ soudure et bien d'autres.

Le processus de recrutement a commencé par :

- Le tirage au hasard des quartiers avec pour objectif deux quartiers par district de santé ; nous avons défini une taille minimale de 50 adolescents par grappe.
- Après le tirage des quartiers, nous avons procédé à l'élaboration de notre itinéraire de marche suivant la route principale en prenant pour repère l'hôpital de district.

- Nous avons procédé à une séance de test du questionnaire auprès de 10 adolescents qui n'appartenaient à aucun des quartiers sélectionnés.

Nous avons ensuite procédé à la phase de collecte.

Elle s'est faite à travers un interview initié après le respect de ces étapes :

- Présenter notre étude : but, avantage et inconvénient
- Consentement et assentiment lu et approuvé
- Rappel sur la confidentialité et l'anonymat du questionnaire

La fiche de collecte de données comportait :

- ✓ Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, occupation, lieu de résidence, district de santé, religion, typologie de la famille, niveau d'instruction.
- ✓ Variables comportementales/ mode de vie : consommation de substances psychoactives, utilisation de smartphone et exposition à l'internet, éducation parentale sur la sexualité, fréquentation de Bar/ snack.
- ✓ Caractéristiques du premier rapport sexuel : notion de rapport sexuel, âge de début, nature des relations entretenues, circonstances environnant le 1^{er} rapport sexuel (notion de consentement, lieu, notion de protection, consommation d'alcool/drogues).
- ✓ Caractéristiques des pratiques sexuelles actuelles : nombre de partenaires cumulés et actuels, fréquence mensuelle des rapports sexuels, lieux habituels des rapports sexuels.

III.8. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été collectées, saisies et codées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. 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 ont été exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsqu'elles ont suivi une distribution normale sinon elles ont été exprimées en médiane avec le premier et troisième quartile. Nous avons effectué une analyse univariée puis multivariée par la méthode de régression logistique binaire pour rechercher les facteurs associés à la sexualité précoce. La force d'association a été 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 qui ont été réalisés à travers les logiciels d'application de Microsoft Word 2016.

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. Recrutement de la population d'étude

La présente étude s'est déroulée dans les quartiers de Districts de Santé de la ville de Yaoundé à savoir : Biyem-assi (simbock et mendong) ; Cité verte (mokolo, briqueterie) ; Djoungolo (emana, nlongkak) ; Efoulan (obili et ngoa ekele) ; Nkolbisson (oyomabang) ; Nkoldongo (mvog-mbi et etam-bafia) ; Mvog-ada (ngona et nkolmesseng) ; Odza (awaie et ekounou).

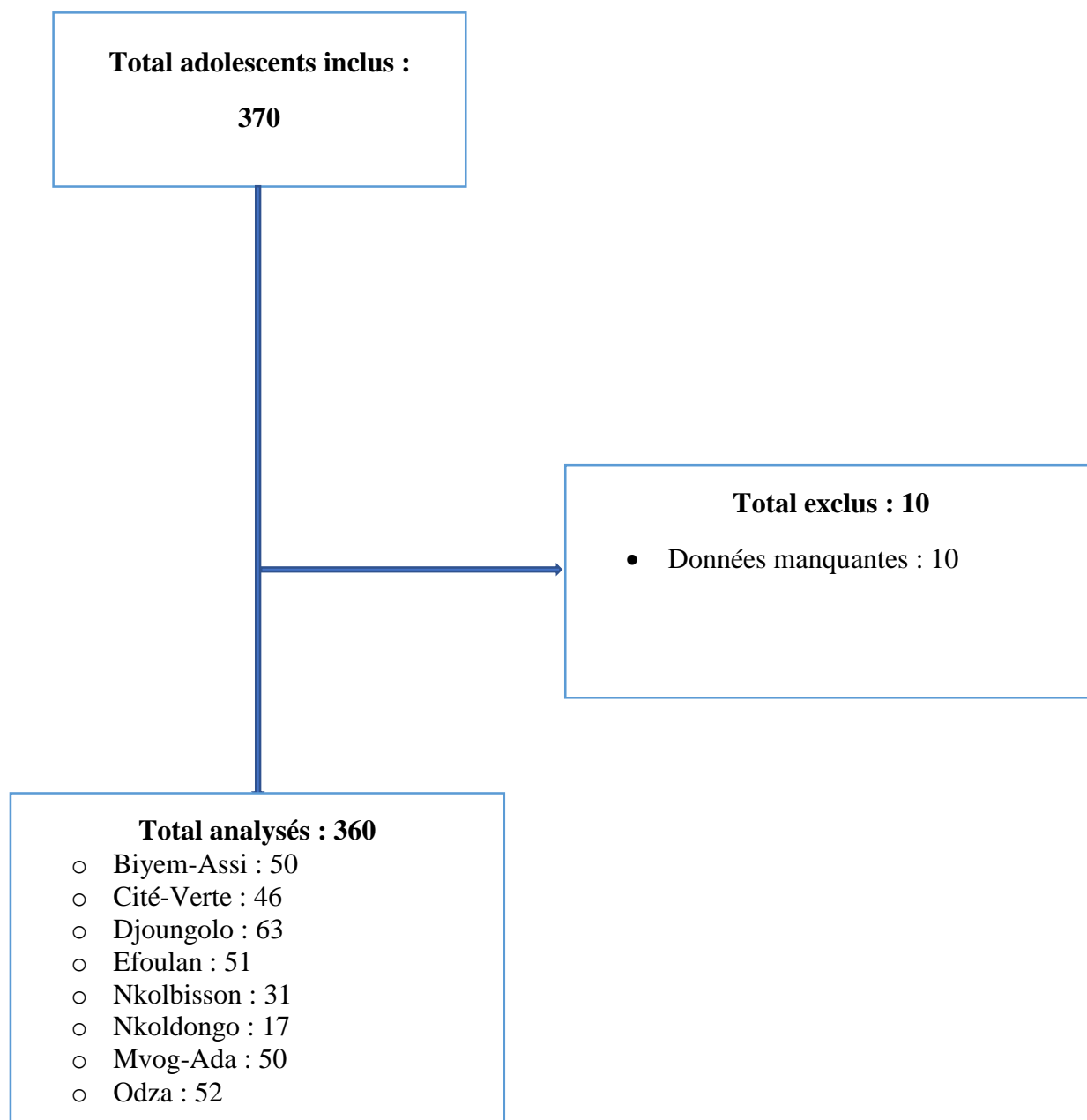


Figure 11: Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

IV.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

IV.2.1. Age, sexe, scolarisation et notion de couple

L'âge moyen des participants était de $17,93 \pm 1,56$ ans avec des extrêmes de 11 et 19 ans. La majorité d'entre eux était âgée entre 18 et 19 ans (72,8%) et de sexe masculin (61,7%), soit un sexe-ratio de 1,61. Nous avons retrouvé que 95,8% des participants avaient été scolarisés. S'agissant de la notion de couple, 58,9% des cas avaient un petit ami au moment de l'enquête comme le montre le tableau I ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs (N=360)	Fréquence (%)
Tranches d'âges (années)		
10-11	2	0,6
12-13	5	1,4
14-15	24	6,7
16-17	67	18,6
18-19	262	72,8
Sexe		
Masculin	222	61,7
Féminin	138	38,3
Scolarisation		
Oui	345	95,8
Non	15	4,2
En couple		
Oui	212	58,9
Non	148	41,1

IV.2.2. Niveau d'étude et petits métiers réalisés

Le tableau II ci-dessus montre que la plupart des participants avait un niveau d'étude secondaire (59,2%) et réalisaient comme petits métiers : le commerce ambulant (20,0%) et les apprentis employés (couture, coiffure, esthétique etc...) 51,8%.

Tableau 2: Répartition de la population en fonction du niveau d'étude et des petits métiers réalisés

Variables	Effectifs (N=360)	Fréquence (%)
Niveau d'étude		
Primaire	13	3,6
Secondaire	213	59,2
Supérieur	134	37,2
Petits métiers effectués		
Commerçant	72	20,0
Apprenti couturier	46	12,7
Apprenti coiffeur	44	12,1
Apprenti en soins corporels	36	10
Apprenti chaudonier	22	6,1
Apprenti mécanicien	20	5,6
Apprenti électricien	19	5,3
Laveur automobile	16	4,4
Apprenti vitrier	12	3,3
Apprenti serveur	11	3,1
Aide maçon	11	3,1
Apprenti menuisier	11	3,1
Aide secrétariat	7	1,9
Apprenti agent commercial	5	1,4
Call-boxeur	5	1,4
Coordonnier	5	1,4
Mototaximan	4	1,1
Apprenti pâtissier	2	0,6
Apprenti peintre	1	0,3
Caissière	1	0,3
Autres	10	2,8

IV.3. Mode de vie de la population d'étude

IV.3.1. Consommation de substances psychoactives

La fréquence de consommation de substances psychoactives était de 50,8%, dominée par les prises d'alcool (47,5%) comme drogues licites, et la consommation de chicha (11,1%) comme drogues illicites (tableau III).

Tableau 3 : Répartition des adolescents en fonction de la consommation de substances

Variables	Effectif (N=360)	Fréquence (%)
Consommation de substances psychoactives		
Oui	183	50,8
Non	177	49,2
Drogues licites	174	51,7
Alcool	171	47,5
Tabac	21	5,8
Drogues illicites	46	12,8
Chicha	40	11,1
Cannabis	11	3,1
Cocaïne	4	1,1

IV.2.3.2. Autre mode de vie

Le tableau IV ci-dessous montre que 44,4% des participants consultaient des sites pornographiques, 58,9% regardaient des scènes érotiques à la télévision et 72,2% discutaient de sexualité avec le sexe opposé. Quant à la fréquentation des BAR/Snack BAR, elle était retrouvée dans 39,7% des cas. S'agissant des conseils sur la sexualité par leurs proches, 52,8% en recevaient.

Tableau 4 : Répartition de la population en fonction des autres modes de vie

	Effectif (N=360)	Fréquence (%)
Accès internet		
Oui	309	85,8
Non	51	14,2
Consultation de site pornographique		
Oui	160	44,4
Non	200	55,6
Télévision aux scènes érotiques		
Oui	212	58,9
Non	148	41,1
Conseil sur la sexualité		
Oui	190	52,8
Non	169	46,9
Fréquentation de bar		
Oui	143	39,7
Non	217	60,3
Discussion de la sexualité avec le sexe opposé		
Oui	260	72,2
Non	100	27,8

IV.4. Caractéristiques de la sexualité primaire de la population d'étude

IV.4.1. Taux de participants sexuellement actifs

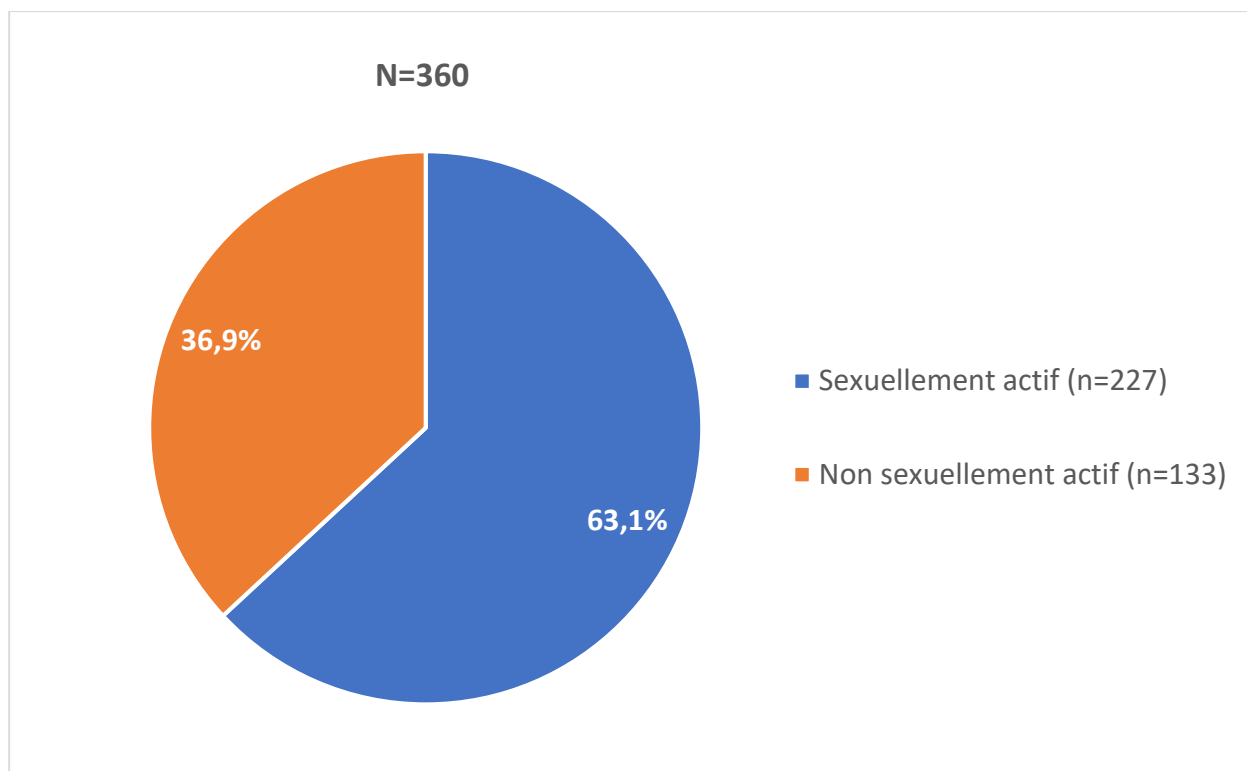


Figure 12: Distribution de la population en fonction de la sexualité active

La figure 2 ci-dessus montre que 227 participants avaient déjà eu un rapport sexuel, soit 63,1% des cas.

IV.4.1.1. Age au 1^{er} rapport sexuel

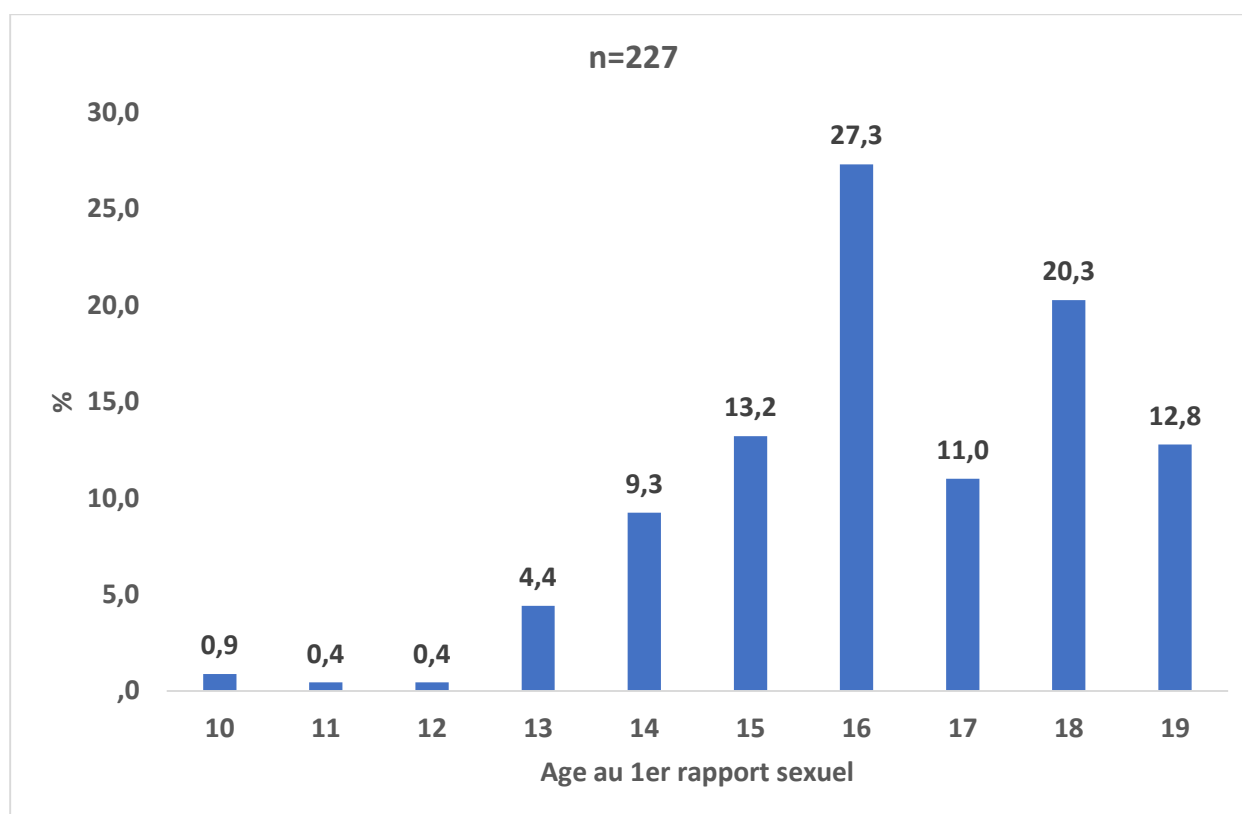


Figure 13: Distribution de la population en fonction de l'âge au 1^{er} rapport sexuel

L'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel était de $16,36 \pm 1,83$ ans, avec des extrêmes de 10 et 19 ans. La fréquence de sexualité précoce c'est-à-dire avant le 16^{ème} anniversaire, était de 28,6% (figure 3).

IV.4.1.2. Caractéristiques du 1^{er} rapport sexuel

Les caractéristiques du 1^{er} rapport étudiées retrouvaient que la quasi-totalité soit 96,5% était consentant à ce rapport malgré la prise de substances psychoactives retrouvées dans 7,0% des cas avant l'acte sexuel. Le domicile familial représentait le lieu du premier rapport sexuel dans la majorité des cas (84,6%) qui s'est déroulée avec le petit ami (63,4%).

**Tableau 5 : Répartition de la population sexuellement active en fonction des
caractéristiques du 1^{er} rapport sexuel**

Variables	Effectif (n=227)	Fréquence (%)
Consentement au rapport sexuel		
Oui	219	96,5
Non	8	3,5
Consommation de drogues avant le rapport sexuel		
Oui	16	7,0
Non	211	93,0
Lieu du rapport sexuel		
Maison/chambre familiale	192	84,6
Lieux publiques	19	8,4
Ecole	11	4,8
Autres	5	2,2
Statut du partenaire sexuel		
Petit ami ou petite amie	144	63,4
Camarade/ami ou amie	68	30,0
Adulte	8	3,5
Personne apparentée	5	2,2
Autres	2	0,8

IV.4.1.3. Raison du 1^{er} rapport sexuel

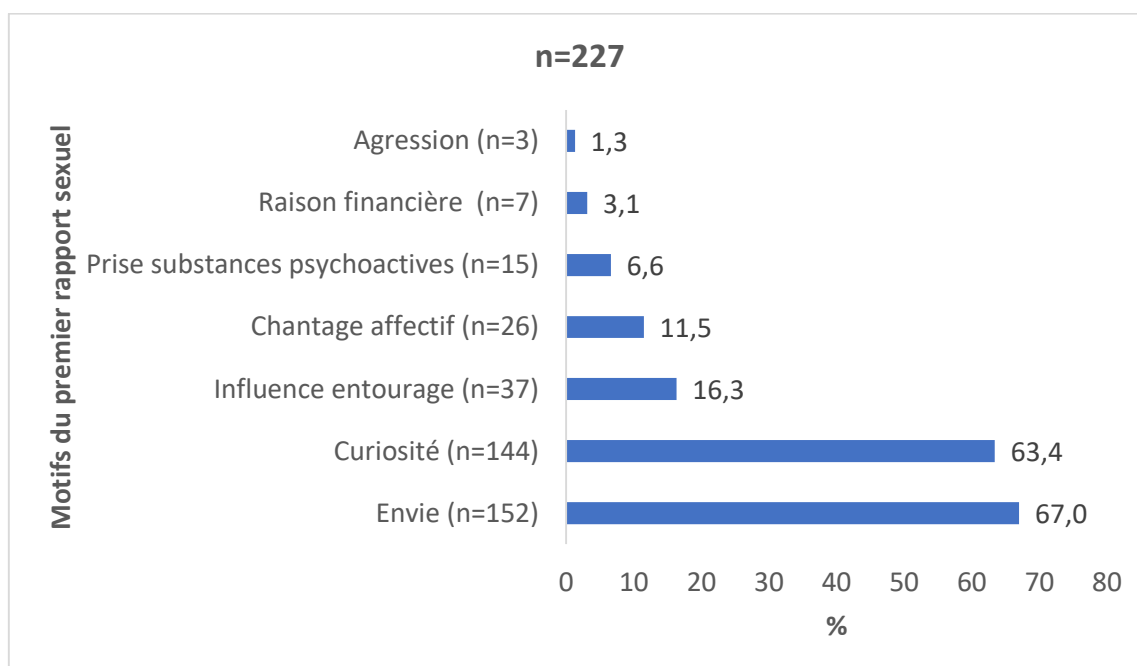


Figure 14: Distribution de la population sexuellement active en fonction du motif du rapport sexuel

Les participants déclaraient que l'entrée en sexualité était principalement due à l'envie (67,0%) ou la curiosité de découvrir le plaisir sexuel (63,4%). (Figure 4)

IV.4.1.4. Caractéristiques de la sexualité actuelle de la population d'étude

Plus de la moitié des participants cumulait au moins 4 partenaires sexuels depuis le début de l'activité sexuel, soit 56,5%. Le nombre actuel de partenaires sexuels était de 1 dans la majorité des cas, soit 60,8% contre 9,3% (n=21) n'ayant aucun partenaire sexuel actuellement. La plupart avaient entre 1 et 4 rapports sexuels par mois (70,9%) et le sexe vaginal constituait la principale pratique sexuelle (98,5%). Par ailleurs, le domicile familial constituait le lieu fréquent des actes sexuels, soit dans 99,0% (tableau VI).

Tableau 6 : Répartition de la population sexuellement active en fonction des caractéristiques sexuelles actuelles

Variables	Effectifs	Fréquence (%)
Partenaires sexuels cumulés (n=227)		
1	38	16,7
2-3	61	26,9
4-5	46	20,3
6-9	46	20,3
≥ 10	36	15,9
Partenaires sexuels actuels (n=227)		
Aucun	21	9,3
1	138	60,8
2	29	12,8
≥ 3	39	6,6
Fréquence mensuelle des rapports sexuels (n=206)		
< 1	1	,5
1-4	146	70,9
5-9	46	22,3
≥ 10	14	6,3
Pratiques sexuelles actuelles (n=206)		
Sexe vaginal	203	98,5
Sexe oral	117	56,8
Sexe anal	11	5,3
Utilisation des jouets sexuels	4	1,9
Lieux fréquents des rapports (n=206)		
Maison	204	99,0
Motel/Hôtel	13	6,3
Lieux publics	13	6,3
Autres	15	7,3

IV.5. Facteurs associés à la sexualité de la population d'étude

IV.5.1. Analyse univariée

Les participants âgés entre 18 et 19 ans avaient un risque multiplié par 7,8 d'avoir d'entrée en sexualité ($p < 0,001$). De même, ceux vivant seuls et en couple étaient également exposés, soit respectivement un risque multiplié par 4,2 et 8,20 d'entrée en sexualité ($p < 0,001$).

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques associées à la sexualité

Variables	Sexualité	Absence de sexualité	OR	Valeur
	N=227 ; n(%)	N=133 ; n(%)	(IC à 95%)	p
Tranches d'âges (années)				
10-13	0 (0,0)	7 (100,0)	/	0,001
14-15	1 (4,2)	23 (95,8)	0,02 (0,00-0,15)	< 0,001
16-17	27 (40,3)	40 (59,7)	0,31 (0,18-0,54)	< 0,001
18-19	199 (76,0)	63 (24,0)	7,89 (4,68-13,30)	< 0,001
Sexe				
Masculin	142 (64,0)	80 (36,0)	1,10 (0,71-1,71)	0,366
Féminin	85 (61,6)	53 (38,4)	1	
Scolarisation				
Oui	221 (64,1)	124 (35,9)	2,67 (0,93-7,68)	0,055
Non	6 (40,0)	9 (60,0)	1	
Typologie de la famille				
Biparentale	80 (53,3)	70 (46,7)	0,49 (0,31-0,75)	0,001
Monoparentale	33 (64,7)	18 (35,3)	1,08 (0,58-2,01)	0,461
Grands parents	16 (80,0)	4 (20,0)	2,44 (0,80-7,47)	0,081
Tuteurs	40 (56,3)	31 (43,7)	0,70 (0,41-1,19)	0,121
Seul	58 (85,3)	10 (14,7)	4,22 (2,07-8,58)	< 0,001
Notion de couple				
Oui	174 (82,1)	38 (17,9)	8,20 (5,04-13,34)	< 0,001
Non	53 (35,8)	95 (64,2)		

S'agissant du mode de vie, l'absence de consommation de drogues était un facteur protecteur d'entrée en sexualité (**OR : 0,15 ; p < 0,001**). Les modes de vie à risque d'entrée en sexualité étaient l'accès à internet, la consultation des sites pornographiques, la télévision des scènes érotiques, la fréquentation des BAR et les discussions sur la sexualité avec le sexe opposé (**p < 0,001**). (Tableau VIII)

Tableau 8: Mode de vie associée à la sexualité

Variables	Sexualité	Absence de sexualité	OR	Valeur
	N=227 ; n(%)	N=133 ; n(%)	(IC à 95%)	p
Consommation de drogues				
Aucune	80 (43,7)	103 (56,3)	0,15 (0,09-0,25)	< 0,001
Drogues licites	145 (83,3)	29 (16,7)	6,34 (3,87-10,37)	< 0,001
Drogues illicites	43 (93,5)	3 (6,5)	10,12 (3,07-33,34)	< 0,001
Autres modes de vie				
Accès à internet	211 (68,3)	98 (31,7)	4,71 (2,48-8,91)	< 0,001
Consultation des sites pornographiques	126 (79,2)	33 (20,8)	3,78 (2,35-6,06)	< 0,001
Télévision des scènes érotiques	150 (70,8)	62 (29,2)	2,23 (1,44-3,45)	< 0,001
Fréquentation BAR/Snack BAR	125 (87,4)	18 (12,6)	7,83 (4,46-13,72)	< 0,001
Discussion de la sexualité avec le sexe opposé	199 (76,5)	61 (23,5)	8,38 (4,97-14,14)	< 0,001
Conseil sur la sexualité	122 (64,2)	68 (35,8)	1,12 (0,73-1,72)	0,339

IV.5.2. Analyse multivariée : régression logistique binaire

Après analyse multivariée par la méthode de régression logistique binaire, les facteurs indépendants à risque de sexualité étaient l'âge compris entre 18 et 19 ans (**ORa : 4,75 ; p ajustée < 0,001**), le vécu seul (**Ora : 4,74 ; p ajustée = 0,002**), être en couple (**ORa : 4,49 ; p ajustée < 0,001**), la consommation de drogues (**ORa : 2,15 ; p ajustée = 0,044**), la consultation des sites pornographiques (**ORa : 2,27 ; p ajustée = 0,016**), la fréquentation des BAR/Snack BAR (**ORa : 2,32 ; p ajustée = 0,043**) et la discussion de la sexualité avec le sexe opposé (**ORa : 3,51 ; p ajustée = 0,001**). (Tableau IX)

Tableau 9 : Facteurs indépendants de la sexualité

Variables	Sexualité	Absence de sexualité	ORa	Valeur
	N=227 ; n(%)	N=133 ; n(%)	(IC à 95%)	p ajustée
Tranches d'âges (années)				
18-19	199 (76,0)	63 (24,0)	4,75 (2,38-9,50)	< 0,001
Typologie de la famille				
Seul	58 (85,3)	10 (14,7)	4,74 (1,76-12,76)	0,002
Notion de couple				
Oui	174 (82,1)	38 (17,9)	4,49 (2,44-8,25)	< 0,001
Modes de vie				
Consommation de drogues	147 (83,1)	30 (16,9)	2,15 (1,02-4,52)	0,044
Accès à internet	211 (68,3)	98 (31,7)	0,42 (0,14-1,27)	0,126
Consultation des sites pornographiques	126 (79,2)	33 (20,8)	2,27 (1,16-4,45)	0,016
Télévision des scènes érotiques	150 (70,8)	62 (29,2)	1,74 (0,93-3,26)	0,082
Fréquentation BAR/Snack BAR	125 (87,4)	18 (12,6)	2,32 (1,02-5,28)	0,043
Discussion de la sexualité avec le sexe opposé	199 (76,5)	61 (23,5)	3,51 (1,66-7,42)	0,001

DISCUSSION

La présente étude était descriptive et analytique sur une population de 360 adolescents ayant remplis tous les critères d'inclusion résidant dans la ville de Yaoundé. La sexualité à ce jour demeure un sujet tabou mais il est primordial d'en parler surtout auprès des adolescents devant les conséquences qu'elle entraîne. Dans notre étude dont l'objectif principal était d'identifier les déterminants de la sexualité des adolescents exerçant les petits métiers. Nos résultats ont montré que 63,1% des participants était déjà sexuellement actifs avec un âge moyen à la première expérience de 16,36 ans et enfin les facteurs associés à cette initiation sexuelle étaient : l'âge, le fait d'être en couple, de vivre seul, de consulter les sites pornographiques et de discuter de sexualité avec le sexe opposé.

➤ **Limites de l'étude.**

Les limites de notre étude étaient :

La taille minimale par grappe calculée n'a pas été atteinte.

V. Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population d'étude.

V.1.1. Age, sexe, niveau d'étude.

V.1.1.1. Age.

L'âge moyen des adolescents était de 17,93 +/- 1,56 ans avec des extrêmes de 11 et 19 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 18-19 ans (72,8%). Dans l'EDS 2018, l'on retrouve également la prédominance de cette tranche d'âge (49%) [11]. La prépondérance de cet âge était dû au fait qu'ils entament la vie adulte et sont appelés à faire des petits métiers générateurs de revenue.

V.1.1.2. Sexe.

Les adolescents de sexe masculin étaient plus fréquents (61,7%), avec un sexe ratio H/F de 1,61. Ce résultat est similaire à celui de Fatoumata et al en 2017 au Sénégal qui retrouvait lors d'une étude un pourcentage de participation de 65% contre 35% en faveur des garçons.

Ces données s'expliqueraient par le fait que dans une société donnée, les attentes sont différentes en ce qui concerne la conduite de l'homme et de la femme, leurs caractéristiques et leurs rôles sur le plan socioculturel cependant dans le contexte de l'étude cela est dû au fait que la plupart des adolescentes trouvaient les questions trop intimes malgré l'anonymat du questionnaire.

V.1.1.3. Motif d'arrêt scolaire.

L'arrêt scolaire se faisait plus au second cycle soit au secondaire (59,2%). Ses données sont similaires à celles retrouvées dans l'EDS 2018 où la plupart des adolescents ne complétait pas leur niveau secondaire (51%) [11]. Les adolescents atteignent rarement le niveau supérieur cela dû à de nombreux facteurs dont : le désir d'affranchissement, sexualité active qui conduit aux grossesses et mariages précoces, la situation familiale conflictuelle et le faible niveau d'instruction des parents et faible revenu des parents [105].

V.1.2. Occupation, statut relationnel et consommation de substances psychoactives.

V.1.2.1. Occupation.

Notre étude a retrouvé que 20% des adolescents exerçaient le commerce ambulant et 51,8% était des apprentis employés (couture, coiffure, esthétique). Ce résultat rejoint celui d'Alassane.G et al en 2017 qui a retrouvé 43% des adolescents déscolarisés effectuaient des métiers du secteur informel. Ce constat peut s'expliquer par les offres réduites que le manque de qualification professionnelle apporte à ces adolescents et à l'indépendance financière que ces petits métiers donnent aux adolescents.

V.1.2.2. Statut relationnel.

Notre étude retrouvait que 58,9% des adolescents interrogés étaient en couple. Ce résultat se rapprochait de celui d'Eboutou et al qui retrouvait que 60,8% des adolescents de leur étude était en couple [106]. Ce fait peut s'expliquer par l'occidentalisation des mœurs.

V.1.2.3. Consommation de substances psychoactives.

La fréquence de consommation des drogues était de 50,8%, dominé par l'alcool 47,5% comme drogue licite, ces résultats sont comparables à ceux de Djouda Fopa et al en 2017 qui rapportaient que la drogue licite la plus consommée par les adolescents était l'alcool dans 72,41% des cas [107]. Et comme drogue illicite retrouvée nous avons eu la chicha 11,1%, ce résultat est confirmé par une étude réalisée par Mbame et al en 2022 qui retrouvait que chicha était consommé à 46,24% chez les adolescents [108]. La prédominance de ces substances dans les pratiques des adolescents s'expliquerait par la facilité dans leur procuration (ouverture de bar à chicha et débit de boisson) avec absence de contrôle dans l'achat.

V.2. Sexualité primaire et justifications.

V.2.1. Prévalence de la sexualité

La fréquence de la sexualité dans notre étude était de 63,1% dont 28,6% était eu précocement ce qui se rapproche des études d'Eboutou et al qui retrouvaient une fréquence de la sexualité de 73,6% avec 26,4% de sexualité précoce. L'âge moyen du premier rapport sexuel était 16,36 ans. Ce résultat se rapproche de ceux trouvés dans des études faites chez les adolescents scolarisés au Cameroun qui retrouvait un âge moyen variant entre 15-16 ans [109,110]. Par ailleurs nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans une étude faite auprès d'adolescents tunisiens qui retrouvait un âge moyen de 15,04 ans chez le garçon et 14,43 ans chez la fille et une étude béninoise qui retrouvait un âge moyen de 14,75 ans [111,112]. Cette tendance à la précocité pourrait être attribué à de nombreux facteurs parmi lesquels la vulgarisation des mœurs, l'accès aux nouvelles techniques de la communication, des normes socioculturelles.

V.2.2. Motifs du premier rapport sexuel.

Qu'ils soient physiquement ou alors psychologiquement en âge les principales raisons motivant le choix du premier rapport sexuel étaient l'envie (67%) et la curiosité (63,4%). Ces résultats sont superposables à ceux d'une étude menée auprès de jeunes québécois et canadiens qui retrouvait que les principales motivations étaient la curiosité et le désir d'expérimenter chez 60% des filles et 39% des garçons. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'action certains facteurs notamment : la puberté précoce, l'influence des pairs, l'influence des médias.

V.2.3. Consentement lors du premier rapport sexuel et qualificatif du premier partenaire sexuel.

La majorité des participants (96,5%) étaient consentants lors du premier rapport sexuel. Dans la plupart des cas, le partenaire sexuel était qualifié de petit ami (63,4%). Le domicile familial était associé aux rapports sexuels consentants. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Meguieze et al en 2022.

V.3. Pratiques sexuelles actuelles

V.3.1. Actes effectués au cours des rapports sexuels.

Les actes sexuels les plus décrits étaient les pénétrations vaginales (98,5%). Par ailleurs, avec les tendances à l'expérimentation de nouvelles pratiques ont vu le jour dont le sexe oral (56,8%) et le sexe anal (5,3%). Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par Eboutou et al en

2023 qui retrouvait les pénétrations vaginales (80,6%) et la pratique du sexe oral (40,4%). Par ailleurs, l'absence de pénétrations vaginales retrouvé dans 1,5% déclare que certains adolescents pourraient avoir une orientation sexuelle minoritaire.

V.3.1. Nombre de partenaires sexuels actuels et utilisation de préservatif.

La plupart des adolescents au moment de l'enquête n'avait qu'un seul partenaire sexuel (60,8%) et la fréquence d'utilisation du préservatif était de 48,9% chez les adolescents sexuellement actifs. L'absence de bonnes pratiques sexuelles caractérisées par la non utilisation régulière de préservatif 48,9% et le multi-partenariat 39,2% exposent ces adolescents aux maladies sexuellement transmissibles dont le VIH. Le même constat a été retrouvé dans les études menées par Essiben et al qui retrouvait respectivement 48,8% et 69,8% de multi-partenariat sexuel et d'absence d'utilisation de préservatif chez les adolescents [110]. Ce qui pourrait expliquer ces phénomènes serait une sensibilisation sur l'effet bénéfique de ces mesures qui n'a pas été intensément menée auprès de ces adolescents.

V.3.2. Fréquence de rapport.

Dans notre étude, la plupart des adolescents entretenaient les rapports sexuels au moins une fois par mois (70,9%). Ce chiffre corrobore celui d'Essiben et al en 2018 qui mettait en évidence une fréquence moyenne des rapports sexuels chez les adolescents a au moins une fois par mois (55,9%) [110]. La maison familiale était le lieu où les rapports sexuels s'étaient le plus déroulé (99%). Ceci pourrait s'expliquer par le faible pouvoir d'achat des adolescents les empêchant ainsi d'avoir accès aux services hôteliers comme le constatait Tshimanga Mukadi et al en RDC [114].

V.3.3. Usage de jouet.

La fréquence d'utilisation de jouets sexuels était de 1,9%. Ce phénomène d'ampleur croissante dans le monde comme le relevait Döring et al en 2018 en Allemagne [115] n'épargne pas le Cameroun. Ceci pourrait s'expliquer par les consultations des réseaux sociaux et par la curiosité des adolescents.

V.4. Facteurs associés à la sexualité de la population

Les facteurs de risque indépendants associés à une sexualité chez les adolescents de cette population d'étude étaient ; l'âge compris entre 18-19 ans (Ora :4,75 ; p ajustée<0,001). Ce résultat rejoint celui de l'étude de Yode et al en 2012 dans 3 pays dont le Burkina Faso, au

Malawi et en Uganda qui ont retrouvé une association entre l'âge 17-19 ans des adolescents et la survenue de rapport sexuel [116]. En effet, la proximité de cette tranche d'âge à celle des jeunes adultes expliquerait qu'ils aient tendance à adopter les comportements de ces derniers.

Le fait de vivre seul (ORa :4,74 ; p ajustée=0,002) multipliait le risque d'entrer en sexualité chez ces adolescents. Ce résultat est similaire à une étude menée en Afrique du Sud par Thurman et al en 2006 qui mettait en évidence une entrée plus précoce en sexualité des adolescents vivants seuls par rapport à ceux vivants avec leurs parents ($p < 0,001$). En effet, l'absence du contrôle parental chez ces adolescents favoriserait une entrée en sexualité ceci associé aux autres pratiques.

La consommation de drogue (Ora :2,15 ; p ajustée=0,044) prédisposait à une entrée en sexualité. Ce résultat est soutenu par des études faites par Goyette et al ; Mbame et al qui ont mis en évidence une association significative entre l'entrée en sexualité et la consommation de drogues chez les adolescents qui ont retrouvés une corrélation entre la consommation de SPA et la survenue de comportements sexuels à risque tels que : troubles sexuel, accroissement d'une orientation sexuelle minoritaire [108]. En effet, cette mauvaise pratique serait associée à des effets sexuels perçus par la majorité des adolescents comme intense avec notamment : une augmentation de l'attractivité sexuelle perçue, du désir sexuel, de la durée du rapport cependant leur consommation est également associé à plusieurs conséquences dont : trouble de la vigilance, accidents de la circulation et à la mort.

La consultation de sites pornographiques (Ora : 2,27 ; p ajustée=0,016) était un facteur de risque d'entrée dans la sexualité. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans une étude réalisée par Smaniotto et al en 2017 qui mettait en évidence une association entre consultation de pornographie, entrée en sexualité et survenue de comportements violents chez certains adolescents. En effet, les adolescents utilisent les images pornographiques comme source d'information, comme guide de bonnes pratiques sexuelle afin d'alimenter leur désir sexuel tout en assouvissant leur fantasme ce qui serait à l'origine d'une entrée en sexualité de certains.

La discussion de la sexualité avec le sexe opposé (Ora : 3,51 ; p ajustée=0,001) représentait un facteur de risque de sexualité chez l'adolescent. Ce résultat est retrouvé également dans l'étude menée par Marie Boislard en 2010 qui a mis en évidence une association entre la discussion avec les pairs et l'entrée en sexualité avec un risque multiplié par 1,46 de sexualité [34]. Ce fait serait dû à deux facteurs principaux : d'une part, la non communication parent-enfant sur les

sujets préoccupant dont la sexualité et d'autre part par l'influence des comportements déviants des pairs qui peuvent avoir un impact négatif sur les comportements sexuels.

CONCLUSION

L'adolescence est une période au cours de laquelle l'individu est plus exposé aux influences positives et négatives de la société et à la tentation à l'expérimentation. Cerner les préoccupations des adolescents au moyen de la recherche est l'une des priorités de la santé publique afin d'identifier des pistes d'intervention visant le développement d'une sexualité saine et adaptée. Au terme de ce travail de recherche dont l'objectif était d'identifier les déterminants de la sexualité des adolescents exerçant les petits métiers. Nous constatons que l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16,36 ans. La sexualité était précoce chez 28,6% des participants. Nous avons pu identifier comme facteurs associés à une initiation sexuelle dans cette population d'étude : âge, le fait de vivre seul, le fait d'être en couple, de consulter les sites pornographiques et de discuter de sexualité avec le sexe opposé. Les motifs retrouvés justifiant le 01^{er} rapport sexuel étaient l'envie et la curiosité. Ces résultats permettront de mieux orienter l'éducation sexuelle des adolescents de ce secteur d'activité.

RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats de notre étude et des commentaires qui s'en sont dégagés nous pouvons humblement formuler les recommandations suivantes :

➤ **Au Ministère de la Santé Publique :**

- De mettre à la disposition des districts de santé de la ville de Yaoundé des professionnels de la santé sexuelle pour une meilleure éducation sur les pratiques sexuelles auprès des adolescents et des parents qui vont en consultation.
- De mettre sur pied des cliniques des adolescents dans les hôpitaux.

➤ **Aux communes et mairies :**

De mettre sur pied des programmes (CCC et IEC) axés sur l'éducation sexuelle des adolescents en prenant en compte ceux qui sont non scolarisés qui exercent les petits métiers.

➤ **Aux chercheurs :**

De conduire des études dans les régions du Cameroun dans le but d'étudier les pratiques sexuelles des adolescents.

➤ **Aux médecins :**

De discuter des changements physiques, psychologiques qui surviendront à l'adolescence en insistant sur le volet expérimentation de la sexualité avec les parents.

➤ **Aux adolescents**

De se rapprocher de leurs parents pour des conseils et d'utiliser une protection mécanique lors des rapports sexuels selon les prescriptions du Ministère de la Santé Publique.

REFERENCES

- [1] Sexualité des adolescents. *Humanium*, <https://www.humanium.org/fr/sexualite-des-adolescents/> (accessed 2 February 2024).
- [2] Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children(HBSC)/OMS. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2008; 36: 176-182.
- [3] I. Marroun, T. Sené, J. Quevauvilliers, A. Fingerhut, Le nouveau dictionnaire médical illustré 7^e édition 2018, Elsevier Masson, Paris.
- [4] Présentation de la sexualité - Sujets particuliers. *Manuels MSD pour le grand public*, <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/sexualite> (accessed 2 February 2024).
- [5] Meguieze C-A, Eric N, Isabelle M, et al. Initiation sexuelle chez les adolescents de huit lycées de Yaoundé et de Douala en 2022 Sexual initiation among adolescents in eight high schools in Yaoundé and Douala in 2022. 2023; 2022: 16–20.
- [6] Mazonzo.G (2021) Déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents âgés de 18 -19 ans fréquentant les institutions d'enseignement supérieur de la ville de Kinshasa Gilles dr manzonzo. Mémoire online,<https://www.memoireonline.com>.(accessed 2 February 2024).
- [7] Nguezoumka K(2023) - Déterminants individuels et contextuels de début de sexualité au Tchad.*MemoireOnline*,<https://www.memoireonline.com> (accessed 2 February 2024).
- [8] L'âge au premier rapport sexuel - Focus - Les mémos de la démo. *Ined* - Institut national d'étudesdémographiques,<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/> (accessed 16 February 2024).
- [9] Jean-Robert R. De la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun. *Afr Popul Stud*; 24. Epub ahead of print 15 October 2013. DOI: 10.11564/24-3-300.
- [10] Rwenge J-RM. Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés. *Afr J Reprod Health* 2013; 17: 49–66.
- [11] EDS 2018
- [12] Kobelembi F. Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). *Afr Popul Stud*; 20. Epub ahead of print 2005. DOI: 10.11564/20-2-396.

- [13] Hilaire MG. Comportement sexuel a risque des jeunes scolarisés: une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif chez les élèves du lycée moderne de bouaké. January 2014 edition vol.10. European Scientific Journal. ISSN 1857- 7431
- [14] Petit boulot : Définition simple et facile du dictionnaire, <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/petit-boulot/> (2021, accessed 2 February 2024).
- [15] Apprentissage formel, non formel et informel - Intégration Linguistique des Migrants Adultes (ILMA) - www.coe.int. *Intégration Linguistique des Migrants Adultes (ILMA)*, <https://www.coe.int/fr/web/lang-migrants/formal-non-formal-and-informal-learning> (accessed 2 February 2024).
- [16] Sexualité des adolescents. Organisation des nations unies. OMS.*United Nations*, <https://www.un.org/fr/chronicle/article/la-sexualite-des-adolescents> (accessed 1 February 2024).
- [17] Enfants et jeunes non scolarisés, <https://uis.unesco.org/fr/topic/enfants-et-jeunes-non-scolarises> (2016, accessed 2 February 2024).
- [18] Entrée dans la vie sexuelle et contraception à l'adolescence, <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception-adolescence> (accessed 2 February 2024).
- [19] Sexualité des ados: amour, expérience et assertivité - Éducation Santé. <https://educationsante.be/>, <https://educationsante.be/sexualite-des-ados-amour-experience-et-assertivite/> (accessed 6 February 2024).
- [20] Wan J, Cao H. Practices of Sexuality Education for Children in China's Rural Schools: Types, Challenges and Strategies. *Creat Educ* 2022; 13: 2447–2457.
- [21] Morange-Majoux F. 8. Sexe et comportement sexuel. In: *Manuel visuel de psychophysiologie*. Paris: Dunod, pp. 163–179.
- [22] Information sur le comportement sexuel de la victime. *Gouvernement du Québec*, <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/accompagnement-victimes-crime/mesures-protection-vie-privee/limiter-admissibilite-preuve-comportement-sexuel-victime> (accessed 15 February 2024).
- [23] Carlson BM, Kantaputra PN. *Human embryology and developmental biology*. Amsterdam: Elsevier. 2019.
- [24] Schoenwolf GC, Bleyl SB, Brauer PR, Nebraska H, Philippa H, Francis-West. *Larsen's human embryology*. New York: Elsevier. 2020.

- [25] Larry R, Raphaël Franquinet. *Atlas d'embryologie humaine de Netter*. Paris: Masson. 2015
- [26] Marc Bellaiche, Jérôme Viala, Damien Snalaville, *Intermed Pédiatrie* : Paris: Vernazobres-Grego 2016.
- [27] Marc Bellaiche, Jérôme Viala, Damien Snalaville, *Intermed Pédiatrie* : Paris: Vernazobres-Grego 2006.
- [28] Drake R, Vogl W, Mitchell A. *Gray's anatomy for students*. New York: Elsevier. 2019.
- [29] Elaine N Marieb, Kadja Hoehn, *Anatomie et physiologie humaine* : Paris : Pearson. 2014
- [30] Masters WH, Johnson VE. Les réactions sexuelles. Manitoba: booknode. 1967.
- [31] Burris T. *Encyclopedia of Sex and Sexuality*. Newark: Heather L. Armstrong. 2021.
- [32] Negri-Cesi P, Colciago A, Celotti F, Motta M. Sexual differentiation of the brain: role of testosterone and its active metabolites. *J Endocrinol Invest*. 2004; 27: 120–7.
- [33] Carthy MM, Auger AP, Bale TL, Forger NG, Murray EK, Nugent BM, et al. The epigenetics of sex differences in the brain. *J Neurosci*. 2009; 29: 12815–23.
- [34] Boislard Pépin M-A. Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence : étude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés. Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal, (2010, accessed 22 February 2024).
- [35] Fatoumata Camara. F.C (2017). Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée: exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés. Mémoire de maîtrise en santé communautaire. Université de Laval. Janvier 2024.
- [36] Carmen Lemelen. C.L.(2012) Attachement, personnalité, psychopathie, consommation de substances et relation sexuelle chez les adolescents et jeunes adultes. Mémoire de psychologie. Université du Québec.
- [37] Benjamin L Hankin, Lyn Abramson. Development of depression from preadolescence to young adulthood : emerging gender differences in a 10 years longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*. February 1998, 1: 107-128
- [38] Leclerc Charles. Facteurs associés à la sexualité précoce chez les jeunes qui présentent des problèmes de conduite. Savoir Udes. Juillet 2016.
- [39] Raymond TD. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.) en Santé Communautaire.
- [40] Bignami-Van Assche S, Adjivanou V. Dynamiques familiales et activité sexuelle précoce au Canada. *cahier Québécois de Démographie*. 2009, 38:1, 41-69

- [41] Les constructions sociales de la sexualité - Persée, https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1993_num_48_5_4095 (accessed 6 February 2024).
- [42] Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. *Clio Femmes Genre Hist* 2010; 324–326.
- [43] Verdure F, Rouquette A, Delori M, et al. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. *Arch pédiatrie* 2010; 17: 219-225.
- [44] Mutej J-mk. Étude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi: Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé., Université de Lubumbashi, <https://theses.hal.science/tel-00862001> (2013, accessed 6 February 2024).
- [45] Mabiala Babela J-R, Massamba A, Bantsimba T, et al. La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. *J Gynécologie Obstétrique biol Reprod ol* 2008; 37: 510–515.
- [46] Dangbemey DP, Hounkpatin B, Aboubakar M, et al. Pratiques sexuelles des adolescentes et jeunes des collèges d'enseignement de Cotonou en République du Bénin. *Sexologies* 2020; 29: 41–45.
- [47] Adohinzin CC, Meda N, Belem AMG, et al. Prises de risques chez les jeunes de Bobo Dioulasso: une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuel. *Pan Afr Med J* 2016; 25: 132.
- [48] Todem Djijou. (2003). Facteurs associés à l'activité sexuelle prémaritale chez les adolescents du Cameroun: Cas de Bandjoun. Mémoire de master. Université de Montréal. <https://portail.papyrus.bib.umontreal.ca>.
- [49] Mbame JP, Bonoy L, Djofang H, et al. Determinants of the intentions to use condoms among students at Mimboman high school, Cameroon. *Médecine Santé Trop* 2018; 28: 312–315.
- [50] Mburano Rwege. De la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun. *Afr Popul Stud*; 24. Epub ahead of print 2010. DOI: 10.11564/24-3-300.
- [51] Research Randomizer, <https://www.randomizer.org/about/> (accessed 20 February 2024).
- [52] Marie Esther Destil. (2013) Facteurs déterminants la santé sexuelle et reproductive des adolescents ruraux haïtiens: une étude de cas à fond-blanc. Mémoire de master en développement, Université Senghor. <http://portail.usenghor.francophonie.org/memoire> (6 february 2024).

- [53] Berger, J.M., & Levin, S.M. (1993). Adolescent substance abuse and HIV/AIDS: Linking the system. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2(3-4), 49-56.
- [54] Capaldi, D. M., Stoolmiller, M., Clark, S., & Owen, L.D. (2002). Heterosexual risk behaviors in at-risk young men from early adolescence to young adulthood: Prevalence, prediction, and association with STD contraction. *Developmental Psychology*, 38(3), 394-406.
- [55] Dishion, T.J., Patterson, G.R., Stoolmiller, M., & Skinner, M.L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescents' involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27 : 172-180.
- [56] Dishion, T.J., & Patterson, G.R. (1997). The timing and severity of antisocial behavior: Three hypotheses within an ecological framework. In Stoff, David M., Breiling, James, & Maser, Jack D. (Eds). *Handbook of antisocial behavior*. (pp. 205-217).
- [57] Guo, J.c., II., Hill, K.G., Hawkins, J.O., Catalano, R.F., & Abbott, R.D. (2002). Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 31 (4), 354-362.
- [58] Kerr, D. L., & Matlak, K.A. (1998). Alcohol use and sexual risk-taking among adolescents: A review of recent literature. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children*. 2(2), 67-88.
- [59] Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
- [60] Leigh, B.e., & Stall, R. 1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, 48(10), 1035-1045.
- [61] Miller, K.S., Forehand, R., & Kotchick, B.A. (1999). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: The role of family variables. *Journal of Marriage & the Family*, 61(1), 85-98.
- [62] Miller, K., Levin, M.L., Whitaker, (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of maternal-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-154.

- [63] Laursen, B., Coy, K.e., & Collins, A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*, 69(3), 817-832.
- [64] Maggs, J.L., & Galambos, N.L. (1993). Alternative structural models for understanding adolescent problem behaviors in two-earner families. *Journal of Early Adolescence*, 13, 79- 101.
- [65] Ford, K., & Lepkowski, IM. (2004). Characteristics of sexual partners and STD infection among American adolescents. *International Journal of STD & AIOS*, 15(4), 260-265.
- [66] Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A., & Pepler, D. (2004). Mixed-gender groups, dating, and romantic relationships in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 185-207.
- [67] Miangotar, Y. (2010). Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso. (Thèse de mémoire, université de Montréal, Québec). Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5222>
- [68] Kalambayi, B. B. (2007). Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D.Congo). (Thèse de doctorat, université catholique de Louvain, Belgique).
- [69] Faye, M. (2005). Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescent(e)s du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit (cdvaa) de Pikine Guediawaye. (Mémoire de maîtrise, université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal).
- [70] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2014. Grossesse chez les adolescentes. Centre des médias. Aide-mémoire(364). Récupéré de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr>.
- [71] Yakam, J.C.T., (2009). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*, 1 (17), 18-28. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm>
- [72] Görgen, R., Yansané M. L., Marx M. et Millimono D. (1998). Comportement sexuel et attitudes des jeunes célibataires en Guinée urbaine. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*. Numéros spécial, 14-20. Récupéré de <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/24fre01498.pdf>
- [73] Pépin, M-A. B. (2010). Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence : étude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada).

- [74] Organisation mondiale de la santé (OMS), (2013). Faire face au VIH à l'adolescence. Récupéré de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv>
- [75] United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), (2016). VIH : hausse de 60% des infections attendues chez les adolescents d'ici à 2030 si les progrès faiblissent – UNICEF.Communiq  de presse.R  cup  r  de https://www.unicef.org/french/media/media_93541.html
- [76] International Coach Federation (ICF) (2013). Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012). Programme MEASURE DHS. Récupéré de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>
- [77] RWENGE(M),1999b:"Changementsocial.structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne: le cas du Cameroun."Cahiersdel'IFORDn  26.269p.
- [78] WORLDRELIEF, 2004. Enquête sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes protestants par rapport à la sexualité. Port-au-Prince.
- [79] LEVY J. et al., 1992. Sexualité, contraception et sida chez les jeunes adultes : Variations ethnoculturelles. Collection globale, Méridien. Québec, page 11.
- [80] B. Smaniotto. Réflexion autour de l'impact de la pornographie sur la sexualité adolescente. De l'enfance et de l'adolescence. 2017, 95: 47-56.
- [81] R.Puglia, F.Glowacz. Consommation de pornographie à l'adolescence : représentation de la sexualité et de la pornographie. Elsevier. Juin 2015, 63,4: 231-237.
- [82] Droits de l'Homme 1948.
- [83] Tsabang Fomena Blaise. TSB. (2001). Etude des déterminants des comportements sexuels à risque chez les jeunes au Cameroun. Mémoire d'études supérieures spécialisées en Démographie. Institut de Formation et de Recherche Démographiques.
- [84] RWENGE(M),1999 : "Changement social. Structures familiales et fécondité en Afrique Subsaharienne : le cas du Cameroun Cahiers de l'IFORD n  26.269 pages.
- [85] G  rol, A., Polat, S. et Oran, T. (2014). Views of Mothers Having Children with Intellectual disability Regarding Sexuel Education : A Qualitative Study. Sex Disabil,32, 123-133. DOI: 10.1007/s11195-014-9338-8.

- [86] Akhtar, S. (2018). Sexuality education in girls with intellectual and developmental disabilities and role of mothers. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33(2), 389-400.
- [87] Stein, S., Kohut, T. et Dillenburg, K. (2018). The importance of sexuality education for children with and without intellectual disabilities: What parents think. *Sexuality and Disability*, 36(2), 141-148. doi: 10.1007/s11195-017-9513-9.
- [88] Carmen Lemelen, Yvan Lussier: Personnalité, consommation de substances psychoactives et sexualité chez les adolescents. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*. 9/10/2014, 27, 1, 65-93.
- [89] Mathieu Goyette, Jorge Flores. Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes: une vision globale de la sphère sexuelle. *Drogues, santé et société*. Juin 2015, 14,1: 171-195.
- [90] Garriguet Didier: Early sexual intercourse. *Health Reports*. Mai 2005, 16, 3: 9 pages.
- [91] Rotermann Michelle. Sex, Condoms, and STDS among young. *Health Reports*. May 2005, 16; 3, : 39-45.
- [92] Florence Maillochon. Premières relations sexuelles et prise de risque : éclairage des enquêtes statistiques en France. *Agora Débats/ Jeunesse*. 2012, 60: 59-66.
- [93] F. Verdu, A. Rouquette, M. Delori. Connaissances besoins et attentes des adolescents et éducation sexuelle et affective: Etude réalisée auprès des adolescents de classes de troisième. *Archives de Pédiatrie*. Mars 2010, 17, 3: 219-225.
- [94] F. Koblembi. Comportement des adolescents à Bangui. *African populations studies*. 2013/11/1.
- [95] Mazou Hilaire. Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés: une analyse des déterminants sociaux du non usage du préservatif chez les élèves du lycée moderne de Bouake. *European scientific journal*. January 2014, 10, 2.
- [96] Jean Marie Kalau. Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi. *Theses hal science*. 15/09/2013.

- [97] Rwenge J.R.M. Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. *African Journal of Reproductive Health*. Mars/12/2013, 17 [1]: 49-66.
- [98] JR.Mabiala, A.Massamba. La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction*. Septembre 2008, 37 [5]: 510-515.
- [99] Ouattara Gneneyeri J, Cissé L., Coulibaly I., Aka BG, Zaho LO, & Ouattara S. (2023). Facteurs associés à la sexualité précoce des élèves du collège Yada Clément de la commune de Yopougon- Abidjan -Côte d'Ivoire. *Revue Africaine De Médecine Et De Santé Publique*, 6(2), 122–139.
- [100] D.P.Dangbemey, B.Hounkpatin, M.Aboubakar. Pratiques sexuelles des adolescentes et jeunes des collèges d'enseignement de Cotonou en République du Bénin. *Sexologies*. Mars 2020-29 [1]: 41-45.
- [101] Clétus.A, Nicolas.M, Adrien.M. Prise de risque chez les jeunes de Bobo Dioulasso : une analyse des facteurs associés à la précocité et au multiparténariat sexuel. *The Pan African Medival Journal*. Novembre /2/2016, 25: 132.
- [102] Todem Djijou Raymond. TDR (2004). Facteurs associés à l'activité sexuelle prémaritale chez les adolescents du Cameroun : cas de Bandjoun. Mémoire de Master en Santé Communautaire. Université de Montréal. [http://: papyrus.bib.umontreal.ca](http://papyrus.bib.umontreal.ca) (28/5/24).
- [103] J.P.Mbame, Bonoy.L, Djofang.H. Déterminants de l'intention d'utiliser le préservatif chez les élèves du lycée de Mimboman. *Médecine et Santé Tropicale*. 04/10/2018, 28 [3]: 312-315.
- [104] J.Rwenge. De la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun. *African Population Studies*. 2013/10/15, 24 [3] : 211-237.
- [105] Alassane Gbadomassi. Niveau d'instruction, formations professionnelles et activités économiques des adolescents et jeunes déscolarisés dans l'arrondissement de Tchaourou. *Science et bien commun*. 2017.
- [106] Eboutou Ivan, Nguefack Félicitée, Meguize Claude-Audrey. Sexual Orientation and Associated Factors among Adolescents in Cameroonian Cities—Factors Associated with Sexual Orientation in Adolescents. *Open Journal of Pediatrics*. November 2023,13 [6] 749-762.

- [107] Père Fopa Djouda J. Rapport d'enquête sur la consommation de la drogue en milieu scolaire à Yaoundé [Thèse]. Yaoundé: Université Catholique d'Afrique Centrale. 2017. 24.
- [108] MOTE, Adolf, MBAME, Jean Pierre, MIAFO, Joël DJATCHE, *et al.* Facteurs associés à l'environnement familial sur l'usage des substances psychoactives chez les élèves du lycée bilingue d'Ekounou-Yaoundé-Cameroun. *Revue d'acacef.* 2022: 12–26.
- [109] Foumane P, Chiabi A, Kamdem C, Monebenimp F, Dohbit JS, Mbu RE. Sexual Activity of Adolescent School Girls in an Urban Secondary School in Cameroon. *J Reprod Infertil.* 2013; 14: 85–9.
- [110] Essiben F, Didjo C, Koh VM, Ngo Um Meka E, Nsahlai C, Foumane P. Adolescent Sexual Behavior in an Urban Area of a Resource-Limited African Country, Cameroon. *Open J Obstet Gynecol.* 2019; 9: 923–35.
- [111] R.Klemalchem, W.Homri, N.Bram, I.Ben, R.Labbane. Sexualité des adolescents tunisiens. *Sexologies.* May 2017, 26 [2]: 74-78.
- [112] M.Tchandana, Y.Glèlè, C.Azandjeme et al. Trop tôt: réalités du sexe et facteurs associés en milieu rural bénin. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* September 2016, 64 [4]: 213p.
- [113] Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation: *Early onset of sexual intercourse. Scand J Caring Sci.* 2013; 27: 20–6.
- [114] Mukadi RT, Ntambwe MS, Kitoko HT, Mwisi JM, Mbayo IF. Sexualité des jeunes en milieu scolaire dans la ville de Likasi en République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2018; 31: 34.
- [115] Döring N, Pöschl S. Sex toys, sex dolls, sex robots: Our under-researched bed-fellows. *Sexologies.* 2018; 27: 51–5.
- [116] Yode M, LeGrand T. Association between age at first sexual relation and some indicators of sexual behaviour among adolescents. *Afr J Reprod Health.* Juin 2012 ;16(2) :173-88.

ANNEXES

Annexe A : Formulaire de consentement éclairé en français

Je soussigné Mr. /Mme.....

Atteste avoir reçu toutes les informations relatives à l'étude portant sur les « **Déterminants de la sexualité des adolescents exerçant les petits métiers à Yaoundé** »

J'accepte librement de participer à l'étude en répondant à toutes les questions qui me seront posées.

Cette fiche de consentement éclairé m'a été lu et j'ai reçu une copie. Je ne demande aucune rémunération aux investigateurs de ce travail.

J'ai compris le but de l'étude, ses avantages et j'accepte que les données recueillies puissent être exploitées pour la recherche scientifique.

Lu et approuvé/ Signature de l'adolescent

Fait à Yaoundé le/...../.....

Annexe B : Notice d'informations

Titre de l'étude : « **Déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant les petits métiers à Yaoundé** »

- **Investigateur** : MVONDO Michelle, étudiante en 7^e année Médecine Générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Tel : 695 842 599, E-mail : michellemvondo46@gmail.com.
- **Directeur de thèse** : Pr SAP Suzanne née NGO UM
- **Co-directeur de thèse** : Dr MEKONE NKWELE Isabelle
- **But de l'étude** : Identifier les facteurs susceptibles d'engendrer une initiation sexuelle chez nos adolescents, afin de générer des résultats d'aide aux décisions des ministères en charge du suivi des jeunes
- **Lieux de l'étude** : districts de santé de la ville de Yaoundé
- **Durée de l'étude** : elle se déroulera sur 08 mois, soit de Novembre 2023 à Juillet 2024.
- **Avantages** : les résultats de cette étude permettront d'avoir un état des lieux de la sexualité des adolescents non scolarisés dans la ville de Yaoundé et améliorer leur suivi en matière de sexualité.
- **Inconvénient** : le temps pris pour répondre aux questions, soit environ 15 minutes par participant.
- **Considération éthique** : pour cette étude, nous demanderons l'autorisation de recruter auprès de la Délégation Régionale de la Santé du Centre, mais aussi une clairance éthique auprès du Comité Régional d'Ethique et de la Recherche en Santé Humaine de la Région du Centre et CIER de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Le recrutement se fera dans le strict respect des principes d'Helsinki portant sur la recherche humaine : respect de l'autonomie, le principe de

l'intérêt et du bénéfice de la recherche, le principe de bienfaisance et de non malfaisance, le principe de justice c'est-à-dire le participant est libre de participer ou non à l'étude et ne saurait subir un quelconque préjudice en cas de refus, mais aussi tout participant a les mêmes droits. Un code numérique sera attribué à chaque participant. 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.

FICHE D'ENQUETE INDIVIDUELLE

IDENTIFICATION

Numéro de la fiche :

District de santé | | : 1=Biye-assi ; 2=Cité verte ; 3=Djoungolo; 4=Efoulan;
5=Nkolbisson; 6=Nkoldongo; 7=Mvog-ada ; 8=Odza

Occupation :

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. **Quel est votre âge (en année) ?** :
2. **Quel est votre sexe ?** | | : 1=Masculin ; 2=Féminin
3. **Quelle est votre religion ?** | | : 1=Chrétienne ; 2=Musulmane ; 3=Animiste ;
4=Athée
4. **Avez-vous déjà été scolarisé ?** | | : 1=Oui ; 2=Non ;
5. **Si oui, où est ce que vous avez arrêté** | | : 1=Primaire ; 2=Secondaire ;
3=Supérieur
6. **Quelle était la raison ?** | | : 1=Volontaire ; 2=Difficulté financière ; 3=Autre (à
préciser)
7. **Avec qui vivez-vous ?** | | : 1=Mes deux parents ; 2=Mon père ; 3=Ma mère ;
4=Grands-parents ; 6=Tuteurs parentés ; 5=Vit seul ; 6=Autres
8. **Etes-vous payé ?**
9. **Si oui, combien ? (En FCFA) :**
10. **Avez-vous un petit ami ?** | | : 1=Oui ; 2=Non

MODE DE VIE

11. **Consommez-vous de l'alcool ?** | | : 1=Oui ; 2=Non
12. **Consommez-vous du tabac (cigarette) ?** | | : 1=Oui ; 2=Non
13. **Consommez-vous d'autres drogues ? :**
 - a) Non aucune autre drogue | | : 1=Oui ; 2=Non
 - b) Chicha | | : 1=Oui ; 2=Non
 - c) Cocaïne | | : 1=Oui ; 2=Non
 - d) Cannabis | | : 1=Oui ; 2=Non
 - e) Autres :
14. **Avez-vous accès à internet ?** | | : 1=Oui ; 2=Non

15. Consultez-vous des sites pornographiques |_____| : 1=Oui ; 2=Non
16. Recevez-vous des conseils en matière de sexualité de vos parents ou frères/sœurs aînés ? |_____| : 1=Oui ; 2=Non
17. Fréquentez-vous des BAR / Snack BAR |_____| : 1=Oui ; 2=Non

CARACTERISTIQUES DE LA SEXUALITE PRIMAIRE

18. Avez-vous déjà entretenu un rapport sexuel ? |_____| : 1=Oui ; 2=Non
19. Si oui, quel âge aviez-vous ? (en année) :
20. Le rapport sexuel était-il consenti ? |_____| : 1=Oui ; 2=Non
21. Quelle était la raison ayant motivé ce premier rapport sexuel ? |_____| : 1=Par curiosité ; 2=Pour ressembler aux autres membres de mon groupe ; 3=Action des substances psychoactives (alcool...) ; 4=Pour ne pas perdre mon petit ami ; 5=Pour des raisons financières ; 6=C'était une agression ; 7=Autres :
22. Y'avait-il utilisation d'un préservatif (condom) au cours de ce 1^{er} rapport sexuel ? |_____| : 1=Oui ; 2=Non
23. Quelle était la nature de votre relation avec votre partenaire sexuel ? |_____| : 1=Petit ami ; 2=Camarade/ami ; 3=Adulte ; 4=Personne apparentée (membre de la famille) ; 5=Agresseur ; 6=Autres.....
24. Quel était le lieu du 1^{er} rapport sexuel ? |_____| : 1=Maison/chambre familiale ; 2=Ecole ; 3=Lieux publics ; 4=Motel/Hôtel ; 5=Autres
25. Consommation de substances psychoactives (alcool, chicha, autres drogues) ayant précédé ce 1^{er} rapport sexuel |_____| : 1=Oui ; 2=Non

PRATIQUES SEXUELLES ACTUELLES

26. Nombre de partenaires sexuels cumulés depuis le début de l'activité sexuelle ? :
27. Nombre de partenaires sexuels actuels ? :
28. A quelle fréquence entretenez-vous des rapports sexuels par mois ? :
29. A quelle fréquence utilisez-vous des préservatifs (condoms) au cours de vos rapports sexuels ? |_____| : 1=Toujours ; 2=Souvent (fréquence régulière) ; 3=Parfois (fréquence irrégulière) ; 4=Rarement ; 5=Jamais.
30. Quelles sont vos pratiques au cours des rapports sexuels ?
- a. Sexe vaginal |_____| : 1=Oui ; 2=Non

- b. Sexe oral |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- c. Sexe anal |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- d. Utilisation des jouets sexuels (sex-toy) |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- e. Autres :

31.Habituellement, où ont lieu vos rapports sexuels ?

- f. Maison/chambre familiale |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- g. Motel/Hôtel |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- h. Boîtes de nuit |_____| : 1=Oui ; 2=Non
- i. Autres :

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tél/fax : 22 31 05 86 22 31 1224
Email: decanatfmsb@hotmail.com

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref : N° **17M034** / FMSB / VPRC / D/ASR / CSB

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUIN 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 : **MVONDO MICHELLE MANUELLA** Matricule: **17M034**

Travaillant sous la direction de :

- Pr NGO UM Suzanne Epse SAP
- Dr MEKONE NKWELE Isabelle

Concernant le projet de recherche intitulé : **Déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant les petits métiers dans la ville de 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 PRÉSIDENT DU COMITE ETHIQUE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
The University of Yaounde I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Scanné avec CamScanner

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

REPUBLIC DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
SECRETARIAT GÉNÉRAL
COMITÉ RÉGIONAL D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LA SANTÉ HUMAINE DU CENTRE
Tél : 222 21 20 67/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30

CE N° 0372 - ICERSHC/2024

Yaoundé, le 17 MAI 2024

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « Déterminants de la sexualité chez les adolescents exerçant les petits métiers à Yaoundé », soumis par Madame/Mademoiselle MYONDO Michelle Manuella.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressée est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Éthique. En outre, elle est tenue de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Ampliations:
CNERSH

LE PRESIDENT,

www.minsante.gov.cm

REPUBLIC DU CAMEROON
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

Dr. Sylvie Djeu P. Pharmacien

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE DU CAMEROON Paix – Travail – Patrie MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE SECRETARIAT GENERAL DELEGATION REGIONALE DU CENTRE N° 10721 /AAR/MINSANTE/SG/DRSPC	REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work – Fatherland MINISTRY OF PUBLIC HEALTH SECRETARIAT GENERAL CENTRE REGIONAL DELEGATION 23 MAI 2024 Yaoundé, le.....
LE DELEGUE REGIONAL A Madame MVONDO Michelle Manuella - Etudiante, Investigatrice principale - Tél : +237 695 842 599/ 482 638 651	
Objet : Autorisation Administrative de Recherche	
Madame,	
En date du 26 février 2024, vous m'avez adressé une correspondance relative à l'objet porté en marge, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole d'étude intitulé : « Déterminants de la sexualité des adolescents de 10-19 ans exerçant les petits métiers dans la ville de Yaoundé ».	
Au vu des exigences éthiques et administratives que le présent protocole remplit, je donne mon accord pour la collecte de données relatives à l'étude dans la ville de Yaoundé, en collaboration avec les Chefs de Districts de Santé ciblés, les structures de dialogue et les autorités locales.	
Par ailleurs, vous êtes tenue de vous conformer à la version du protocole approuvée par le Comité régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine.	
Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma parfaite considération. /-	
Ampliations : CRERSH-Ce	LE DELEGUE REGIONAL,  Dr Azoumbou Mefant Thérèse 
www.minsante.gov.cm/www.minsante.cm	

Scanné avec CamScanner

