

Promouvoir la santé génésique (sexuelle et reproductive) en milieu scolaire et universitaire au Cameroun

Rapport complet

Aout 2018



Cette Note d'Information Stratégique a été rédigée par une équipe multidisciplinaire du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) dans le cadre 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 exécutif](#), plus succinct.

Auteurs

Dr Moustapha Moncher Nsangou, Sociologue, PhD, Chercheur

Email: jordynsangou@yahoo.fr

Dr Renée Cécile Bonono Momnougui, Anthropologue, PhD, Chercheure

Email: bonono2003@yahoo.fr

Pr Marie-Josée Essi, Anthropologue, PhD, Chercheure

Email: mariejoseessi@yahoo.fr

Pr Pierre Ongolo-Zogo, Analyste des politiques et systèmes de santé, Chercheur

Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour le courrier

Pr Pierre Ongolo-Zogo, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun B.P 5604 Yaoundé – Cameroun

Contributions des auteurs

MN, POZ, MJE et RCB ont conçu la démarche, CDE a recherché les données probantes, AJ et JPO ont extrait les éléments importants des documents. MN, RCB, MJE 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) financé par NWO (Netherlands Organisation for Scientific Research). Le sponsor n'a aucune 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, Jean-Pierre Ongolo, José Atangana*.

Citation

Nsangou MM, Bonono RC, Essi MJ, Ongolo-Zogo P. Promouvoir la santé génésique (sexuelle et reproductive) en milieu scolaire et universitaire au Cameroun. Note d'Information Stratégique 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

Contexte 4

Problème 4

Manifestations du problème à l'école primaire 5

Vulnérabilité de la santé génésique dans les collèges et lycées 7

Vulnérabilité de la santé génésique dans les universités 8

Facteurs sous-jacents de la vulnérabilité de la santé génésique en milieu scolaire et universitaire
12

Cadre logique d'action 16

Options stratégiques pour la promotion de la santé génésique en milieu scolaire et universitaire 19

Option 1 : Instituer un mécanisme d'Assurance Qualité de l'enseignement à la vie familiale, en matière de population et au VIH-Sida (EVF/EMP/VIH-Sida) dans les écoles, collèges et lycées 19

Option 2 : Engager la communauté pour prévenir le harcèlement et abus sexuels en milieu scolaire et universitaire 20

Option 3: Renforcer les capacités des enseignants pour dispenser l'éducation sexuelle complète (ESC) ou éducation sexuelle intégrée (ESI) dans les collèges, lycées et universités 21

Option 4: Rendre accessibles les services essentiels de santé génésique en milieu scolaire et universitaire (information, éducation, prévention des IST-VIH-Sida, contraceptifs et soins) 22

Option 5: Combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des filles enceintes et des filles mères 23

Références 24

Annexe: Récapitulatif des caractéristiques de programmes efficaces 28

Contexte

Dans le cadre du projet « connaissances sur la santé génésique : amélioration, évaluation et institutionnalisation de l'application des bases factuelles », un forum délibératif¹ a été organisé avec les parties prenantes notamment les décideurs, chercheurs, partenaires et organisations de la société civile. Ce forum avait pour but d'identifier les priorités en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents au Cameroun. L'analyse thématique des discussions a montré un gap de connaissances et de compétences dans la transmission de l'éducation sexuelle et une impréparation des adolescents et jeunes adultes (10-24 ans) à la vie sexuelle et reproductive d'une part et une incapacité à protéger et promouvoir leur santé génésique d'autre part. Il a été également souligné que la famille, l'école, le collège, le lycée et l'université sont des espaces formels de références, où devrait se faire cette préparation des adolescents et jeunes adultes à la vie sexuelle et reproductive.

Cette note d'information stratégique est préparée pour accompagner la mise en œuvre 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 de mettre à disposition des parties prenantes des données probantes pour optimiser les efforts engagés en milieu scolaire et universitaire pour promouvoir la santé génésique et réduire les risques et problèmes de santé génésique parmi les adolescents et jeunes adultes.

Après une description de l'ampleur du problème et des facteurs sous-jacents, quatre options adaptées au contexte camerounais à partir des données probantes issues des études locales et des revues systématiques et des considérations de mise en œuvre sont détaillées.

Problème

Les adolescents(e)s (10-19 ans) et jeunes adultes (20-24 ans) représentent 34% de la population nationale selon les extrapolations du dernier recensement général de la population et de l'habitat (BUCREP 2010). Leur santé, potentiel essentiel pour le développement national, est vulnérable à différents facteurs, telle la santé génésique (sexuelle et reproductrice) dont les indicateurs sont préoccupants (EVS/DRDS, 2013) au regard des efforts déployés et des moyens mobilisés. La fécondité précoce est élevée avec un taux de 119-127 ‰ chez les 15 à 19 ans soit le double de la moyenne mondiale dans la même tranche d'âge (MICS, 2014). Une adolescente sur quatre (25,6% des adolescentes de 15-19 ans) a déjà commencé sa vie reproductive : 21 % ont eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes du premier enfant. L'âge médian au premier rapport sexuel des filles ayant été scolarisée jusqu'en fin du cycle primaire est de 15,9 ans contre 18,6 ans pour celles ayant atteint le cycles secondaire et supérieur. La séroprévalence du VIH chez les adolescents (10-19 ans) est de 1,2% et les jeunes adultes (20-24 ans) est de 2,2%. (MINSANTE, sd).

¹ Forum délibératif sur l'identification des priorités en matière de SSRA au Cameroun, 13 avril 2018 Monastère Bénédictin, Yaoundé.

Les problèmes identifiés de santé génésique de cette tranche de la population sont les suivants: les rapports sexuels précoces, les grossesses précoces non désirées, les infections sexuellement transmissibles, les mariages précoces, les violences et abus sexuels, les avortements clandestins et la multiplicité des partenaires sexuels (World Bank, 2017). Cinquante cinq pour-cent (55,4%) des victimes d'abus sexuels se situent en période pré pubertaire et pubertaire (Biyong, 1990 ; Mbassa Menick et al, 2004). L'âge moyen des victimes de prostitution infantile était de 16,6 ans avec des extrêmes de 9 ans et 20 ans (Mbassa Menick et al 2009). Il est signalé (Rapport OMS 2002) dans une enquête que 37,3% de filles et 29,9% de garçons ont vécu une initiation sexuelle forcée à Bamenda dans la province du Nord-Ouest. Une étude du MINAS/UNICEF(2004) identifie des cas de tourisme sexuel à Kribi et Limbé impliquant des victimes dont l'âge varie entre 12 et 18 ans. **Sexualité à risque des adolescents et jeunes adultes.** Le multi-partenariat (jusqu'à 49% chez les garçons) justifierait la prévalence au VIH estimé à 1,2% chez les 15-19 ans. Cette vulnérabilité est d'autant plus complexe que ses moteurs sont peu documentés : les IST ; le faible accès aux services de santé conviviaux pour adolescents ; les violences sexuelles ; la prostitution (diffuse ou réelle) ; la banalisation des pratiques sexuelles à risques (anale, buccale, plurielle, homosexuelle, etc.) ; la consommation de diverses drogues, le racket ; les addictions aux jeux, etc.

Ces problèmes de santé génésique résultent d'une part d'une impréparation patente à la sexualité - manque d'éducation complète à la sexualité et les abus sexuels (Woog et Kågesten, 2017) - et d'autre part de l'identification approximative des besoins spécifiques en matière de santé génésique. Les études sur les attitudes, les comportements sexuels et les facteurs de risques des adolescents entre 10 et 14 ans sont quasi inexistantes (UNFPA, 2012). Les principaux facteurs sous jacents identifiés sont les suivants: (i) le niveau insuffisant de connaissances et de compétences en matière de santé génésique, (ii) l'utilisation inappropriée des méthodes de protection contre les IST/VIH/Sida et des méthodes contraceptives, (iii) la faible accessibilité des services de santé génésique dédié aux adolescents et jeunes adultes, (iv) le recours aux sources d'information de fiabilité douteuse en matière de santé génésique, (v) la sexualisation des médias sociaux, (vi) la dépravation des mœurs et, (vii) la faillite de l'éducation scolaire, universitaire, familiale et communautaire relative à la santé génésique alors même que les taux de scolarisation se sont améliorés et des curricula d'éducation à la vie familiale, en matière de population et de VIH-Sida (EVF-EMP-VIH-Sida) existent depuis plus de dix ans (PSNAJ).

Manifestations du problème à l'école primaire

En résumé, la performance de l'EVF/EMP/VIH-Sida est sous-optimale au regard des objectifs fixés, à savoir :

- 1. L'élève sera capable d'acquérir des connaissances relatives à la sexualité et à la reproduction en vue de développer et d'entretenir des comportements sexuels responsables...*

2. *L'élève sera capable de développer des aptitudes et attitudes protecteurs et de rejeter les comportements à risque...*
3. *L'élève sera capable de développer des attitudes et aptitudes lui permettant de s'approprier des droits de l'Homme, de rejeter et de dénoncer les différentes formes d'abus et de violences faites aux enfants.*

Les abus sexuels contre les pré-adolescents et adolescents ne sont pas dénoncés. Un abus sexuel sur un enfant/adolescent peut être défini comme «la participation de l'enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel»¹. «L'analyse des travaux réalisés en matière d'abus sexuels a démontré à suffisance la réalité du phénomène, mais elle a révélé que les enfants sont agressés dans tous leurs milieux de vie» (EIP-Cameroun, s.d.). Les abus sexuels infligés aux pré-adolescents comprennent entre autres le viol, les violences sexuelles, les attouchements sexuels, le harcèlement sexuel, la prostitution enfantine, la pornographie enfantine, les mariages forcés, les mariages précoces, l'exhibition sexuelle, le tourisme sexuel, la pédophilie, les mutilations génitales féminines, l'inceste. La majorité des victimes d'abus sexuels (55,4%) se situent en période pré pubertaire et pubertaire (Biyong, 1990 ; Mbassa Menick et al, 2004). Un abus sur trois (29,8%) survient avant l'âge de 10 ans (Biyong, 1990). Le viol est le mode d'agression le plus fréquent (Biyong, 1990).

Les répercussions des abus sexuels sont multifformes. Les conséquences physiques sont multiples: blessures, fractures, contusions, cicatrices, troubles du sommeil, problèmes gastro-intestinaux, migraines, problèmes respiratoires, éruptions cutanées et grossesses non désirées. (EIP-Cameroun, sd). Les complications gynécologiques comprennent outre la perte de la virginité, saignements, fistules vaginales, irritation vaginale, rapports sexuels douloureux, douleurs pelviennes chroniques, infections et maladies sexuellement transmissibles dont le VIH-Sida. Mbassa et al. (2003) ont trouvé une séroprévalence VIH de 37,5% chez les enfants victimes de viol d'âge moyen de 11,6 ans avec des extrêmes de 4 et 15 ans. La violence sexuelle chez l'enfant est associée à la maladie mentale et aux dysfonctionnements comportementaux à l'adolescence et à l'âge adulte à l'instar des: troubles du sommeil, syndromes dépressifs, syndromes de stress post traumatique, plaintes somatiques, tabagisme, troubles de comportement courants, comportements agressifs, kleptomanie, difficultés scolaires, suicides et tentatives des suicides. Sur un tout autre plan, la déscolarisation et l'adoption des comportements malsains (abus d'alcool et d'autres drogues), des comportements sexuels à risques, des comportements autodestructeurs comme l'automutilation ou les brûlures volontaires, des troubles alimentaires et tentatives de suicide (OMS, 2002, EIP-Cameroun).

Au plan du vécu ultérieur de la sexualité les conséquences sont entre autres, la masturbation manifeste ou excessive, une curiosité sexuelle exagérée et une fréquente exposition des organes génitaux, la simulation d'actes sexuels avec les frères, sœurs et amis, les comportements sexuels inappropriés (ex. tendance à toucher les seins ou les organes génitaux), des connaissances sexuelles prématurées,

¹ Pr. KEMPE, fondateur de l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) – Chicago, USA.

la «sexualisation» des baisers donnés aux amis et aux parents. À l'adolescence et à l'âge adulte, les enfants maltraités continuent de manifester des comportements sexuellement inadaptés, l'insatisfaction et les attitudes négatives à l'égard de la sexualité. Au plan relationnel, les relations avec les autres sont perturbées. La prévalence des problèmes interpersonnels est plus élevée parmi les enfants abusés sous forme d'une inconstance dans les rapports avec les parents et autres, les conflits familiaux et communautaires dont certains aboutissent parfois au rejet de la victime. Au plan psychologique, les abus sexuels favorisent une faible estime de soi, des troubles identitaires et le rejet de soi couplé à une perte de confiance en tout. De surcroît, cela peut induire une peur de l'intimité, l'enfermement dans un statut de victime ou la transformation de la victime en bourreau reproduisant les violences subies.

Vulnérabilité de la santé génésique dans les collèges et lycées

L'enseignement secondaire compte environ deux millions d'élèves (Cameroon Tribune, 2016) dont certains y arrivent à un âge précoce. La moyenne d'âge des élèves du secondaire est de 14 ans en mettre en rapport avec l'âge médian (16,8 ans) de l'entrée en sexualité des adolescents au Cameroun (MINSANTE, sd.). Une majorité d'adolescents entre en sexualité sans aucune connaissance ou compétence et sans aucune préparation de la part de leur famille. La plupart des jeunes apprennent leur sexualité à travers leurs pairs, les médias ou les réseaux sociaux (Nsangou MM, Bonono RC, Ongolo-Zogo P. 2018). Les collèges et lycées sont devenus des espaces de vulnérabilité sexuelle des adolescents.

Scandales sexuels impliquant des adolescents dans les collèges et lycées. Une observation des médias montre une récurrence des scandales sexuels au cours des dernières années à l'instar de l'affaire de la vidéo pornographique du Lycée technique de Bafang (Africapresse, 2018), des ébats sexuels entre élèves au collège de la Retraite (Camer 24, 2017), des ébats sexuels entre élèves au lycée bilingue de Santchou (Camernews, 2017), de l'affaire de pédophilie du Collège Vogt (Camer24, 2017), de l'affaire de « partouze » entre élèves au Lycée classique de Bafoussam (Grand Ouest tribune, 2015) et de l'affaire des ébats sexuels entre deux élèves au collège des sciences techniques industrielles et commerciales (CSTI) d'Etoug-Ebé (Africapresse, 2013).

Abus et violences sexuels impliquant des adolescents. Une étude, faite dans dix collèges et lycées de la ville de Yaoundé en 1999 auprès de 1688 élèves, révèle une prévalence d'un abus sexual avant 16 ans de (17%). Les abus sexuels concernaient la période pré-pubertaire et pubertaire (72,9%) mais aussi la pré-adolescence (25,3% entre 5 et 9 ans). Les filles étaient les principales victimes (72,5%). La majorité des 274 agresseurs identifiés était des hommes (86,5%). Fait remarquable, 31,4% des abus sexuels étaient intra-familiaux contre 68,6% d'abus sexuels extra familiaux. Dans près de 15% des cas, l'abus sexuel s'était produit dans un environnement scolaire et 30% environ étaient perpétrés par des camarades de classe. Les enseignants représentaient 7,9% des agresseurs extra-familiaux et les répétiteurs 7,3%. La prévalence des attentats sexuels envers les mineurs varient de

2,05% à 9,5% et qu'ils concernent majoritairement les enfants en période de pré-adolescence et d'adolescence (Mbassa Menick, 2002). Halim Benabdallah (2010) signale plusieurs formes de violences en milieu scolaire en Afrique subsaharienne francophone notamment sexuelles, physiques et psychologiques qui aboutissent fréquemment à la déscolarisation des filles. Les violences sexuelles se réfèrent aux attouchements, aux tentatives d'initier un acte sexuel, en usant la force, la menace ou la surprise. Les violences physiques se réfèrent aux châtiments corporels, aux travaux forcés et aux coups divers. Les violences psychologiques se réfèrent aux diverses formes de violence verbale, d'intimidations et de manipulation émotionnelle (Halim Benabdallah 2010).

Les formes de violences observées sont d'ordre sexuel et psychologique. Avec l'avènement des NTIC, les adolescents équipés de smartphones et tablettes deviennent spectateurs et/ou acteurs de photos et des vidéos pornographiques. Cette situation est d'autant plus grave quand ils entraînent leurs camarades, qui subissent des pressions psychologiques, dans leurs jeux. 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. Ainsi, 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. Le milieu scolaire est devenu un espace de socialisation sexuelle des adolescents.

Grossesses précoces et non désirées et IST/VIH-Sida. La grossesse précoce et non désirée est un problème mondial. Elle a un impact majeur sur la vie de l'adolescent (surtout la fille) sur les plans sanitaire, social, économique et éducatif (UNESCO, sd.). Elle est souvent à la base d'une part des complications pendant l'accouchement voire même du décès maternel et néonatal et d'autre part de désintérêt pour l'école chez la jeune fille. L'Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2011) indiquait que 60% des adolescentes (15-19 ans) étaient déjà sexuellement actives dès l'âge de 16 ans et que 25% d'entre elles étaient enceintes. L'analyse du profil d'abandon scolaire montre que le taux d'abandon scolaire est plus élevé en classe de troisième (11,67%) et parmi les raisons non académiques, le mariage/grossesse est le plus récurrent avec 17,78% (Noumba Isidor 2008). Dans la majorité des collèges et lycées, le constat de la grossesse signe l'exclusion de la concernée par les autorités de l'école.

Vulnérabilité de la santé génésique dans les universités

L'enseignement supérieur compte environ 500.000 étudiants, répartis dans les 8 universités d'états et près de 200 instituts supérieurs privés (MINESUP, 2018), et sans aucune limite d'âge. En effet, plus de 463 798 étudiants avaient moins de 19 ans en 2014 (INS, 2010). Cette cohabitation des générations, que ce soit entre camarades ou avec le corps enseignant et administratif est en soit source de conflits. A l'université, la situation est d'autant plus problématique que l'obtention du baccalauréat est tacitement admise comme le droit à la sexualité pour les parents et les adolescents (Essi, 2002). Là où historiquement trois corps se côtoyaient déjà avec heurt, on se retrouve aujourd'hui avec quatre : les étudiants-adolescents ; les

étudiants-adultes, les enseignants et les administratifs. Quatre groupes humains aux valeurs et aspirations différentes, vivant néanmoins ensemble dans une organisation rigoureusement structuro-intellectuelle, mais faiblement spatio-morale, et soumise à l'exponentielle dynamique du numérique. Qui protège ces adolescents de plus en plus jeunes dans les amphis, de leurs camarades matures et/ou pervers (l'enfant violé est à risque d'être un adolescent violeur, Roman 2008) ; de leurs enseignant(e)s ; ou du personnel de la scolarité ?

La loi du silence d'un harcèlement sexuel omniprésent.

L'environnement universitaire au Cameroun est caractérisé par l'omniprésence du harcèlement sexuel (HS). Classiquement dirigé vers le sexe féminin, le HS concerne de plus en plus les deux sexes, dupliquant de fait les formes de vulnérabilité de la santé sexuelle des adolescents. Le harcèlement se définit comme un ensemble d'agressions physiques ou psychologiques répétées, manifesté par des gestes et des propos, souvent insidieux, visant à déstabiliser une personne et à la briser pour la soumettre. Il est qualifié de sexuel lorsque cet abus d'autorité vise à obtenir des faveurs sexuelles.

Les adolescents et jeunes adultes font très rapidement face au harcèlement sexuel en milieu universitaire. Dès l'inscription, ils sont accueilli(e)s par des aînés qui les orientent dans ce nouvel espace. En raison de la faiblesse des ressources humaines, cette tâche est confiée à des associations d'étudiants qui profitent des nouvelles proies. « Mme venez là, votre nom, c'est quoi ? Vous avez quel problème ? Placez-vous là je vais voir avec mon collègue. ... Votre numéro de téléphone, c'est quoi ? ». Si la victime ne s'exécute pas : « Je vais voir comment tu vas déposer ton dossier.. je suis l'aéroport, monte, descends, tu viendras me trouver et là, on verra qui est qui ». (Nsangou & Onana, 2014).

Dès le début des enseignements, ils/elles subissent le harcèlement du vacataire ou du moniteur. En raison d'une insuffisance de personnel enseignant et d'un certain désengagement des enseignants titulaires, une délégation des tâches est faite aux étudiants doctorants, leur laissant souvent le champ libre pour des abus d'autorité dont le harcèlement sexuel. Ils s'attachent le bien mal convoqué proverbe africain «la chèvre broute où elle est attachée.». Souvent sans réelle rétribution financière, l'un a déclaré à Nsangou & Onana que « il y a plusieurs manières de faire des rallonges pour les fins de mois, il faut bien que d'une manière ou d'une autre je me fasse plaisir. Le salaire n'est pas forcément monétaire». De jeunes étudiants non avertis vont tomber sur cette faune qui les considère comme un paiement en nature du service d'enseignement par eux rendu. Face à une quelconque résistance, les adolescents et jeunes adultes font expérimenter des échecs, des redoublements, et même des conseils de disciplines. « Ce sont eux qui corrigent nos copies et par conséquent, il faut s'en méfier. Ils peuvent nous faire reprendre le niveau » déclarait une étudiante de la FALSH rapporté par Nsangou & Onana en 2014. De même, en 2016, un vacataire de la FSE/UYI a eu la faiblesse d'envoyer ce SMS à sa victime : « J'ai la copie de Fernand (petit ami) devant moi. On fait comment ? ». De manière exceptionnelle, ce SMS a servi de pièce à conviction au Conseil de discipline à l'UYI. Il convient aussi d'évoquer la toute-puissance des services de la scolarité. De la surveillance des examens à l'émission des relevés de notes, chaque étape du circuit est une opportunité idoine pour les harceleurs. Ceux-ci utilisent les menaces

d'expulsion de la salle ; l'accusation de fraude ; la mise à disposition des épreuves corrigées ou non « l'eau » ; le remplacement des copies ; la falsification des procès-verbaux, la rétention des relevés de notes, etc.

Cependant dans l'échelle des acteurs abusant de leur autorité pour obtenir des faveurs sexuelles, les enseignants-chercheurs tiennent eux-mêmes le 1^{er} rôle (Pondi, 2011). Profitant d'une position de pouvoir (encadrement, stage, supervision, évaluation, etc.), ils usent de toutes les stratégies : invitations dans des auberges ; accompagnement au Field-work ; correction des travaux à domicile ; exhibitionnisme ; prostitution/échangisme, etc. C'est ainsi qu'en 2014, les camerounais ont pu écouter interloqués, dans une chaîne de radio, ces propos d'enseignant, enregistrées par une étudiante de l'École Normale Supérieure de l'Université de Yaoundé 1 « Tes fesses me tuent seulement, c'est ce que je veux... je vais même te violer...va manger ton règlement intérieur là... ». L'octroi de faveurs sexuelles à l'enseignant s'apparente à une condition sine qua non pour une évolution normale. Une victime collatérale confiait ainsi: « J'ai repris une même unité d'enseignement 3 fois, parce que je marchais avec ma cousine dont un enseignant pensait qu'elle était ma copine. Il lui avait dit « comme tu donnes au bandit là, donnes aussi pour moi » et face à son refus, ni elle, ni moi n'avons obtenu de note supérieure à 25 sur 100 ». A la Faculté des Sciences de l'Université de Yaoundé 1, c'est un jeune étudiant qui a relaté les assauts homosexuels de son enseignant, dont le refus s'est soldé par le SMS « c'est toi qui veux le master, pas moi ».

Ce droit de cuissage est si ancré dans la culture universitaire qu'il dépasse la seule vulnérabilité des adolescents. En 2015, une enseignante s'est vue qualifiée « d'irrévérencieuse », en raison de son désir de voir évaluer son dossier de changement de grade, sans accorder des faveurs sexuelles aux membres du Conseil. Aussi, une enseignante de la Faculté des Sciences avait confié à Moncher & Onana : « J'ai passé 7 ans au grade d'assistant parce que mon Chef de département me faisait des avances. Mais comme je ne voulais pas faire du mal à mon mari, je n'ai pas pu aller avec lui. Je n'ai pu évoluer qu'après le décès de cet homme ». Ce qu'il convient de comprendre dans ce verbatim, c'est bien que si la dame n'avait été mariée, ou alors avait eu un mari insensible à la douleur, elle aurait cédé à cette sexualité déshonorante. Pondi affirmait alors en 2011 que le droit de cuissage était la condition pour une ascension académique dans notre système universitaire.

Des structures de prise de charge inexistantes

Certains adolescents et jeunes adultes arrivent à l'université sans expérience sexuelle. Leur entrée en sexualité va alors se faire dans cette « jungle », sans aucune connaissance et en totale impréparation. Aussi n'est-il pas surprenant que le taux de VIH y soit estimé à près de 1%, et les rapports sexuels occasionnels avoués à 37,5% (MINESUP, 2017). A l'université de Maroua, seul 17,70% d'étudiantes avait un bon niveau de connaissances sur le cycle menstruel, et aucune n'en avait sur la contraception d'urgence. La majorité (80,30%) ignorait le délai à respecter pour qu'elle soit efficace, et très peu possédaient des attitudes justes (19,30%): « Si en voulant décaper l'œuf tu te retrouves en train de décaper jusqu'à l'utérus, ça va entraîner des complications néfastes ; donc je ne peux pas encourager ça. » (L3); «La pilule du lendemain rend stérile.» (L1); « On te voit peut être comme une prostituée »

(L3). De manière logique, 90,80% des filles avaient des pratiques inadéquates : « Je vais attendre un peu plus de 2 semaines et faire le test de grossesse avant de voir comment utiliser la pilule du lendemain. » (L1). En cas d'échec de la contraception, 24,10% des étudiantes avaient avoué sans insistance que l'avortement était le prochain recours.

A l'Université de Yaoundé I, 62,80% des étudiantes affirmaient que l'avortement provoqué était une pratique fréquente, et jusqu'à 44,90% avouaient avoir déjà aidé une proche à le faire (Kamtcheu RG, 2016). Malgré une moyenne d'âge de participantes assez basse (18,3 ans), 84,5% des filles avaient cité au moins une méthode abortive, la plus citée était la méthode médicamenteuse (71,3%), suivie des potions et décoctions traditionnelles (65,6%) ; et quelques excitants (36,2%), « il y a le whisky qu'on utilise, au début d'une grossesse, les premiers jours » (L2 médecine). Elles étaient conscientes des complications, les plus fréquemment mentionnées étant l'infertilité (93,3%) et le décès (77,9%) : « En fait toujours est-il qu'un avortement laisse toujours les séquelles et les conséquences, mais la plus grave c'est la mort, parce que il y a la stérilité comme elle a dit mais il peut aussi avoir certaines maladies... » (étudiante en économie). Les principaux motifs d'avortements étaient la peur des parents (74,4%), le déni du partenaire (73,6%) et le manque d'argent (69,2%). La moitié (50,3%) des filles était contre la dépénalisation de l'avortement, la principale raison étant d'ordre religieux (70,9%) « Je suis contre la légalisation de l'avortement parce que si on légalise l'avortement ça va laisser le champ libre aux filles de ne plus conserver les grossesses, elle va dire c'est autorisé alors je le fais, il faudra qu'on ne légalise pas, pour des raisons religieuses au moins, c'est une vie quand même » (L1 droit). Cependant 21,5% étaient en faveur la légalisation : « Tout le monde fait ça quand il veut. Dans chaque mini-cité, il y a le docta de ça. Il faut légaliser, comme ça les gens pourront aller directement à l'hôpital. Là-bas on sait où jeter les fœtus qui sont partout dans les rigoles à Bonas » (L2, FSc). Un tiers des filles (38,5%) pensait que l'avortement est une solution aux grossesses non désirées (GND), et 1/10 avait admis conseiller l'avortement à une camarade. La quasi-totalité (90%) des étudiantes pensaient que la décision du devenir d'une GND revenait à l'étudiante seule : « la décision revient à 100% à la fille, la décision peut être influencée par les autres mais la décision finale lui revient, les autres c'est la famille, le père de son enfant, la société, le regard de la société, l'école, les ambitions mais c'est elle qui doit prendre la décision » (L2 médecine). Il convient de souligner l'immense défi de santé publique que représentait le désir de discrétion des informatrices. Ainsi, 43,3% la privilégiait pour le choix du lieu d'avortement, la sécurité n'étant évoquée que par 12,6% des filles. En cas de survenue d'une GND dans l'année en cours, 68,7% des étudiantes n'étaient pas certaines de la conserver et, 7% avorteraient sans conditions.

La situation ci-dessous présentée peut surprendre quand on sait que ces universités possèdent toutes des centres médicaux sociales (CMS), dont l'unique mission est de réduire la vulnérabilité d'accès à un complet état de bien-être des étudiants. A l'UYI, le CMS dispose d'un Centre d'écoute, qui probablement n'est pas outillé pour adresser la santé sexuelle, dans le sens où l'OMS et BZgA (2013) précisent qu'elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient

sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. La sexualité étant une composante centrale de l'être humain, et l'université doit l'intégrer comme un apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques, dans un processus utile et permanent tout au long de la vie. Elle est importante à adresser ainsi en raison des différents milieux et groupes sociaux avec lesquels l'adolescent va interagir durant tout son cursus. Elle fait partie intégrante de l'éducation complète et aide l'adolescent à développer son estime-de-soi, la perception de l'image de son corps et son autodétermination. Avec des savoirs élaborés et des compétences sophistiquées, l'université doit compléter sa formation avec des savoirs-être responsables envers lui-même et autrui. Les CMS doivent donc être le référent en cas de doute (physique, psychologique et social), et ne peuvent plus envisager la sexualité par la seule approche de la prévention des IST et grossesses précoces.

Facteurs sous-jacents de la vulnérabilité de la santé génésique en milieu scolaire et universitaire

L'école est-elle devenue un lieu de dépravation des mœurs ou de transmission des savoirs pour l'insertion dans la vie sociale ? Comment l'école peut-elle contribuer efficacement à la promotion de la santé génésique des adolescents et jeunes adultes ? Quelles sont les raisons de la faillite de l'éducation sexuelle complète. L'analyse met en exergue un gap de connaissances et de compétences en matière de santé génésique et une formation insuffisante des encadreurs. Les observations de la scène de la violence sexuelle montre qu'elle est un phénomène structurel (Abéga SC, 2007). Elle bénéficie de l'organisation laxiste existante des structures d'encadrement qui est un lieu favorable d'émergence pour ce phénomène.

L'approche de type « éducation sexuelle » à l'école primaire aujourd'hui est une intervention à faibles impacts (Irvin, 2000). L'enseignement sexuel à l'école ne constitue donc qu'une source d'information parmi d'autres sources. Zobo (2017), dont les résultats confirment ceux du BUCREP (2015), montre que les médias (télévision et Internet) constituent désormais une source d'initiation sexuelle des pré-adolescents. Les informations diffusées sont de types érotiques et pornographiques et impactent de manière négative la construction de la sexualité de l'adolescent en absence d'éducation sexuelle rigoureuse.

En dehors de l'école primaire, il n'existe pas d'autres formes d'apprentissage sur et complet sur la santé génésique en raison de: (i) la faillite des mécanismes traditionnels (initiations et contes) qui accompagnaient le passage de l'enfance à l'adolescence (Abega, 1995) et (ii) l'assimilation du pré-adolescent à l'enfant qui induit une négation de sa sexualité. Communément une manifestation d'intérêt pour les choses sexuelles d'un enfant ou d'un pré-adolescent suscite de la gêne, la moquerie, la répression et/ou la culpabilisation des adultes – du blocage de échanges verbaux sur la sexualité en famille entre parents/tuteurs et enfants dû aux tabous et/ou à la peur des parents de faire perdre à l'enfant son innocence et d'induire un intérêt précoce pour la sexualité- la confusion induites par les informations partielles, fausses et contradictoires, d'origines diverses (médias,

internet, des exemples des informations sur la sexualité, les pairs) et la prise en compte insuffisante des spécificités de la jeunesse dans l'élaboration des politiques nationales (World Bank, 2017) et particulièrement de l'exclusion de la sous-catégorie jeunes adolescents ou pré-adolescent des interventions préventives destinées aux adolescents (Cissé et al, 2017). Les deux conséquences de cette défaillance sont le faible niveau de dénonciation des abus sexuels subis et des comportements sexuels inadéquats des adolescents. A contrario, l'accompagnement du pré-adolescent, pour se construire une sexualité équilibrée dans un tel contexte social, est marginal. Calvès (1998) rapporte que « les normes sociales encouragent si fortement la sexualité des adolescents que, passé un certain âge, celles ou ceux qui sont encore vierges se sentent plutôt marginalisées». Entre tabous et usages sociaux, ravalé à l'enfance, la sexualité du pré-adolescent est ignorée et ne bénéficie que rarement d'interventions sociales autres que la répression et la culpabilisation. Par ailleurs, ce groupe est exclu des interventions dévolues aux adolescents plus âgés car « les programmes d'éducation par les pairs et les centres de jeunesse ont tendance à attirer des jeunes plus âgés et ont rarement pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des adolescents très jeunes. »

L'école primaire accueille officiellement les enfants âgés de 6 à 11ans mais la réalité est différente puisque des élèves intègrent l'école après l'âge de 6 ans et y demeurent bien après l'âge 11 ans. En 2015, la classe d'âge de 11 ans comptait plus de 520.000 écoliers. Les écoliers sont en majorité des pré-adolescents vulnérables au plan de la sexualité. La pré-adolescence est diversement conçue et définie. Pour Aton (2011) l'intervalle de la pré-adolescence va de 9 à 12 ans et se manifeste par les attitudes adolescentes chez des sujets au physique et au développement psychique encore puéril. Le propos suivant d'Olano résume la confusion et les débats qui entourent cette phase. « Les préados se caractérisent par un grand écart de taille et de maturité sexuelle... Ils ne s'intéressent plus aux jeux, films, rituels de l'enfant, sans pour autant se situer dans des logiques adolescentes...Plus qu'un nouvel âge de la vie, la préadolescence serait-elle donc simplement ce temps de transition entre l'enfance et l'adolescence plus ou moins long selon les individus ? » Enfin, François de Singly qui nomme les enfants de 8-14 ans « adonaissant » met en exergue les transformations qu'ils connaissent. Pour Dounally (2011), elle est un processus plutôt qu'une période qui a cours de 6 à 13 ans et qui se caractérise par l'apparition précoce de troubles antérieurement attribués à l'adolescence. Au plan sexuel cette période ultérieurement considérée comme latente (Dounally, 2011) est aujourd'hui associée à la production de sécrétions hormonales et aux modifications corporelles conduisant à la maturation des caractères sexuels primaires et l'apparition des caractères sexuels secondaires (Anton, 2011). Par ailleurs, les médecins et les parents constatent la précocité des règles chez les jeunes filles qui arrivent parfois à l'âge de 8 ans (Dounally, 2011). Une étude réalisée au Sud Cameroun qui définit la catégorie pré-adolescente de 11 à 14 ans, met en évidence des comportements spécifiques vis-à-vis des interdits sexuels, «les plus jeunes intègrent l'interdit, les pré-ados le détournent, les adolescents le transgressent » (Sauzade,Vernazza-Licht et Abega, 2000).

Si la nécessité d'une éducation à la santé génésique au collège et au lycée est contestée par les enseignants du secondaire (Wafo, 2012), aucune étude n'est disponible sur les perceptions des maitres d'école vis-à-vis de cette éducation. A

l'analyse, l'enseignement encadré par le guide pédagogique EVF/EMP/VIH-Sida n'est pas dispensé de manière adéquate. Pour la réduction des risques sexuels, la thématique du VIH-Sida est abordée en termes de moyens de transmission et de la tolérance à partir du cours préparatoire et les cours moyens I et II étudie la reproduction sexuée. Les questions relatives aux droits de l'Enfant telles que l'intégrité physique et les abus sont survolés voire ignorés.

La qualification de la moitié des enseignants du secteur privé est insuffisante avec des variations entre régions de 25 à 74%. Les trois régions de l'Est, Extrême Nord et Nord ont les taux les plus bas et les régions du Centre, Nord Ouest et Sud Ouest ont les taux les plus élevés. Selon les statistiques de 2014-15, 51% des 5885 écoles primaires publiques majoritairement rurales ont des classes multigrades. Les effectifs pléthoriques dans une classe ont une incidence négative sur le processus d'acquisition des élèves et la qualité des résultats (Glass et al. 1982). Dans le cas spécifique de l'éducation sexuelle complète, les classes multigrades et les effectifs (ratio moyen élèves-salle = 72-58 écoliers en zone urbaine-rurale) peuvent avoir un impact négatif sur l'efficacité puisque cet enseignement exige l'adaptation de l'enseignement aux apprenants. Le budget limité constitue une contrainte additionnelle puisque les ressources allouées ne couvrent que 30% des dépenses courantes des écoles.

L'UNFPA (2014) rendant compte du processus de la mise en œuvre de l'Education sexuelle intégrée des adolescents/jeunes au Cameroun a constaté que seulement 1234 enseignants et encadreurs (en milieu scolaire et extra-scolaire) et 371 pairs éducateurs ont été formés et 4 pôles de formation couvrant 78 établissements scolaires mis en place. Sur le plan matériel, un didacticiel et un guide de formation a été offert pour les formations, 10 Centres Multifonctionnel de Promotion de la jeunesse (CMPj) couvrant les 10 régions du pays ont été équipés de matériel de sensibilisation et pour les activités génératrices de revenus. Seize milles adolescents/jeunes ont été sensibilisés sur leur santé génésique.

Depuis des décennies, différents acteurs ont pourtant tenté d'adresser cette question sensible, mais les interventions de prise en charge de l'adolescent dans les documents stratégiques restent approximative, tant par la cible (âge compris de 10-35 ans (PSN-SRA&J 2015-2019), que par le cadrage des interventions, réduisant la santé sexuelle à génitalité saine. La forme actuelle de l'offre n'est pas adaptée aux besoins. Aussi la majorité des études sur les connaissances en SRA&J révèlent des insuffisances diverses : faible information complète en matière de santé sexuelle des jeunes (Sepde, 2015); Pratiques inappropriés en matière de contraceptifs chez les étudiantes (Bildi, 2015) et les jeunes filles mariées (Sanda, 2016); Médias pornographiques comme principale source d'éducation sur la sexualité (Zobo, 2017).

De part même leur position transitionnelle, les adolescents ne sont pas conscients de leur vulnérabilité en raison de leur faible information complète. Ils ne perçoivent pas les risques, et n'ont pas non plus accès aux moyens de les contrôler. Adresser l'adolescence comme la deuxième décennie de la vie permet de recueillir des données fondées sur l'âge aux fins d'analyse de cette période de transition. Aujourd'hui, il est largement admis que cette phase est distincte de la petite enfance et du jeune adulte, qui requiert une attention et une protection particulières. Le

passage de l'enfance à l'âge adulte doit être accompagné, pour aider le jeune enfant à bien assumer l'indépendance, les responsabilités, les attentes et les privilèges liés à l'âge adulte. Dans les sociétés traditionnelles, un rite de passage accompagne ce changement, et implique que l'enfance est vécue comme un espace et un temps séparés du reste de la vie humaine, qu'il convient de traiter avec soin et révérence (Abega, 1995). Si la modernité a diabolisé la pratique de ces rites, il est impératif de repenser l'accompagnement.

En effet, les changements physiques et l'apparition des caractères sexuels secondaires sont des changements flagrants constitués une source d'anxiété comme d'excitation. La science neurologique a démontré que le cerveau de l'adolescent subit une poussée de développement électrique et physiologique, et le nombre de cellules du cerveau peut quasiment doubler en un an, et les réseaux neuronaux sont radicalement réorganisés, avec un fort impact émotionnel, physique, et mental. C'est aussi à ce moment que les filles et les garçons deviennent plus conscients de leur sexe. Ils vont donc ajuster leur comportement et apparence de manière à correspondre aux normes et valeurs en cours. Ils peuvent devenir victimes ou acteurs de mauvais traitements, et vivre des incertitudes quant à leur identité personnelle et sexuelle. Il y donc à ce moment de la vie, un risque caractéristique, où l'adolescent teste les comportements adultes. Il est donc impératif de lui offrir un dispositif sûr et solide en guise de coussin de sécurité. Et dans un contexte pluriculturelle comme le Cameroun (6 aires culturelles), et de données fort éparses, géographiquement, intellectuellement, économiquement et de genre, l'espaces le plus linéairement sûr dans le pays est bien l'institution « Ecole ».

L'analyse des curricula des collèges et lycées montre une importance marginale accordée à l'éducation à la sexualité (UNESCO, 2010 a) alors même qu'un arrêté conjoint du MINEDUB et MINESEC du 18 janvier 2007, porte intégration des curricula d'EVF/EMP/VIH-Sida dans les programmes de formation et d'enseignement au Cameroun. Les contenus théoriques de l'éducation sexuelle complète (ESC) ou de l'éducation sexuelle intégrée (ESI) sont bien articulés cependant, l'analyse de la mise en œuvre montre qu'elle reste approximative. Les cours dans les collèges et lycées parlent de la reproduction en biologie en classe de cinquième (reproduction des invertébrés) et en classe de quatrième (reproduction humaine). Bien que ce cours existe, aborder les questions de sexualité, est parfois gênant pour certains enseignants. Ils l'abordent de façon superficielle ou sommaire surtout que la nécessité d'enseigner la sexualité au collège et au lycée est contestée par les enseignants du secondaire (Wafo, 2012). En outre, dans les établissements secondaires d'enseignement technique ou professionnel par exemple (SAR-SM), les élèves n'ont pas accès à des cours de reproduction humaine. Dans certains établissements secondaires, il faut noter l'incompétence ou l'inconfort des enseignants lorsqu'ils abordent les cours en rapport avec la sexualité. Ils n'ont pas reçu de formation appropriée et ne peuvent par conséquent être de bons agents de transmission de ces connaissances. Cette situation vient augmenter le gouffre créé par l'incompétence des familles dans l'éducation sexuelle des adolescents. L'émergence du VIH et la prévalence des grossesses précoces non désirées ont fait l'objet de plusieurs interventions menées notamment à travers les clubs santé. Ces interventions portent sur la sensibilisation pendant les journées de lutte contre le sida et la distribution des

préservatifs. Le rôle des infirmeries scolaires demeure invisible dans la santé génésique puisque confinée à la dispensation de soins et médicaments essentiels. Les conseillers d'orientation sont absents de l'éducation sexuelle des jeunes.

De part même leur position transitionnelle, les adolescents sont dans une vulnérabilité dont ils ne sont pas conscients, en raison de leur faible niveau d'information complète. Ils ne perçoivent pas les risques, et n'ont pas non plus accès aux moyens de les contrôler. Adresser l'adolescence comme la deuxième décennie de la vie permet de recueillir des données fondées sur l'âge aux fins d'analyse de cette période de transition. Aujourd'hui, il est largement admis que cette phase est distincte de la petite enfance et du jeune adulte, qui requiert une attention et une protection particulières. Le passage de l'enfance à l'âge adulte doit être accompagné, pour aider le jeune enfant à bien assumer l'indépendance, les responsabilités, les attentes et les privilèges liés à l'âge adulte. Dans les sociétés traditionnelles, un rite de passage accompagne ce changement, et implique que l'enfance est vécue comme un espace et un temps séparés du reste de la vie humaine, qu'il convient de traiter avec soin et révérence (Abega, 1995). Si la modernité a diabolisé la pratique de ces rites, il est impératif de repenser l'accompagnement.

En effet, les changements physiques et l'apparition des caractères sexuels secondaires sont des changements flagrants et constituent une source d'anxiété comme d'excitation. La science neurologique a démontré que le cerveau de l'adolescent subit une poussée de développement électrique et physiologique, et le nombre de ses cellules peut quasiment doubler en un an ; de plus, les réseaux neuronaux sont radicalement réorganisés, avec un fort impact émotionnel, physique, et mental. C'est aussi à ce moment que les filles et les garçons deviennent plus conscients de leur sexe. Ils vont donc ajuster leur comportement et apparence de manière à correspondre aux normes et valeurs en cours. Ils peuvent devenir victimes ou acteurs de mauvais traitements, et vivre des incertitudes quant à leur identité personnelle et sexuelle. Il y a donc à ce moment de la vie, un risque caractéristique, où l'adolescent teste les comportements adultes. Il est donc impératif de lui offrir un dispositif sûr et solide en guise de coussin de sécurité. Et dans un contexte multiculturel comme le Cameroun (6 aires culturelles), et de données fort éparées, géographiquement, intellectuellement, économiquement et de genre, l'espace le plus linéairement sûr dans le pays est bien l'institution « Ecole ».

Cadre logique d'action

Le milieu scolaire et universitaire est susceptible d'apporter une contribution significative au complet état de bien-être des écoliers, élèves et étudiants. Il s'agit d'un fait maintenant reconnu par les organisations internationales (OMS, UNICEF, UNESCO, Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé – UIPES). En dépit des différences de cibles et d'objectifs stratégiques, la stratégie « Ecole » reconnaît le fait que la santé en général, la santé génésique et une sexualité responsable et épanouie en particulier jouent un rôle fondamental dans tous les aspects de la communauté scolaire. Au-delà de l'éducation en santé, les preuves indiquent clairement la nécessité d'allier la médecine scolaire à l'action effective de la communauté parentale pour y arriver (Banque mondiale, 2003). Cependant, il

convient d'adapter l'éducation sexuelle en fonction du développement et des besoins de l'enfant. Selon l'Université de Sherbrooke au Canada, l'éducation à la sexualité à l'école favorise un apprentissage de la différence, des règles sociales, des lois et des valeurs communes où l'estime de soi, le respect de l'autre, l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi, la responsabilité individuelle et collective, constituent des objectifs essentiels de la démarche éducative. C'est pour outiller les adolescents et jeunes adultes que l'UNESCO (2010) a pris parti pour l'éducation sexuelle complète, en tant qu'elle est «une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur ». Parce qu'elle confère à l'adolescent et au jeune adulte des aptitudes cognitives pour une meilleure gestion de sa santé génésique, elle lui confère la capacité de s'auto-protéger dans cet environnement de sexualité bafouée et amplifiée par l'absence des structures d'écoute, d'interventions et de soins adéquats.

Au regard des risques sexuels encourus par les adolescents et la place centrale de l'école primaire, il apparaît impératif que l'enseignement d'EVF/EMP/VIH-Sida soit diffusé dans ce cadre pour que les jeunes adoptent des comportements sexuels sains. L'école primaire représente le lieu adéquat pour développer les capacités à gérer sa santé génésique y compris sa sexualité. La préparation avant une sexualité active voulue ou subie à travers une agression sexuelle imprévisible voire un premier rapport sexuel échappant dans la majorité des cas contrôle du jeune (Abega et Kouakam Magne, 2006, Woog et Kagesten; 2017). En outre, les acquisitions faites en enfance sont déterminantes pour la construction de la personnalité de l'adulte futur. A ce titre, l'école primaire se situe au moment crucial de la vie de l'individu où doivent être introduites les prémices des savoirs sur la santé génésique y compris la sexualité qui seront davantage développés au cours de l'adolescence. Parce que l'accès à l'école primaire est universel et représente la seule scolarité pour une proportion significative, il est essentiel d'y introduire de manière efficace l'EVF/EMP/VIH-Sida. Le nombre d'écoliers est en augmentation croissante; le taux brut de scolarisation a augmenté de vingt points, passant de 102% à 122% entre 2003-4 et 2013-14, et les effectifs sont en constante progression (Rapport MINEDUB, 2015).

Cibler le futur adulte camerounais par l'académique, c'est faire le choix d'un espace sûr et clairement défini pour gérer cette transformation émotionnelle, sexuelle et psychologique en y amenant le parental et le clinique pour compléter l'éducationnelle. Il est largement admis que le milieu scolaire et universitaire peut jouer un rôle considérable dans la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futurs adultes (Doumont & Aujoulat, 2008). Parmi les facteurs participant à ce rôle du milieu scolaire et universitaire, on peut citer : la longueur du cursus scolaire; le fait que l'enfant y traverse trois stades important de son développement personnel; l'opportunité des sciences pédagogiques; la présence d'équipes entraînées; la possibilité de séquencer le bagage de compétences à transmettre; et la présence des associations des parents et des infirmeries scolaires dans environnement scolaire.

Selon la pyramide des besoins de Maslow, la sexualité est placée comme besoins physiologiques, liés à la survie. C'est donc un besoin de base, vital à tout être

humain, tels que manger, boire, dormir, respirer. Elle est partie intégrante du développement de l'enfant et ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Elle est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction (INEPS, 2017). Les adolescents, tout comme les adultes, ne vivent pas en vase clos. Ils sont témoins et acteurs, dans une collectivité et une culture en mouvement et où, inévitablement, la sexualité évolue. Dès la petite enfance apparaissent des questions relatives à la sexualité, fonction des différents stades du développement psychoaffectif de l'enfant. Aussi l'OMS propose-t-elle de considérer l'âge, l'étape de développement et les références sociales et culturelles de l'enfant ou du jeune pour ainsi s'assurer de répondre aux besoins spécifiques. Selon le gouvernement québécois, la petite enfance (avant 5 ans) construit la prise de conscience de l'identité sexuelle ; l'enfance (6-11ans) développe le corps et éveille à ses multiples fonctions (physique, affective, psychologique, sexuelle, sociale) ; et l'adolescence (12-18 ans) développe l'acceptation, l'attrait amoureux, le désir sexuel, le sentiment d'invincibilité et d'une pensée magique. La promotion de la santé génésique est donc partie intégrante de l'apprentissage de la citoyenneté et du leadership.

La démarche de promotion intégrée de la santé génésique doit informer, induire la réflexion et aider à une construction intégrale. En effet, les preuves disent que l'éducation sexuelle intégrée (ESI) telles que prônée par l'UNESCO (2018) permet aux apprenants de : (i) de recevoir des réponses adaptées à leur niveau de développement ; (ii) d'avoir une attitude bienveillante à l'égard de leur corps, y compris l'accès aux soins ; (iii) d'apprendre l'existence des limites individuelles et sociales et de les respecter ; (iv) de prendre conscience de leurs propres limites, de les exprimer et de les défendre.

Les données probantes existantes confirment qu'une information simple et précise donne plus de confiance aux adolescents et jeunes adultes pour aborder par la suite les questions plus émotives. De même, pour ne pas être victime des seules influences extérieures, il est important que l'adolescent puisse réfléchir aux enjeux qu'impliquent pour lui-même, différentes conduites et situations. Ceci suppose pour les enseignants, le personnel d'encadrement et les autres adultes, de livrer des messages explicites, tenant compte du contexte et de la demande de l'adolescent/jeune adulte. La promotion de la santé génésique en milieu scolaire et universitaire se fonde sur un modèle de transfert de compétences démocratiques, scientifiques, de citoyenneté, de leadership et ouvert dans le but de contribuer au développement d'une éthique personnelle, sociale et politique. Pour ce faire, trois champs de connaissances et de compétences sont retenus pour atteindre une approche globale, positive et bienveillante de la sexualité. Il s'agit des dimensions biologique, psychoaffective et sociale. Ainsi les programmes de promotion de la santé en général et ceux de santé génésique en particulier en milieu scolaire et universitaire doivent : (i) apporter aux jeunes étudiants des informations objectives ; (ii) permettre une meilleure perception des risques et favoriser des comportements de prévention ; (iii) promouvoir l'information, l'aide et le soutien dans et à l'extérieur du milieu scolaire et universitaire ; (iv) faire connaître les dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité ; (v) accompagner leur réflexion sur le respect mutuel, le

rapport à l'autre, l'égalité de genre, les règles de vie commune, et le respect de la loi ; (vi) développer l'exercice de l'esprit critique, par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias ; et (vii) offrir un service médical complet, discret et convivial aux jeunes et adolescents.

Options stratégiques pour la promotion de la santé génésique en milieu scolaire et universitaire

Option 1 : Instituer un mécanisme d'Assurance Qualité de l'enseignement à la vie familiale, en matière de population et au VIH-Sida (EVF/EMP/VIH-Sida) dans les écoles, collèges et lycées

Cette option vise à corriger les insuffisances constatées dans la mise en oeuvre de cet enseignement. Elle conserve les acquis du guide pédagogique de l'EVF/EMP/VIH-Sida car le contenu des savoirs et les méthodes définis constituent une éducation sexuelle complète. En effet, l'efficacité de l'éducation sexuelle intégrée est avérée pour la réduction des risques sexuels des pré-adolescents et adolescents dans les pays en développement. Les programmes d'éducation sexuelle intégrée ont un impact positif en termes de : (i) retard ou réduction des relations sexuelles; (ii) de l'usage du préservatif; (iii) connaissance et recours à la contraception moderne. Spécifiquement en milieu scolaire et universitaire, les données probantes sur les effets des programmes d'ESC à l'école mentionnent : l'augmentation de l'utilisation des préservatifs (Duflo et al, 2006), la réduction du taux de grossesses précoces (Dupas, 2006).

En introduisant un mécanisme d'Assurance Qualité, le niveau d'appropriation et de responsabilisation de tous les acteurs de la communauté éducative va s'accroître. L'analyse régulière des performances et des difficultés dans une perspective d'amélioration continue de la qualité intégrant les principes de la roue de Deming: PDCA Plan Do Check Adjust permettra de revoir à la fois les ressources et les processus de formation des formateurs, de dispensation universelle de l'enseignement d'EVF/EMP/VIH/Sida. Il est question d'investir sur l'acquisition de compétences requises pour assurer cet enseignement par tous les enseignants et de susciter l'adhésion des enseignant. Les éléments prioritaires à considérer sont celles reprises dans le tableau ci-dessous:

Obstacles spécifiques	MO
Insuffisance du cadre organisationnel	Plan de consolidation de l'enseignement l'EVF/EMP/VIH-Sida Supervision/Inspection de l'EVF/EMP/VIH-Sida Suivi et l'évaluation de l'enseignement l'EVF/EMP/VIH Réseau l'école et services spécialisés (associations, services de santé, violences sexuelles)

Compétences inappropriées des enseignants	Formation de l'EVI/EMP/VIH-Sida dans les écoles normales Système de d'accompagnement des enseignants et de formation continue sur l'EVI/EMP/VIH-Sida (face à face et/ou autour des TIC) Mobiliser le soutien des partenaires (UNESCO, UNFPA, pays amis)
Résistance des enseignants parents	Sensibilisation et discussion sur l'enseignement Appropriation
Financement	Intégrer les activités de promotion de l'EVI/EMP/VIH-Sida dans les activités courantes Rechercher des financements pour la consolidation de cette réforme auprès de partenaires (l'UNESCO-UNFPA)

Acteurs de la mise en œuvre. Pour renforcer la capacité en matière d'éducation sexuelle intégrée pour la promotion de la santé génésique, plusieurs acteurs doivent être mobilisés. Il s'agit des décideurs intervenant dans la chaîne de conception et du suivi de la mise en œuvre des programmes scolaires aux niveaux central et niveau intermédiaire (MINEDUB, MINSANTE, MINJEC, MINAS). Dans la même optique, les infirmeries des écoles doivent être aménagés et ravitaillés afin d'offrir les services adéquats aux jeunes. Ensuite, les enseignants /professionnels de la santé/conseillers d'orientation/assistants sociaux responsables de l'exécution sur le terrain c'est-à-dire de dispenser les enseignements conformément aux guides et approches pédagogiques et des conseils en cohérence avec l'enseignement formel pour consolider ce dernier. En troisième lieu, interviennent les APEE puisque les parents doivent contribuer en poursuivant l'éducation reçue à l'école et accepter de parler des aspects jugés tabous avec leurs progénitures. En fin les écoliers et élèves doivent accepter de suivre assidûment les programmes d'éducation sexuelle sans tabou et accepter bénéficier des services qui leur seront offerts dans le cadre de l'ESC. Ils doivent également fréquenter les infirmeries scolaires afin de bénéficier des services adéquats.

Option 2 : Engager la communauté pour prévenir le harcèlement et abus sexuels en milieu scolaire et universitaire

Cette option vise à créer un environnement harmonieux et réguler en termes de normes, de pratiques de sexualité et d'écoute afin de protéger et mieux encadrer les adolescents et jeunes adultes. L'éducation sexuelle intégrée formelle est une composante essentielle de la prévention primaire et secondaire contre les abus sexuels sur les enfants et adolescents. La prévention primaire comporte un ensemble de dispositifs pour éviter l'agression sexuelle et la prévention secondaire vise à empêcher la récurrence de l'agression. Les enfants ayant reçu une éducation sexuelle formelle sont capables d'identifier les abus, de les dénoncer plus facilement voire les empêcher

contrairement à ceux ayant reçu une éducation rigide caractérisée par les tabous sexuels¹.

Une revue systématique montre des preuves de qualité modérée que les programmes de prévention des abus sexuels à l'école sont efficaces. « L'impact de l'éducation sexuelle est maximale lorsque les programmes dispensés à l'école sont complétés par la participation des parents et des enseignants, des instituts de formation et des services axés sur les jeunes » (Walsh, Zwi, Woolfenden, et Shlonsky, 2018). Ces programmes permettent aux écoliers, élèves et étudiants une acquisition durable de connaissances sur le concept de harcèlement et d'abus sexuels, le développement des compétences de protection et la capacité accrue de révéler les abus subis supérieur à celle des enfants non exposé à ce programme.

Obstacles	MO
Résistances parents et enseignants	Plan intégré de communication à l'attention de la communauté éducative Echanges entre parents et enseignants au sein des APEE
Incompétence des acteurs	Former les parents, les enseignants et coopérer avec le MINAS et les associations locales spécialisées

Option 3: Renforcer les capacités des enseignants pour dispenser l'éducation sexuelle complète (ESC) ou éducation sexuelle intégrée (ESI) dans les collèges, lycées et universités

L'UNESCO définit l'éducation sexuelle complète comme « une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur » (UNESCO, 2010 b). L'ESC a un impact positif sur la santé génésique des adolescents et jeunes adultes. Elle contribue à réduire les IST, les VIH et les grossesses précoces non désirées. L'ESC ne précipite pas l'activité sexuelle, bien au contraire, elle a un impact positif sur les comportements sains et peut retarder les premières activités sexuelles (UNESCO, 2009). La disponibilité d'une formation et d'un soutien pour les enseignants est cruciale pour garantir que l'ESC soit mise en œuvre dans un environnement sûr. L'ESC favorise un apprentissage structuré sur la sexualité et les relations d'une manière positive, affirmative et centrée sur l'intérêt supérieur du jeune. Les directives affirment les bénéfices de la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète de qualité à travers des programmes permettant aux jeunes et adolescents de posséder des moyens de mener une vie saine, sûre et productive, avec différents acteurs (enseignants, éducateurs sanitaires, professionnels du développement de la jeunesse, défenseurs de la santé sexuelle et leaders de la jeunesse). Une étude faite en 2014 sur les programmes d'éducation sexuelle à l'école a montré une plus grande

¹ Gorana Hitrec (sd)

connaissance du VIH, une grande auto-efficacité concernant l'utilisation du préservatif, une réduction du nombre de partenaires sexuels et un début plus tardif des rapports sexuels (Fonner VA et al, 2014).

L'ESC en milieu scolaire, avant et après la puberté, est efficace pour prévenir les grossesses précoces et non désirées dans différents contextes nationaux. Les adolescentes ayant bénéficié de cours d'éducation sexuelle au moins une fois par semaine et des conseils d'un professionnel qualifié augmentent de 40 % leurs chances d'éviter une grossesse précoce ou contre leur gré, et de 30 % celles d'être diplômées de l'enseignement secondaire (Coalition for Evidence-based Policy, 2015; Chandra-Mouli et al., 2013 ; Kohler et al., 2008 ; Oringanje et al., 2009 ; Rosenthal et al., 2009 ; OMS, 2011). Une revue systématique Cochrane plus récente incluant 41 essais randomisés contrôlés en Europe, aux USA, au Nigéria et au Mexique confirme cette efficacité (Oringanje et al, 2016). Le contenu de l'ESI/ESC doit être adapté à l'âge pour favoriser le développement des comportements sains. L'ESI/ESC pose les bases solides de futures relations interpersonnelles saines ainsi qu'une bonne santé génésique et de comportement favorisant la santé (UNESCO 2017). L'ESC pratiquée tout particulièrement sur des jeunes adolescents de 10-14 ans est décisive. Car cette tranche d'âge marque une transition clé entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, déterminant fortement la future santé génésique et des attitudes et de comportements sexo-spécifiques » (UNESCO 2017). **Mettre en place une ESC adaptée à l'université** puisque les directives internationales en matière de santé génésique des jeunes adultes réaffirment la position de l'éducation sexuelle dans le cadre des droits de l'homme et de l'égalité des genres (UNESCO 2018).

Option 4: Rendre accessibles les services essentiels de santé génésique en milieu scolaire et universitaire (information, éducation, prévention des IST-VIH-Sida, contraceptifs et soins)

Le paquet d'activités des infirmeries scolaires et centres médico-sociaux devraient inclure des services et soins essentiels de santé génésique comprenant les activités l'information-éducation-communication pour le développement, la prévention des IST-VIH-Sida, les contraceptifs et les soins de base. Cette option vise à rendre conviviaux des services de santé génésique à proximité de l'espace de vie des élèves et étudiants. Ainsi, les adolescents ne seront plus obligés de manquer les cours pour aller consulter dans les autres formations sanitaires où les files d'attente sont longues et la présence en tenue de classe apparaît stigmatisante. Les jeunes pourront ainsi bénéficier des conseils des professionnels de santé à l'établissement, seront plus éduqués à leurs problèmes quotidiens, mais aussi bénéficieront des contraceptifs au sein de l'établissement. Cette mesure permettra aux adolescents de pouvoir aborder les questions de santé sexuelle et reproductive avec des professionnels de santé et d'éducation qui leur apporteront des soutiens nécessaires.

Les preuves admettent la nécessité d'offrir des services complets de santé sexuelle de qualité en complément d'une ESC (Mazur et al, 2018; Denno D.M. et al., 2015 ; OMS, 2012). Les services conviviaux de santé génésique permettent de : (i)

offrir une écoute et un counseling sur les difficultés de santé génésique d'ordre physique, social et émotionnel ; (ii) relever les défis posés par les questions de santé génésique complexes tels que l'accès à une contraception éclairée, la violence fondée sur le genre, les IST et le VIH/SIDA; (iii) sensibiliser les adolescents et jeunes adultes à la prévention primaire et secondaire du VIH ; (iv) compléter ou réfuter la grande quantité d'informations approximatives sur Internet; (v) aider à faire face à l'hypersexualisation médiatique. Une étude effectuée aux USA a montré qu'un programme de santé génésique en milieu scolaire s'était traduit chez les adolescentes par une augmentation du taux de fréquentation à l'école par rapport aux années précédentes où ces services n'étaient pas proposés (Griswold 2012).

Option 5: Combattre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des filles enceintes et des filles mères

Il est essentiel de mener des actions contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des filles enceintes et des filles mères. La stigmatisation des jeunes filles enceintes et des filles mères a des impacts négatifs sur leurs résultats scolaires (EPPI Centre, 2006). Cette stratégie permettra aux jeunes filles de ne pas sombrer dans le désespoir, la perte de l'estime de soi, ou d'abandonner l'école. Une étude réalisée au Royaume-Uni montre que les effets de la stigmatisation et des attitudes discriminatoires à l'égard des filles enceintes et des mères adolescentes sont notamment l'isolement, la perte de l'estime de soi, la dépression et le décrochage scolaire (Yadley, 2008). Une révision des textes excluant systématiquement les filles enceintes est discutable.

Références

- Abéga S C, 1995, *Contes d'initiation sexuelle*, Yaoundé, Edition Clé.
- Abega, S.C. & Kouakam Magne, E. (2006). Le premier rapport sexuel chez les jeunes filles à Yaoundé. *Cahiers d'études africaines*, 181(1), 75-93. mis en ligne le 01 janvier 2008, consulté le 05 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/15132>
- Abega, S.C. (2007). *Les violences sexuelles et l'État au Cameroun*. Paris : Karthala.
- Abric, J.C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF. 4
- Africapresse, 2013, Deux élèves surpris en plein ébat sexuel à Yaoundé, <http://www.africapresse.com/deux-eleves-surpris-en-plein-ebat-sexuel-a-yaounde/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Africapresse, 2018, Lycée Technique de Bafang : vidéo porno d'élève fait fureur..., <http://www.africapresse.com/lycee-technique-de-bafang-video-porno-deleve-fait-fureur/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Bildi J. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/262>
- Biyong I. Contribution à l'étude médico-psychosociale des mauvais traitements des enfants de 0 à 15 ans ; 1990
- BUCREP (2010) Recensement général de la population et de l'habitat.
- BUCREP (2015) Rapport de l'enquête d'opinions et connaissances des adolescents sur la santé sexuelle en milieu scolaire dans la ville de Yaoundé)
- Calvès AE, 2002, Abortion risk and abortion decision making among youth in urban Cameroon, "Studies in Family Planning" 33(3): 249-260.
- Camer 24, 2017, Collège de la retraite : des élèves surpris en plein ébats sexuels, <https://camer24.de/coll%C3%A8ge-de-la-retraite-des-%C3%A9l%C3%A8ves-surpris-en-plein-%C3%A9bats-sexuels/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Camer24, 2017, Gros scandale de pédophilie dans un collège à Yaoundé, <https://camer24.de/gros-scandale-de-pedophilie-dans-un-college-a-yaounde/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Camernews, 2017, Scandale sexuel à Santchou des jeunes filles victimes obligées de fuir la ville, <https://www.camernews.com/scandale-sexuel-santchou-des-jeunes-filles-victimes-obligees-de-fuir-la-ville/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Cameroon Tribune, 2016, Cameroun- Rentrée scolaire 2016-2017: Sept millions d'élèves au départ, Mon, 05 Sep 2016 06:31:06 +0200, <https://www.237online.com/article-09290-cameroun-rentre-eacute-e-scolaire-2016-2017-sept-millions-d-039-eacute-l-egrave-ves-au-d-eacute-part.html> [Consulté le 24/05/2018].
- Cissé R, Salam Fall A, Jacquemin M. Les adolescents en Afrique de l'Ouest et du Centre. Laurent VIDAL (coord.). Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef: analyses thématiques, 2017, Rapport de recherche.
- Denno D.M. et al., 2015. *Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support*. *Journal of Adolescent Health* 56 (2015) S22eS41.
- Desy M. (2009). *Ecole en santé. Recension des écrits*. Direction de la Santé publique, Agence de la santé, et des services sociaux de Montréal, Montréal.
- Doumont, D. & Aujoulat, I. (2008). *L'efficacité de la promotion de la santé : une question de stratégies? Etat de la question*. UCL – RESO, Unité d'Education pour la Santé -Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé ». Bruxelles.
- Dounally Y., 2011, La préadolescence, mythe ou réalité ? Soins pédiatrie-puériculture - n° 260 - mai/juin 2011
- EIP-Cameroun ,sd, Les abus sexuels sur les enfants au Cameroun: état des lieux et actions à mener.
- EDS-MISC 2011, *Enquete par grappes à indicateurs multiples*. Rapport de résultats clés.

- Eduscol, (2017) Les enjeux de l'éducation à la sexualité. Ministère de l'éducation nationale France consulté le 17 mai 2018. <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
- Essi MJ, 2002. Sida et sexualité chez les Boulou au Sud-Cameroun. Mémoire de DEA en anthropologie, Université de Yaoundé I. 306 p.
- Fonner VA et al, 2014, School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries. A systematic review and meta-analysis. PloS ONE 9 (3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692>.
- Gouvernement du Québec, (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Québec, Ministère de l'Éducation, 57p.
- Grand Ouest tribune, 2015, Bafoussam: 26 élèves surpris en ébats sexuels, <https://grandouesttribune.wordpress.com/2015/05/02/bafoussam-26-eleves-surpris-en-ebats-sexuels/>, [Consulté le 28/05/2018].
- Guttmacher Institute, sd, Boîte à outils pour l'atelier de formation au guide. Démystifier les données, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/boite-a-outils-demystifier-les-donnees-documentation-complementaire.pdf, [Consulté le 30/05/2018].
- Institut National de la Statistique du Cameroun (2011). Deuxième Enquête sur l'Emploi et le secteur Informel au Cameroun, 2011
- Institut National de la Statistique du Cameroun (2015). Annuaire statistique 2015. INS
- Kamtcheu R. G., 2016. Perception de l'avortement par les étudiantes de l'UYI. Thèse de médecine générale. Université de Yaoundé I. 106 p.
- Manderscheid, JC., Tones K., Green J. (1996). Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. In: Revue française de pédagogie. Volume 114 N°1, 1996. pp. 103-120.
- 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).
- Mazur A, Brindis CD, et Decker MJ, 2018, Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review. . BMC Health Serv Res.
- Maticka-Tyndale E, Tenkorang EY, 2010, A multi-level model of condom use among male and female upper primary school students in Nyanza, Kenya. *Social Science & Medicine*, Volume 71, Issue 3, August 2010, Pages 616-625.
- Mbassa Menick. Abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé. *Méd. Trop.* 2002 ; 62 : 58-62
- Mbassa Menick D, Abanda Ngon G, Ena Mbala I. Violences sexuelles envers les enfants au Cameroun : stratégies de traitement et de prévention, l'exemple du Centre d'Écoute pour Enfants et Adolescents (CEPEA) de Yaoundé ; 2004
- Mbassa Menick D, Dassa KS, Kenmogne JB, Abanda Ngon G. – Mineures exploitées sexuellement à des fins commerciales : Étude multicentrique, exploratoire et prospective au Cameroun. *Méd Trop* 2009 ; 69 : 91-9
- Meekers D., Klein M. & Foyer L.. (2003), *Patterns of HIV Risk Behavior and Condom Use Among Youth in Yaounde and Douala, Cameroon*.
- MINEDUB, 2015, Rapport d'analyse des données du recensement scolaire 2014-2015.
- 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.
- Moncher Nsangou M. M. & Onana P. F., 2015. *Harcèlement sexuel dans l'espace universitaire de Yaoundé I*. Pax Academica, N°3, 2014. CODESRIA. Pp 50-62.
- Noumba Issidor, 2008, « Un profil d'abandon scolaire au Cameroun », *Revue d'économie du développement*, 2008/1 (vol.16), p.37-62, <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2008-1-page-37.htm> [Consulté le 29/05/2018].

Nsangou MM, Bonono RC, Ongolo-Zogo P. 2018, 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.

Nyane BV, 2017, « Fonctionnement et gestion de la médecine scolaire au Cameroun : Cas des établissements de la ville de Maroua de 1958-2008 », *Afrique et développement*, vol. XLII, pp 79-99.

OMS, 2002 - Rapport mondial sur la violence et la santé.

OMS (2003). WHO *Information Series on School Health #9. Skills for Health. Skills-Based Health Education Including Life Skills: an Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. OMS, Genève.

OMS (2008). *Cadre pour une politique scolaire. Mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. OMS, Genève.

OMS, 2012. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva, WHO Library.

OMS Bureau régional pour l'Europe & Centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé, (2013). *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe*. Lausanne, OMS, 70p.

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

Pondi J-E., 2011. Harcèlement sexuel et déontologie en milieu universitaire. Editions Clé, Yaoundé, Cameroun

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*

Sanda Jessica (2016) www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/455

Sauzade S, Vernazza-Licht N, Abega SC. Le passage: préadolescence et sexualité au Sud Cameroun. Psy-cause, Association Psy-cause en Vaucluse, 2000, avril/septembre. (20/21), pp.90-95

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

St Leger, L. & Nutbeam, D. (1999) *Evidence of effective health promotion in schools*. In: Boddy, D. ed. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public*

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

UIPES (2009). *Vers des écoles promotrices de santé. Lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école. 2ème version du document précédemment intitulé « Protocoles et lignes directrices pour les écoles promotrices de santé »*. UIPES, Paris.

UNESCO, 2010 a, Données mondiales de l'éducation, Cameroun, VII E d. 2 010/11.

UNESCO, 2010 b, Principes directeurs et internationaux de l'éducation sexuelle. Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>, [Consulté le 12/02/2018].

UNESCO, Sd, Grossesses précoces et non désirées. Recommandations à l'usage du secteur de l'éducation.

UNESCO, 2015. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review

UNESCO, 2017, Éducation sexuelle complète une étude mondiale : nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques

UNESCO, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes, UNAIDS, OMS. (2018). *International technical guidance on sexuality education An evidence-informed approach*. UNESCO, Paris, 135p.

UNFPA Cameroun, 2013-2014, *Repositionnement de la planification familiale comme stratégie de développement*, Rapport.

UNICEF - Rapport sur la situation des enfants dans le monde en 2008 38

Wafo. F. (2012) Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne: L'exemple du Cameroun. Éducation. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II,

Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2018). School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Research on social work practice*, 28(1), 33-55.

Woog V et Kågesten A, The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show? New York: Guttmacher Institute, 2017, <https://www.guttmacher.org/report/srh-needs-veryyoung-adolescents-indeveloping-countries>.

World Bank, (2003). *Focusing Resources on Effective School Health*. WB/PCD - World Bank / Partnership for Child Development. New-York, WB. : www.schoolsandhealth.org

World Bank (2010). Rapport d'état du système éducatif national camerounais: éléments de diagnostic pour la politique éducative dans le contexte de l'EPT et du DSRP http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEUCATION/Resources/444659-1210786813450/ED_CSR_Cameroun_fr.pdf

World Bank, 2017, Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020, https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Cameroon_Investment_Case_FR.pdf

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].

Annexe: Récapitulatif des caractéristiques de programmes efficaces

1. Impliquer dans l'élaboration des programmes scolaires des experts spécialisés dans la recherche sur la sexualité humaine, le changement des comportements et la pédagogie en la matière.
2. Évaluer les besoins et les comportements des jeunes en matière de santé reproductive dans le but d'étayer l'élaboration de modèles logiques.
3. Utiliser un modèle logique qui spécifie les objectifs en matière de santé, les types de comportement ayant une incidence sur ces objectifs, les facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur ces types de comportement et les activités conçues pour modifier ces facteurs de risque et de protection.
4. Concevoir des activités qui tiennent compte des valeurs culturelles et sont cohérentes avec les ressources disponibles (c'est-à-dire temps dont dispose le personnel, compétences du personnel, espace pour les installations et fournitures).
5. Tester le programme et recueillir régulièrement les commentaires des apprenants sur la façon dont le programme répond à leurs besoins.
6. Se concentrer sur des objectifs clairs pour définir le contenu, l'approche et les activités du programme scolaire. Ces objectifs doivent inclure la prévention de l'infection à VIH, d'autres IST et de grossesses non désirées.
7. Se concentrer strictement sur des comportements sexuels à risque et des comportements protecteurs spécifiques présentant un lien direct avec ces objectifs de santé.
8. Traiter de situations spécifiques susceptibles de conduire à des rapports sexuels non désirés ou non protégés et des moyens permettant de les éviter et de s'en libérer.
9. Diffuser des messages clairs sur les comportements propres à réduire le risque d'IST ou de grossesse.
10. Se concentrer sur les facteurs spécifiques de risque et de protection ayant une influence sur des comportements sexuels particuliers et susceptibles de changer grâce à des cours fondés sur le programme scolaire (par exemple connaissances, valeurs, normes sociales, attitudes et compétences).
11. Employer des méthodes pédagogiques participatives qui favorisent la participation active des élèves et les aident à intérioriser et intégrer l'information.
12. Mettre en œuvre de multiples activités pédagogiquement pertinentes et visant à modifier chacun des facteurs de risque et de protection considérés.
13. Dispenser une information scientifiquement précise sur les risques que présentent des rapports sexuels non protégés et sur l'efficacité des différentes méthodes de protection.
14. Traiter de la perception des risques (plus spécialement de la prédisposition).
15. Traiter des valeurs personnelles et de la perception des normes de la famille et des pairs concernant la sexualité et la multiplicité des partenaires.
16. Traiter des attitudes individuelles et des normes de pairs concernant le préservatif et la contraception.
17. Traiter à la fois des compétences et de la capacité à les utiliser.
18. Couvrir les thèmes dans un ordre logique.