

Quelles données probantes pour éclairer le choix des stratégies de santé sexuelle et Reproductive des adolescents au Cameroun ?

Rapport complet

+ Cette note d'information comprend:

- La situation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents au Cameroun
- Acteurs et actions de SSRA : dispersion et inefficacité
- Le choix des stratégies et interventions de SSRA, inspiré des directives mondiales, n'est pas contextualisé

✗ Cette note ne contient pas de recommandations

- Cette note ne donne pas de recommandations quant à l'option à adopter

Juillet 2018



Cette Note d'Information Stratégique a été rédigée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS). L'équipe camerounaise du projet SURE-KT.

Audience de la Note d'Information Stratégique (NIS)

Les décideurs et gestionnaires, leurs collaborateurs et les autres parties prenantes intéressées par le **choix des stratégies de santé sexuelle et Reproductive des adolescents au Cameroun**.

Pourquoi cette NIS a-t-elle été rédigée?

Cette Note d'Information Stratégique a été préparée pour **éclairer les délibérations** autour des politiques de santé sexuelle et reproductive, en fournissant une **synthèse des données probantes** relatives au problème ainsi qu'aux options pour y faire face.

Qu'est-ce qu'une NIS?

La Note d'Information Stratégique synthétise les **données probantes globales** issues de la recherche (des revues systématiques *) et les **données locales** pour éclairer la prise de décision et les délibérations relatives aux politiques et programmes de santé.

*Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta-analyses.

Résumé exécutif

Les données probantes présentées dans ce Rapport Complet sont disponibles sous la forme d'un **Résumé**

Auteurs

Moustapha Moncher Nsangou, PhD
Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: jordynsangou@yahoo.fr

Rénée Cécile Bonono, PhD
Chercheuse, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: bonono2003@yahoo.fr

Pr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc, PhD (c)
Chef du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour le courrier

Pr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé – Cameroun

Contributions des auteurs

MN, POZ et RCB ont conçu la démarche, CDE a recherché les données probantes, AJ et CO ont extrait les éléments importants des documents. MN et RCB ont formulé le contexte et les options et les considérations de mises en oeuvre. POZ a révisé les versions successives du document.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Cette Note d'Information Stratégique a été préparée avec l'appui du projet SURE – KT (Supporting the Use of Research Evidence – Knowledge Translation est financé par NWO (Netherlands Organisation for Scientific Research). Le sponsor n'avait pas pour responsabilité dans la rédaction, la révision ni la validation du contenu de cette Note d'Information Stratégique.

Les personnes suivantes ont apporté des commentaires utiles lors de la préparation de cette Note d'Information Stratégique : *l'équipe de recherche du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé: Christine Danielle Evina, Clémence Ongolo, José Atangana.*

Référence suggérée

Nsangou MM, Bonono RC, Ongolo-Zogo P. Quelles données probantes pour éclairer le choix des stratégies de santé sexuelle et Reproductive des adolescents au Cameroun ? Note d'Information Stratégique de SURE-KT. Yaoundé, Cameroon : CDBPS, 2018. www.cdbph.org.



CDBPS - Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé est une unité de recherche créée en 2008 au sein de l'Hôpital central de Yaoundé. Il vise à promouvoir l'application et l'échange des connaissances en vue d'améliorer la santé en Afrique. Le CDBPS a pour missions de permettre aux chercheurs en santé de collaborer avec les décideurs. Cette initiative souhaite aider les chercheurs en collectant, synthétisant, et disséminant les synthèses de bases factuelles pertinentes sous forme plus digeste, accessible et utilisable pour la plupart des intervenants à divers niveaux. Le CDBPS se propose également de soutenir les décideurs en offrant des opportunités de renforcement des capacités, en mettant à leur disposition des synthèses de bases factuelles et en identifiant les besoins ainsi que les lacunes des bases factuelles dans la pratique. www.cdbph.org

Cette note d'information stratégique est préparée pour informer les délibérations des partenaires de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Cameroun dans le cadre de l'initiative « learning » du plan d'investissement national pour la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, infantile et juvénile. Elle a pour but d'harmoniser le niveau de connaissances des partenaires sur le recours aux données probantes issues de la recherche dans le choix des stratégies de santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA).

Elle a été conçue comme une analyse des gaps et besoins relatifs à l'utilisation des données probantes issues de la recherche pour une meilleure santé sexuelle et reproductive des adolescents. Elle décrit la situation de la SSRA en termes d'indicateurs, de stratégies, d'acteurs et présente une analyse critique de l'utilisation de données probantes issues de la recherche dans ces documents stratégiques. Elle comporte un catalogue des données probantes disponibles pour faciliter l'exercice d'identification des besoins prioritaires de synthèse de données probantes lors d'un forum délibératif.

1. La situation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents au Cameroun

La population du Cameroun est majoritairement jeune, plus de 65% de la population est âgée de moins de 25 ans et 43,6% est âgée de moins de 15 ans (RGPH 2010). La santé des jeunes, potentiel essentiel pour le développement national, est vulnérable à différents facteurs (EVS/DROS, 2013). Les indicateurs actuels de santé sexuelle et reproductrice des jeunes sont préoccupants. La prévalence des rapports sexuels précoces élevée (la moitié des filles et un peu plus de la moitié des garçons de 15–19 ans) contraste avec la faible prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes (15%) et l'ampleur des besoins non satisfaits en PF (17%) (EDS-MICS 2011). De même, la prévalence des grossesses précoces est préoccupante: treize pourcents (13%) des répondantes âgées de 15 à 19 ans avaient été enceintes une fois et 25% de celles âgées de 20 à 24 ans l'avaient été deux fois au moment de l'enquête EVS. Enfin, le profil épidémiologique du VIH-Sida est alarmant en raison de la prévalence parmi les 15-19 ans.

Au plan géographique les problèmes de SSRA s'observent avec acuité dans quatre des dix régions administratives du pays: Adamaoua, Est, Extrême Nord et Nord. Cet état des choses perdure depuis plus de deux décennies malgré de nombreux investissements du Gouvernement et de ses partenaires.

La prise en compte de l'adolescent dans les documents stratégiques est approximative, à titre d'exemple, la définition de la cible en SRA est atypique (âge compris de 10-35 ans (Plan stratégique national de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes au Cameroun 2015-2019). L'assimilation de l'adolescent au jeune adulte induit des interventions peu sensibles aux caractéristiques propres de la sexualité de l'adolescent et des problèmes y afférents.

Le cadrage des interventions en faveur de la SSRA est réducteur de la sexualité à son vécu (sexualité active et génitalité) cantonnant ainsi les interventions dans les formations sanitaires alors même que les dysfonctionnements de ces derniers en matière de qualité des services et soins sont avérés.

La forme actuelle de l'offre n'est pas adaptée aux adolescents (Plan stratégique national de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes au Cameroun 2015-2019). En effet, à 10 ans, période de pré-adolescence, l'enfant ne fréquente que le service de pédiatrie et il n'a généralement pas un projet assumé de sexualité active ni la capacité à l'organiser. Comment ferait-il pour aller au service de planning familial auprès d'une « mama » ou d'une « mbombo » grand-mère ? y chercher les informations sur un sujet qui l'embarrasse.

La majorité des études sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive des jeunes révèlent des insuffisances diverses depuis plusieurs décennies. Sepde Emtom (2015) conclut dans une population de 400 adolescents dans la ville de Garoua que ces derniers ont une connaissance incorrecte en matière de santé sexuelle et des comportements sexuels inappropriés. Bildi Hawanga a montré que les connaissances des étudiants de l'université de Maroua sur la contraception d'urgence hormonale sont faibles et leurs pratiques inadéquates. Les médias façonnent la nature des connaissances actuelles des jeunes sur la sexualité. Zobo (2017) a montré l'impact négatif de l'hypersexualité médiatique (films érotiques, pornographique...) sur la construction de la sexualité parmi les adolescents en absence d'éducation sexuelle rigoureuse. L'âge moyen d'exposition à la sexualité version films pornographiques est 13 ans et cela a un impact sur l'entrée précoce en sexualité active et les pratiques sexuelles des jeunes.

Ces quelques études exhibent la rareté de travaux de recherche dans les dix régions administratives d'une part, les zones rurales et le caractère hétéroclite des informations disponibles. Un fait remarquable dans ces études est la dynamique constamment changeante qui vient complexifier la question de l'éducation des adolescents qui demeure un échec, jamais enrayé par les interventions en SRA. Les manquements voire le vide constaté dans l'éducation sexuelle des jeunes en relation avec les mutations sociales ayant conduit à la disparition du conte (Abéga (1995) et les limites des modes alternatifs (des parents nucléaires et de la société moderne (ONG, Etat)) sont comblés par les médias qui assurent la transmission de savoirs sur la sexualité aux jeunes.

2. Acteurs et actions de SSRA : dispersion et inefficacité

2.1. Acteurs impliqués dans la SSRA au Cameroun

Les acteurs de la SSRA peuvent être classés en trois catégories: décideurs, opérationnels et partenaires. Le groupe des décideurs comporte plusieurs administrations telles: la Santé

Publique (MINSANTE), l'Éducation de Base (MINEDUB), les Enseignements Secondaires (MINESEC), la Jeunesse et de l'Éducation Civique (MINJEC), les Affaires Sociales (MINAS), l'Économie Planification et Aménagement du Territoire (MINEPAT), la Communication (MINCOM), la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), l'Enseignement Supérieur (MINESUP). Les acteurs opérationnels mettent en œuvre les politiques élaborées par ces instances de décisions. Sur le plan local, plusieurs acteurs de la société civile interviennent à l'instar de : FESADE, OFSAD, CAMNAFAW, ACMS, Réseau des jeunes, Presse jeune, etc.

Le Gouvernement est accompagné et soutenu par plusieurs partenaires techniques et financiers qui participent à l'élaboration des politiques, des documents stratégiques et des directives/guidelines produits dans le domaine de la SSRA sur la base des orientations internationales. Ces partenaires sont entre autres : OMS, UNICEF, UNFPA, UNWOMEN, ONUSIDA, PLAN International Cameroon, Care International, GIZ/PASAR, Coopération française, CDC/PEPFAR, EGPAF, etc.

2.2 Stratégies et interventions utilisées par les parties prenantes au cours des 20 dernières années

L'analyse documentaire montre plusieurs thématiques abordées en matière de SSRA. Le dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent-jeunes au Cameroun a identifié les problèmes majeurs suivants concernant les adolescents :

- i. les grossesses précoces non désirées,
- ii. les infections sexuellement transmissibles (IST),
- iii. les mariages précoces,
- iv. les violences sexuelles.

Les interventions prioritaires du PSNSAJ 2015-2019 sont regroupées en 5 axes stratégiques:

- Renforcer la mobilisation sociale autour de la SRAJ
- Renforcer l'offre de service de qualité de la SRAJ
- Renforcer l'appropriation communautaire des interventions en SRAJ
- Coordonner, suivre et évaluer les activités de la SRAJ
- Développer la recherche opérationnelle en SRAJ

Au cours des 20 dernières années, plusieurs interventions ont été mises en œuvre par les différents acteurs intervenant dans le secteur de la SSRA, il est remarquable que l'attention portée sur la SSRA demeure insuffisante alors que cette tranche représente 33% de la population (RGPH, 2010).

La plupart des interventions délaisse la sexualité et survalorise la reproduction. Le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI (2014-2020) a identifié comme causes de la mortalité maternelle la faible utilisation des services de consultation prénatale par les femmes enceintes et un faible taux d'accouchements dans les formations sanitaires ou assistées par un personnel qualifié. Parmi les interventions prioritaires pour limiter ce taux de mortalité maternelle à savoir : la Consultation Prénatale Recentrée (CPNR) ; la Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) ; l'accouchement et les Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU) ; le dépistage et la prise en charge des fistules obstétricales. La Planification Familiale (PF) est abordée dans le document de façon légère.

A l'observation, il perdure une coordination inappropriée au niveau technique et au niveau de la cible. Le leadership est contesté entre les administrations de la santé publique et celles en charge de l'éducation: la SSRA est-elle une question de santé réservée au Minsanté ou une mission exclusive des administrations en charge de l'encadrement des adolescents? La communication inappropriée, la fragmentation et la volatilité des projets sont des traits caractéristiques des activités de SSRA.

Plusieurs OSC interviennent pour améliorer la SSRA. A titre d'exemples:

- (i) FESADE lutte contre la maternité précoce des jeunes et des adolescentes en milieu urbain à partir de l'éducation de base à la sexualité, la formation des pairs éducateurs, la communication, la mobilisation communautaire pour encourager l'éducation sexuelle et le dialogue sur la sexualité dans la sphère familiale (NGO YEBGA S, 2010).
- (ii) ALVF (Association de lutte contre les violences faites aux femmes) sensibilise et promeut la santé des femmes et des adolescentes à travers diverses situations sociales (grossesse et viol) pouvant être à l'origine des violences (telles que le manque de revenu pour l'accès aux soins reproductifs). L'intervention de ALVF dans la SSRA, se traduit par l'ouverture d'un Centre vie de femmes; l'ouverture d'un Centre d'écoute et de conseils pour jeunes adolescents et femmes; les services de proximité (consultation médicale dans les centres par une équipe formée, assistance juridique, assistance en situation sociales de détresse, de viol, de grossesses non "voulues"); les cliniques mobiles médicales (négociation des espaces et installation dans les quartiers, des établissements scolaires ou sur demandes des communautés ou bénéficiaires) pour la prise en charge, la prévention et l'information en santé de reproduction (NGO YEBGA S, 2010).

La coordination inadéquate, le réseautage non systématique, la faible intégration des activités et leur distribution inégale au plan géographique ainsi que leur discontinuité dans le temps sont caractéristiques des stratégies de SSRA.

3. Le choix des stratégies et interventions de SSRA, inspiré des directives mondiales, n'est pas contextualisé

Parmi les facteurs sous-jacents de la situation non satisfaisante de la SSRA figurent la discordance et l'inadéquation des nombreuses interventions aux contextes intellectuels et socio-culturels. Les interventions configurées aux directives mondiales ou régionales africaines ne comportent pas toujours une solide composante contextuelle camerounaise notamment d'adaptation aux données factuelles locales.

A titre d'exemple, alors que des données probantes attestent l'impact positif de l'intervention des parents sur le comportement sexuel des adolescents (Zacharie Tsala Dimbuene, Barthelemy Kuate Defo., 2010, Dominique Meekers, Megan Klein & Leger Foyer. 2003) la majorité des projets et programmes excluent les parents comme acteurs de la SSRA.

Sur le terrain, plusieurs acteurs multisectoriels mettent en œuvre leurs interventions inspirées du cadre normatif développé dans les documents de politiques nationales. Certaines organisations internationales comme l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, Plan International, Care International, s'inspirent des données probantes de portée mondiale sans toutefois les actualiser de manière systématique au niveau local.

L'analyse documentaire des documents de politique élaborée dans le cadre de la SSRA révèle une description dense et riche des problèmes soutenue par des données épidémiologiques rigoureuses et de bonne qualité démontrant que les problèmes méritent d'être pris en compte comme enjeux de santé publique. La cartographie des documents cités dans la plupart des documents de politiques montrent une utilisation insuffisante des données probantes dans la sélection des stratégies et la détermination des effets escomptés de ces dernières. Les documents les plus cités dans les documents normatifs sont : les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les rapports des organismes nationaux et internationaux, les documents officiels rédigés par les ministères, les ambassades, les recensements, etc. Dans ces documents, peu de détails décrivent le processus de choix des stratégies ainsi que les données probantes sous tendant les choix stratégiques.

La prise en compte des aspects d'équité est remarquable dans les interventions dans les régions traduite dans la prise en compte de certaines dimensions du cadre PROGRESS (**P**lace of Residence, **R**ace/ethnicity/culture/language, **O**ccupation, **G**ender/sex, **R**eligion, **E**ducation, **S**ocioeconomic status, **S**ocial Capital). Cela se justifie dans les différents rapports d'étude ou d'intervention qui sont conduites avec différentes méthodes (CAP, qualitative, quantitative, etc.). Le dossier d'investissement qui est d'ailleurs le document phare du MINSANTE met en exergue les spécificités socio-culturelles et économiques en insistant sur la vulnérabilité des régions septentrionales et de l'Est.

3.1. Données probantes pertinentes pour la SSRA au Cameroun

Le principe de la prise décision éclairée stipule que la formulation des options stratégiques ou politiques doit être informée par un modèle de raisonnement dit par résolution des problèmes exhibant l'ampleur du problème, ses facteurs sous-jacents, des stratégies éprouvées et des considérations de mise en œuvre selon le contexte. LA recherche des données probantes a porté sur trois axes: les multiples facettes des problèmes de SSRA au Cameroun en terme d'épidémiologie, de facteurs sous-jacents ; le contenu des interventions de protection de la SSRA; et les données probantes de portée globale ou mondiale sur les interventions testées et avérées efficaces.

Dans le cadre spécifique de l'adolescent il s'est agi de rechercher les études sur les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de SSRA et d'analyser de manière critique les stratégies mises en œuvre notamment en termes d'adaptation au stade de développement de l'adolescent, de sa situation de dépendant, de sa sexualité réprimée contrainte de s'exprimer dans la clandestinité parfois contre son gré, son ouverture sans cesse accrue au monde à travers Internet et la Télévision et aux autres influences en termes de comportement sexuel.

3.2. Les services essentiels prouvés efficaces pour améliorer la SSRA

Des données probantes attestent de l'effet d'amplification des interventions combinées et un faible impact des interventions uniques en SSRA (Rehana A.Salam, AnadilFaqqah, Nida Sajjad, Zohra S. Lassi, Jai K.Das, Miriam Kaufman, Zulfiqar A.Bhutta, 2016) ; Oringanje C; Meremikwu MM; Eko H; Est E;Meremikwu A, Ehiri JE ; 2016 ; Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. 2016).

Une association pertinente allie l'éducation santé de la reproduction à la promotion, l'accessibilité aux différents moyens de contraception et au counselling.(Oringanje C, Meremikwu MM,Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE,2016). Des données de qualité moyenne suggèrent que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, le counseling et la disponibilité de moyens de contraception sont des interventions qui augmentent la moyenne des scores en connaissances sur la SSR et les moyens de contraception ; la moyenne des scores d'efficacité d'utilisation des préservatifs, l'utilisation des moyens de contraception et du préservatif. L'éducation à la SSR n'a eu aucun impact sur le risque d'avoir des rapports sexuels. Et une baisse de 15% de l'incidence des grossesses chez les adolescentes et une baisse de 37% du taux de grossesses répétées chez les adolescents grâce à ces interventions.

Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. (2016) affirment que l'école est la meilleure localisation de la délivrance de ces services. La réalisation de cette option permet d'adresser deux limites majeures des interventions SSRA actuelles. Premièrement elle permettrait de mettre en place un cadre contrôlé de transmission des savoirs vrais sur la sexualité aux adolescents dont toutes les recherches soulignent la faiblesse des connaissances et en matière de sexualité. Cette option apporterait aussi une

solution aux barrières culturelles et sociales à l'accès aux services SSRA et la définition d'un continuum de soins uniformiserait les interventions des intervenants tout en optimisant leurs impacts.

Développer une approche communautaire inclusive SRA

La situation de dépendance multiforme de l'adolescent et sa position sociale de cadet impose la prise en compte d'autres acteurs surtout dans un contexte où sa sexualité est réprimée, reprouvée et culpabilisée par les aînés. Des recherches réalisées au Cameroun confirment que l'intervention des parents dans ce domaine de la SRA est efficace et celles des pairs éducateurs aussi. Rehana A.Salam, Anadil Faqqah, Nida Sajjad, Zohra S. Lassi, Jai K.Das, Miriam Kaufman, Zulfiqar A.Bhutta, 2016 montrent que le counseling effectué par les pairs (éducateurs pairs fournissant de l'information et du counseling à travers des sessions individuelles, des discussions de groupes, des présentations et la distribution de dépliants ont significativement amélioré la moyenne des scores en connaissance sur la SSR. Néanmoins cette stratégie n'a eu aucun impact sur l'utilisation des moyens de contraception. Les mêmes auteurs confirment que les interventions dirigées par les parents sont efficaces pour l'amélioration des connaissances en SS.

Les tableaux récapitulatifs en annexes présentent les documents disponibles, les contenus et un commentaire sur la qualité des données probantes.

Références

Abéga S C, 1995, Contes d'initiation sexuelle, Yaoundé, Edition Clé.

BUCREP, 2015, Rapport de l'Enquête d'Opinions et connaissances des adolescents sur la Santé sexuelle en milieu scolaire dans la ville de Yaoundé.

Dominique Meekers, Megan Klein & Leger Foyer. 2003, Patterns of HIV Risk Behavior and Condom Use Among Youth in Yaounde and Douala, Cameroon.

EDS-MISC 2011, Enquete par grappes à indicateurs multiples. Rapport de résultats clés.

Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C., 2016, School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections and pregnancy in adolescents(Review).

MINSANTE, 2009, Politique des services de santé de la reproduction.

MINSANTE, 2014, Plan stratégique national de la santé de la des adolescents et des jeunes au Cameroun (2015 – 2019).

MINSANTE, 2015, Profil Sanitaire analytique Cameroun.

MINSANTE, le dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent-jeunes au Cameroun 2017-2020.

MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire, 2016-2020

MINSANTE, Plan Opérationnel de Planification Familiale 2015-2020

MINSANTE, Plan stratégique de la santé de reproduction maternelle, néonatale et infantile 2014-2020.

MINSANTE, Stratégie Sectorielle en Santé 2001-2015.

Ngo Yebga S, 2010, Initiatives locales de la société civile en santé reproductive au Cameroun: Etude de cas des associations en milieu urbain. RISC Conference 2010.

Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE, 2016, Interventions for Preventing Unintended pregnancies among adolescents (Review).

Rehana A. Salam, Anadil Faqqah, Nida Sajjad, Zohra S. Lassi, Jai K.Das, Miriam Kaufman, Zulfiqar A.Bhutta, 2016, Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health : A systematic Review of Potential Interventions

RGPH, 2010, Recensement général de la population et de l'habitat.

Sepde Emtom, 2015, Connaissances, attitudes et pratiques en santé sexuelle des adolescents de 15 à 19 ans à Garoua. HSD, <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/277> [Consulté le 12/02/2018].

Zacharie Tsala Dimbuene, Barthelemy Kuate Defo., 2010, Risky sexual behaviour among unmarried young people in Cameroon: another look at family environment.

Zobo O L, 2017, Santé sexuelle des jeunes et vulnérabilité à l'hyper-sexualisation médiatique à Yaoundé. HSD. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/517> [Consulté le 12/02/2018].