

IFORD

ORGANISME INTER-ETATIQUE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

UNIVERSITE DE YAOUNDE II

Institut de Formation et de Recherche Démographiques

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008
28^{ème} Promotion

LES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA PREVALENCE DU VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES AU CAMEROUN.

Mémoire de fin d'études

Présenté et soutenu par:

KALTSAM MAGRAMA

En vue de l'obtention du

Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie (DESSD)

Option: Collecte et analyse des données

JURY:

Président: Dr. Didier NGANAWARA

Membres: Dr. Hélène KAMDEM

Dr. Honoré MINCHE

ENCADREURS:

Directeur: Dr. Hélène KAMDEM

Lecteur: Dr. Honoré MINCHE

Yaoundé, Août 2008

ENGAGEMENT

Les opinions exprimées dans cette étude engagent strictement l'auteur et en aucune manière l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).

DEDICACE

A l'Éternel Dieu Tout Puissant

A mon père MAGRAMA TAMBO qui de près ou de loin a toujours été à mes côtés et n'a cessé de me fournir tout le nécessaire pour ma réussite

A ma mère MACHEFEY pour son soutien et son accompagnement indéfectible

A mon beau frère, feu MANDAN KAHWILA Raphaël qui a consacré tous ses efforts pour mon éducation

A toutes mes sœurs : DJIDERE Marie Noël, DIMAWATEY Odette, Sr. INAFIDOW Brigitte et DIMADJEBEY Janine

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Ce travail ne pourrait aboutir à son terme sans l'encadrement et le soutien de certaines personnes. Qu'il me soit permis de remercier de fond du cœur tous ceux, qui de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation.

Nous exprimons tout particulièrement notre profonde gratitude au Docteur Hélène KAMDEM pour les sacrifices qu'elle a consentis en acceptant diriger ce travail et pour sa disponibilité malgré ses multiples occupations.

Nos remerciements vont également à l'endroit du Docteur Honoré MIMCHE qui n'a cessé de formuler des critiques constructives pour l'amélioration de ce travail.

Nous remercions également tout le personnel administratif de l'IFORD et tous nos enseignants qui, durant notre formation, ont toujours eu pour soucis, au-delà de la formation académique qu'ils nous ont dispensée, de nous amener à prendre conscience du rôle que nous devons jouer dans le processus de développement de l'Afrique.

Nos remerciements s'adressent au gouvernement camerounais qui par l'entremise du MINPLAPDAT a financé cette formation.

Nous sommes particulièrement reconnaissants aux sœurs de la Congrégation Notre Dame (CND) pour leur soutien tout au long de notre formation.

Que nos camarades des 27^{ème}, 28^{ème} et 29^{ème} promotions soient remerciés pour la convivialité et l'esprit d'équipe qui nous ont conduits durant cette formation.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à toute la grande famille MAGRAMA et à tous nos amis.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|------------|
| ENGAGEMENT | i |
| DEDICACE | ii |
| REMERCIEMENTS | iii |
| TABLE DES MATIERES | iv |
| LISTE DES ABBREVIATIONS | vii |
| LISTE DES TABLEAUX | ix |
| LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES | x |
| RESUME | xi |
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE | 6 |
| 1.1. Situation géographique et administrative..... | 6 |
| 1.2. Contexte socioculturel..... | 6 |
| 1.3. Contexte socio-économique | 8 |
| 1.4. Contexte socio-démographique..... | 11 |
| 1.5. Situation sanitaire..... | 14 |
| 1.5.1. L'évolution de la politique sanitaire au Cameroun | 14 |
| 1.5.2. Structure et organisation du système national de santé..... | 16 |
| 1.5.3. Performances du secteur santé | 17 |
| 1.6. Le VIH/SIDA au Cameroun..... | 18 |
| 1.6.1. Situation épidémiologique..... | 18 |
| 1.6.2. Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA | 20 |
| 1.7. Le SIDA et les femmes | 22 |
| Conclusion partielle..... | 25 |
| CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE | 26 |
| 2.1. Revue de la littérature..... | 26 |
| 2.1.1. Approche biologique..... | 26 |
| 2.1.2. Approche socioculturelle..... | 27 |
| 2.1.2.1. La sous scolarisation des filles | 28 |
| 2.1.2.2. La sexualité | 29 |
| 2.1.2.3. Les pratiques culturelles..... | 33 |
| 2.1.2.4. Le faible statut social des femmes..... | 37 |
| 2.1.3. Approche économique..... | 38 |
| 2.1.3.1. La dépendance économique des femmes | 38 |
| 2.1.3.2. Les conditions de vie..... | 40 |
| 2.1.4. Approche institutionnelle | 40 |
| 2.1.4.1. Les législations en matière de mariage, de prostitution et de divorce..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.4.2. Accessibilité aux informations et aux structures sanitaires..... | 42 |
| 2.1.5. Approche socio-démographique | 43 |
| 2.1.5.1. Les mouvements migratoires..... | 43 |
| 2.1.5.2. L'accroissement de la population..... | 44 |
| 2.1.5.3. L'explosion urbaine..... | 45 |
| 2.2. Cadre conceptuel | 46 |
| 2.2.1. Hypothèse principale et schéma conceptuel..... | 46 |
| 2.2.2. Définition des concepts | 48 |
| 2.3. Hypothèses de l'étude et schéma d'analyse | 50 |
| Conclusion partielle..... | 53 |
| CHAPITRE III : ASPECTS METHODOLOGIQUES | 54 |
| 3.1. Définition des variables opérationnelles | 54 |
| 3.1.1. Variable dépendante..... | 54 |
| 3.1.2. Variables indépendantes ou variables explicatives | 54 |
| 3.2. Méthodes d'analyse..... | 58 |
| 3.2.1. L'analyse descriptive..... | 58 |
| 3.2.1.1. L'analyse bivariée | 59 |
| 3.2.1.2. L'analyse multivariée..... | 59 |
| 3.2.2. L'analyse explicative..... | 59 |
| 3.3. Source de données | 61 |
| 3.3.1. Objectifs de l'EDSC III..... | 62 |
| 3.3.2. Echantillonnage..... | 62 |
| 3.3.3. Questionnaires | 63 |
| 3.4. Evaluation des données | 64 |
| 3.4.1. Examen des taux de non réponse | 65 |
| 3.4.2. Qualité de données sur l'âge | 66 |
| Conclusion partielle..... | 68 |
| CHAPITRE IV : ESSAI D'EXPLICATION DE LA PREVALENCE DU VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES AU CAMEROUN | 69 |
| 4.1. Analyse descriptive | 69 |
| 4.1.1. Analyse descriptive bivariée | 69 |
| 4.1.1.1. Variation selon les caractéristiques socioculturelles..... | 69 |
| 4.1.1.2. Variation selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage | 73 |
| 4.1.1.3. Variation selon le niveau de connaissance sur le VIH/SIDA..... | 74 |
| 4.1.1.4. Variation selon les comportements sexuels | 75 |
| 4.1.2. Analyse descriptive multivariée | 77 |
| 4.1.2.1. Détermination et caractérisation des axes factoriels | 77 |
| 4.1.2.2. Représentation graphique et essai de catégorisation des femmes | 80 |
| 4.2. Analyse explicative | 82 |
| 4.2.1. Identification des facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA | 82 |
| 4.2.1.1. Le nombre de partenaires sexuels | 84 |
| 4.2.1.2. La région de résidence..... | 84 |
| 4.2.1.3. La religion | 86 |
| 4.2.1.4. Niveau de vie..... | 86 |
| 4.2.1.5. L'utilisation du condom | 87 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.2. Essai d'explication des résultats obtenus | 89 |
| Conclusion partielle..... | 91 |
| CONCLUSION GENERALE | 92 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 96 |
| ANNEXES | 101 |

LISTE DES ABBREVIATIONS

- ACP** : Analyse en composantes principales
- AFCM** : Analyse Factorielles de Correspondances Multiples
- ARV** : Anti Rétroviraux
- BUCREP** : Bureau Central des Recensements et Etudes de Population
- CEA** : Commission économique pour l'Afrique
- CENAME** : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
- CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- CNLS** : Comité National de Lutte contre le Sida
- CUSS** : Centre Universitaire des Sciences et de Santé
- DHS** : Demographic and Health Survey
- DSCN** : Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
- DSRP** : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
- DSSS** : Document de Stratégie Sectorielle de Santé
- ECAM I** : Première Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
- ECAM II** : Deuxième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
- EDSC** : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
- GTP** : Groupe Technique Provincial
- HRW** : Human Rights Watch
- INS** : Institut National de la Statistique
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- MICS** : Enquête à Indicateurs Multiples
- MINSANTE** : Ministère de la Santé
- MST** : Maladie sexuellement Transmissible
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- ONUSIDA** : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
- PAS** : Programme d'Ajustement Structurel
- PNLS** : Programme National de Lutte contre le Sida
- PVVS** : Personne Vivant avec le VIH/SIDA

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise

UEPA : Union pour l'Etude de la Population Africaine

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

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNFPA : United Nations Fund for Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UPS : Unités Primaires de Sondages

USAID : United States Agency for International Development

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

ZD : Zones de Dénombrement

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|------------|
| Tableau 1.1 : Répartition de la population camerounaise par province et par région géographique au recensement de 1987 | 12 |
| Tableau 3.1 : Taux de non réponse | 66 |
| Tableau 4.1 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon les caractéristiques socioculturelles..... | 72 |
| Tableau 4.2 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage..... | 74 |
| Tableau 4.3 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage..... | 75 |
| Tableau 4.4 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon les comportements sexuels..... | 77 |
| Tableau 4.5 : Description de l'axe 1 par les modalités. | 79 |
| Tableau 4.6 : Description de l'axe 2 par les modalités. | 80 |
| Tableau 4.7 : Contribution des variables à l'explication de la variation de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun..... | 83 |
| Tableau 4.8 : Risque relatif d'infection au VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun | 88 |
| Tableau 4a.1 : Variables et modalités utilisées pour l'AFCM..... | 101 |
| Tableau 4a.2 : Valeurs propres | 102 |
| Tableau 4a.3 : Histogramme des valeurs propres | 103 |
| Tableau 4a.4 : Coordonnées des modalités..... | 104 |
| Tableau 4a.4 : Coordonnées des modalités (suite)..... | 105 |
| Tableau 4a.5 : Contribution des modalités | 106 |
| Tableau 4a.5 : Contribution des modalités (suite) | 107 |

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

| | |
|---|-----------|
| Figure 1.1 : Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes par province..... | 20 |
| Figure 2.1 : Schéma conceptuel d'explication de la prévalence du VIH/SIDA..... | 48 |
| Figure 2.2 : Schéma d'analyse | 52 |
| Graphique 3.1 : Evolution des effectifs des femmes par âge | 67 |
| Graphique 3.2 : Evolution des effectifs des femmes par groupe d'âges quinquennaux..... | 68 |
| Figure 5.1 : Catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques..... | 81 |

RESUME

La présente étude a pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun et par conséquent de mettre à la disposition des décideurs des informations fiables qu'ils prendraient en compte dans leur stratégie de lutte contre le VIH/SIDA pour un développement durable.

L'hypothèse que nous vérifions dans ce travail est que la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun s'explique par les facteurs socioculturels, socio-économiques et politiques qui à travers leurs connaissances sur le VIH/SIDA, influencent leurs comportements sexuels, et partant leur risque d'infection au VIH/SIDA.

Pour mettre à l'épreuve des faits nos hypothèses, nous avons utilisé les données de l'EDS III de 2004 et avons eu recours aux méthodes statistiques descriptives et explicatives. Il ressort de nos analyses que la région de résidence, la religion, le niveau de vie du ménage, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom sont les facteurs qui expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Aussi, les femmes qui courent moins le risque d'infection au VIH/SIDA sont les femmes animistes et sans religion, celles de niveau de vie faible, celles ayant connues plusieurs partenaires sexuels et ayant utilisées le condom au dernier rapport sexuel.

Les résultats de cette étude peuvent contribuer à l'élaboration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA tout en multipliant les efforts sur les groupes des femmes les plus vulnérables.

INTRODUCTION GENERALE

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994¹, les préoccupations de la communauté internationale et des institutions nationales sur les questions de santé de la reproduction se sont vertigineusement accrues. La lutte contre le SIDA fut l'un des objectifs du programme d'action mis en œuvre par cette conférence.

Découverte pour la première fois au début de la décennie 1980 par les chercheurs américains et français, le Sida est aujourd'hui l'une des principales maladies préoccupantes au niveau de la planète toute entière. Cette pandémie a pris des proportions inquiétantes plus particulièrement sur le continent africain dans sa partie subsaharienne. Seulement en deux décennies, il est devenu avec le paludisme l'une des principales causes de la mortalité en Afrique (Bangaarts and way, 1992). L'ONUSIDA dans son rapport de 2007 estime à 33,2 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde dont 22,5 millions se trouveraient en Afrique Subsaharienne ; 4 millions en Asie du Sud-Est et du Sud ; 1,8 millions en Amérique Latine et dans les Caraïbes et 760 000 en Europe Occidentale et Centrale et 1,3 millions en Amérique du Nord. Dans ce même rapport, l'ONUSIDA estime à 2,5 millions les nouveaux cas d'infection en 2007 dont 1,7 millions en Afrique Subsaharienne.

Les femmes et les enfants africains sont le plus durement frappés. D'après les estimations (UNESCO, 2002), environ quatre femmes séropositives sur cinq dans le monde vivent en Afrique et, pour un certain nombre de raisons de caractère social, les femmes africaines sont contaminées dans des proportions beaucoup plus importantes et plus rapidement que les hommes : 12 à 13 femmes infectées pour 10 hommes. On compte aujourd'hui environ 13 millions d'orphelins du SIDA et ce chiffre augmente tous les jours.

Au Cameroun, apparu pour la première fois en 1985, l'infection au VIH/SIDA touche aujourd'hui toutes les couches sociales avec une prévalence supérieure à 5 % dans certaines couches et constitue par conséquent un véritable problème de santé publique (EDSCIII, 2004). Elle représente une cause importante de la mortalité avec un impact négatif sur le développement

¹ Il s'agit de la troisième Conférence Mondiale sur la Population et le Développement tenue en Egypte

économique et social du pays. Estimé à 0,5% en 1987, le taux de prévalence du VIH/SIDA est passé à 10,8% en 2000 (Ministère de la Santé Publique, 2000 et 2001). L'ONUSIDA estimait la séroprévalence à 7% en 2001 et à 6,9% en 2003 (UNAIDS/WHO, 2004). Entre ces deux estimations, une enquête sentinelle du VIH menée en 2002 chez les femmes enceintes fournit une séroprévalence de 7,3% (Ministry of Public Health, 2003). Selon ces estimations, en 2003, 530 000 personnes de 15-49 ans étaient infectées par le VIH. Le nombre cumulé des cas de SIDA serait passé de 21 en 1986 à plus de 45 000 en 2003, chiffres considérés comme sous-estimés du fait des difficultés rencontrées dans le système de notification de cas. En 2004, cette séroprévalence est estimée à 5,5% (EDSC III, 2004). Cependant, il est à noter que ces données ne sont pas comparables à cause de la différence de leurs méthodologies et des populations cibles. Les nouvelles méthodes d'estimation utilisées offrent des données plus précises qui ont d'ailleurs donné lieu à d'importantes révisions des estimations antérieures.

Au Cameroun, comme dans tous les pays où la pandémie du VIH/SIDA ne cesse de se propager, cette maladie présente des impacts dans plusieurs domaines entre autres la santé, l'éducation et l'économie. Par ses multiples et divers impacts, le VIH/SIDA est devenu non seulement un problème de santé publique mais plutôt un problème de développement (EDSCIII, 2004).

La pandémie du SIDA représente une menace grave pour la santé de la reproduction, et ce en particulier en Afrique, où la transmission est essentiellement hétérosexuelle et touche toutes les couches de la population et tous les âges. Il est donc plus que jamais urgent de développer des politiques sanitaires efficaces orientées vers l'amélioration de la santé à toutes les étapes de la reproduction. En particulier, des collaborations entre les différents programmes concernés par la santé de la reproduction doivent impérativement être établies : programmes de planification familiale, programme de prévention du SIDA et des MST, structures hospitalières qui prennent en charge les malades, etc.

Au Cameroun, le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) à qui revient de fait les questions touchant la santé en générale et dont la santé de la reproduction en particulier a mis sur pied un certain nombre de projets et programmes qui visent le bien être de la population. Dès

1986 le Gouvernement a créé un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) ; en 1987 un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) est mis en place ayant pour objectif principal de réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA au sein de la population. Les orientations actuelles de la lutte contre le sida au Cameroun sont consignées dans le « *Plan stratégique national de lutte contre le SIDA au Cameroun 2006-2010* » dont les principaux objectifs sont :

- Réduire le nombre de nouveaux cas d'infections à VIH dans la population générale ;
- Tendre vers l'accès universel pour le traitement et la prise en charge des personnes infectées ;
- Réduire l'impact du VIH/SIDA chez les orphelins et enfants vulnérables.

Durant ces deux décennies d'existence, la pandémie de SIDA n'a cessé de se propager sur tous les continents, frappant certains plus durement que d'autres, mais n'épargnant aucun pays. Ainsi, la pandémie en plus des disparités régionales qu'elle présente, touche de façon inégale les différentes couches sociales. Les femmes sont plus vulnérables à cette pandémie que les hommes. Au Cameroun, pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes infectées soit un ratio de 1,7. Selon l'EDS-III, la séroprévalence est estimée à 6,8 % chez ces dernières contre 4,1 % chez les hommes.

Malgré les efforts tous azimuts du gouvernement, des organismes internationaux, des ONG nationales et internationales, la séroprévalence demeure très élevée chez les femmes dans certaines régions du Cameroun. En outre, les recherches sur les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA ont été faiblement développées dans le contexte africain notamment au Cameroun. Les chercheurs ont beaucoup plus consacré leurs efforts sur les comportements sexuels, le niveau et la situation du VIH/SIDA où on rencontre quelques écrits. Une étude sur la séroprévalence des femmes au Cameroun est pratiquement absente. Au regard de cette situation critique de la femme, une étude sur les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun s'avère importante.

Cette étude se propose de répondre à la question suivante : **Quels sont les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun ?**

L'objectif général de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun et par conséquent de mettre à la disposition des décideurs des informations fiables qu'ils prendraient en compte dans leur stratégie de lutte contre le VIH/SIDA pour un développement durable.

Plus spécifiquement cette étude vise à :

- Identifier le groupe cible des femmes auprès desquelles il faut intervenir dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Identifier les facteurs qui expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun ;
- Evaluer l'importance de chaque facteur dans l'explication de la prévalence du VIH/SIDA ;
- Mettre en évidence les mécanismes par lesquels s'exerce l'influence de ces facteurs sur le risque d'infection au VIH/SIDA.

Pour atteindre les objectifs fixés, notre étude est structurée en cinq chapitres.

Dans le premier chapitre, il est question de présenter la situation géographique, administrative, socio-économique, sociodémographique et sanitaire du Cameroun et de porter un regard critique sur l'épidémiologie et le contexte de lutte contre le SIDA au Cameroun.

Dans le second chapitre, nous présentons le cadre théorique de notre étude. Il s'agit de faire une synthèse de la littérature sur les facteurs expliquant la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes et de présenter le cadre conceptuel ainsi que le cadre d'analyse de notre étude.

Le troisième chapitre est consacré aux aspects méthodologiques. Il s'agit d'une part de la définition des variables et des méthodes d'analyse utilisées et d'autre part de présenter la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC III) réalisée en 2004 au Cameroun et d'évaluer la qualité des données issues de cette enquête.

Le dernier chapitre tente de rechercher les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Il est ici question de faire une analyse différentielle de

la prévalence du VIH/SIDA, de catégoriser les femmes selon certaines caractéristiques et d'identifier les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA.

Enfin, ce travail se termine par une conclusion générale qui, à l'issue des résultats obtenus formule quelques recommandations à l'endroit des décideurs politiques et aux scientifiques.

CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous faisons une présentation de notre milieu d'étude qui est le Cameroun. Dans le but de bien situer le phénomène, objet de notre étude et de mieux appréhender les résultats de l'étude, nous présentons d'abord la situation géographique, le contexte socioculturel, le contexte socio-économique, le contexte sociodémographique et sanitaire du Cameroun. Ensuite nous faisons le point sur la situation du SIDA au Cameroun, puis sur le SIDA et les femmes.

1.1. Situation géographique et administrative

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale d'une superficie d'environ 475 440 km². Il s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad et est situé entre les 2° et 13° degrés de latitude Nord et les 9° et 16° degrés de longitude Est. Il fait frontière avec le Nigeria à l'Ouest, la République Centrafricaine à l'Est, la République du Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale au Sud et le Tchad au Nord. Avec un milieu naturel diversifié, le Cameroun est une Afrique en miniature, géographiquement diversifié et comporte plusieurs types de régions naturelles. Le Cameroun est un pays carrefour. La porosité des frontières que connaissent ces pays facilite les mouvements migratoires entre ces derniers qui sans doute favorisent la propagation du VIH/SIDA. Suite aux divers conflits que connaissent certains de ses pays limitrophes comme la République Centrafricaine, le Tchad et le Nigéria, le Cameroun compte de nos jours des milliers des réfugiés qui dans des conditions difficiles adoptent souvent des comportements sexuels à risques et sont ainsi considérés comme des vecteurs de la propagation de cette pandémie.

1.2. Contexte socioculturel

Le Cameroun est divisé en dix provinces généralement regroupées en quatre grandes régions géographiques : le grand Nord, la région du Centre/Est/Sud, la région du Littoral/Ouest et la région du Nord-Ouest/Sud-Ouest.

La région septentrionale ou le grand Nord regroupe les provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Cette région est dominée par la religion musulmane, on y trouve des femmes moins instruites. Dans cette partie septentrionale du pays, les mariages précoces des jeunes filles et les écarts d'âge entre conjoints sont importants. Les jeunes filles sont parfois envoyées en mariage sans leur consentement et dotées dès l'enfance. Dans ces conditions, ces dernières contractent parfois des relations non désirées et courent par conséquent le risque d'infection au VIH/SIDA. Le faible niveau d'instruction qu'ont ces femmes ne leur permet ni d'être économiquement autonomes ni d'avoir une bonne connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

La région du Centre/Est/Sud est dominée par les ethnies Bétis et Sawa, caractérisées par une faible cohésion familiale, et des mœurs plus permissives aux valeurs occidentales (Evina Akam, 1998). Les populations y sont pour la plupart de religion chrétienne ou animiste. Les religions chrétiennes étant considérées comme déstabilisatrices des traditions africaines, on assiste dans cette partie du pays à un effritement des systèmes de valeurs traditionnelles au profit des valeurs occidentales. Le taux de scolarisation des jeunes filles est élevé dans cette partie du pays, ce qui leur permet de participer aux activités économiques modernes. Dans cette partie du pays, les femmes participent aux prises des décisions surtout en ce qui les concerne.

Les populations de la région de l'Ouest/ Littoral sont des adeptes de la religion chrétienne et animiste. Elles sont caractérisées par une forte cohésion sociale, des mœurs traditionnelles rigides, moins permissives aux valeurs occidentales (Evina Akam, 1998). Toujours rattachées aux valeurs traditionnelles, les populations des hauts plateaux de l'Ouest connaissent des taux de polygamie élevés et considèrent la descendance comme une fortune. Cette situation peut dans certaines conditions amener les femmes à contracter des relations extraconjugales et à faire de moins en moins recours aux préservatifs au cours des rapports sexuels. Les femmes sont entièrement soumises à leurs conjoints et doivent tout faire pour satisfaire ces derniers. En plus des activités agricoles dont elles participent activement, les femmes des hauts plateaux de l'Ouest exercent également des activités commerciales.

La région du Nord-Ouest/Sud-Ouest est peuplée par des Bantous. Ce peuple pratique pour la plupart la religion islamique et aime conformément à leurs valeurs religieuses les unions polygamiques. Ces peuples sont fortement organisés comme les Bamilékés. L'enfant est perçu comme un pilier de la famille et de la communauté, l'acteur qui assure la pérennité du lignage (Rwenge, 1999). L'adultère est considéré dans cette région, chez les femmes en particulier, comme une des infractions les plus graves, spécialement quand la faute a été suivie de la naissance d'un enfant. Le niveau d'instruction des filles est relativement élevé.

Le pays compte plus de 230 ethnies réparties en cinq (05) grands groupes :

- dans le Grand Nord on retrouve les Soudanais, les Hamites, les Sémites généralement animistes ou islamisés ;
- dans le reste du pays ce sont les Bantous et apparentés, les Pygmées généralement animistes ou christianisés.

Toutes choses étant égales par ailleurs, ce brassage des cultures et civilisations est un facteur de propagation de certaines maladies sexuellement transmissibles comme le VIH/SIDA.

1.3. Contexte socio-économique

L'économie camerounaise est très diversifiée mais à dominance agricole. Producteur de pétrole, le Cameroun est également un pays exportateur de cacao, de café, de banane et de coton.

Le Cameroun a connu pendant la période 1960-1974 une croissance économique modérée et équilibrée (DSRP, 2003). Cette croissance s'est accélérée au cours de la période 1975-1985 avec la découverte et l'exploitation du pétrole. Le taux de croissance économique était de 7 % environ. Le cacao, le café et le pétrole constituent alors plus de 70 % des exportations en valeur. Le rythme croissant de la production s'est traduit notamment par un accroissement d'investissement et de l'offre des services publics qui ont concouru à l'amélioration du niveau de vie de la population et une hausse des taux de fréquentation scolaire et de services de santé.

Mais la baisse des cours des matières premières (café, cacao, coton) et la dévaluation du franc CFA qu'a connu le pays, l'a conduit à une pauvreté extrême. Les années 90 ont été difficiles. Les différents programmes d'ajustement structurel (PAS) imposés par les bailleurs de fonds et la communauté internationale visaient à rétablir l'équilibre de la balance des paiements et les grands équilibres macroéconomiques. Ils consistaient en fait à réduire les dépenses publiques et la demande intérieure. A ce jour, l'impact de ce plan sur le bien-être des populations commence à peine à être perceptible. Mais il apparaît clairement que certaines mesures du PAS ont négativement affecté le bien-être des populations appartenant aux couches les plus vulnérables. Les fonctionnaires et les employés du secteur public et parapublic ont connu des vagues de déflations et de baisse des salaires. Pendant ces années de crise, l'offre publique des services sociaux de base a été particulièrement affectée. L'état de santé des populations et l'accès aux infrastructures de base demeurent préoccupants, montrant parfois une dégradation par rapport aux niveaux des années 1980.

Selon les résultats de la première Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM I) réalisée en 1996, 51 % de la population camerounaise était pauvre et 23 %, extrêmement pauvre.

Selon le rapport principal de l'ECAM II (2002), L'incidence moyenne de la pauvreté de 40,2 % masque de profondes disparités en fonction du milieu de résidence et des régions. Ainsi, l'incidence de la pauvreté est nettement plus élevée dans les zones rurales. L'incidence la plus élevée en milieu urbain est observée dans la province de l'Adamaoua où elle atteint 39,1 %. Partout dans les strates rurales, on observe une incidence supérieure à ce maximum, sauf dans la région du Sud où le milieu rural enregistre un taux de pauvreté de 32,5 %. Pour caractériser les régions en fonction de l'incidence de la pauvreté, trois sous-ensembles ont été repérés : le sous-ensemble constitué des régions que l'on qualifierait de moins pauvres se compose de Douala, Yaoundé et des strates urbaines des provinces du Sud-ouest, du Centre, du Nord-ouest, de l'Est et du Littoral. Dans chacune de ces régions, moins de deux personnes sur dix sont touchées par la pauvreté. A l'autre extrême, le troisième sous-ensemble comprend les régions qualifiées de plus pauvres où l'incidence de la pauvreté atteint le niveau de 45 %. Toutes les zones rurales sont dans ce dernier sous-ensemble à l'exception des provinces du Sud, de l'Ouest et du Sud-Ouest.

En effet, selon les estimations de diverses sources (ECAM II, 2002; MINEFI, 2003), entre 1984 et 1991, le niveau de l'emploi a baissé de 10 % et le taux du chômage a atteint le niveau de 17 % en 1995. Il frappe principalement les jeunes et les femmes entraînant un fort développement du secteur informel.

En 2001, par exemple, le chômage touche 8 % de la population active, dont 18,9 % en milieu urbain et 2,3 % en zone rurale avec les pointes dans les villes de Douala et Yaoundé qui enregistrent des taux de chômage de 25,6 % et 21,5 % respectivement.

La récession a gravement limité les moyens des familles à prendre en charge l'éducation, la santé et la scolarisation de leurs enfants. Cette situation a eu comme conséquence la réduction de l'autorité parentale et de pousser les jeunes à abandonner l'école pour gagner plus rapidement de l'argent dans le secteur informel et/ou dans la prostitution (chez les femmes et les jeunes filles). S'agissant de la prostitution comme effet de la pauvreté, elle concerne les femmes jeunes, mûres et parfois mariées (Songue, 1993; IRESCO, 1998). D'où le risque d'une plus grande exposition à l'infection au VIH/SIDA.

Au Cameroun comme partout ailleurs dans le continent noir, la pauvreté a tendance à se « féminiser ». On relève une forte proportion des femmes dans le secteur informel. Selon les données du troisième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, trois femmes sur cinq (58 %) exerçaient une activité au moment de l'enquête. Cette proportion des femmes en activité varie selon le milieu et la région de résidence. Selon le milieu de résidence, 72 % des femmes qui travaillaient au moment de l'enquête résident en milieu rural et seulement 43 % des femmes résidentes à Douala/Yaoundé étaient en activité au moment de l'enquête. Selon les régions, la proportion de femmes ayant une activité varie de 42 % dans l'Adamaoua et 40 % au Centre à un maximum de 76 % dans le Nord et 72 % dans le Nord-Ouest. Ces données montrent également que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (67 %) sont plus nombreuses à exercer une activité que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (44 %) et que les femmes des ménages les plus pauvres étaient plus fréquemment occupées (84 %) que celles des ménages les plus riches (41 %).

Le taux élevé d'activité observé chez les femmes du milieu rural ne doit pas être surprenant et s'expliquerait par la forte participation des femmes de ce milieu à l'agriculture de subsistance. Par contre, celui des femmes ayant un niveau d'instruction primaire et celles des ménages pauvres s'explique par la forte participation de ces femmes aux activités informelles.

Parmi les femmes qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, 51 % travaillaient dans le secteur agricole. Les femmes (49 %) qui travaillaient dans le secteur non agricole travaillaient dans 35 % des cas en faisant un travail manuel non qualifié et dans 6 % des cas un travail manuel qualifié. Seulement 4 % ont déclaré travailler dans le secteur des ventes et services et 4 % travaillaient en tant que cadre ou exerçaient une activité professionnelle technique ou administrative. La proportion des femmes travaillant dans le secteur agricole est plus élevée dans les provinces de l'Est (72 %) et du Nord (77 %).

Cette situation dont les femmes sont victimes les rend plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA. En effet, les femmes sont dépendantes et sont par conséquent soumises à leurs partenaires. Dans des conditions de vie difficile, ces dernières font recours à la prostitution ou à des rapports avec des personnes plus âgées pouvant les satisfaire financièrement ce qui multiplie leur chance d'être infectées par le VIH/SIDA.

1.4. Contexte socio-démographique

Avec une population de 766 296 habitants en 1976, la population camerounaise est passée à 10 493 655 habitants en 1987 et à environ 15 000 000 habitants en 2000. D'après les résultats préliminaires du troisième recensement de la population et de l'habitat de 2005, la population totale du Cameroun est estimée à environ 17 000 000 d'habitants. Le Cameroun connaît un taux de croissance relativement élevé. Ce taux est passé de 3,0% en 1976 à 2,9% en 1987 et à 2,87% en 2000 selon les projections (DSCN, 2001). Le Cameroun connaît aujourd'hui une densité d'environ 32,1 habitants au km². Cette densité s'est presque doublée en moins de 30 ans puisqu'elle était de 16,4 hab/km au RGPH de 1976 et de 22,5 hab/km² à celui de 1987. La population Camerounaise est inégalement répartie, c'est ainsi qu'on retrouve des zones fortement

peuplées et d'autres ayant des faibles densités. Au RGPH de 1987, la partie septentrionale du pays (Adamaoua, Nord et Extrême-Nord) regroupe près d'un tiers de la population totale (soit 30,8%). L'Extrême-Nord et le Centre sont les deux provinces les plus peuplées. Le tableau suivant donne la répartition de la population camerounaise par province et par région géographique au recensement de 1987.

Tableau 1.1 : Répartition de la population camerounaise par province et par région géographique au recensement de 1987

| Région/Province | % de la population |
|--|--------------------|
| Grand Nord (Nord/Extrême-Nord/Adamaoua) | 30,8 |
| Adamaoua | 4,7 |
| Extrême- Nord | 18 |
| Nord | 8 |
| Centre/Sud/Est | 24,2 |
| Centre | 15,8 |
| Sud | 4,7 |
| Est | 3,7 |
| Littoral/Ouest | 25,7 |
| Littoral | 13 |
| Ouest | 12,7 |
| Nord-Ouest/Sud-ouest (zone anglophone) | 19,4 |
| Nord-Ouest | 11,6 |
| Sud-Ouest | 7,8 |
| Total | 100 |

Sources : RGPH (1987)

La population camerounaise est essentiellement jeune. La population de moins de 14 ans représente 43,7 % de la population totale, celle dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans représente 20,5 % soit un total de 64,2 % pour les moins de 25 ans. Le groupe des 25 à 64 ans représente 32,55 %, tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 3,26 %. L'importance numérique de la tranche de la population de moins de 15 ans (46 % de la population totale) et des jeunes en général, entraîne une hausse de la demande en services d'éducation, de santé, d'emploi, à laquelle il est difficile aux pouvoirs publics de répondre complètement à cause des difficultés économiques et financières. Cette jeunesse de la population constitue autant un atout indiscutable qu'un défi en matière de promotion de la santé. Par le biais

de la modernisation et la pauvreté, les jeunes adoptent des comportements sexuels à risque et sont beaucoup plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA que les personnes d'autres tranches d'âge.

La population féminine constitue le groupe humain dominant (51 % de la population). Sa distribution par secteur de résidence fait apparaître des disparités entre ville et campagne : 107 hommes pour 100 femmes en zone urbaine contre 92 pour 100 en zone rurale. Cette répartition de la population n'est pas sans effet sur la propagation du VIH/SIDA. En milieu urbain où on rencontre moins de femmes que d'hommes, le multipartenariat gagne le terrain ce qui accroît le risque d'infection au VIH/SIDA.

De part sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peulhs et bantous. Les migrations étant considérées comme un facteur de propagation des maladies contagieuses, il est évident que ces dernières accentuent la propagation du VIH/SIDA.

Le Cameroun connaît un fort taux d'urbanisation, ce taux est passé de 38 % en 1987 à environ 50 % en 2000. De 1976 à 1987, le Cameroun a connu un taux d'urbanisation annuel moyen de 5,75 %, taux ayant entraîné le doublement de la population urbaine en 12 ans. La population urbaine représente 45 % de la population totale avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million); plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants (Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba, Ngaoundéré...). L'exode rural dont l'intensité devient de plus en plus forte est à l'origine de la progression du taux d'urbanisation. Cet exode rural peut s'expliquer par le manque d'opportunités d'emplois, les conditions de vie difficiles, les insuffisances d'infrastructures d'éducation, sanitaires, sociaux en milieu rural et qui poussent les personnes à migrer vers les villes. Il en résulte une hypertrophie des villes à forte concentration humaine, des bidonvilles périurbains avec des habitats précaires, une insuffisance des offres de services. Ce fort taux d'urbanisation que connaît le Cameroun s'accompagne généralement d'un effritement des valeurs traditionnelles au profit des valeurs occidentales, au relâchement du contrôle social des aînés et par conséquent à l'adoption des comportements sexuels à risque.

1.5. Situation sanitaire

Dans cette section, nous décrivons l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun, son organisation et ses compétences.

1.5.1. L'évolution de la politique sanitaire au Cameroun

Selon le document de stratégie sectorielle de santé (2002), la politique sanitaire du Cameroun a connu quatre grandes étapes :

- *La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot* : cette période était caractérisée par la présence dans le Cameroun Oriental d'une équipe de médecine mobile conduite par le docteur Eugène Jamot. Cette médecine mobile apportait les soins nécessaires à la population en assurant la gratuité de ses soins, en élargissant le réseau sanitaire vers les zones rurales, par la formation médicale et para médicale et par la mise sur pied des programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

- *La période post indépendance ou phase des expérimentations* : elle marque le passage de la phase de conceptualisation à celle d'expérimentation d'idées parfois novatrices. Cette période se caractérise par : l'extension de la couverture des soins à un réseau des hôpitaux et de centres ruraux, le développement des ressources humaines pour la santé par la formation des personnels (création d'institutions notamment le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) en 1969); l'intensification de la lutte contre les endémo-épidémies et de la recherche et la gratuité des soins malgré leur paiement exigé par les textes en vigueur. Cette phase d'expérimentation avait pour objectifs d'adapter et d'intégrer les méthodes et techniques de la santé communautaire dans une zone avant leur généralisation, de former le personnel aux méthodes adaptées afin de réaliser progressivement la couverture sanitaire des populations par la santé communautaire et éradiquer les endémo-épidémies. A travers la mise en place, compte tenu de la diversité géographique du pays, d'une zone d'expérimentation dans chacune des principales régions écologiques, cette phase avait pour activités principales de faire participer les collectivités aux activités de santé grâce à la création des comités villageois de santé, d'intégrer des activités

sanitaires au niveau de ces comités, de mettre en place un système de pharmacies et laboratoires ruraux, etc.

- La période post Alma Ata : les Soins de Santé Primaires

Cette période fut marquée par l'adoption par la communauté internationale de l'approche des Soins de Santé Primaires c'est-à-dire des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques rendues universellement accessibles, avec la pleine participation des communautés bénéficiaires en 1978, Alma Ata en URSS.

Le Cameroun adopte en 1982 la mise en œuvre des soins de santé primaires avec pour objectifs d'offrir à tous les camerounais des soins de santé essentiels, de rendre les soins de santé universellement accessibles à tous les individus et à des moindres coûts. La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs étaient la promotion des villages- santé et des cases-santé.

- La réorientation des Soins de Santé Primaires :

La réforme du secteur santé du Cameroun se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin. Pour faire face à cette situation, les Etats africains organisent certaines rencontres importantes au cours desquelles ils développent des stratégies concertées comme une meilleure organisation des systèmes de santé, la revitalisation du système de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile, le renfort de la participation communautaire.

Au Cameroun, les réformes sont élaborées et rendues publiques en 1989 mais officiellement adoptées en 1992 à travers la déclaration de politique sectorielle de santé et, en 1993, la déclaration de la mise en œuvre de la « *Réorientation des Soins de Santé Primaires* ».

1.5.2. Structure et organisation du système national de santé

Le système de santé national au Cameroun est un système pyramidal à trois niveaux et chacun des niveaux dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques :

- Un niveau central chargé de l'élaboration des politiques nationales de santé, des normes et standard et de la réglementation. Ce niveau est constitué des services centraux du Ministère de la Santé publique et des hôpitaux nationaux (Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux) ;
- Un niveau intermédiaire chargé de l'appui technique qui est constitué des délégations provinciales de la santé publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés ;
- Un niveau périphérique qui se compose du district de santé (Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé).

Le secteur de santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- Le sous-secteur public qui comprend en plus des structures sanitaires du Ministère de la Santé publique, celles sous tutelle des autres départements ministériels que sont les Ministères de la Défense, de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance sociale, de l'Education nationale, etc. ;
- Le sous-secteur privé qui regroupe d'une part, les structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et d'autre part, les structures sanitaires privées à but lucratif (cliniques médicales et cabinets de soins) ;
- La médecine traditionnelle qui occupe une place importante dans le secteur santé et est de ce fait une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur santé. Elle n'est pas encore ou elle est peu réglementée, d'où l'absence d'une véritable politique nationale en la matière.

1.5.3. Performances du secteur santé

Le Cameroun compte un nombre important d'infrastructures sanitaires dont la répartition sur le territoire ne rend pas universel l'accès aux services offerts par ces dernières. Ces infrastructures sont inégalement réparties entre provinces, au sein des provinces et entre les zones urbaines et rurales. En plus, la plupart des structures sanitaires existantes sont vétustes et nécessitent une réhabilitation ; ces structures ne disposent pas d'équipements de base ou disposent d'une gamme très variée d'équipements principalement non fonctionnels et obsolètes.

Outre la répartition inégale des infrastructures, on note l'existence de grandes disparités dans la répartition des personnels du secteur de santé. Ces disparités sont remarquables entre les provinces, au sein des provinces, entre la zone rurale et la zone urbaine, entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Provinciaux) et les Districts de Santé mais aussi dans les services au sein d'une même formation sanitaire.

Selon le Document de Stratégie Sectorielle de Santé (DSSS) adopté en 2001, on dénombrait en 1998, 135 districts de santé, 1 298 aires de santé, 284 hôpitaux (dont 8 seulement disposent d'un plateau technique relevé), 1 042 centres de santé, 65 PMI, 138 dispensaires et cabinets, 215 pharmacies et 142 pharmacies sur l'ensemble du territoire national. Les difficultés économiques ont conduit les pouvoirs publics à des restrictions dommageables pour les malades (arrêt des constructions, de l'acquisition des équipements et du recrutement des personnels dans les formations sanitaires; instauration du recouvrement des coûts auprès des malades, etc.). Bien plus, les restrictions budgétaires ont amplifié le déséquilibre des ratios qui se situaient en 1998 en dessous des normes internationales fixées par l'OMS. A savoir: 1 médecin pour 14 730 habitants; 1 pharmacien pour 28 673 habitants; 1 dentiste pour 248 135 habitants; 1 infirmier pour 2 083 habitants; 1 aide-soignant pour 3 100 habitants qui s'ajoute à une mauvaise répartition des personnels et des structures sanitaires sur l'ensemble du pays.

Le secteur privé confessionnel contribue à l'amélioration de la santé des populations en fournissant une partie des prestations privées. Il se compose des services de santé de l'église catholique (179 établissements sanitaires dont 8 hôpitaux), de l'église protestante (122 formations sanitaires dont 24 hôpitaux) et de la Fondation Ad Lucem qui administre 7 hôpitaux et 11 centres

de santé. Les établissements privés à but lucratif sont au nombre de 539. En outre, de nombreuses ONG nationales et internationales interviennent également dans le secteur de la santé. La mise en place du Centre National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME) et des centres d'approvisionnement provinciaux ont favorisé la promotion et la distribution des médicaments génériques en zone urbaine. Mais les difficultés économiques que connaissent la plupart des malades et des familles continuent à maintenir les prix des médicaments à un niveau toujours prohibitif.

1.6. Le VIH/SIDA au Cameroun

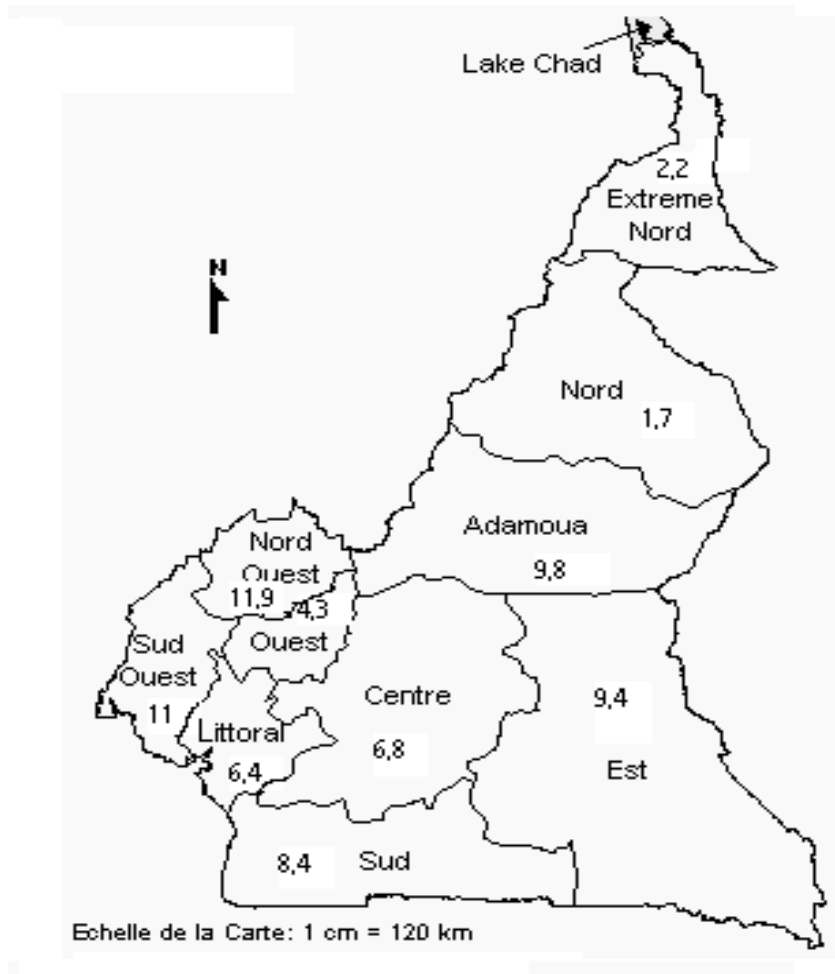
1.6.1. Situation épidémiologique

La pandémie du VIH/SIDA est une préoccupation majeure au Cameroun du fait de son ampleur et de sa vitesse d'expansion. Découvert pour la première fois en 1985, la prévalence du VIH/SIDA est passée de 0,5 % en 1985 à 12 % en 2001. Ainsi, en 2001 le Cameroun connaît une prévalence qui est 24 fois plus importante que celle de 1985. Toutefois, à cause des différences de méthodologie et des populations cibles de ces études, les données obtenues ne sont pas comparables. L'intégration du module de test du VIH/SIDA dans les EDS semble être la meilleure méthode d'estimation de la prévalence du VIH/SIDA. Selon l'EDSC III (2004), 5,5 % de la population totale âgée de 15-49 est infectée par le virus du SIDA. Les femmes sont plus infectées que les hommes avec une prévalence de 6,8 % chez ces dernières contre 4,1 % chez les hommes. Il en résulte donc un ratio d'infection de 1,7 entre les deux sexes, ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes infectées. Ces chiffres montrent que les femmes sont beaucoup plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA que les hommes et ces résultats sont comparables avec d'autres résultats trouvés dans des enquêtes de même type en Afrique subsaharienne où on assiste à une féminisation de la pandémie. Le principal mode de transmission est la voie hétérosexuelle.

Selon l'ONUSIDA (2004), l'infection au VIH/SIDA est dite généralisée au Cameroun car le taux de prévalence déborde le seuil de 5 % dans certains groupes de la population. La pandémie du VIH/SIDA présente de fortes disparités régionales et ce quel que soit le sexe

considéré. Les résultats de l'EDC-III (2004) montrent que dans l'ensemble, le Nord-Ouest (8,7 %), l'Est (8,6 %), et le Sud-Ouest (8,0 %), sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés tandis que le Nord (1,7 %) et l'Extrême-Nord (2,0 %) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles. Les taux de prévalence sont particulièrement plus élevés chez les femmes du Nord-Ouest (11,9 %), du Sud-Ouest (11,0 %), de Yaoundé (10,7 %), de l'Adamaoua (9,8 %) et de l'Est (9,4 %). Chez les hommes, les taux sont plus élevés à l'Est (7,6 %), au Nord-Ouest (5,2 %), à l'Ouest (5,2 %) et au Sud-Ouest (5,1 %). Cette situation exige donc que les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA soient spécifiques et ciblées. La figure 1 montre la cartographie de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Les grands foyers sont les provinces du Nord-Ouest, du Sud-Ouest, de l'Adamaoua, de l'Est et du Sud avec des taux de prévalence supérieurs à 8 %.

Figure 1.1 : Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes par province



Source: EDS III (2004)

Face à cette situation très préoccupante, de nombreuses actions ont été menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

1.6.2. Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA

Le Cameroun est l'un des premiers pays africains à avoir mis en place un programme national de lutte contre le SIDA.

Dés 1986, après la découverte du premier cas d'infection, le Cameroun a mis sur pied un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Ce Comité avait pour mission d'offrir un cadre national d'interventions, d'élargir la réponse nationale à l'épidémie et de coordonner la mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA dans une approche décentralisée et multisectorielle.

Pour la période 1998-2000, un plan cadre de lutte contre le SIDA a été élaboré. En septembre 2000, le gouvernement a adopté pour la période 2000-2005 un Plan stratégique de lutte contre le SIDA. Lancé par le Premier Ministre, ce plan avait pour objectifs : d'inverser la tendance actuelle de la pandémie, de réduire la séropositivité à moins de 10 % et d'au moins 25 %, l'incidence du VIH/SIDA parmi les jeunes, les hommes en tenue et les femmes d'ici 2005. La mise en œuvre de ce plan a permis entre autres : la formation des ONG locales impliquées dans la lutte contre le SIDA ; la révision à la baisse du coût des anti rétro-viraux dont les prix varient depuis le 1^{er} août 2002, entre 15.000 et 28.000 francs CFA par mois et par malade , l'intégration des médicaments du SIDA (ARV et médicaments pour le traitement des infections opportunistes) dans le système national d'approvisionnement et de distribution des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels ; la distribution des préservatifs aux groupes cibles ; la décentralisation de la lutte contre le SIDA qui est actuellement matérialisée par la mise en place, dans chaque province, d'un Groupe Technique Provincial (GTP) fonctionnel et des comités locaux de lutte contre le Sida dans les quartiers ; etc.

A travers ce Plan, des centres de traitement pour la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des centres de dépistage ont vu le jour dans chaque province.

Par l'installation des équipes locales de lutte dans des zones ciblées, des interventions spécifiques ont été réalisées en direction des groupes les plus vulnérables que sont les prostitués, les conducteurs de camions et grumiers des grands axes routiers, les hommes en tenue.

Le plan stratégique de lutte contre le SIDA pour la période 2006-2010 poursuit trois objectifs majeurs :

- Réduire le nombre de nouveaux cas d'infections à VIH/SIDA dans la population générale ;
- Tendre vers l'accès universel pour le traitement et la prise en charge des personnes infectées ;
- Réduire l'impact du VIH/SIDA chez les orphelins et enfants vulnérables.

L'un des résultats de ce plan stratégique qui a été apprécié de tous est la gratuité des ARV pour toutes les PVVS instaurée le 1^{er} mai 2007. Cependant, il est à noter que bien qu'étant officiellement gratuit sur tout l'étendu du territoire, ces médicaments sont encore en vente dans certains hôpitaux à cause de leur rareté et de la spéculation du personnel médical mais à un prix non exorbitant (3000 francs CFA par mois et par malade). En 2002, le prix des ARV variaient entre 15.000 et 28.000 francs par malade et par mois.

1.7. Le SIDA et les femmes

La proportion des personnes infectées dans la population totale croît à un rythme inquiétant, mais celle des femmes en a pris une allure toute particulière. On assiste de plus en plus à une « féminisation » de la pandémie.

Au début de son apparition, le SIDA touchait beaucoup plus les hommes que les femmes, mais durant ces dernières années cette tendance s'est renversée et les femmes sont de plus en plus vulnérables que les hommes. La prévalence féminine s'est accélérée en passant de 41 % des adultes touchés en 1997 à 50 % en 2002. Six femmes sur 10 en Afrique subsaharienne sont séropositives (UNAIDS 2004). Cette « féminisation » de la pandémie est surtout marquée dans les régions où les rapports hétérosexuels constituent le mode de transmission prédominant, en particulier dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Dans les régions où l'épidémie concerne beaucoup plus les consommateurs de drogues injectables, les populations mobiles et la population carcérale les femmes sont aussi plus exposées à l'infection.

En Afrique subsaharienne où les femmes représentent 57 % des infections chez les adultes et où 75 % des infections chez les jeunes touchent les femmes et les filles, la « féminisation » de la pandémie n'est plus que évidente (CEA, 2004). En plus des vulnérabilités biologiques dont elles sont victimes, les femmes sont également économiquement et socialement vulnérables.

Les jeunes Africaines ont souvent des partenaires sexuels beaucoup plus âgés, partenaires chez lesquels la probabilité d'infection à VIH/SIDA risque d'être plus élevée que chez les hommes plus jeunes. Les différences de statut entre hommes et femmes en Afrique Subsaharienne font qu'il est beaucoup plus difficile pour une femme de négocier le recours au préservatif; en outre, la violence sexuelle qui lèse les tissus et accroît le risque de transmission du VIH/SIDA est répandue, surtout dans le cadre des conflits armés.

En Afrique subsaharienne, les femmes sont généralement victimes de plusieurs formes de violence (physique, émotionnelle et sexuelle). Ce phénomène s'observe dans toutes les catégories sociales. Au Cameroun, selon les résultats de l'EDS-III (2004), 14 % des femmes ont subi des actes de violence sexuelle. Les femmes qui subissent ces violences de façon fréquente sont les femmes de Yaoundé/Douala (57 %), les plus instruites (54 %) et celles qui travaillent pour de l'argent (55 %). Dans les régions, on note que c'est le Sud qui se caractérise par la proportion la plus élevée de femmes ayant déclaré avoir subi un comportement violent de la part de leur mari/partenaire (67 %). A l'opposé, les régions Nord (38 %), Extrême-Nord (39 %) et Adamaoua (44 %) détiennent les proportions les plus faibles. Selon l'âge, on constate que les très jeunes femmes de 15-19 ans sont celles qui ont été le plus fréquemment victimes d'actes de violence dans un passé récent (84 %). Dans ce groupe d'âges, plus d'un quart d'entre elles ont déclaré avoir subi récemment, entre trois et cinq fois, des actes de violence. L'intensité et la fréquence de ces violences dont sont victimes les femmes augmentent chez ces dernières le risque d'infection au VIH/SIDA.

La connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA et des stratégies de prévention constitue un axe stratégique majeur de la réduction du taux d'infection à VIH/SIDA. Au Cameroun, à l'exception des villes de Douala et de Yaoundé, la connaissance des méthodes de

prévention du VIH/SIDA est assez faible chez les femmes de 15-49 ans (MICS, 2006). Au niveau national, 59% des femmes affirment connaître deux méthodes de prévention. Ce pourcentage est de 70% en milieu urbain contre 45% en milieu rural. Dans l'ensemble, 29% des femmes de 15-49 ans ont une connaissance exhaustive et exacte du VIH/SIDA. Cette proportion est de 32% pour les femmes de 15-24 ans. La connaissance du VIH/SIDA est fortement liée au niveau de bien-être économique du ménage. Un peu plus d'une femme sur cinq (23 %) peut être considérée comme ayant une bonne connaissance générale des moyens de transmission du VIH/SIDA.

L'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels avec un homme autre que leur mari ou leur concubin (relation sans mariage ni partage de domicile) diminue le risque d'infection au VIH/SIDA. L'EDSC-III montre que plus d'un quart des femmes (29 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Un peu plus d'un quart de femmes (41 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

Conclusion partielle

Ce chapitre nous a permis d'avoir une connaissance de l'environnement global de notre milieu d'étude.

La présentation du Cameroun nous montre que ce pays présente une diversité géographique et culturelle qui fait de ce pays une Afrique en miniature. Ce brassage de culture constitue un facteur de propagation du VIH/SIDA aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. La population camerounaise est essentiellement jeune et la population féminine représente 51 % de la population totale. Bien que 58 % des femmes sont actives, seulement 14 % de ces femmes actives travaillent dans le secteur moderne (travail manuel qualifié, commerce, services et administration). Cette situation les rend dépendantes et par conséquent beaucoup plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA.

Sur le plan sanitaire, le Cameroun dispose d'un bon nombre d'infrastructure sanitaire mais leur inégale répartition sur le territoire et leur mauvaise gestion ne permettent pas à ce pays d'atteindre les objectifs fixés dans son document de stratégie sectorielle de santé.

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le SIDA est une maladie plus que préoccupante. Cette pandémie évolue de façon galopante mais avec une particularité, celle de la « féminisation » de la maladie.

La connaissance de notre milieu d'étude nous permet de poursuivre au chapitre suivant sur la présentation du cadre théorique de notre étude.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, nous faisons une synthèse de la littérature concernant les facteurs expliquant la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes. Cette synthèse de la littérature conduira à la construction du cadre conceptuel qui nous guidera dans la formulation des hypothèses qui seront testées tout au long de l'étude.

2.1. Revue de la littérature

La pandémie du VIH/SIDA ne cesse de se propager et elle touche toutes les couches de la société. Cependant, on assiste à une « féminisation » de la pandémie car la propagation de cette pandémie dans la population féminine a pris une allure toute particulière. Différentes approches ont été développées pour expliquer la forte prévalence observée chez les femmes. Dans cette section nous présentons les principales. Il s'agit notamment des approches biologiques, socioculturelle, socio-économique, institutionnelle et des facteurs sociodémographiques et géographiques.

2.1.1. Approche biologique

Pour des raisons biologiques, les femmes sont plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA. Sur le plan de la transmission du VIH lors des rapports hétérosexuels, les femmes présentent une vulnérabilité plus importante que les hommes. Selon l'OMS (2004), La transmission du VIH/SIDA d'un homme à une femme pendant les rapports sexuels a deux à quatre fois plus de risques de se produire que la transmission d'une femme à un homme. En effet, la zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations sexuelles est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus. Ceci est particulièrement vrai chez les jeunes filles, dont le col de l'utérus immature et la faible production de mucus vaginal ne procurent qu'une mince barrière contre les infections. En outre, la concentration du virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales et le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin.

Les femmes sont également plus vulnérables lors de certaines périodes de la vie génitale : les rapports pendant les règles, la grossesse, la période suivant l'accouchement, la ménopause. Les femmes ménopausées par exemple, connaissent une diminution de la lubrification vaginale et un amincissement de la paroi interne du vagin qui augmentent chez ces dernières le risque de contracter le VIH, puisque la relation sexuelle se produit dans un vagin plus sec, où la muqueuse est plus susceptible de se déchirer ou de se fissurer. Le VIH peut alors entrer facilement dans le corps de la femme par ces fissures (Dwyer, Penny et al., 1990).

L'existence d'infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées chez l'un ou l'autre des partenaires accentue le risque de transmission du VIH/SIDA. Selon l'OMS (2000), l'existence d'une IST multiplierait par 10 le risque de transmission du VIH/SIDA. Malheureusement, ces IST passent souvent inaperçues chez la femme. En effet dans 50 à 80 % des cas, les femmes qui ont contracté une IST l'ignorent de par l'absence de signes pathognomoniques. De plus, lorsqu'elles sont monogames, elles pensent être protégées alors que l'infidélité de la part de leur conjoint les expose toujours au risque d'infection. Les infections sexuellement transmissibles sont parfois révélatrices de la séropositivité.

Les approches biologiques ne peuvent cependant pas être la seule explication à l'accélération brusque de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes et la « féminisation » de la pandémie qui s'en suit. L'approche socioculturelle doit être examinée pour apporter davantage d'explications.

2.1.2. Approche socioculturelle

En Afrique subsaharienne, l'infection au VIH/SIDA est surtout hétérosexuelle. Comme ce mode de transmission dépend en grande partie des contextes culturels et sociaux des milieux dans lesquels vivent les individus, la différence des facteurs sociaux, affectant les comportements sexuels contribuent à l'explication de la vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH/SIDA. Dans cette région, tout comme sur l'ensemble du continent, chaque société est régie par un ensemble de normes et valeurs qui assurent l'harmonie et la cohésion dans la société. Les comportements sexuels qu'adoptent les individus sont en partie déterminés par ces normes et

valeurs socioculturelles. Cependant, l'existence des sociétés africaines modernes et traditionnelles caractérisées chacune par ses normes et valeurs propres fait que les comportements sexuels et la place qu'occupe la femme dans ces sociétés diffèrent d'une société à une autre. Les femmes sont ainsi culturellement et socialement vulnérables.

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO, 2002), la culture désigne les modes de vie, les traditions et les croyances, les représentations de la santé et de la maladie, les perceptions de la vie et de la mort, les normes et pratiques sexuelles, les relations de pouvoir et les relations entre les sexes, les structures familiales, les langues et les moyens de communication, ainsi que les arts et la créativité. D'après cette définition, il apparaît clairement que la culture influence les attitudes et les comportements liés à l'épidémie du VIH/SIDA : le fait de prendre ou ne pas prendre de risque de contracter le VIH, le fait d'accéder au traitement et aux soins, la façon dont sont définies les relations entre les sexes et les rôles qui mettent femmes et hommes en situation de risque, le fait d'apporter de l'aide ou au contraire de discriminer les personnes vivant avec le sida.

La vulnérabilité socioculturelle s'explique par le fait que beaucoup de femmes sont exclues de l'éducation, que la sexualité est un sujet tabou, la communication ainsi que l'éducation à la prévention du VIH/SIDA insuffisantes, voire inexistantes et que les femmes et les hommes sont traités de façon inégale.

2.1.2.1. La sous scolarisation des filles

Pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, il faut garantir l'éducation des filles et des femmes. A travers l'éducation et surtout par le biais de l'école, les femmes pourront se former à la négociation, développer leur esprit critique et leur capacité d'analyser les situations avant d'agir. Bien que le taux de scolarisation ait augmenté partout dans le monde, il est encore faible en Afrique au Sud du Sahara. En Afrique Sub-saharienne, le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire, mais non inscrits, est encore élevé et est largement supérieur au reste du monde : 41 millions en 1990 et 45 millions en 2002. Les filles sont les principales victimes de cette situation (UNICEF, 2004).

Les filles sont généralement moins instruites que les garçons. Aujourd'hui, les enfants sont retirés de l'école pour s'occuper de leurs parents malades du SIDA. Au Zimbabwe par exemple, 70 pour cent des enfants victimes de cette situation sont des filles (UNICEF, 2004). Une fois qu'elles ont quitté l'école, la vulnérabilité des filles s'accroît. Elles n'ont plus accès aux informations qui pourraient leur sauver la vie. Et elles n'apprennent plus à défendre leurs intérêts, que ce soit dans la sphère économique ou sociale. L'école est en effet l'un des meilleurs remparts contre l'infection au VIH/SIDA. Tout indique que les filles qui continuent leur scolarité retardent le moment de leurs premières expériences sexuelles; elles sont plus au fait de la prévention et comprennent mieux le processus du dépistage du VIH/SIDA. Et les écoles offrent le meilleur moyen de diffuser des informations sur la prévention du VIH/SIDA, et de faire adopter aux jeunes des comportements sociaux à long terme qui leur permettront de se protéger.

L'éducation de la femme lui permet d'accéder à des emplois rémunérés et assure son autonomie. Plusieurs études (Caldwell, 1982 ; Mason, 1984 ; Safilios-Rothschild, 1985 ; Vijaya, 1991 ; ..., cités par KAMDEM, 2006) ont montré que l'éducation des femmes peuvent agir sur leurs attitudes et leurs aspirations personnelles en leur donnant une grande autonomie dans le choix de leur conjoint et de l'âge aussi bien à leur premier rapport sexuel qu'à leur mariage.

Cependant, s'assurer que les filles restent à l'école ne suffit pas. Les filles doivent avoir une meilleure connaissance et une maîtrise de leur sexualité.

2.1.2.2. La sexualité

En Afrique noire, les comportements sexuels s'inscrivent dans un ensemble structuro-culturel constitué de mythes, de croyances, d'idéologies, de symboles, de représentation, de rites et aussi de système de parenté. Dans cette partie du continent, l'analyse des comportements sexuels exige donc la prise en compte des mœurs en matière de la sexualité. Les mœurs sexuelles ne sont pas uniformes dans toutes les sociétés, en fonction des groupes sociaux considérés, on observe des différences plus ou moins grandes, notamment en matière de leur permissivité (Oyekanmi, 1999).

Dans certaines régions, il existe des valeurs traditionnelles en matière de sexualité et de procréation qui favorisent la propagation du VIH/SIDA. En Afrique de l'Est par exemple, et plus précisément chez les Massaï du Nord Kenya, une femme est autorisée à entretenir des relations sexuelles extraconjugales avec un autre homme au sein du lignage de son mari, en cas d'absence prolongée de ce dernier. Cela permet d'assurer que pendant les longues absences de ces gardiens de troupeau nomades, les épouses sont sexuellement « occupées » par les parents du mari de sorte que les performances en matière de fécondité soient maximisées. Les mêmes pratiques ont été observées au Rwanda et au Burundi (Ilinigumugabo, 1989, cité par Rwenge, 2002).

Chez les Yagba du Nigeria et les Bëti du Cameroun, il existe une coutume qui soutient que, la meilleure manière pour un homme de prouver son amitié à un autre homme est de lui accorder une nuit avec son épouse, comme marque d'amitié indéfectible. Ce type de liaison sexuelle ne comporte aucune connotation adultérine, car passer la nuit avec une telle femme est considéré comme un moyen de renforcer l'amitié de l'homme (Oyenkanmi, 1999 ; ombolo, 1990). Cette pratique a une double appellation chez les Bëti : le « mgbà » ou prostitution d'hospitalité et le « mvie » ou location de femmes (Alexandre et Binet, 1958, cité par Rwenge, 2002).

Dans beaucoup de pays, les normes sociales imposent une ignorance dangereuse aux filles et aux jeunes femmes pour ce qui concerne les questions sexuelles. Ce manque de connaissance amplifie le risque qu'elles soient infectées par le VIH (Carovano, 1991). Une enquête a montré que dans des pays comme le Cameroun, le Lesotho, le Mali, le Sénégal et le Vietnam, deux tiers ou davantage de jeunes femmes (de 15 à 24 ans) ne pouvaient pas citer trois méthodes de prévention du VIH au cours d'une enquête. En Moldavie, en Ukraine et en Ouzbékistan, plus de 80 % des jeunes femmes ne disposaient pas non plus de cette information (Patricia Fener et Claire Criton, 2007).

En Afrique, au sein de certaines populations et plus particulièrement dans les sociétés traditionnelles, la maternité est valorisante pour les femmes et est perçue comme un idéal féminin. Le recours à des moyens contraceptifs ou à des rapports sexuels protégés représente donc un dilemme d'importance pour ces femmes. En Afrique subsaharienne, la fécondité

détermine le statut des femmes. La valeur d'une femme se mesure donc par sa capacité reproductive et elle n'est définitivement acceptée au sein du clan de son mari qu'après avoir donné des preuves répétées de sa fertilité (KAMDEM, 2006). Ainsi, une fois entrée en union, la femme doit faire preuve de sa fécondité, de sa participation à la reproduction de la société. L'épouse doit être mère avant d'être femme et le statut de la femme dépend du nombre d'enfants qu'elle a (UNICEF, 2001). Les femmes infécondes et sous-fécondes multiplient le nombre de leurs partenaires sexuels et les actes sexuels « complets » ou « non protégés » pour vérifier si elles le sont réellement (Rwenge, 1999). La stérilité de la femme peut même être une cause de divorce, comme c'est le cas en Mauritanie ou dans la plupart des coutumes, car elle touche à la fonction essentielle de la femme. Ainsi, la femme idéale doit être féconde (UNICEF, 2001).

Les femmes en Afrique subsaharienne commencent leur vie féconde très tôt. Plus de la moitié des femmes ont leur premier enfant avant l'âge de 20 ans. Cette maternité précoce est étroitement corrélée avec un mariage précoce (UNICEF, 2001). Le mariage précoce, selon le contexte dans lequel il a eu lieu peut être perçu comme un risque d'exposition à l'infection au VIH/SIDA ou non. Le mariage précoce réduit chez les femmes la durée d'exposition au risque d'infection au VIH/SIDA dans les sociétés où la fidélité est une norme. Mais puisque ces mariages précoces ont souvent lieu sans le consentement de la fille, il conduit souvent à l'infidélité et/ou à l'instabilité conjugale qui rendent les femmes victimes plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA.

Dans les cultures où il est vital que les filles soient vierges au moment du mariage, elles s'adonnent parfois à des pratiques sexuelles qui les exposent au risque d'infection au VIH/SIDA (Gupta, Weiss et al., 1995, cités par Patricia Fener et Claire Criton, 2007). De plus, en raison des fortes normes de virginité et de la culture du silence sur les questions sexuelles, la demande de soins auprès de structures spécialisées dans le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) peut être très stigmatisant pour les femmes séropositives du VIH/SIDA.

Les connaissances concernant les questions sexuelles en général sont faibles dans certaines parties du continent. Dans les sociétés où la sexualité est un sujet tabou et où les mariages sont précoces, nombreuse sont les filles qui se marient avant la puberté et ne sachant

rien au sujet des rapports sexuels lorsqu'elles commencent à vivre avec leur mari (Mukhopadhyay, Nath et al. 2001, cités par Patricia et Claire Criton, 2007). Ces catégories de femmes sont donc prêtes à accepter toute décision prise par leur partenaire pour faire des rapports sexuels et surtout qu'elles sont aussi ignorantes de la façon dont une femme tombe enceinte.

Au Cameroun si le niveau de connaissance de l'existence de la maladie est relativement élevé, on se rend compte que le niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention est encore faible et varie d'une région à l'autre. Selon le rapport préliminaire du MICS 2006, la quasi-totalité des femmes (98 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et ce niveau de connaissance est homogène car quelle que soit la région considérée, plus de neuf enquêtées sur dix ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. La connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA par les femmes varie d'une région à une autre. Ce niveau de connaissance complète est particulièrement faible parmi les femmes du milieu rural (15,7 %) alors qu'à Yaoundé/Douala la proportion de femmes bien informées est de 45,9 %. C'est en fonction du niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage que les écarts sont les plus importants : en effet, la proportion de femmes ayant une connaissance complète varie de 7,2 % chez celles sans niveau d'instruction à 48,1 % chez celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire. En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, cette proportion de femmes varie d'un minimum de 10,3 % dans les ménages les plus pauvres à un maximum de 50,4 % dans les ménages les plus riches. Enfin, dans les régions, on note qu'à l'Extrême-Nord, 12,3 % des femmes sont correctement informées alors que cette proportion est de 33,1 % dans le Sud-Ouest. Dans l'ensemble, 29 % des femmes de 15-49 ans ont une connaissance exhaustive et exacte du VIH. Cette proportion est de 32 % pour les femmes de 15-24 ans.

Selon une étude réalisée par un groupe de travail mis sur pied par le Secrétaire Général des Nations Unies en 2003 pour se pencher sur la question « Femmes, Filles et VIH/SIDA » en Afrique Sub-Sahélienne l'un des trois facteurs expliquant la grande vulnérabilité différentielle des femmes dans cette région est le tabou entourant la sexualité. Ainsi la plupart des parents considèrent la sexualité comme un sujet tabou et ont la crainte que les enfants, surtout pubères et adolescents, ne considèrent les informations éducatives sur la sexualité comme une incitation à la

débauche. En revanche, ceux qui peuvent s'entretenir avec leurs enfants sur ce sujet appartiennent aux couches sociales aisées de la population, mais dans la plupart des cas, ils consacrent plus de temps à leurs activités qu'à l'encadrement de leurs enfants.

Dans les sociétés africaines modernes, la virginité est sans importance et les parents encouragent l'activité sexuelle prémaritale. Ailleurs, il est exigé des jeunes filles qu'elles fassent preuve de leur fécondité avant de se marier (UEPA, 1993). Une jeune fille qui a un enfant est plus recherchée au mariage que les autres, et cela uniquement parce qu'elle a fait preuve de sa fécondité (KAMDEM, 2006). Les rites liés à la puberté favorisent aussi une entrée précoce des jeunes filles dans l'activité sexuelle. Dans la tradition Bèti du sud Cameroun par exemple, une grande liberté sexuelle est accordée aux jeunes filles (Alexandre et Binet, 1958 :81 ; Yana, 1995 :56 ; cités par Rwenge, 2002). Dès l'âge de sa puberté, la tradition de « ebon ngon » interpelle la jeune fille à s'offrir sexuellement à son éventuel prétendant au mariage sous le toit paternel. En revanche, dans la plupart des ethnies fortement islamisées, le mariage précoce et par rapt des jeunes filles est favorisé en vue de mettre la famille à l'abri du déshonneur de voir la jeune fille perdre sa virginité sous le toit paternel.

Les femmes bien qu'ayant des connaissances en matière de sexualité, doivent grandir dans un milieu protecteur, à l'abri de la violence, des mauvais traitements et de l'exploitation.

2.1.2.3. Les pratiques culturelles

Les femmes sont victimes de plusieurs pratiques culturelles qui les exposent à l'infection au VIH/SIDA. Ces pratiques participent de façon différente au risque de transmission du VIH/SIDA selon leur nature et leur fréquence.

➤ *La polygamie et l'instabilité conjugale*

En Afrique subsaharienne, la polygamie est largement répandue. Cette pratique de la polygamie contribue à la diminution du pouvoir de prise de décision chez les femmes dans le domaine de la sexualité.

La polygamie favorise les relations sexuelles extraconjugales qui naissent du système de partage des nuits entre différentes coépouses (Evina, 1990). Au sein des couples, le pouvoir que ces dernières ont de refuser ou de négocier une relation sexuelle est faible, suite notamment à leur crainte de voir leurs conjoints se tourner vers d'autres femmes (Desgrées Du Loû et al., 2001). Les relations sexuelles extraconjugales seraient aussi favorisées chez les polygames par l'écart d'âge entre conjoints (Caldwell *et al.* 1993) ; les jeunes femmes polygames dont le mari est assez âgé entretiendraient habituellement des relations sexuelles avec les jeunes hommes soit du fait que leur mari n'est plus capable de les satisfaire sexuellement, soit du fait qu'elles sont très attirées par la jeunesse. La polygamie accélère par conséquent la propagation du virus du sida en provoquant un brassage des générations (Brouard, 1994). Elle peut aussi influencer sur la sexualité des jeunes enfants. Il n'existe cependant pas encore d'études qui ont mis en évidence les mécanismes par lesquels la polygamie affecte les comportements sexuels des jeunes.

Rwenge constate en 2002 que les femmes Bamilékés de l'Ouest Cameroun sont plus exposées à l'infection au VIH/SIDA que les femmes Bété du Sud. Le taux élevé de la polygamie observé à l'Ouest expliquerait cette situation.

Au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique, on reconnaît aujourd'hui une autre forme de mariages désignés d' "unions libres" ou mariages à « l'essai ». Ce mariage comme son nom l'indique est un essai et se caractérise généralement par un « laisser faire » de la part de chaque conjoint. Ce type de mariage est souvent accompagné d'une infidélité des conjoints surtout du côté de l'homme et expose de ce fait les femmes à l'infection au VIH/SIDA.

Soumise au mariage et à la maternité comme obligations éthiques (Tsala Tsala 1986; 1989; 1990; 1996), à la polygamie qui est la forme normative du mariage au Cameroun (Mbella Mbappe, 1970), la femme camerounaise a une très faible maîtrise de son corps et de sa sexualité face aux sollicitations de son partenaire.

En Afrique subsaharienne, l'instabilité conjugale est fortement élevée. Cette instabilité des couples présente une influence directe sur les comportements sexuels aussi bien des parents que des enfants. Elle conduit la femme à contracter des unions polygamiques quand elle aboutit à

une rupture d'union ou des relations sexuelles extraconjugales au moment de l'instabilité. Lorsque cette instabilité conduit au divorce, la femme contracte, généralement, une union avec un très jeune homme et court par conséquent le risque d'être infecter par le VIH/SIDA dont la prévalence est très élevée dans la population jeune. Les risques de l'instabilité conjugale et de la mobilité matrimoniale chez les enfants sont très élevés, surtout en milieu urbain, comme le soulignent J.C. Caldwell *et al.* (1993) : « *Dans la plus grande partie d'Afrique occidentale, et dans bien d'autres régions africaines, règne une grande instabilité conjugale... Il arrive particulièrement dans les milieux urbains que les enfants soient uniquement élevés par leurs mères, grands-mères et tantes. Dans une étude menée à Kampala, Southall (1961) a observé que 23 % des ménages sont dirigés par des femmes, et cette situation serait, selon lui, probablement caractéristique de la plupart des milieux urbains. Dans ce contexte, les adolescents, mais surtout les filles, s'engagent dans les aventures amoureuses. Les femmes ne peuvent pas non plus résister aux avances des hommes, et les adolescentes cèdent facilement aux demandes que leur font les garçons* ».

➤ *Le lévirat*

Au sein de plusieurs cultures et subcultures en Afrique sub-saharienne où le lévirat (la veuve donnée en héritage) est une coutume pratiquée, une épouse est considérée comme étant la propriété du clan. A cet égard, à la mort du mari, l'épouse doit être donnée en héritage à l'un des frères ou membres du clan en vue de poursuivre la continuité de la relation entre les deux familles et afin d'apporter un soutien à la veuve et à ses enfants (UNESCO, 2002). Ainsi selon le droit coutumier africain, la mort d'une épouse ne dissout pas un mariage. Le soutien des enfants orphelins et de la veuve par le clan est largement conditionné par l'accès sexuel à la veuve par un membre survivant de ce clan. Chez les Luo de l'Ouest du Kenya par exemple, si l'épouse refuse d'être donnée en héritage, elle est susceptible d'être expulsée du domicile conjugal. Ses biens seront alors distribués aux membres du clan et sa famille devra rembourser la dot. Dans les sociétés patrilinéaires à dot élevée cette situation oblige les veuves à accepter la procédure d'héritage. Parfois elles sont poussées par les membres de leur propre famille à se remarier au sein du clan de leur défunt mari (UNESCO, 2002). A l'image de la polygamie, la veuve donnée

en héritage engendre une fertilité accrue et la propagation de maladies sexuellement transmissibles en particulier lorsque le défunt mari est décédé des suites de telles maladies.

➤ *Les rites de purification*

Au sein de certaines ethnies d'Afrique, lors du décès de leur mari, les femmes se voient imposer des pratiques sexuelles à risques. En plus de l'héritage de la veuve dont elles sont victimes, elles subissent également des rites de purification qui consiste à organiser une relation sexuelle avec un étranger payé par la famille du mari décédé dans le but de la nettoyer des mauvais esprits du défunt. Ces rites ont souvent lieu dans un contexte de violence et sont bien sûr rarement protégés. Les femmes subissent ces pratiques avec le risque d'être infectées par le VIH car les refuser conduirait à l'exclusion sociale ou au viol (HRW, 2005).

➤ *Les mutilations génitales féminines*

La mutilation génitale féminine est pratiquée dans plusieurs cultures et subcultures à travers l'Afrique. Le but visé est d'introduire les jeunes filles à la vie familiale et sexuelle, de leur inculquer un comportement moral et une conduite qui soient de nature positive et de les préparer en vue d'assumer les responsabilités sociales qu'elles devront supporter dans leurs sociétés. D'un point de vue moral, social, traditionnel et éducatif, les mutilations génitales féminines sont considérées comme étant quelques uns des piliers importants des sociétés qui les pratiquent (UNESCO, 2002).

Cependant, ces pratiques ont également des inconvénients. En effet elles sont associées à des douleurs cuisantes, à des inflammations pelviennes, à de fortes hémorragies, à la formation de tissus cicatrisés, à des complications au moment de l'accouchement, à une probabilité plus forte de contracter des MST y compris le VIH/SIDA, à l'infirmité, à des rapports sexuels douloureux et parfois à la mort (UNESCO, 2002).

La mutilation génitale des femmes, dite excision, fait partie de l'arsenal mis en place par les sociétés traditionnelles pour maintenir sous contrôle la sexualité des femmes qui fait tellement

peur. Cette excision, qui concerne 80 à 110 millions de femmes dans le monde, est encore une pratique courante en Egypte. Contrairement aux arguments avancés par ses défenseurs, cette tradition n'a aucun fondement religieux. Cette mutilation génitale comporte un risque de transmission du VIH lié à la procédure chirurgicale elle-même et augmente la susceptibilité de l'infection à VIH du fait des brides et de l'altération de la flore vaginale (UNESCO, 2002).

Au Cameroun, 1,4 % des femmes sont excisées. Cette pratique est beaucoup plus présente en milieu rural (2,1 %) contre 0,5 % dans les grandes villes. L'Extrême-Nord (5,4 %), le Sud-Ouest (2,4 %) et le Nord (2,2 %) sont les régions où on enregistre le plus grand nombre des femmes excisées (EDS III, 2004).

En plus de la faible scolarisation et des pratiques culturelles dont sont victime les femmes, une attention particulière doit être portée sur le statut de la femme.

2.1.2.4. Le faible statut social des femmes

Partout dans le monde, les femmes ne sont pas traitées de la même manière que les hommes et n'ont pas la même influence sur les aspects qui touchent leur vie. Les images véhiculées par les médias (publicité, magazines...) continuent d'assigner à la femme des tâches domestiques ou la représentent en objet de possession, de séduction, d'acquisition, et a obligatoirement des répercussions tant dans la sphère publique que dans la sphère privée, surtout au niveau de la relation sexuelle dans le couple.

Dans les pays en développement et plus particulièrement en Afrique Sub-saharienne, il existe un écart considérable entre les hommes et les femmes dans l'éducation, le revenu, les possibilités d'emploi, la santé, l'accès au pouvoir et aux prises de décisions. Ces disparités conduisent au fait que les femmes ont moins accès aux services sociaux de base. En effet, il est difficile pour les femmes dans de nombreuses régions du monde d'avoir accès aux soins de santé, d'obtenir un soutien lorsqu'elles sont enceintes. Il y a de nombreuses raisons à ce problème : l'éloignement des centres de soins, le coût d'un examen médical, les responsabilités

professionnelles ou familiales, la crainte de représailles de la part de leur mari ou de leur collectivité (International, 2005).

Les facteurs culturels expliquent certes la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes, mais on ne peut attribuer à eux seuls cette « féminisation » de la pandémie. Une analyse de la situation et des conditions économiques des femmes semble importante.

2.1.3. Approche économique

Le pouvoir économique qui permettrait aux femmes de négocier la fidélité ou l'usage du préservatif leur fait défaut et elles sont exposées, dans le domaine de la sexualité, au pouvoir prédominant des hommes, voire à leur violence. C'est donc dire que les facteurs économiques difficiles expliquent aussi pourquoi les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH/SIDA. Ces facteurs sont directement liés à l'individu car il s'agit de ses conditions de vie. Le VIH/SIDA comporte aussi une dimension socio-économique. La pauvreté a été elle aussi un facteur déterminant qui a conduit des femmes au chômage, à se livrer à des activités mettant en danger leur santé et leur vie. Avec la pauvreté et l'absence de soins médicaux appropriés et de mesures de protection suffisantes, la santé des individus est menacée. Pire encore, lorsque le sida gagne progressivement une population donnée et s'attaque à la tranche d'âge productive de la société, les répercussions sur l'activité économique et, par conséquent, sur le développement socio-économique de toute la collectivité sont graves.

2.1.3.1. La dépendance économique des femmes

En Afrique subsaharienne où la pauvreté a tendance à se féminiser, la plupart des femmes dépendent économiquement de leurs maris. Cette situation les rend souvent frivole. Pour essayer d'être indépendante ou lorsqu'elles ne sont pas satisfaites économiquement par leurs conjoints, certaines femmes contractent des relations sexuelles extraconjugales à but lucratif. Selon une étude menée par Caroline Bledsoe (1989), même les femmes mariées s'engagent dans des relations extraconjugales lorsque ces dernières rencontrent des difficultés économiques. Ce phénomène est beaucoup plus important en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, en milieu

urbain, le revenu du ménage provient en grande partie de l'homme tandis qu'en milieu rural où les femmes participent activement aux activités agricoles, ces dernières peuvent compter sur le fruit de leur travail comme une part du revenu du ménage. Des différences importantes existeraient cependant entre pays africains. Dans certaines régions, les activités de la femme la rendent autonome alors que dans d'autres régions les produits de l'activité de cette dernière sont contrôlés par l'homme. En Afrique occidentale par exemple, les activités commerciales permettent à la femme d'avoir une certaine autonomie financière. Le cas le plus connu est celui des *Nana-Benz* (femmes d'affaires) de Lomé. En revanche, en Afrique Orientale et Australe, où les femmes participent faiblement aux activités commerciales, l'homme contrôle l'intégralité du budget familial, comme le montrent J. Caldwell *et al.* (1993) : « Cette situation est aggravée en Afrique de l'Est et du Sud par un système où les hommes contrôlent l'essentiel du budget familial. En Afrique Occidentale, en revanche, les femmes conservent les fruits de leur travail et de ce fait elles sont devenues responsables pour la prise en charge de leur propre personne et de leurs enfants ».

En Afrique subsaharienne, les femmes participent pour 80 % à la production agricole, mais n'en perçoivent que 10 % des revenus, et contrôlent seulement 1 % des terres (Banque mondiale, 1991). Bien que productrice, la femme participe faiblement à la gestion du revenu aussi bien du ménage que de ses propres revenus. Elle est dans ces conditions obligée d'accepter toutes les propositions de l'homme pour profiter d'un bon traitement ou au contraire chercher à améliorer sa situation économique par la prostitution ou les relations extraconjugales.

Les femmes n'ont généralement pas le droit de posséder de terre et d'être héritières. L'on y considère que le rôle essentiel de la femme est la procréation et l'exercice des travaux domestiques. Ainsi très peu de femmes ont accès à des ressources économiques et éducatives d'importance cruciale : information, avoir, argent liquide, compétence professionnelle, etc. Très peu de femmes y ont, pour cela des économies (Rwenge, 2002).

2.1.3.2. Les conditions de vie

Dans des conditions économiques difficiles, les femmes célibataires peuvent se prostituer et les femmes mariées peuvent aussi contracter de relations sexuelles extraconjugales pour subvenir à leurs besoins. Une femme pauvre a davantage de risque de s'engager dans la prostitution ou de développer de relations qui s'y apparentent fort (Ampofo, 1999, cité par Rwenge, 2002).

En milieu urbain par exemple, il apparaît de plus en plus que les femmes ont tendance à choisir leur partenaire en fonction de la capacité de ces derniers à les prendre en charge financièrement. Et les femmes considèrent cela comme un moyen d'accroître leurs revenus. Or, là où la relation est basée sur des considérations financières, la capacité des femmes à négocier des comportements sexuels à moindre risque est quelque peu limitée. Ces phénomènes sont de plus en plus fréquents chez les adolescentes qui y recourent pour payer leurs études ou en cas d'absence de soutien familial. Ces relations sont généralement entretenues avec des hommes plus âgés que ces dernières, ce qui justifie la forte prévalence du VIH/SIDA chez elles. En effet, « *la plupart du temps, ces relations sont contraintes physiquement et financièrement. Il est difficile pour la jeune fille d'exiger les condoms dans ce cadre et pourtant les hommes plus âgés qu'elles ont un risque élevé d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie et donc être déjà infectés par le VIH* » (Desgrées Du Lou et al., 2001).

La dépendance économique des femmes et leur condition de vie influencent largement leurs comportements sexuels. Dans des conditions de vie difficiles les femmes se livrent de plus en plus à des comportements sexuels à risque et s'exposent par conséquent à l'infection au VIH/SIDA. Les femmes font ainsi de moins en moins recours au condom qui reste en dehors de l'abstinence et de la fidélité le seul moyen de prévenir le VIH/SIDA.

2.1.4. Approche institutionnelle

L'approche institutionnelle suppose que l'activité sexuelle est aussi fonction de l'importance accordée par les décideurs aux lois et programmes susceptibles d'influer sur les

comportements sexuels des individus : il s'agit donc des facteurs politiques. Ces facteurs se situent au même niveau que les facteurs socioculturels et concernent d'une part les lois en matière d'entrée en union, de prostitution et des lois en matière de divorce chez les femmes et d'autre part l'accessibilité aux informations et aux structures sanitaires.

2.1.4.1. Les législations en matière de mariage, de prostitution et de divorce

En Afrique subsaharienne, la loi fixe en général un âge minimum d'entrée en union. Ces âges varient d'un pays à un autre. Au Cameroun, par exemple, l'article 52 de l'ordonnance n° 81/02 du 29 juin 1981, portant organisation de l'état civil et diverses lois relatives à l'état des personnes physiques au Cameroun stipule que l'âge de nubilité est fixé à 15 ans pour les jeunes filles. On y voit cependant une réaction aux règles coutumières qui parfois n'exigent aucun âge pour le mariage de la femme, celle-ci étant même "mariée" au berceau ou avant la naissance (Mbaye 1978, cité par Rwenge, 1995). Ces pratiques ont une influence sur la sexualité des jeunes qui les exposent ainsi à l'infection au VIH/SIDA à travers l'adoption des comportements sexuels à risque.

La législation prévoit également des lois en matière de consentement des époux avant leur mariage, mais dans bon nombre de pays africains ces lois ne sont guère respectées. Par contre, en droit coutumier, de même qu'en droit musulman dans certains pays, le consentement de la fille n'est pas toujours explicitement requis (UNICEF, 2001). Au Cameroun selon la même ordonnance, tout mariage doit être précédé d'une publication d'intention des époux de se marier. Ces intentions doivent être affichées au centre d'état civil et dans les lieux de naissance des époux pour des éventuelles oppositions du tiers. Mais malgré ces dispositions, nombreuse sont les jeunes filles encore victimes des mariages forcés, imposés par leur parent. Ces pratiques poussent ces dernières à contracter précocement leurs mariages ou des unions non désirées qui, pourtant, peuvent favoriser chez elles la sexualité à « risque ». Ainsi, le consentement des parents pour le mariage des mineurs s'avère indispensable.

Au Cameroun, le mariage polygamique est reconnu par la loi de même que par le droit coutumier. Ce type de mariage est de moins en moins pratiqué mais il se développe une autre forme de mariage polygamique désigné sous le terme de « deuxième bureau ».

Les lois en matière de divorce accordent peu d'importance aux droits des enfants. Elles insistent en particulier sur les droits des conjoints en cas d'infidélité d'un des époux, de mauvais traitements, d'excès, sévices ou injures, d'abandon de la famille ou du foyer, de condamnation de l'un des époux (Rwenge, 1999). Ainsi le divorce expose la femme divorcée à adopter des comportements sexuels à risque à travers le remariage ou les relations sexuelles extraconjugales mais surtout les jeunes filles dont les parents sont divorcés. En effet, ces dernières ne bénéficieront pas d'une bonne éducation sexuelle et s'engageront dans des comportements sexuels à risque (prostitution, mariage précoce, union non désirée, etc.).

2.1.4.2. Accessibilité aux informations et aux structures sanitaires

En Afrique subsaharienne, l'éducation et la sensibilisation du public sur le sida, l'utilisation des condoms et le test de dépistage se sont effectués grâce aux infrastructures socio-économiques (médias, journaux, centre de santé). Dans cette partie du continent, ces infrastructures sont concentrées dans les villes où malgré les efforts consentis on rencontre encore une frange importante des personnes n'ayant pas une connaissance complète sur le sida (moyens de transmission et de prévention). Ainsi, l'absence de service de santé de reproduction dans certaines zones, notamment en milieu rural, peut être à la base des comportements sexuels à risque. Les programmes de promotion des condoms ont été élaborés sans prendre en compte les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité qui prédominent dans cette région (Rwenge, 1999). Par ailleurs, là où des programmes d'éducation et de sensibilisation existent, ils ne s'adressent pas à la population totale. Seuls les adultes sont concernés et les jeunes qui constituent la part importante de la population sexuellement active sont marginalisés. Selon l'UNICEF (2004), les types d'informations qui parviennent aux jeunes enfants en matière de sexualité et la disponibilité des centres de santé reproductive affectent fortement leurs comportements sexuels.

Dans certaines régions d'Afrique bon nombre de la population n'a pas accès aux condoms. Au Tchad et en Mauritanie par exemple, l'accès au préservatif est difficile du fait de l'insuffisance des circuits de distribution. L'offre de services dans ces pays ne correspond pas à la demande (Zoungrana ,1999).

L'Afrique subsaharienne se caractérise par des infrastructures insuffisantes et ce manque d'équipements sanitaires explique en partie la vulnérabilité de la population au VIH/SIDA et celle des femmes en particulier. En effet, l'action sanitaire s'est caractérisée pendant la colonisation, par une absence de politique cohérente, ce qui a ensuite conditionné le développement d'infrastructures sanitaires (Lerberghe et al., 1988, cité par Myriam, 1995).

Les femmes en général rencontrent de nombreux obstacles pour accéder aux soins de santé, obstacles qui peuvent être spécifiquement liés à leur condition. Cependant des facteurs démographiques et géographiques aggravent cette situation de la femme.

2.1.5. Approche socio-démographique

L'approche socio démographique est fondée sur trois principaux facteurs : les mouvements migratoires, l'accroissement exceptionnel de la population et l'explosion urbaine.

2.1.5.1. Les mouvements migratoires

Le développement des déplacements internes et externes dus aux développements économiques et aux crises politiques influencent le comportement sexuel des individus. Ces déplacements ont lieu souvent dans des conditions de vie difficile. Les personnes se déplacent ainsi vers les villes à la recherche du travail. Ce déplacement favorise généralement la séparation des ménages, entretient la précarité sociale et économique du migrant et suscite par conséquent, et comme exutoire, des comportements sexuels à risque : relations avec des partenaires sexuels multiples et des personnes à risque (susceptibles d'être infecté). Chez les femmes qui migrent seules, cette précarité économique s'accompagne généralement de difficultés à s'insérer sur le marché du travail et provoque parfois un recours à la prostitution.

Les politiques que mènent certains pays en ce qui concerne les migrations et plus particulièrement l'immigration les épargnent dans une moindre mesure de l'infection au VIH/SIDA. Le Nigeria par exemple, malgré les problèmes politiques et économiques qu'il a connu, est paru longtemps plus épargné que les autres pays, par le sida. Ceci s'expliquerait par le fait que ce pays est « protégé » par le peu de lien avec ces voisins, la politique restrictive d'immigration qu'il a menée et le fait qu'il « forme un véritable angle mort entre les foyers majeurs » d'infection. De même, le Cameroun a longtemps été considéré comme épargné de la pandémie. L'approche géo-épidémiologique a conduit à l'identification d'un effet de « barrière » entre le Cameroun et le Nigeria et d'un « front épidémiologique » entre le Cameroun et la Centrafrique (Tessier et al, 1993 :127, cité par Myriam, 1995).

2.1.5.2. L'accroissement de la population

Le continent africain connaît un accroissement de la population relative forte. Cette croissance rapide de la population fait de ce continent, un continent essentiellement jeune. L'activité sexuelle étant plus intense chez les jeunes que chez les personnes âgées, cette jeunesse peut expliquer en partie la séroprévalence élevée en Afrique. L'âge peut donc être un facteur de vulnérabilité à l'infection au VIH/SIDA. Les jeunes femmes sont souvent victimes de violences sexuelles en tant que femmes et du fait de leur jeunesse et donc de leur vulnérabilité. En Afrique sub-saharienne, les jeunes filles de 15-19 ans ont six fois plus de risques d'être séropositives que les garçons de la même classe d'âge, essentiellement à cause des viols, des rapports sexuels contraints et de leur incapacité à obtenir des pratiques sexuelles sûres (International, 2004). Mais l'âge ne protège pas les femmes de la violence. Si certaines sociétés respectent la sagesse des femmes âgées, leur accordent une certaine considération et leur offrent une plus grande autonomie, d'autres maltraitent les femmes fragiles et isolées, particulièrement les veuves, qui au Zimbabwe par exemple sont victimes d'agressions car considérées comme des sorcières et rendues responsables de la propagation du VIH (Mukumbira, 2002, cité par Patricia et Claire Criton, 2007). Les jeunes filles pour maximiser leur revenu s'engagent en général dans des relations avec des personnes âgées avec qui elles ne peuvent discuter sur l'utilisation des condoms.

2.1.5.3. L'explosion urbaine

L'Afrique subsaharienne connaît actuellement une urbanisation de plus en plus forte. Cette urbanisation n'est pas seulement un facteur de développement mais présente aussi des effets pervers favorisant l'expansion du VIH/SIDA.

En milieu urbain, les relations sexuelles sont bien souvent appréhendées, indépendamment des relations affectives ou sentimentales, comme l'usage du corps des femmes contre rétribution. Dans ce cadre, deux types de femmes sont alors définis : les vénales², qui ont l'outrecuidance de se rendre, d'une certaine manière, libres en s'appropriant les fruits de leurs prestations sexuelles, et les autres, les démunies qui, parce que leur père ou mari ne s'acquittent plus de leurs devoirs envers elles, doivent s'adresser à d'autres hommes pour subvenir à leurs besoins. Cette situation est surtout aggravée par les « petites bonnes »³ dont deux types de représentation leur est souvent attachées. D'une part, séduites par les attraits de la capitale (beaux vêtements, pagnes, crèmes en tout genre, sorties possibles, cinéma, boîtes de nuit) et non informées de ses dangers, elles seraient particulièrement vulnérables aux tentations auxquelles elles succomberaient facilement. D'autre part, exploitées par les patronnes, elles seraient obligées d'accepter les avances des hommes pour survivre (Annie Lepalec, 1999).

Les villes africaines constituent les principaux centres de la prostitution. Les grands centres urbains jouent ainsi le rôle de relais pour l'infection à VIH/SIDA du fait de la prostitution qui est importante. Elles concentrent une grande partie des cas d'infection et participent à la dissémination de la pandémie dans le pays et à l'étranger. Les rues sous éclairées de certains quartiers et des centres commerciaux favorisent la tenue d'activités illicites, dont la prostitution. La promiscuité dans le logement reste également un des caractéristiques des milieux urbains des pays de l'Afrique, et dans ces conditions, plusieurs personnes qui n'ont pas nécessairement des liens de parenté partagent une même chambre ce qui amène les jeunes filles à découvrir très tôt l'acte sexuel.

² Femmes prêtes à se vendre pour de l'argent ; facilement corrompible.

³ Les « petites bonnes » désignent les jeunes rurales qui viennent en ville travailler comme employées de maison.

Dans les milieux urbains, nous assistons de plus en plus à des relâchements du contrôle social des aînés. Les parents trouvent ainsi moins du temps pour l'éducation de leurs enfants surtout sur des questions concernant la sexualité. Les femmes du milieu urbain plus émancipées que celles qui résident en campagne ont un âge au premier mariage retardé ce qui les expose davantage aux risques d'infection au VIH/SIDA.

Il ressort de notre synthèse de littérature que plusieurs approches ont été développées par les études antérieures pour expliquer la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes. Il s'agit précisément des approches biologique, socioculturelle, économique, institutionnelle et sociodémographique. L'approche biologique stipule que les femmes de par leur nature biologique sont plus susceptibles à l'infection au VIH/SIDA. Quant à l'approche socioculturelle, le faible niveau d'instruction qu'ont les femmes, leur statut social défavorisé et les mœurs et valeurs en matière de sexualité prédisposent les femmes à un risque plus élevé à l'infection au VIH/SIDA. En Afrique subsaharienne les femmes dépendent généralement de leur conjoint ou partenaire(s) sexuel(s) et n'ont généralement pas de pouvoir de prise de décision sur la manière et le moment de faire les rapports sexuels. L'accessibilité et la disponibilité des infrastructures sanitaires qui expliquent également la prévalence du VIH/SIDA sont mises en exergue par l'approche institutionnelle. L'approche sociodémographique quant à elle a mis l'accent sur les mouvements migratoires, l'urbanisation et l'accroissement de la population comme facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA. Dans le cadre de notre étude, une combinaison des approches socioculturelle, économique et institutionnelle nous semble pertinente.

2.2. Cadre conceptuel

2.2.1. Hypothèse principale et schéma conceptuel

L'hypothèse principale qui sous-tend ce travail est que la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun s'explique par les facteurs socioculturels, socio-économiques et politiques qui à travers leurs statuts et leurs connaissances sur le VIH/SIDA, influencent leurs comportements sexuels, et partant leur risque d'infection au VIH/SIDA.

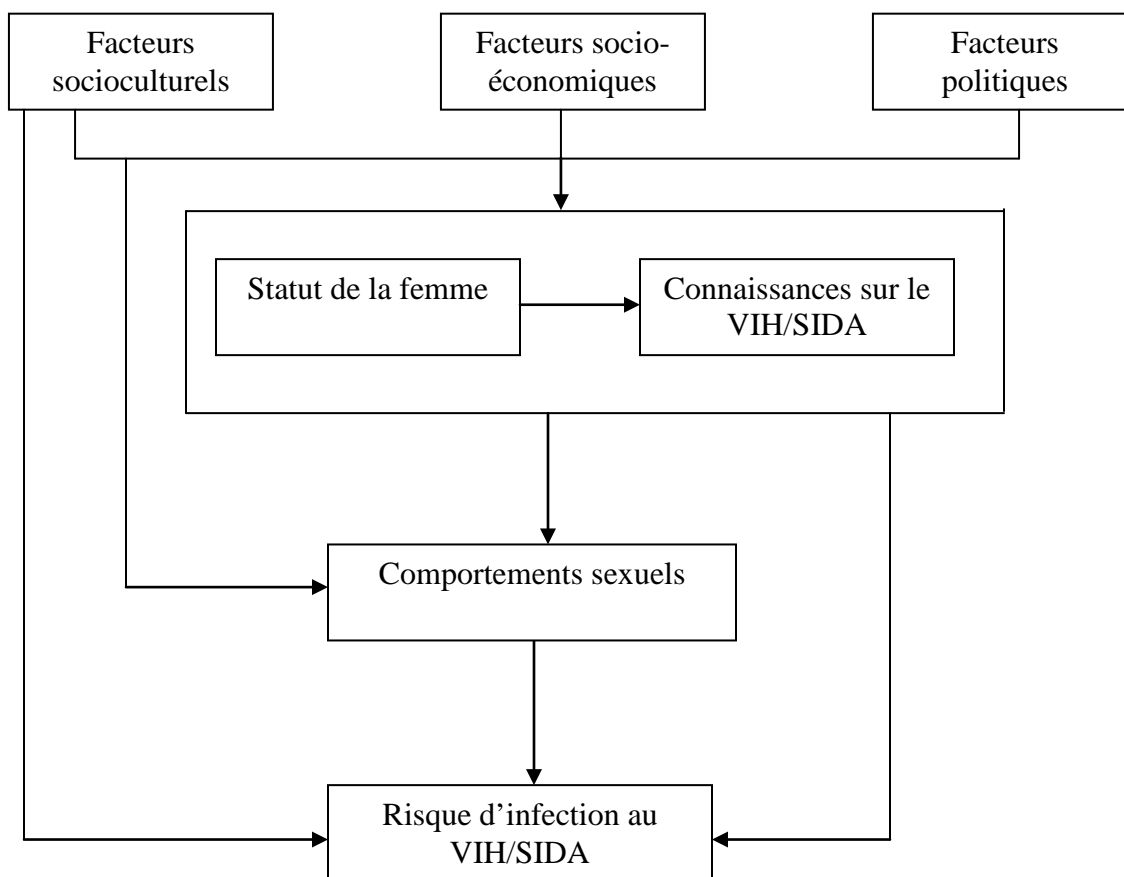
Le schéma conceptuel qui découle de cette hypothèse de base, inspiré des travaux de Rwenge (2002) est représenté par la figure 3.1 ci-après.

Ce schéma montre que les facteurs socioculturels, socio-économiques et politiques constituent la sphère globale agissant sur les comportements sexuels et le risque d'infection au VIH/SIDA. Ces facteurs sont déterminants dans l'orientation et le contrôle des comportements sexuels et agissent aussi bien de façon directe qu'indirecte. L'influence indirecte de ces facteurs sur le comportement sexuel des femmes est conditionnée par un groupe de facteurs que sont le statut de la femme et les connaissances qu'ont ces femmes sur le VIH/SIDA. Nous supposons à travers cette relation que le statut de la femme et son niveau de connaissance sur le VIH/SIDA influencent son comportement sexuel.

Les facteurs socioculturels par le biais des diverses pratiques culturelles (polygamie, mariage précoce, mutilations génitales, etc.) dont sont victimes les femmes justifient directement l'infection au VIH/SIDA.

Les facteurs socio-économiques exercent une influence sur le statut de la femme et la connaissance sur le VIH/SIDA qui à leur tour influencent les comportements sexuels des femmes.

Quant aux facteurs politiques, l'existence ou non des politiques et programmes en matière de lutte contre le sida, des services de santé influencent aussi bien le comportement sexuel des femmes que leur niveau de connaissance sur le VIH/SIDA.

Figure 2.1 : Schéma conceptuel d'explication de la prévalence du VIH/SIDA

2.2.2. Définition des concepts

Facteurs socioculturels

Ce sont les facteurs relatifs aux structures sociales et à la culture qui contribuent à les caractériser. Ils désignent ainsi les caractéristiques sociales et culturelles du milieu dans lequel vivent les femmes. Ils déterminent les perceptions que la société a des relations sexuelles et du VIH/SIDA, le rôle assigné à l'activité sexuelle et les normes qui la régissent.

Il se définit également comme l'ensemble des caractéristiques et des conditions qui déterminent et modulent à des degrés divers les valeurs et normes propres aux groupes

socioculturels d'origine (Rwenge, 1999). Ce concept est appréhendé par la région de résidence, le milieu de socialisation, la religion et le niveau d'instruction.

Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques désignent l'ensemble des facteurs qui contribuent à la transformation du cadre de vie des individus et des ménages. Nous retenons pour ce concept le niveau de vie du ménage de la femme.

Facteurs politiques

Ces facteurs se situent au même niveau que les facteurs socioculturels. Il s'agit ici de la disponibilité et de l'accessibilité des structures sanitaires. Dans le cadre de notre étude, ce concept sera opérationnalisé par le milieu de résidence.

Statut de la femme

Le statut de la femme désigne sa position sociale, la considération dont elle bénéficie de la part des autres membres de la société. Il rend compte du pouvoir économique et décisionnel de la femme et peut par conséquent influencer son comportement sexuel. Le statut de femme dont il est question dans le cadre de ce travail est un indicateur composite que nous construisons à partir des variables suivantes : activité économique de la femme, état matrimonial et prise de décision sur la santé. La construction de cet indicateur est faite grâce à la méthode d'ACP sous SPSS. L'ACP est l'une des techniques statistiques de réduction des données. Elle vise à retenir un nombre limité de variables comptant pour une large part de la variance totale de l'ensemble des variables observées de manière à faciliter ou simplifier l'analyse.

Connaissances sur le VIH/SIDA

Les connaissances sur le VIH/SIDA désignent l'ensemble des informations dont dispose un individu sur un sujet donné. Il s'agit dans le cadre de notre étude des connaissances des moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA.

Comportements sexuels

Nous entendons par comportements sexuels, l'ensemble des pratiques et conduites en rapport avec le sexe. Un comportement sexuel est dit à risque lorsqu'il expose l'individu qui l'adopte à l'infection au VIH/SIDA.

Le comportement sexuel à risque est mesuré dans cette étude par la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat et la non-utilisation du condom.

Risque d'Infection au VIH/SIDA

Le risque d'infection au VIH/SIDA désigne la probabilité pour une personne d'être exposée à l'infection au VIH/SIDA. Ce concept est appréhendé par le statut sérologique de toute personne ayant effectuée le test du dépistage du VIH/SIDA. Le résultat de ce test est soit séronégatif pour les personnes non infectées et soit séropositif pour celles infectées.

2.3. Hypothèses de l'étude et schéma d'analyse

Les hypothèses que cette étude cherche à vérifier sont les suivantes :

H1 : Au Cameroun, certaines régions ont des mœurs sexuelles permissives et d'autres des mœurs sexuelles rigides. Les femmes appartenant aux régions ayant des mœurs sexuelles permissives ont des rapports sexuels précoces et ont plusieurs partenaires sexuels. Ainsi, on s'attend à ce que ces

femmes soient plus infectées que celles vivant dans les régions ayant des mœurs sexuelles rigides.

H2 : En milieu urbain, l'activité sexuelle est précoce et le multipartenariat beaucoup plus courant. On s'attend donc à ce que les femmes résidentes et celles socialisées en milieu urbain soient plus infectées par le VIH/SIDA que celles du milieu rural.

H3 : Les femmes pratiquant la religion musulmane sont moins infectées par le VIH/SIDA que les femmes chrétiennes.

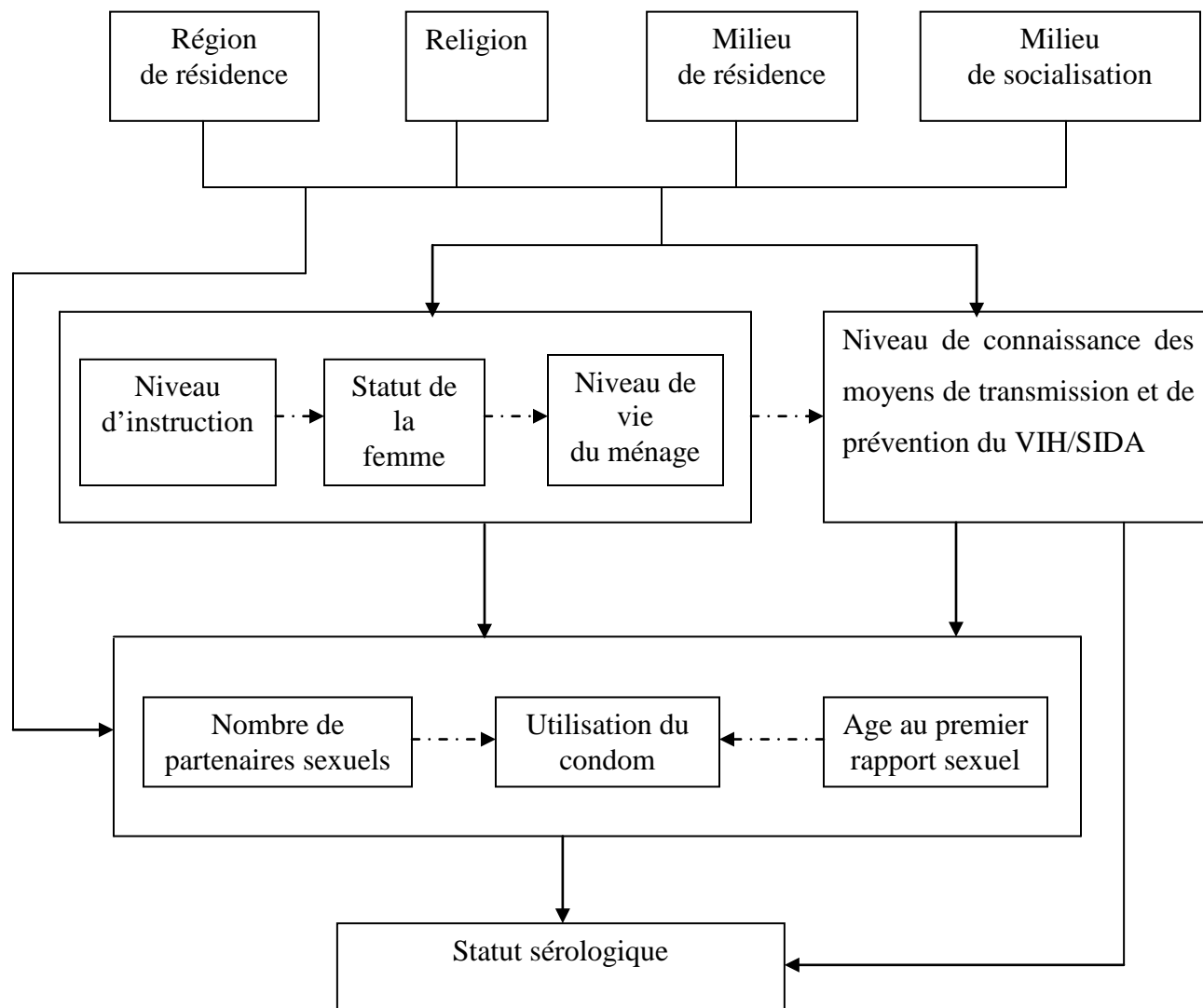
H4 : Les femmes ayant un niveau d'instruction élevé ont des meilleures connaissances des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA et adoptent des comportements sexuels à moindre risque. Par conséquent, elles sont moins infectées par le VIH/SIDA que celles ayant un faible niveau d'instruction.

H5 : Les femmes ayant un statut élevé ont moins des partenaires sexuels et sont par conséquent moins infectées que celles ayant un statut faible.

H6 : Les femmes vivant dans les ménages ayant un niveau de vie élevé adoptent des comportements sexuels à moindre risque et sont par conséquent moins infectées par le VIH/SIDA que celles des ménages à niveau de vie faible.

La synthèse de nos hypothèses à vérifier est présentée par la figure 3.2. Ce schéma d'analyse complète et explicite le schéma conceptuel de la figure 3.1.

Figure 2.2 : schéma d'analyse



-----> Signifie que la relation ne sera pas vérifiée

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, nous avons fait le point sur les études antérieures relatives aux facteurs qui expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes. Il ressort de cette revue de la littérature que plusieurs approches ont été développées. Il s'agit principalement des approches biologique, socioculturelle, socio-économique, institutionnelle et sociodémographique.

Dans le but d'atteindre nos objectifs, un ensemble d'hypothèses ont été définies et dont les différentes relations sont présentées par notre schéma d'analyse.

Avant de vérifier nos hypothèses, nous allons dans le chapitre suivant présenter les aspects méthodologiques que nous adoptons dans la suite de ce travail en fonction des objectifs de l'étude.

CHAPITRE III : ASPECTS METHODOLOGIQUES

Pour vérifier les hypothèses de travail formulées dans notre cadre d'analyse, une collecte des données sur le terrain est indispensable. Cependant, face aux contraintes financières et de temps, cette étape de recherche en sciences sociales ne sera pas menée. Pour pallier à ce problème, nous utilisons une source de données disponible. Dans ce chapitre, après avoir définie nos variables opérationnelles et nos méthodes d'analyse, il est question pour nous de présenter cette source de données, de faire une évaluation des données afin de mettre à l'épreuve des faits nos hypothèses.

3.1. Définition des variables opérationnelles

3.1.1. Variable dépendante

La variable dépendante de ce travail est le statut sérologique de la femme. Cette variable possède deux modalités :

- séropositif pour les femmes infectées par le VIH/SIDA ;
- séronégatif pour celles non infectées.

3.1.2. Variables indépendantes ou variables explicatives

➤ *La région de résidence*

Selon Ngwé (2006), une région est une entité géographique ayant une certaine homogénéité. Selon l'homogénéité socioculturelle et compte tenu des niveaux de prévalence du VIH/SIDA, dans le cadre de notre étude, nous distinguons six (6) grandes régions :

- Sud-Ouest/Nord-Ouest ;
- Est/Sud ;
- Centre/Littoral ;
- Extrême-Nord/Nord ;
- Ouest ;
- Adamaoua.

Ces régions ne sont certes pas parfaitement homogènes, mais nous pensons qu'elles constituent un « proximi » du contexte culturel.

➤ *Le milieu de résidence*

Il représente le type de milieu dans lequel vit la femme et fait référence au processus d'acquisition des normes, valeurs et pratiques par ce dernier. Cette variable a deux modalités : urbain et rural.

➤ *Milieu de socialisation*

Le milieu de socialisation de la femme se définit comme le milieu dans lequel elle a grandi. Il exprime l'environnement dans lequel elle a reçu son éducation de base. Dans le cadre de notre étude, le milieu de socialisation désigne plus précisément le milieu dans lequel la femme a résidé jusqu'à l'âge de 12 ans. Pour des raisons telles le mariage, les études et les exigences professionnelles, beaucoup de femmes ont changé de résidence entre l'âge de 12 ans et leur âge actuel. Nous retenons deux modalités pour cette variable à savoir le milieu urbain et le milieu rural.

➤ *La Religion*

La religion est un système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et de pratiques auxquels les individus se réfèrent. Elle « véhicule un certain nombre de valeurs et normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et physique » (Akoto, 1985). L'appartenance à une religion chrétienne est une source d'acculturation et permet de rompre avec la tradition. Ainsi, la religion selon les normes et valeurs qu'elle prescrit à ses adeptes expose de façon différentielle à l'infection au VIH/SIDA. Dans le cadre de notre étude, les modalités suivantes sont retenues : chrétienne, musulmane et autres religions.

➤ *Le Niveau d'instruction*

L'instruction met les individus « face à d'autres modes de pensées ou de raisonnement, face à d'autres valeurs, ... » (Evina Akam, 1990). L'instruction est ainsi déterminante dans la connaissance des risques liés à l'activité sexuelle et des méthodes de prévention de ces risques. Elle entraîne une modification des comportements et peut par suite agir sur l'infection au VIH/SIDA. Le niveau d'étude de la femme lui confère une certaine considération de la part de la société et lui permet d'occuper au sein de celle-ci, une position relativement avantageuse. Il favorise son émancipation, son ouverture vers le monde extérieur. Selon J.C. Caldwell (1993) le niveau d'instruction de la femme est un moteur de changement, favorisant l'abandon des comportements traditionnels au profit des comportements modernes. Les femmes plus instruites devraient être mieux informées sur les conséquences néfastes d'une activité sexuelle à risque et devraient adopter des comportements sains. Pour cette variable, nous retenons les modalités suivantes : sans niveau, primaire, secondaire et plus.

➤ *Le statut de la femme*

Le statut de la femme rend compte de son pouvoir économique et décisionnel et peut par conséquent influencer son comportement sexuel. Cette variable est un indicateur composite que nous créons à partir de l'occupation de la femme, son état matrimonial et sa participation à la prise de décision sur sa santé. Pour cela, nous utilisons la méthode de classification de groupe. Après construction de cet indicateur, nous retenons trois modalités : faible, moyen et élevé.

➤ *Le niveau de vie du ménage*

Le niveau de vie du ménage désigne l'ensemble des possibilités matérielles dont dispose un ménage. Il est appréhendé à travers la combinaison des variables liées aux conditions de vie des ménages à savoir les biens d'équipement, les caractéristiques de l'habitat et les différentes commodités qui s'y rattachent (la source d'eau, celle d'énergie de cuisson et d'éclairage). Cet indicateur composite est fourni par la source de données de notre étude. Nous retenons trois modalités pour cette variable : pauvre, moyen et riche.

➤ *Le niveau de connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA*

Une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA permet d'éviter le recours aux pratiques dangereuses et susceptibles de transmettre le VIH/SIDA, mais aussi de mieux se prévenir.

Le niveau de connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA est construit à partir des moyens de transmission cités par les femmes. Nous utilisons dans le cadre de ce travail les quatre modes de transmission suivante pour la construction de cet indicateur : la transmission de la mère à l'enfant, la transmission sexuelle, la transmission par transfusion sanguine et la transmission par des outils souillés. Deux modalités sont retenues pour cette variable :

- Connait au moins un moyen : est considéré comme ayant une connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA toute personne ayant cité au moins l'un des quatre moyens de transmission du VIH/SIDA ;
- Ne connaît pas : toute personne ne citant aucun moyen de transmission correct est considéré comme une personne n'ayant aucune connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA.

➤ *Le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA*

Le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA est un indicateur que nous construisons à partir des moyens de prévention couramment connus que sont : l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du condom. Nous retenons deux modalités pour cet indicateur :

- Connait au moins un moyen : a une connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA toute personne qui a cité lors de l'enquête au moins un des trois moyens de prévention;
- Ne connaît pas : est considérée comme ayant aucune connaissance des moyens de prévention toute personne ne citant aucun des trois moyens de prévention.

➤ *L'Age aux premiers rapports sexuels*

L'âge aux premiers rapports sexuels est un des éléments essentiels de détermination d'une activité sexuelle à risque. Il rend compte de la précocité de l'activité sexuelle. Nous considérerons que l'activité sexuelle est précoce chez une femme si l'âge aux premiers rapports sexuels est inférieur à 15 ans. Nous retenons trois modalités pour cette variable : inférieur à 15 ans, 15 -18 ans et supérieur à 18 ans.

➤ *Le nombre de partenaires sexuels*

Le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois peut agir sur le risque d'infection au VIH/SIDA. Les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels courent plus le risque d'être infectées. Ce nombre varie en fonction des mœurs sexuelles en vigueur dans l'environnement de ces femmes. Trois modalités sont retenues pour saisir cette variable : pas de partenaires sexuels, un partenaire sexuel et plus d'un partenaire sexuel.

➤ *L'utilisation du condom*

L'utilisation du condom reste le seul moyen de prévenir les infections au VIH/SIDA en dehors de l'abstinence et de la fidélité. Dans notre étude, nous considérerons son utilisation lors du dernier rapport sexuel. Les deux modalités retenues pour cette variable sont : oui (pour les femmes ayant utilisé) et non (pour celles n'ayant pas utilisé).

3.2. Méthodes d'analyse

En se référant aux objectifs spécifiques de cette étude et aux hypothèses qui en ont résulté, nous constatons que les méthodes statistiques d'analyse auxquelles nous pouvons recourir ici sont descriptives et explicatives.

3.2.1. L'analyse descriptive

3.2.1.1. L'analyse bivariée

L'analyse bivariée consiste à croiser deux variables et permet de mettre en relation ces deux variables en établissant par une méthode adéquate le niveau de cette corrélation. Pour mesurer l'association entre deux variables nous utilisons la statistique du Khi Deux à laquelle une probabilité p est associée. En science sociale, un seuil de signification est généralement fixé. Lorsque la probabilité associée au Khi deux est inférieure au seuil de signification retenu, on conclut que les deux variables sont associées sinon on dit que les deux variables sont indépendantes. Dans le cadre de notre étude le seuil de 5 % est retenu. En effet, la réalité sociale ne peut être appréhendée à travers l'association entre deux variables car une liaison statistique significative entre deux variables peut être réelle ou fallacieuse. Pour pallier à ce problème, il faut donc recourir à l'analyse multivariée.

3.2.1.2. L'analyse multivariée

L'analyse multivariée descriptive permet de catégoriser les femmes en fonction de certaines caractéristiques. Pour ce type d'analyse, nous utilisons l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM). L'AFCM est une technique de réduction factorielle permettant d'avoir une vue globale de l'ensemble des variables en jeu. Elle aboutit à la formation du plan factoriel et de la matrice de configuration des données. Cette méthode permet donc de regrouper les femmes selon un certain nombre de caractéristiques tels leur statut sérologique, leur niveau d'instruction, leur statut, leur religion, leur milieu de résidence, etc.

3.2.2. L'analyse explicative

La variable dépendante de notre étude est qualitative et dichotomique. La nature de cette variable nous permet de recourir à la régression logistique comme méthode d'analyse multivariée explicative. Cette méthode estime les risques ou la probabilité de survenance d'un événement en fonction des variables indépendantes. La variable dépendante prend la modalité 1 quand l'événement est réalisé et 0 sinon. Ainsi, la régression logistique estime la probabilité pour une

femme d'être séropositive. Il est précisément question d'estimer l'effet net des variables associées au fait d'être séropositive ou non au moment de l'enquête.

Le principe de la méthode de régression logistique est le suivant :

Soit y une variable dépendante et X_k ($k=1,2,\dots, n$) n variables indépendantes. On suppose que la variable y est qualitative et dichotomique (c'est-à-dire prend la valeur 1 pour la modalité étudiée et 0 si non). Soit P la probabilité pour que l'événement $y=1$ soit réalisé,

$P = \text{proba}(y=1)$ et $1-P = \text{proba}(y=0)$. Le modèle de régression logistique permet de mettre $Z = \text{Log}[P/(1-P)] = \text{logit}(P)$ sous la forme linéaire. Cette équation permet de mettre P sous la forme suivante :

$$P = \frac{1}{1 + \exp - (\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n)}$$

Où P représente la probabilité pour une femme d'être séropositive;

β_0 représente la constante du modèle, elle indique le niveau moyen de Z pour toutes les valeurs de X_k ;

β_k désigne le coefficient du modèle pour la variable X_k . Notre équation initiale peut donc être transformée et mis sur la forme suivante :

$$Z = \text{Log}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

Les coefficients β_k sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. Compte tenu de la non linéarité du modèle, ces paramètres sont estimés par itération. L'interprétation des résultats peut être faite par rapport aux coefficients β_k qui permettent d'obtenir les odds. Mais le plus souvent, elle se base sur les « **odds ratio** » (OR) ou rapports de chances (e^{β}). Dans les analyses qui suivent, les coefficients $e^{\beta} < 1$ indiqueront que les variables de ces coefficients ont pour effet de diminuer la probabilité d'être séropositive. Au contraire, les coefficients $e^{\beta} > 1$ indiqueront l'effet inverse de ces variables. Lorsque le rapport de chances est inférieur à 1, les femmes ayant

la caractéristique de la modalité considérée de la variable explicative ont $((1 - OR) * 100)$ % moins de risque que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement. Lorsque le rapport de risque est supérieur à 1, cela signifie que les femmes appartenant à la modalité considérée de la variable explicative ont $(OR - 1)$ ou $((OR - 1) * 100)$ % fois plus de risque de subir l'événement par rapport à leurs homologues de la modalité de référence. Le test de signification des paramètres se fait à partir de la probabilité critique associée. Le modèle sera significatif si cette probabilité est inférieure au seuil de signification fixé à 5%.

Concernant le test d'adéquation du modèle (vérification du pouvoir prédictif du modèle), on le fait à l'aide d'un pseudo R^2 . Ce coefficient a la même signification que le coefficient de détermination dans le cas des régressions linéaires, il varie entre 0 et 1. Le modèle est dit adéquat si le pseudo R^2 est proche de 1. Le calcul de la contribution d'une variable à l'explication du statut sérologique de la femme est donné par la formule suivante :

$$C_{variable} = [K_{hi} \text{ deux modèle saturé} - K_{hi} \text{ deux modèle sans la variable}] / K_{hi} \text{ deux modèle saturé}$$

C'est à partir de cette contribution que le pouvoir explicatif de chaque variable déterminante est explicité. Le logiciel utilisé pour sortir les résultats est le logiciel SPSS sous DOS. Ainsi, les données seront introduites de façon successive et cumulative. Plusieurs modèles seront générés à cet effet à partir des variables indépendantes annoncées au chapitre précédent.

3.3. Source de données

La source de données que nous utilisons dans cette étude est l'Enquête Démographique et Santé (EDS-III) réalisée en 2004 sur le territoire camerounais. Cette enquête, troisième du genre que le Cameroun a mené a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP). Elle a bénéficié de l'assistance technique d'ORC Macro, organisme en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé. L'EDS-III a été réalisée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par le biais du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, l'USAID, l'UNICEF et l'UNFPA. Elle a également bénéficié de l'apport financier du Gouvernement

camerounais et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de la logistique.

3.3.1. Objectifs de l'EDSC III

L'EDS-III couvre l'ensemble de la population et certains groupes spécifiques dont une attention particulière leur est accordée. Elle permet en fait la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des enquêtes précédentes de 1991 (EDS-I) et de 1998 (EDS-II). L'EDSC-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. Cette enquête a connu plusieurs innovations qui ont permis de collecter les informations sur les pratiques relatives à la circoncision, à l'excision et également sur les comportements et pratiques en matière de prévention et de traitement du paludisme qui est l'une des causes majeures de la mortalité au Cameroun. Parmi ces grandes innovations, on note surtout l'introduction des tests du VIH/SIDA et de l'anémie. Pour le test du VIH/SIDA sur lequel nous portons une attention très particulière, des prélèvements de sang ont été effectués auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans afin d'estimer la prévalence du VIH dans la population adulte.

3.3.2. Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée par l'EDS-III est le sondage stratifié à deux degrés. La stratification a été réalisée de façon à rendre adéquate la représentativité des milieux urbain et rural ainsi que celle des 12 domaines d'étude retenus (constitués des 10 provinces, de Douala et Yaoundé). Sur le territoire national, un échantillon de 11 556 ménages a été sélectionné. Au premier degré, on a sélectionné des Unités Primaires de Sondage (UPS) à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établies lors des opérations de cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, menées par le BUCREP entre juin 2002 et

avril 2003. Ces ZD ont servi de base de sondage pour le tirage de 466 grappes (222 rurales et 244 urbaines) lesquelles ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Au second degré, un échantillon de ménages a été sélectionné dans ces ZD. Les ménages ont été sélectionnés avec une probabilité inverse de façon à ce que l'échantillon soit auto pondéré à l'intérieur de chaque domaine. Dans les ménages échantillons, toutes les femmes âgées de 15-49 ans et résidentes de façon permanente dans le ménage étaient éligibles pour l'enquête individuel femme. De même, un échantillon de 6000 hommes environ âgés de 15-59 ans a été tiré dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux. Concernant le test du VIH, toutes les femmes et les hommes éligibles pour l'enquête sont également éligibles pour ce test.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de février à août 2004, 10 462 ménages, 10 656 femmes âgées de 15-49 ans et 5 280 hommes de 15-59 ans ont été effectivement enquêtés, parmi lesquels 5 227 femmes de 15-49 ans et 5 125 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH.

3.3.3. Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour la réalisation de l'EDS-III : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme. Disponibles en version française et anglaise, tous ces questionnaires respectent les exigences du programme international DHS, et ont été adaptés aux spécificités et aux besoins du Cameroun.

Le questionnaire ménage a permis de dresser la liste de tous les membres du ménage ainsi que celle des visiteurs pour qui des informations sur les caractéristiques individuelles ont été collectées. Ce questionnaire a également permis de mesurer le poids et la taille de toutes les femmes de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 6 ans ; de mesurer le niveau d'hémoglobine des enfants de moins de 6 ans, des femmes et des hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Pour évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui ont été enquêtés individuellement, le questionnaire ménage a permis de collecter certaines caractéristiques des logements. L'objectif

principal de ce questionnaire est d'identifier les femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un ménage sur deux, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans).

Noyau de l'EDS-III, le questionnaire individuel femme a été élaboré sur la base du questionnaire modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Ce type de questionnaire a permis de collecter les informations sur les thèmes suivants : les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, la planification familiale, la santé des enfants (grossesse, soins postnatals et allaitement, vaccination et santé des enfants), le mariage et l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme, le SIDA et les autres IST, la mortalité maternelle, l'excision et les relations dans le ménage.

Le questionnaire individuel homme est plus léger que le questionnaire femme. Il ne comporte que six thèmes à savoir : les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, le mariage et l'activité sexuelle, le VIH/SIDA et les autres IST, l'excision et la mortalité maternelle.

3.4. Evaluation des données

La fiabilité des résultats de toute recherche en science sociale dépend de la qualité des données à exploiter. Il est donc indispensable d'évaluer les données afin de s'assurer de leur qualité, particulièrement dans le contexte des pays en développement où plusieurs facteurs tels le faible niveau d'instruction, la réticence de la population aux opérations de collecte de données et parfois la méthodologie de collecte compromettent la qualité des données recueillies.

Dans cette section, nous procédons dans un premier temps à une évaluation des taux de non réponse pour chacune des variables retenues dans le cadre de notre étude et dans un second temps à une évaluation de la qualité des données sur l'âge.

3.4.1. Examen des taux de non réponse

Les non réponses proviennent soit de l'enquêté(e) qui refuse de répondre à une question, soit de l'enquêteur par omission ou par erreur de remplissage. Nous présentons dans le tableau 3.1 suivant les taux de non réponse correspondant à chaque variable.

Ce tableau montre que les variables test de VIH/SIDA (52 %) et utilisation du condom au dernier rapport sexuel (25 %) ont des taux de non réponse élevés. Le taux de non réponse élevé de la variable test de VIH/SIDA peut s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes sont réticentes au test de dépistage au VIH/SIDA et n'ont pas donné leur consentement pour le prélèvement du sang. Quant à la variable utilisation du condom au dernier rapport sexuel, le taux élevé de non réponse peut s'expliquer surtout par le refus et dans une moindre mesure par les effets de mémoire des enquêtées qui ne se rappellent plus avec exactitude des événements vécus. Quant aux autres variables, en dehors des variables le SIDA se transmet de la mère à l'enfant (2 %) et le SIDA se transmet lors des rapports sexuels (3 %) ; les taux de systèmes manquants sont nuls. Toutefois, nous admettons que les insuffisances dénotées ne sont pas de nature à biaiser les résultats.

Tableau 3.1 : Taux de non réponse

| Libellé de la variable | Cas valide | Cas manquants | Taux de non réponse (%) |
|---|------------|---------------|-------------------------|
| Région de résidence | 10656 | 0 | 0 |
| Milieu de résidence | 10656 | 0 | 0 |
| Milieu de socialisation | 10645 | 11 | 0 |
| Religion | 10645 | 11 | 0 |
| Niveau d'instruction | 10656 | 0 | 0 |
| Occupation de la femme | 10617 | 39 | 0 |
| Age de la femme | 10656 | 0 | 0 |
| Etat matrimonial | 10656 | 0 | 0 |
| Age au premier rapport sexuel | 10638 | 18 | 0 |
| Prise de décision sur la santé | 10654 | 2 | 0 |
| SIDA : abstinence sexuelle | 10650 | 6 | 0 |
| SIDA : condom | 10650 | 6 | 0 |
| SIDA : fidélité | 10650 | 6 | 0 |
| SIDA : transfusion sanguine | 10650 | 6 | 0 |
| SIDA : outils souillés | 10650 | 6 | 0 |
| SIDA : transmission de la mère à l'enfant | 10407 | 249 | 2 |
| SIDA : transmission sexuelle | 10388 | 268 | 3 |
| Utilisation du condom au dernier rapport sexuel | 7977 | 2679 | 25 |
| Nombre de partenaires sexuels | 10624 | 32 | 0 |
| Niveau de vie du ménage | 10656 | 0 | 0 |
| Test de VIH | 5123 | 5533 | 52 |

Source : EDS III, 2004

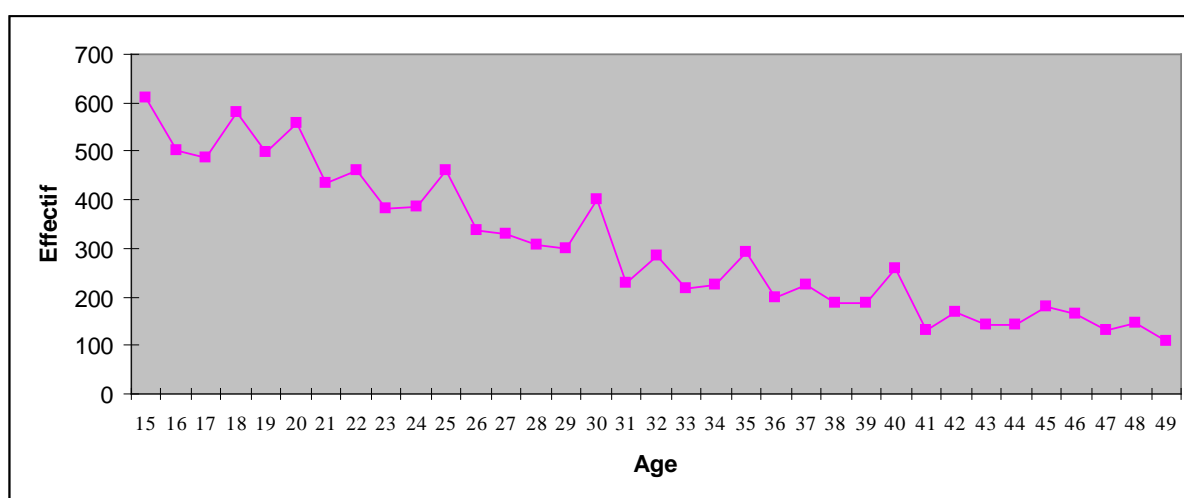
3.4.2. Qualité de données sur l'âge

L'âge est une variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques car il constitue un critère essentiel de sélection et de différenciation des individus. Malgré cette importance capitale, les informations sur l'âge sont souvent approximatives et entachées d'erreurs. C'est la raison pour laquelle une évaluation de la qualité de ces données s'avère indispensable.

Dans le cadre de notre étude, nous faisons une évaluation graphique de l'âge des femmes enquêtées. L'évaluation numérique (calcul des différents indices : indice de Myers, indice de Whipple, indice de Bachi et indice Combiné des Nations Unies) ne peut être fait car les données que nous disposons ne concernent que les femmes de 15-49 ans. Ce qui n'est pas conforme aux applications des calculs de ces indices.

Le graphique 3.1 nous permet de mettre en exergue les erreurs de déclaration ou d'enregistrement des âges. Ce graphique présente une évolution des effectifs en dents de scie avec des pics prononcés aux âges ronds (âges terminés par 0 et 5). L'allure de cette courbe traduit une forte attraction pour ces âges ronds c'est-à-dire une préférence de ces âges par les enquêtées. On peut penser que les femmes enquêtées n'ont pas bien déclaré leur âge. Pour redresser ces données, nous allons faire des regroupements en groupes quinquennaux. La répartition des femmes par groupes d'âge quinquennaux est donnée par le graphique 3.2.

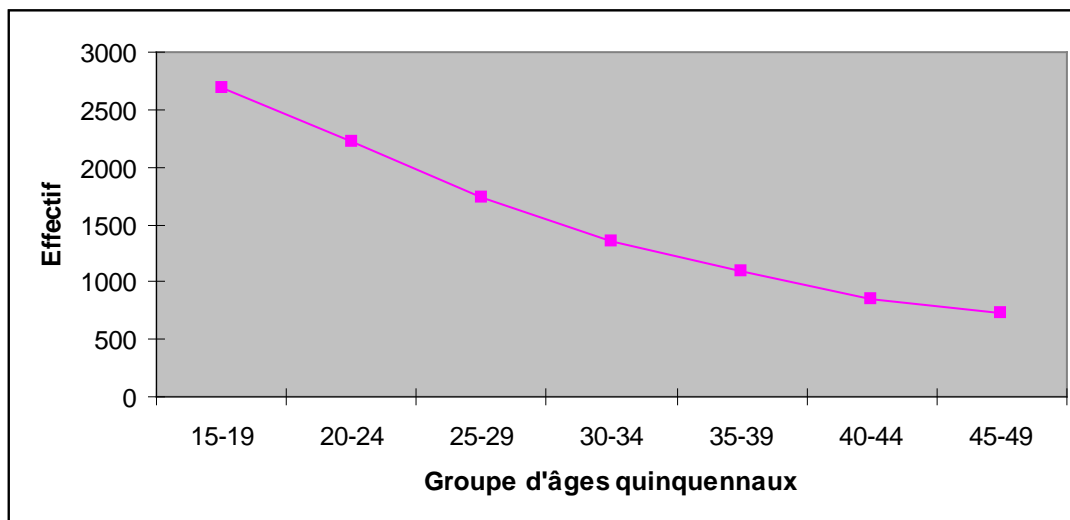
Graphique 3.1 : Evolution des effectifs des femmes par âge



Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

Le graphique 3.2 montre qu'après le regroupement d'âge des enquêtées en groupes d'âges quinquennaux, les distorsions liées aux problèmes de déclaration de l'âge disparaissent. On obtient ainsi une courbe ayant une évolution normale. Les effectifs des femmes enquêtées décroît avec l'âge. Ainsi, ces données peuvent être considérées comme de bonne qualité et utilisées pour faire des analyses.

Graphique 3.2: Evolution des effectifs des femmes par groupe d'âges quinquennaux



Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

Conclusion partielle

Ce chapitre nous a permis d'opérationnaliser les concepts à travers la définition des variables, de décrire les méthodes d'analyse qui seront utilisées dans la suite de ce travail, de faire une présentation de la source de données et enfin d'en faire une évaluation des données.

Deux méthodes d'analyse statistique sont retenues pour vérifier nos hypothèses : l'analyse descriptive et l'analyse explicative. L'analyse descriptive sera effectuée au niveau bivarié et multivarié.

La source de donnée retenue pour cette étude est la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS III) du Cameroun réalisée en 2004. L'évaluation de la qualité des données montre qu'en dehors du taux élevé de la non participation des femmes au test du VIH/SIDA les données peuvent être considérées de bonne qualité.

CHAPITRE IV : ESSAI D'EXPLICATION DE LA PREVALENCE DU VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES AU CAMEROUN

Ce chapitre présente les principaux résultats de ce travail. Il est question ici d'examiner les associations entre les variables indépendantes et la variable dépendante, de catégoriser les femmes et d'identifier les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA. Comme indiqué au chapitre précédent, nous recourons à deux méthodes d'analyse : l'analyse descriptive et l'analyse explicative.

4.1. Analyse descriptive

4.1.1. Analyse descriptive bivariée

L'analyse descriptive bivariée recherche les associations entre la variable à expliquer (statut sérologique) et chacune des variables explicatives. Elle permet d'identifier les variables indépendantes qui ont une association significative avec la variable dépendante et d'en dégager les tendances qui en découlent. Pour mesurer l'association entre ces variables, nous utilisons la statistique de Khi deux comme annoncé au chapitre précédent L'interprétation des résultats permet tout d'abord d'apprécier le degré de la relation par le test de Khi-deux au seuil de 5 %. Ainsi, deux variables sont significativement associées si la probabilité de Khi-deux produite par le test est inférieure à 5 %. Cependant, afin d'éviter toute interprétation fallacieuse, nous éviterons toutes explications sur les tendances observées.

4.1.1.1. Variation selon les caractéristiques socioculturelles

a- Variation selon la région de résidence

D'après le tableau 4.1, on remarque des disparités régionales de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. La probabilité associée à la statistique de Khi deux obtenue entre ces deux variables montre l'existence d'une association significative entre la région

de résidence de la femme et son statut sérologique. La prévalence du VIH/SIDA varie ainsi de 1,97 % dans la région de l'Extrême-Nord/Nord à 11,63 % dans la région du Nord-Ouest/Sud-Ouest. On peut distinguer trois groupes de régions. Le premier qu'on peut considérer de région à prévalence élevé. Il s'agit des régions de l'Adamaoua (10 %) et du Nord-Ouest/Sud-Ouest (11,63). Le troisième groupe à prévalence faible regroupe les régions de l'Extrême-Nord/Nord (1,97 %) et l'Ouest (3,38 %). A l'intermédiaire de ces deux groupes on a un groupe à prévalence moyenne regroupant les régions du Centre/Littoral (7,23 %) et de l'Est/Sud (8,77).

b- Variation selon le milieu de résidence

Le milieu de résidence inculque à l'individu des manières d'agir, de penser et de se comporter. On observe une association significative entre le statut sérologique et le milieu de résidence. Le taux de prévalence du VIH/SIDA est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, 8,12 % des femmes du milieu urbain ont un statut sérologique positif contre 4,67 % en milieu rural.

c- variation selon le milieu de socialisation

Les résultats du tableau 4.1 montrent que l'association entre les variables milieu de socialisation et statut sérologique est significative. Le taux de prévalence du VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes socialisées en milieu urbain que chez celles socialisées en milieu rural. Parmi les femmes socialisées en milieu urbain, 7,48 % ont un statut sérologique positif contre 5,90 % parmi celles ayant été socialisées en milieu rural.

d- Variation selon la religion

L'association entre la religion et le statut sérologique est significative (tableau 4.1). La religion est donc une variable de différenciation du risque d'infection au VIH/SIDA. La religion chrétienne souvent considérée comme un facteur de modernisation et d'acculturation, les femmes pratiquant la religion chrétienne sont plus infectées par le VIH/SIDA que les femmes d'autres

religions. Environ 8 % des femmes chrétiennes sont séropositives contre 4,82 % des femmes musulmanes.

e- Variation selon le niveau d'instruction

D'après le tableau 4.1, l'association entre le niveau d'instruction de la femme et son statut sérologique est significative. Les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire sont plus infectées par le VIH/SIDA que celles d'autres niveaux d'instruction. Parmi les femmes ayant un niveau secondaire et plus, 7,97 % sont séropositives. En revanche, parmi celles sans niveau d'instruction et celles ayant un niveau primaire 3,28 % et 7,01 % ont respectivement un statut sérologique positif.

Tableau 4.1 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon les caractéristiques socioculturelles.

| Caractéristiques socioculturelles | Prévalence du VIH/SIDA (%) | Total |
|--|----------------------------|------------|
| Région de résidence *** | | |
| Adamaoua | 10 | 100 (210) |
| Centre/Littoral | 7,23 | 100 (1729) |
| Est/sud | 8,77 | 100 (479) |
| Extrême-Nord/Nord | 1,97 | 100 (1266) |
| Nord-Ouest/Sud-Ouest | 11,63 | 100 (903) |
| Ouest | 3,38 | 100 (533) |
| Milieu de résidence *** | | |
| Urbain | 8,12 | 100 (2587) |
| Rural | 4,67 | 100 (1404) |
| Milieu de socialisation ** | | |
| Urbain | 7,48 | 100 (2152) |
| Rural | 5,90 | 100 (2951) |
| Religion *** | | |
| Chrétienne | 7,69 | 100 (3734) |
| Musulmane | 4,82 | 100 (934) |
| Autres | 0,68 | 100 (444) |
| Niveau d'instruction *** | | |
| Sans niveau | 3,28 | 100 (1128) |
| Primaire | 7,01 | 100 (2010) |
| Secondaire et plus | 7,97 | 100 (1982) |
| Ensemble | 6,58 | 100 (5121) |
| Seuil de signification : ***= 1% ; **= 5%. | | |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.1.1.2. Variations selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage

a- Variation selon le statut de la femme

L'association entre le statut de la femme et son statut sérologique est significative. Le statut de la femme est ainsi une variable de différenciation de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun (tableau 4.2). Les femmes ayant un statut faible sont plus infectées. Parmi ces dernières, 8,57 % sont infectées. Les femmes séropositives ayant un statut moyen et élevé représentent respectivement 4,98 % et 6,29 %.

b- Variation selon le niveau de vie du ménage

Selon les résultats du tableau 4.2, l'association entre niveau de vie du ménage et statut sérologique de la femme est significative. Les femmes vivant dans les ménages riches et dans les ménages à niveau de vie moyen sont plus infectées que celles des ménages pauvres. Parmi les femmes appartenant à ce dernier groupe, 3,53 % sont infectées par le VIH/SIDA. Par contre parmi les femmes des ménages riches et celles des ménages à niveau de vie moyen, les femmes séropositives représentent respectivement 8,41 % et 8,02 %.

Tableau 4.2 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage.

| Statut de la femme et niveau de vie du ménage | Prévalence du VIH/SIDA (%) | Total |
|---|----------------------------|------------|
| Statut de la femme | | *** |
| Faible | 8,57 | 100 (1611) |
| Moyen | 4,98 | 100 (1627) |
| Elevé | 6,29 | 100 (1860) |
| Niveau de vie du ménage | | *** |
| Pauvre | 3,53 | 100 (1840) |
| Moyen | 8,02 | 100 (997) |
| Riche | 8,41 | 100 (2284) |
| Ensemble | 6,58 | 100 (5121) |
| Seuil de signification : ***= 1%. | | |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.1.1.3. Variation selon le niveau de connaissance sur le VIH/SIDA

a- Variation selon le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Les résultats du tableau 4.3 montrent que l'association entre le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA et le statut sérologique est significative. Le taux de prévalence du VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes qui connaissent au moins un moyen de prévention du VIH/SIDA. En effet, 7,06 % des femmes connaissant au moins un moyen de prévention du VIH/SIDA ont un statut sérologique positif contre 6,41 % parmi celles ayant aucune connaissance de ces moyens.

b- Variation selon le niveau de connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA

Au regard des résultats du tableau 4.3, nous pouvons dire que l'association entre le niveau de connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA et le statut sérologique est significative. Les femmes qui n'ont pas été capables de citer au moins un moyen de transmission du VIH/SIDA sont plus infectées que celles qui en connaissent au moins un de ces moyens. Parmi ces dernières, environ sept femmes sur cent sont infectées par le VIH/SIDA tandis que 12,31 % des femmes n'ayant aucune connaissance de ces moyens sont séropositives.

Tableau 4.3 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon le statut de la femme et le niveau de vie du ménage.

| Connaissance sur le VIH/SIDA | Prévalence du VIH/SIDA (%) | Total |
|--|----------------------------|------------|
| Connaissance des moyens de prévention *** | | |
| Aucune | 6,41 | 100 (608) |
| Connait au moins un moyen | 7,06 | 100 (3895) |
| Connaissance des moyens de transmission *** | | |
| Aucune | 12,31 | 100 (65) |
| Connait au moins un moyen | 7,38 | 100 (3687) |
| Ensemble | 6,58 | 100 (5121) |
| Seuil de signification : ***= 1%. | | |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.1.1.4. Variation selon les comportements sexuels

a- Variation selon le nombre de partenaires sexuels

Le nombre de partenaire sexuel expose les femmes de façon différente à l'infection au VIH/SIDA. L'association entre le statut sérologique et le nombre de partenaires sexuels est significative. Il existe une association positive entre l'infection au VIH/SIDA et le nombre de partenaires sexuels. En effet, les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel dans leur vie sont plus infectées par le VIH/SIDA que celles qui ont eu au plus un partenaire. Parmi les femmes

ayant eu plusieurs partenaires sexuels, 10,06 % sont séropositives. Par contre, les femmes infectées ne représentent que 0,65 % et 2,66 % respectivement parmi celles n'ayant connues aucun partenaire et celles n'ayant connues qu'un seul partenaire sexuel.

b- Variation selon l'utilisation du condom

Les résultats du tableau 4.4 montrent que l'association entre l'utilisation du condom et le statut sérologique des femmes n'est pas significative. Le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes qui ont utilisées le condom est quasiment identique à celui des femmes qui n'en ont pas utilisées. En effet, la séroprévalence est de 7,84 % et 6,84 % respectivement chez les femmes ayant utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel et parmi celles qui n'ont pas utilisé.

c- Variation selon l'âge au premier rapport sexuel

D'après les résultats du tableau 4.4, l'association entre l'âge au premier rapport sexuel et le statut sérologique est significative. La prévalence du VIH/SIDA est plus élevée chez les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 18 ans. Les résultats obtenus montrent une association positive entre l'âge au premier rapport sexuel et l'infection au VIH/SIDA. Le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 8,35 % chez les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 18 ans contre 6,57 % et 7,57 % respectivement chez les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et entre 15 et 18 ans.

Tableau 4.4 : Variation de la prévalence du VIH/SIDA selon les comportements sexuels

| Comportements sexuels | Prévalence du VIH/SIDA (%) | Total |
|--|----------------------------|------------|
| Nombre de partenaires sexuels *** | | |
| Pas de partenaire | 0,65 | 100 (619) |
| Un partenaire | 2,66 | 100 (1618) |
| Plusieurs partenaires | 10,06 | 100 (2884) |
| Utilisation du condom * | | |
| Non | 6,84 | 100 (3247) |
| Oui | 7,84 | 100 (574) |
| Age au premier rapport sexuel *** | | |
| Avant 15 ans | 6,57 | 100 (1188) |
| 15-18 ans | 7,57 | 100 (2787) |
| Après 18 ans | 8,35 | 100 (515) |
| Ensemble | 6,58 | 100 (5121) |
| Seuil de signification : ***= 1% ; **= 5% ; *=10%. | | |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.1.2. Analyse descriptive multivariée

Dans cette section, il est question pour nous de regrouper les femmes selon certaines caractéristiques. Toutes nos variables étant qualitatives, nous utilisons l'analyse factorielle des correspondances multiples pour cette catégorisation. Le logiciel utilisé pour cette méthode est le logiciel SPAD. Les variables utilisées pour cette méthode sont présentées dans le tableau 4a.1 qui se trouve en annexe.

4.1.2.1. Détermination et caractérisation des axes factoriels

Les principaux résultats obtenus à l'aide du logiciel SPAD sont : le tableau des valeurs propres, l'histogramme des valeurs propres, les coordonnées et les contributions des modalités actives. Nous retenons les deux premiers axes factoriels qui expliquent une bonne partie de la variance totale. Ces deux axes constituent le premier plan factoriel. C'est ce dernier que nous retenons. Les tableaux 4a.2, 4a.3, 4a.4, 4a.5 représentent respectivement le tableau des valeurs

propres, l'histogramme des valeurs propres, le tableau des coordonnées des modalités actives et le tableau des contributions des modalités actives. Ces tableaux sont représentés en annexe.

Les contributions décrivent la part de chaque modalité dans l'inertie totale de l'axe. Ainsi, les points de fortes contributions sont ceux qui ont le plus contribué au positionnement de l'axe. Seules les modalités dont la part de la contribution est supérieure à l'inertie théorique moyenne sont retenues pour l'interprétation des axes. L'inertie théorique moyenne est obtenue en divisant la contribution totale par le nombre de modalité. Puisque nous disposons de 43 modalités au total, l'inertie théorique moyenne dans ce cas est de 2,32 % soit $100/43$. Nous, nous intéressons dans le cadre de notre étude qu'aux résultats des deux premiers axes factoriels qui constituent notre plan factoriel.

a- Premier axe factoriel

Le tableau 4.5 présente les différentes modalités qui contribuent le plus à la formation de l'axe 1. Il ressort de ce tableau que l'axe 1 oppose d'un côté les femmes de la région du Centre/Littoral, du milieu urbain, celles socialisées en milieu urbain, les femmes instruites (ayant au moins le niveau secondaire), vivant dans les ménages riches, ayant utilisées le condom au dernier rapport sexuel, les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel à partir de 15 ans et de l'autre côté les femmes de l'Extrême-Nord/Nord, du milieu rural, celles socialisées en milieu rural, les femmes qui n'ont pas utilisées le condom au dernier rapport sexuel, les femmes ayant un statut social moyen, celles qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et vivant dans les ménages pauvres. Cet axe peut être caractérisé d'axe de modernisation.

Tableau 4.5 : Description de l'axe 1 par les modalités.

| Libellé de la variable | Libellé de la modalité |
|----------------------------------|------------------------|
| Niveau de vie du ménage | riche |
| niveau d'instruction | secondaire+ |
| milieu de résidence | urbain |
| Région de résidence | Centre/littoral |
| milieu de socialisation | urbain |
| utilisation du condom | oui |
| Age au premier rapport sexuel | 15-18 ans |
| Age au premier rapport sexuel | > 18 ans |
| Z O N E C E N T R A L E | |
| Age au premier rapport sexuel | < 15 ans |
| utilisation du condom | non |
| milieu de socialisation | rural |
| milieu de résidence | rural |
| Statut de la femme | moyen |
| Région de résidence | Extrême-Nord/Nord |
| Niveau de vie du ménage | pauvre |

b- Deuxième axe factoriel

D'après le tableau 4.6, l'axe 2 oppose d'un côté les femmes des régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest, de l'Est/Sud, celles pratiquant la religion chrétienne, les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels, celles ayant un niveau d'instruction primaire, un statut social élevé et de l'autre côté : les femmes de la province de l'Adamaoua, les musulmanes, les femmes sans niveau d'instruction, celles qui ont eu un seul partenaire sexuel et les femmes ayant un statut faible.

Tableau 4.6 : Description de l'axe 2 par les modalités.

| Libellé de la variable | Libellé de la modalité |
|----------------------------------|------------------------|
| Région de résidence | Nord-Ouest/Sud-Ouest |
| Religion | chrétienne |
| niveau d'instruction | primaire |
| nombre de partenaires sexuels | plusieurs partenaires |
| Région de résidence | Est/sud |
| statut de la femme | élevé |
| Z O N E C E N T R A L E | |
| Région de résidence | Adamaoua |
| statut de la femme | faible |
| nombre de partenaires sexuels | un seul partenaire |
| niveau d'instruction | sans niveau |
| Religion | musulmane |

4.1.2.2. Représentation graphique et essai de catégorisation des femmes

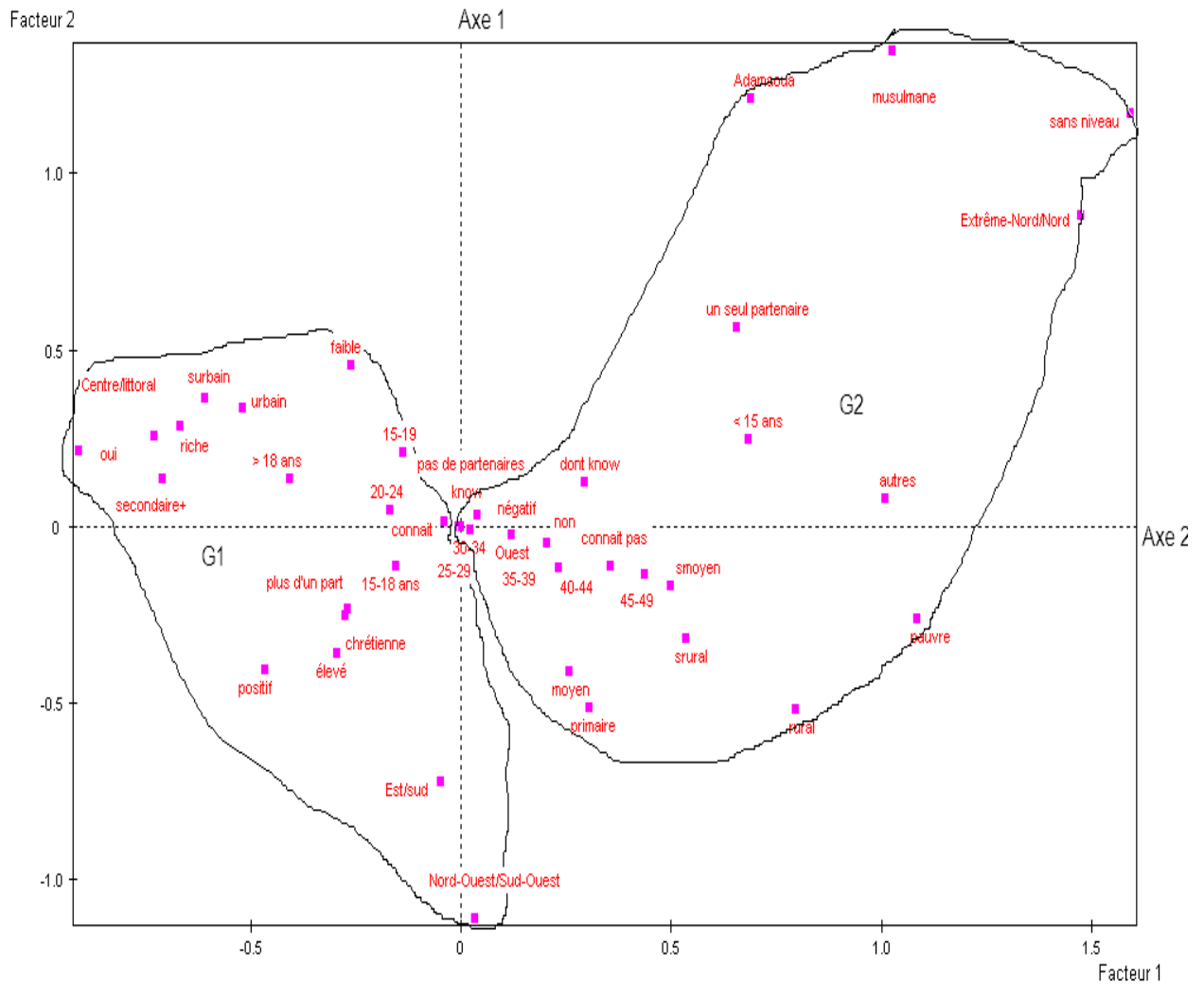
La figure 4.1 de la page suivante donne la représentation graphique du premier plan factoriel qui est retenu pour la catégorisation des femmes de notre population d'étude. L'analyse de ce premier plan nous permet de mettre en évidence deux grands groupes de femmes.

Le premier groupe (G1) correspond aux femmes ayant un risque élevé d'être infectées par le VIH/SIDA. Ces femmes vivent dans les régions du Centre/Littoral, de l'Est/Sud et du Sud-Ouest/Nord-ouest. Elles sont socialisées et résident en milieu urbain. Elles ont au moins le niveau d'instruction secondaire, appartiennent aux ménages à niveau de vie élevé et ont plusieurs partenaires sexuels. Les femmes de ce groupe ont eu leur premier rapport sexuel après 15 ans, ont utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel. Les femmes appartenant à ce groupe pratiquent la religion chrétienne. Ces femmes sont âgées de 15 à 29 ans et ont une bonne connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

Le second groupe (G2) est celui des femmes moins infectées par le VIH/SIDA. Les femmes appartenant à ce groupe sont celles de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord/Nord et de

l'Ouest. Ces femmes sont les adeptes de la religion musulmane et d'autres religions, résidentes et socialisées en milieu rural. Elles sont non scolarisées ou ont un niveau d'instruction primaire. Ce groupe est constitué également des femmes ayant un seul partenaire sexuel, vivant dans les ménages pauvres et/ou de niveau de vie moyen. Elles ont un statut moyen et ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Les femmes de ce groupe sont également celles qui n'ont pas utilisé le condom au dernier rapport sexuel et celles qui n'ont aucune connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

Figure 5.1 : Catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques



Au terme de cette analyse factorielle, les résultats obtenus doivent être pris avec beaucoup de réserve. Pour les confirmer, Il est nécessaire d'envisager une analyse explicative (modèle de régression logistique) afin de vérifier la vraisemblance des associations obtenues à l'issue de l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM).

4.2. Analyse explicative

L'analyse bivariée réalisée à la section précédente a montré l'existence d'une association significative entre le statut sérologique et les variables indépendantes de notre étude. Toutefois, l'analyse bivariée ne prenant pas en compte l'effet combiné de plusieurs variables, il est intéressant de recourir à l'analyse multivariée explicative pour identifier les facteurs expliquant la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. En fait on ne peut expliquer une réalité sociale en mettant tout simplement en relation deux phénomènes. Dans cette section, nous essayons d'identifier les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Pour mettre en évidence le mécanisme par lequel s'exerce l'influence de ces facteurs, nous utilisons la méthode pas à pas. Plusieurs modèles logistiques sont ainsi construites en introduisant de façon successive tout en suivant la logique de notre schéma d'analyse les différentes variables. Le tableau 4.8 donne les rapports de chances d'infection au VIH/SIDA des femmes de 15-49 ans au Cameroun. Le modèle M0 présente les effets bruts de chacune des variables indépendantes et intermédiaires sur le statut sérologique de la femme. Les autres modèles (M1 à M11) représentent les modèles pas à pas.

4.2.1. Identification des facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA

Nous identifions les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA à partir du modèle M11 qui représente notre modèle saturé, modèle où toutes les variables sont introduites. Ce modèle montre qu'il y a cinq (5) variables qui ont un effet significatif sur la prévalence du VIH/SIDA et peuvent être considérées comme des facteurs explicatifs. Il s'agit de la région de résidence, de la religion, du niveau de vie, du nombre de partenaires sexuels et de l'utilisation du condom. Ces facteurs expliquent 44,33 % de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Nous pouvons ainsi dire de façon générale que les facteurs socioculturels (région de

résidence, religion) et les facteurs socio-économiques (niveau de vie du ménage) expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun.

Après avoir identifié les différents facteurs explicatifs de notre phénomène étudié, il est intéressant de les hiérarchiser en fonction de leur contribution à l'explication du phénomène (la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun). Le facteur le plus déterminant est celui qui contribue le plus à l'explication de la variation de la prévalence du VIH/SIDA.

Les contributions des différents facteurs sont présentées dans le tableau 4.7 suivant. Il ressort de ce tableau que la région de résidence, la religion et le niveau de vie expliquent respectivement 17,10 %, 4,90 % et 2,46 % la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Quant aux variables comportementales, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom ont respectivement une contribution de 17,52 % et de 2,35% à l'explication de la variation de la prévalence du VIH/SIDA. Le nombre de partenaires sexuels et la région de résidence sont les variables qui contribuent le plus à l'explication de la variation de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun.

Tableau 4.7 : Contribution des variables à l'explication de la variation de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun

| Variables | Khi deux du modèle saturé | Khi deux du modèle moins la variable | Contributions (%) | Rang |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------|------|
| Région de résidence | 279,91 | 232,04 | 17,10 | 2 |
| Religion | 279,91 | 266,19 | 4,90 | 3 |
| Niveau de vie | 279,91 | 273,02 | 2,46 | 4 |
| Nombre de partenaires sexuels | 279,91 | 230,88 | 17,52 | 1 |
| Utilisation du condom | 279,91 | 273,33 | 2,35 | 5 |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.2.1.1. Le nombre de partenaires sexuels

Les résultats du tableau 4.8 montrent que le nombre de partenaires sexuels a une influence significative sur la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Ce facteur explique 17,52 % de la variation de la prévalence du VIH/SIDA. Cependant, le modèle M11 montre que les différentes modalités de cette variable ne sont pas significatives. L'introduction de la variable âge au premier rapport sexuel (modèle M10) a rendu les modalités un seul partenaire et plus d'un partenaire de la variable nombre de partenaires sexuels non significatives. Pourtant ces modalités étaient significatives dans le modèle M9 avec un risque d'infection au VIH/SIDA qui augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Cette même variable a entraîné une baisse du pouvoir prédictif de la variable nombre de partenaires sexuels qui est passé de 15 % à 12 %. L'influence du nombre de partenaires sexuels passe en partie par l'âge au premier rapport sexuel.

4.2.1.2. La région de résidence

Il ressort du tableau 4.8 que la région de résidence exerce une influence significative sur la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Ce facteur explique 17,10 % de la prévalence du VIH/SIDA. Des fortes disparités régionales sont observées. Les rapports de chance (modèle M11) montrent que le risque d'infection au VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes du Nord-Ouest/Sud-Ouest, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord/Nord que celles du Centre/Littoral. En effet, les femmes du Nord-Ouest/Sud-Ouest, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord/Nord ont respectivement 2,47 fois, 2,25 fois et 1,13 fois plus de chance d'être infectées que celles du Centre/Littoral. Les risques d'infection au VIH/SIDA des femmes de l'Ouest et de l'Est/Sud ne sont pas significativement différent de celui des femmes du Centre/Littoral. Au niveau du modèle saturé, la région de résidence a un pouvoir prédictif de 12 %.

Après l'introduction des variables milieu de résidence et milieu de socialisation (M1 et M2), nous constatons une baisse des rapports de chance de toutes les modalités de la région de résidence bien que son pouvoir prédictif reste constant (17 %). Le risque d'infection au VIH/SIDA étant plus élevé chez les femmes du milieu urbain que celles du milieu rural, la différence de prévalence du VIH/SIDA entre le Centre/Littoral et les autres régions est en partie

lié au fait que la région du Centre/Littoral est plus urbanisée que les autres régions. Le milieu de résidence conditionne ainsi en partie l'influence de la région de résidence.

L'introduction de la religion (modèle M3) a entraîné une baisse des rapports de chance des différentes modalités de la région de résidence et a entraîné que la modalité Ouest devienne non significative. Le contrôle de la religion a également entraîné une baisse du pouvoir prédictif de la variable région de résidence qui est passé de 17 % à 15 %. La région du Centre/Littoral est plus christianisée que les autres régions ce qui justifie cette baisse de rapport de chance dans la mesure où les femmes chrétiennes sont celles qui ont plus de chance d'être infectées. La région de résidence a ainsi une influence indirecte sur le risque d'infection au VIH/SIDA via sa religion. En d'autres termes, la différence observée entre les femmes de la région du Centre/Littoral et celles d'autres régions et celles de l'ouest en particulier est due au fait que les femmes chrétiennes sont plus représentées dans la région du Centre/Littoral que les autres.

L'introduction successive des variables niveau d'instruction (M4), statut de la femme (M5) et niveau de vie du ménage (M6) a entraîné une baisse des rapports de chance de presque toutes les modalités de la région de résidence. Cette baisse des rapports de chances signifie qu'après le contrôle par le niveau d'instruction, le statut de la femme et le niveau de vie du ménage le risque d'être infectée par le VIH/SIDA pour une femme n'appartenant pas à la région du Centre/Littoral diminue. Ce résultat s'explique par le fait que les femmes instruites et celles vivant dans les ménages riches plus susceptibles d'être infectées sont plus représentées dans le Centre/Littoral. Les variables niveau d'instruction, statut de la femme et niveau de vie du ménage médiatisent l'influence de la région de résidence sur le risque d'infection au VIH/SIDA.

Quant à la variable nombre de partenaires sexuels, son introduction (modèle M9) a entraîné une baisse de 2 % du pouvoir prédictif de la variable région de résidence. Cette même variable a entraîné la baisse des odds des différentes modalités de la région de résidence et a entraîné que la modalité Est/Sud devienne non significative. Le risque d'infection au VIH/SIDA chez les femmes de l'Est/Sud est quasiment identique à celui des femmes du Centre/Littoral. La région de résidence influence le risque d'infection au VIH/SIDA par l'intermédiaire du nombre de partenaires sexuels. En d'autres termes, la différence observée entre les femmes du

Centre/Littoral et celles de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord/Nord et du Nord-Ouest/Sud-Ouest était due au fait que les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels sont plus représentées dans le Centre/Littoral et ces dernières ont plus de chances d'être infectées par le VIH/SIDA.

4.2.1.3. La religion

Avec une contribution de 4,90 %, les résultats du tableau 4.8 montrent que la religion exerce une influence significative sur la prévalence du VIH/SIDA. Le modèle M11 montre que les femmes d'autres religions (animiste, sans religion) ont 72 % moins de chance d'être infectées par le VIH/SIDA que les adeptes de la religion chrétienne. Par contre il n'existe pas de différence significative entre le risque d'infection des femmes musulmanes et celui des femmes chrétiennes.

Le contrôle de la religion par les variables région de résidence, milieu de résidence et milieu de socialisation (M3) a entraîné que la modalité musulmane devienne non significative et une diminution des rapports de chance de la modalité autres religions. Le pouvoir prédictif de la variable religion a baissé de 5 %. La religion influence le risque d'infection au VIH/SIDA par l'intermédiaire de la région et du milieu de résidence. La différence observée entre les femmes chrétiennes et celles d'autres religions est due au fait que les femmes d'autres religions sont plus représentées en milieu rural et à l'Ouest où les femmes ont des risques d'infection au VIH/SIDA moins élevés.

4.2.1.4. Niveau de vie

L'analyse du tableau 4.8 montre que le niveau de vie du ménage est un facteur de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun car ayant une influence significative. Ce facteur explique 2,46 % de la prévalence du VIH/SIDA. L'examen des rapports de chance (modèle M11) montre que les femmes à niveau de vie moyen et élevé courent plus le risque d'infection au VIH/SIDA que celles ayant un niveau de vie faible. En effet, les femmes vivant dans les ménages à niveau de vie moyen et élevé ont respectivement 61 % et 49 % fois plus de chance d'être infectées que celles des ménages pauvres.

Le modèle M6 montre qu'en présence de la région et du milieu de résidence la modalité riche devienne non significative et on constate une baisse des rapports de chances des différentes modalités et du pouvoir prédictif de la variable niveau de vie. La région de résidence et le milieu de résidence conditionne en partie l'influence du niveau de vie sur la prévalence du VIH/SIDA. La variation de la prévalence du VIH/SIDA observée entre les femmes pauvres et celles riches est en effet due à la forte représentativité de ces dernières en milieu urbain.

L'introduction de la variable utilisation du condom (M11) a entraîné que la modalité riche du niveau de vie du ménage redevienne significative. La différence observée entre les femmes riches et celles pauvres résulte du fait que les femmes riches sont celles qui font plus recours au condom. En effet, ces dernières non seulement disposent des moyens nécessaires pour se procurer du condom mais peuvent exiger à leur partenaire d'en faire usage vu qu'elles n'ont aucune contrainte financière qui les empêcherait de négocier leur rapport sexuel.

4.2.1.5. L'utilisation du condom

L'utilisation du condom au dernier rapport sexuel a une influence significative sur la prévalence du VIH/SIDA (modèle M11). Cette variable peut être considérée comme un facteur explicatif de la prévalence du VIH/SIDA et explique 2,35 % de la variation de ce phénomène. Toutefois, le risque d'infection au VIH/SIDA chez les femmes ayant utilisées le condom au dernier rapport sexuel est quasiment identique à celui des femmes qui n'en ont pas utilisé.

Tableau 4.8 : Risque relatif d'infection au VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun

| Variables/Modèles | Effets bruts | Effets nets | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 |
| Région de résidence | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| Adamaoua | 5,40*** | 5,00*** | 4,96*** | 4,26*** | 4,06*** | 3,78*** | 3,34*** | 3,33*** | 3,44*** | 3,22*** | 3,25*** | 3,25*** |
| Centre/Littoral | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Est /Sud | 3,87*** | 2,99*** | 2,84*** | 2,58*** | 2,21*** | 2,17*** | 1,93** | 1,91** | 1,90** | 1,58 | 1,58 | 1,58 |
| Extrême-Nord/Nord | 4,78*** | 4,32*** | 4,21*** | 3,70*** | 3,20*** | 3,17*** | 2,83*** | 2,80*** | 2,77*** | 2,17** | 2,17** | 2,13** |
| Nord-ouest /Sud-Ouest | 6,53*** | 6,09*** | 6,00*** | 5,26*** | 4,60*** | 5,00*** | 4,52*** | 4,47*** | 4,52*** | 3,59*** | 3,59*** | 3,47*** |
| Ouest | 1,72*** | 1,49*** | 1,44*** | 1,45 | 1,22 | 1,21 | 1,07 | 1,05 | 1,05 | 0,96 | 0,96 | 0,95 |
| Statistique r | 0,17 | 0,17 | 0,17 | 0,15 | 0,15 | 0,15 | 0,15 | 0,15 | 0,15 | 0,13 | 0,13 | 0,12 |
| Milieu de résidence | *** | *** | *** | *** | *** | *** | ** | * | * | * | * | * |
| Urbain | 1,80*** | 1,72*** | 1,71*** | 1,69*** | 1,64*** | 1,60*** | 1,44** | 1,44** | 1,44** | 1,43** | 1,43** | 1,45** |
| Rural | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Statistique r | 0,09 | 0,07 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,05 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| Milieu de socialisation | ** | | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns |
| Urbain | 1,29** | | 1,11 | 1,10 | 1,07 | 1,07 | 1,05 | 1,04 | 1,04 | 1,05 | 1,05 | 1,05 |
| Rural | Ref | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Statistique r | 0,03 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Religion | *** | | | ** | *** | ** | ** | ** | ** | *** | *** | *** |
| Chrétienne | Ref | | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Musulmane | 0,61*** | | | 1,03 | 1,14 | 1,12 | 1,06 | 1,05 | 1,05 | 1,35 | 1,34 | 1,32 |
| Autres religions | 0,09*** | | | 0,19*** | 0,20*** | 0,21*** | 0,22*** | 0,22*** | 0,22*** | 0,23*** | 0,23*** | 0,22*** |
| Statistique r | 0,09 | | | 0,04 | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,05 | 0,05 |
| Niveau d'instruction | *** | | | | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns |
| Sans niveau | Ref | | | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Primaire | 2,25*** | | | | 1,41 | 1,44 | 1,38 | 1,35 | 1,33 | 1,17 | 1,17 | 1,18 |
| Secondaire et plus | 2,57*** | | | | 1,48 | 1,47 | 1,35 | 1,33 | 1,29 | 1,07 | 1,07 | 1,09 |
| Statistique r | 0,09 | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Statut de la femme | *** | | | | | *** | *** | *** | *** | * | ns | ns |
| Faible | Ref | | | | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Moyen | 0,56*** | | | | | 0,68** | 0,70** | 0,70** | 0,70** | 0,72** | 0,72** | 0,73** |
| Elevé | 0,72** | | | | | 0,64*** | 0,65*** | 0,65*** | 0,65*** | 0,89 | 0,90 | 0,89 |
| Statistique r | 0,07 | | | | | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,02 | 0,01 | 0,01 |
| Niveau de vie du ménage | *** | | | | | | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| Pauvre | Ref | | | | | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Moyen | 2,38*** | | | | | | 1,64*** | 1,64*** | 1,61** | 1,60** | 1,60** | 1,61** |
| Riche | 2,51*** | | | | | | 1,46* | 1,46* | 1,44* | 1,47* | 1,47* | 1,49** |
| Statistique r | 0,12 | | | | | | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 |

Facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|--------|--------|
| Moyens de prévention | *** | | | | | | | ns | ns | ns | ns | ns |
| Ne connaît pas | Ref | | | | | | | Ref | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Au moins un moyen | 1,11 | | | | | | | 0,88 | 0,90 | 0,91 | 0,91 | 0,92 |
| Statistique r | 0,04 | | | | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Moyens de transmission | *** | | | | | | | | * | * | * | * |
| Ne connaît pas | Ref | | | | | | | | Ref | Ref | Ref | Ref |
| Au moins un moyen | 0,56 | | | | | | | | 0,44** | 0,42** | 0,42** | 0,43** |
| Statistique r | 0,08 | | | | | | | | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| Partenaires sexuel | *** | | | | | | | | | *** | *** | *** |
| 0 partenaire | Ref | | | | | | | | | Ref | Ref | Ref |
| 1 partenaire | 3,07*** | | | | | | | | | 4,65*** | 0,06 | 0,07 |
| >1 | 15,31*** | | | | | | | | | 14,44*** | 0,17 | 0,21 |
| Statistique r | 0,20 | | | | | | | | | 0,15 | 0,12 | 0,012 |
| Age 1^{er} rapport sexuel | *** | | | | | | | | | | ns | ns |
| <15 ans | Ref | | | | | | | | | | Ref | Ref |
| 15-18 ans | 1,17 | | | | | | | | | | 0,94 | 0,94 |
| >18 ans | 1,29 | | | | | | | | | | 1,01 | 1,02 |
| Statistique r | 0,09 | | | | | | | | | | 0,00 | 0,00 |
| Utilisation du condom | * | | | | | | | | | | | ** |
| Non | Ref | | | | | | | | | | | Ref |
| Oui | 1,14 | | | | | | | | | | | 0,8 |
| Statistique de r | 0,02 | | | | | | | | | | | 0,03 |
| Age | 1,09*** | 1,12*** | 1,12*** | 1,13*** | 1,14*** | 1,12*** | 1,12*** | 1,12*** | 1,12*** | 1,03 | 1,02 | 1,01 |

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

4.2.2. Essai d'explication des résultats obtenus

La région de résidence est déterminante en ce qui concerne la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Ces différences observées s'expliquent par le fait que les femmes du Nord-Ouest/Sud-Ouest ont des mœurs sexuelles permissives. Par conséquent, les femmes de cette région présentent un risque d'infection au VIH/SIDA plus élevé par rapport à celles d'autres régions. Dans cette région, par exemple le multipartenariat est fortement pratiqué et l'activité sexuelle est précoce. Les résultats des régions de l'Extrême-Nord/Nord et de l'Adamaoua peuvent s'expliquer par exemple par le mariage précoce et par rapt des jeunes filles. Les résultats de l'Adamaoua qui peuvent paraître surprenants peuvent trouver quelques explications dont les principales sont les suivantes : sa situation frontalière avec l'Est, le Centre, le Nord-Ouest et la

république Centrafricaine, la traversée par le pipeline Tchad-Cameroun et l'existence d'une gare ferroviaire.

Les résultats obtenus ont révélé que la religion est un facteur de différenciation de la prévalence du VIH/SIDA. Les adeptes d'autres religions beaucoup plus animistes sont plus rattachées aux valeurs traditionnelles et courent par conséquent moins le risque d'être infectées par le VIH/SIDA.

Le fait que les femmes vivant dans des ménages à niveau de vie faible soient moins infectées que celles appartenant aux ménages riches nous paraît paradoxal par rapport à la revue de la littérature qui révèle que les pauvres seraient plus infectées par le VIH/SIDA que les personnes aisées. Toutefois, ces résultats peuvent s'expliquer d'une part par le fait qu'on rencontre plus des femmes pauvres en milieu rural qui toutes choses égales par ailleurs ont moins de chance d'être infectées. D'autre part, les femmes vivant dans les ménages à niveau de vie élevé sont acculturées à travers leur niveau d'instruction, leur exposition aux médias et aux valeurs occidentales déviantes qui sans doute les exposent à des activités sexuelles à risque. A cela s'ajoute le fait que les femmes riches sont celles qui pratiquent le plus le multipartenariat sexuel.

Résultats sommes toutes évidentes, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom se sont également révélés être des facteurs explicatifs de la différenciation de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes qui utilisent le condom sont celles qui ont plusieurs partenaires sexuels et ont eu une activité sexuelle précoce.

Conclusion partielle

Ce chapitre nous a permis de mettre en évidence les associations entre le statut de la femme et nos variables d'étude et d'identifier les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA. L'identification des associations entre la variable dépendante (statut sérologique) et les autres variables (variables indépendantes et variables intermédiaires) s'est faite grâce à la statistique de Khi deux. Il ressort de cette analyse bivariée qu'exception faite de l'utilisation du condom, toutes nos variables sont significativement associées à la variable dépendante.

De l'analyse descriptive effectuée par la méthode d'AFCM, il est ressorti que les femmes de notre échantillon d'étude peuvent être regroupées en deux catégories selon leur statut sérologique, les caractéristiques socioculturelles, socio-économiques, leur comportement sexuel et leur connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

L'analyse multivariée explicative a permis d'identifier les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun et de déterminer le mécanisme par lequel s'exerce l'influence de ces facteurs. Les résultats obtenus montrent que la région de résidence, la religion, le niveau de vie du ménage, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif poursuivi par cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun.

Pour mieux aborder la thématique « *Facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun* », un ensemble de démarche a été suivie.

La revue de la littérature effectuée a révélé que plusieurs approches ont été développées pour expliquer la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes. Il s'agit principalement des approches biologiques, socioculturelles, économiques, institutionnelles et sociodémographiques. Une combinaison des approches socioculturelles, économiques et institutionnelles nous a permis d'élaborer le cadre conceptuel de notre étude. Ce cadre stipule que les facteurs socioculturels, socio-économiques et politiques influencent le risque d'infection au VIH/SIDA. L'influence de ces facteurs passe en partie par le statut de la femme, la connaissance sur le VIH/SIDA et les comportements sexuels. A la suite du cadre conceptuel qui définit aussi les concepts de base de cette étude, des hypothèses ont été formulées.

Pour soumettre nos hypothèses à l'épreuve des faits, nous avons utilisé les données de l'EDSC III que nous avons au préalable évaluées. Ces données fournissent des informations sur les caractéristiques socioculturelles, socio-économiques des femmes et sur leur statut sérologique.

Quant aux méthodes d'analyse, nous avons utilisé à la fois des méthodes descriptives et des méthodes d'analyse explicatives. Pour les analyses descriptives, nous avons utilisé les tableaux croisés avec le test de Khi deux au niveau bivarié et l'AFCM au niveau multivarié. Pour les analyses explicatives, compte tenu de la nature dichotomique de la variable dépendante, nous avons utilisées la méthode de régression logistique.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

Au niveau bivarié, l'analyse a révélé qu'excepté l'utilisation du condom, toutes nos variables sont significativement associées au seuil de 5 % à la variable dépendante de notre étude (statut sérologique de la femme).

L'AFCM nous a permis d'identifier deux catégories de femmes. La première catégorie regroupe les femmes ayant un risque élevé d'infection au VIH/SIDA, un niveau d'instruction élevé, un niveau de vie élevé, vivant en milieu urbain et dans les régions du Centre/Littoral, de l'Est/Sud et du Nord-Ouest/Sud-Ouest, socialisées en milieu urbain, celles qui ont connu plusieurs partenaires sexuels, ont utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel, ont eu leur premier rapport sexuel après 15 ans, ces femmes pratiquent la religion chrétienne, âgées de 15 à 29 ans et ont une bonne connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

La deuxième catégorie regroupe des femmes ayant un risque d'infection moins élevé, vivant dans les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord/Nord, de l'Ouest, en milieu rural. Ces femmes sont les adeptes de la religion musulmane et d'autres religions et socialisées en milieu rural. Elles sont non scolarisées ou ont un niveau d'instruction primaire. Cette catégorie est constituée également des femmes ayant un seul partenaire sexuel, vivant dans les ménages pauvres et/ou de niveau de vie moyen. Elles ont un statut moyen et ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, n'ont pas utilisé le condom au dernier rapport sexuel et n'ont aucune connaissance des moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

Quant à l'analyse multivariée explicative, cette dernière révèle que la région de résidence, la religion, le niveau de vie du ménage, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation du condom expliquent la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes au Cameroun. Ces analyses montrent que :

Les femmes des régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest, de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord/Nord ont plus de chance d'être infectées par le VIH/SIDA que celles d'autres régions. Ce

résultat pourrait s'expliquer par les différences des valeurs et normes en matière de sexualité qui prédominent au niveau de chaque région.

Les femmes adeptes d'autres religions ont moins de chance d'être infectées que les chrétiennes.

L'influence du niveau d'instruction sur la prévalence du VIH/SIDA passe par l'intermédiaire de la région de résidence.

Les femmes appartenant aux ménages riches ont plus de chance d'être infectées par le VIH/SIDA que celles des ménages à niveau de vie faible. Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les femmes à niveau de vie élevé par leur exposition aux médias sont extraverties, accordent plus d'importance aux valeurs occidentales et sont beaucoup plus rencontrées en milieu urbain.

Tout travail de recherche présente toujours des limites. L'étude que nous avons effectuée n'a pas fait exception. Parmi les limites nous pouvons citer entre autres le manque des données qualitatives sur les attitudes et opinions des femmes en matière de la sexualité. Une autre faiblesse au niveau des données est l'absence d'information sur les infrastructures sanitaires surtout en ce qui concerne l'accessibilité géographique.

Au regard de ces résultats, les recommandations suivantes peuvent être formulées à l'endroit des décideurs et des chercheurs.

Les disparités régionales observées au niveau des régions nécessitent que les actions du gouvernement soient ciblées. Les actions de lutte contre le SIDA doivent ainsi être spécifiques à chaque région et être définies en prenant en compte les normes et valeurs socioculturelles qui prédominent dans chaque région. La lutte contre le SIDA doit être ainsi intensifiée dans les régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord/Nord.

Une sensibilisation des femmes sur les moyens de transmission du VIH/SIDA et les conséquences du multipartenariat et de la non-utilisation du condom sont à encourager. Des programmes d'éducation en matière de sexualité et des modules d'enseignement relatif au VIH/SIDA doivent être introduits dans l'enseignement formel.

Intégrer dans les enquêtes un module sur la collecte des informations sur la disponibilité des infrastructures sanitaires et leur accessibilité.

Organiser des enquêtes qui en plus des données quantitatives devrait collecter des données qualitatives sur les attitudes et opinions en matière de la sexualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNIE LE PALEC, (1999), « Le sida, une maladie des femmes » in Becker et al. (dir) *Vivre et penser le Sida en Afrique*, CORDESRIA-KARTHALA-IRD. P. 343-362.

BANQUE MONDIALE, (1991), « The World Bank Women's Crucial Role » in *WID Managing the Environment I Sub-Saharan Africa Technical Note*, Poverty and Social Policy Division, Technical Department, Africa Region. A World Bank Publication, October, 1991.P

BROUARD N., (1994), « Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida » in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 223 p.

CALDWELL J.C et al., (1993), « African families and AIDS: context, reactions and potential intervention » *Health Transition Review*, supplement to volume 3, "sexual networking and HIV/AIDS in West Africa": P. 1-16.

CAROLINE BLEDSOE, (1989), "The cultural meaning of AIDS and condoms for stable heterosexual relations in Africa: recent evidence from the local print media", seminar on population policy in sub-saharan Africa: drawing on international experience, hotel Okapi, Kinshasa, Zaïre, 27 February-2 march 1989, 27 p.

CAROVANO K (1991), « More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women.» *Int J Health Serv* **21**(1): P. 131-42.

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE (CEA), (2004), L'impact du VIH/sida sur le genre, les orphelins et les enfants vulnérables ; Réunion interactive au Cameroun: résultats des travaux ,34 p.

DESCREESS DU LOU A.,(2001), « SIDA et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Une revue commentée de la littérature », Notes et projets, Paris, EST, ORSTOM, 25 p.

EVINA A., (1990), *Infécondité et sous-fécondité: évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, les cahiers de l'IFORD n°1, Yaoundé, IFORD.

EVINA AKAM (1998), « Les facteurs de la contraception au Cameroun », Gripps. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 6, Septembre 2005.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), ORC Macro (2004), *Enquête Démographique et de santé Cameroun 2004, Rapport principal*, 323 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), (2006), *Enquête nationale à indicateurs multiples au Cameroun (MICS-3): Rapport préliminaire*, p43.

IRESKO, (1998), Le phénomène de la prostitution au Cameroun. Programme Régional SIDA en Afrique Occidentale et Centrale. GTZ Yaoundé,

KAMDEM KAMGNO H., (1995), « Comportements face au SIDA : recherche des déterminants », Communication présentée au séminaire sur « les aspects socio-économiques, sanitaires et démographiques du VIH/SIDA en Afrique », Abidjan 26-28 Octobre 1995.

KAMDEM KAMGNO H., (2006), *Genre et fécondité au Cameroun, une étude comparative des Bamilléké et des Bété*. Thèse de doctorat (Ph. D) en Démographie, IFORD, Université de Yaoundé II, Yaoundé, 236 p.

MBELLA MBAPPE R., (1970), *A propos de deux lois sur le mariage au Cameroun. Penant*, p: 410 -440.

MINEFI/DSCN, (2002), *Enquête Camerounaise sur les Ménages (ECAM II), Rapport principal*, Yaoundé, 80 p.

MINEFI, (2003), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)*, Yaoundé:

Myriam de LOENZIEN, (1995), *Connaissances, opinions et attitudes relatives au Sida en milieu rural Africain (Sénégal, Cameroun et Burundi)*. Thèse de doctorat, Paris, Université de Paris V, 520 p.

NGWE E., (2006), Notes de cours d'état et structure de la population, Année académique 2005/2006 MPD, IFORD, Yaoundé, 58 p.

ONUSIDA, (2007), le point sur l'épidémie de SIDA.

PATRICIA FENER, CLAIRE CRITON, (2007), « Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la Femme », Dossier de synthèse documentaire p.64.

RWENGUE MBURANO, (1995), « Statut de la femme, comportements sexuels et sida en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun. » Communication présentée au séminaire sur les aspects socioéconomiques, sanitaires et démographiques du VIH/SIDA en Afrique, Abidjan 26-28 Octobre 1995.

RWENGUE MBURANO, (1999), « Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : une synthèse » in Becker et al. *Vivre et penser le Sida en Afrique*, CORDESRIA-KARTHALA-IRD. P. 217-236.

RWENGE MBURANO. et al., (2002), *Culture, genre, comportements sexuels et MST/Sida au Cameroun (provinces de l'Ouest et du Centre)*, les cahiers de l'IFORD n°28, Yaoundé, 276 p.

SONGUE, B. (1993), *SIDA et prostitution au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.

TSALA TSALA, J.-Ph., (1986), Du côté de la femme africaine. Mariage à double tour et ouvertures. *Nouvelle Revue de Psychologie*, p. 175-193.

TSALA TSALA, J.-Ph. (1989), Divorce et culpabilité chez la femme camerounaise. La médiation inachevée. *Dialogue, Recherches Cliniques et Sociologiques sur le Couple et la Famille*, p. 111-123.

TSALA TSALA, J.-Ph. (1990), *La dot endettée ou la question du père. Problématique psychologique de la dot au Cameroun*. Cahiers de sociologie économique et culturelle. *Ethnopsychologie Revue Internationale*, p. 85-96.

UNAIDS, (2004): *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida*, Genève.

UNICEF, (2001), *Situation de la femme en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 212 p.

UEPA, (1993), Rapport de la Conférence sur "Reproduction et Santé Familiale en Afrique", Dakar, UEPA, 95 p.

ZOUNGRANA M. C., (1999), *La situation de l'infection à VIH SIDA au Sahel. Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle dans les pays du sahel*, Bamako, CERPOD, 117 p.

Sites Web

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW), (2005). "Au cœur des réalités : les droits des femmes dans la lutte contre le sida." <http://hrw.org/backgrounder/wrd/032105doseFR.pdf>

INTERNATIONAL, (2004). "Mettre fin à la violence contre les femmes."
[http://web.amnesty.org/web/web.nsf/8bad1ff50703146980256e32003c42f0/13bb06dcfa663c26c1256e47005764a7/\\$FILE/ACT%20770012004.pdf](http://web.amnesty.org/web/web.nsf/8bad1ff50703146980256e32003c42f0/13bb06dcfa663c26c1256e47005764a7/$FILE/ACT%20770012004.pdf)

INTERNATIONAL, (2005). "Halte à la violence contre les femmes."
<http://web.amnesty.org/actforwomen/index-fra>

OMS, (2000). "Femmes et VIH. La vulnérabilité des femmes."

http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/French/FactSheet_FR_10.htm

OMS, (2004), "Le nombre de femmes vivant avec le VIH augmente dans chacune des régions du monde." http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr_unaids/fr/

UNESCO, (2002). "SIDA et culture." http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=2932&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNICEF, (2004). "La situation des enfants dans le monde. Filles exclues, pays distancés." http://www.unicef.org/french/sowc04/sowc04_girls_left_out.html

ANNEXES

Tableau 4a.1 : Variables et modalités utilisées pour l'AFCM

| Variables | Modalités | Variables | Modalités |
|--------------------------------|--|---|----------------------|
| Région de résidence | Adamaoua Centre/Littoral Est/Sud Extrême-Nord/Nord Nord-Ouest/Sud-Ouest Ouest | Niveau de vie du ménage | pauvre |
| | | | moyen |
| | | | riche |
| | | Connaissances des moyens de prévention | Ne connaît pas |
| | | | connaît |
| | | Connaissances des moyens de transmission | dont know |
| | | | know |
| | | Age au premier rapport sexuel | <= 15 ans |
| | | | 15-18 ans |
| >18 ans | | | |
| Milieu de résidence | Urbain | Nombre de partenaires sexuels | pas de partenaires |
| | Rural | | un seul partenaire |
| Milieu de socialisation | Surbain | | plus d'un partenaire |
| | sural | Utilisation du condom | non |
| Religion | chrétienne | | oui |
| | musulmane | Groupe d'âge | 15-19 |
| | autres | | 20-24 |
| Niveau d'instruction | sans niveau | | 25-29 |
| | primaire | | 30-34 |
| | secondaire+ | | 35-39 |
| Statut de la femme | faible | | 40-44 |
| | smoyen | 45-49 | |
| | élevé | | |

Tableau 4a.2 : Valeurs propres

| Numéro | Valeur propre | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|--------|---------------|-------------|--------------------|
| 1 | 0,2681 | 12,91 | 12,91 |
| 2 | 0,1388 | 6,68 | 19,59 |
| 3 | 0,1110 | 5,35 | 24,94 |
| 4 | 0,1019 | 4,91 | 29,84 |
| 5 | 0,1008 | 4,85 | 34,70 |
| 6 | 0,0861 | 4,15 | 38,84 |
| 7 | 0,0835 | 4,02 | 42,86 |
| 8 | 0,0815 | 3,92 | 46,79 |
| 9 | 0,0796 | 3,83 | 50,62 |
| 10 | 0,0793 | 3,82 | 54,44 |
| 11 | 0,0776 | 3,74 | 58,18 |
| 12 | 0,0762 | 3,67 | 61,85 |
| 13 | 0,0737 | 3,55 | 65,40 |
| 14 | 0,0718 | 3,46 | 68,85 |
| 15 | 0,0681 | 3,28 | 72,13 |
| 16 | 0,0669 | 3,22 | 75,35 |
| 17 | 0,0653 | 3,14 | 78,49 |
| 18 | 0,0623 | 3,00 | 81,49 |
| 19 | 0,0601 | 2,89 | 84,38 |
| 20 | 0,0554 | 2,67 | 87,05 |
| 21 | 0,0532 | 2,56 | 89,62 |
| 22 | 0,0497 | 2,39 | 92,01 |
| 23 | 0,0439 | 2,11 | 94,12 |
| 24 | 0,0399 | 1,92 | 96,04 |
| 25 | 0,0333 | 1,60 | 97,65 |
| 26 | 0,0258 | 1,24 | 98,89 |
| 27 | 0,0231 | 1,11 | 100,00 |

Tableau 4a.3 : Histogramme des valeurs propres

HISTOGRAMME DES 27 PREMIERES VALEURS PROPRES

| NUMERO | VALEUR PROPRE | POURCENTAGE | POURCENTAGE CUMULE |
|--------|------------------|-------------|-----------------------|
| 1 | 0.2681 | 12.91 | 12.91 |
| 2 | 0.1388 | 6.68 | 19.59 |
| 3 | 0.1110 | 5.35 | 24.94 |
| 4 | 0.1019 | 4.91 | 29.84 |
| 5 | 0.1008 | 4.85 | 34.70 |
| 6 | 0.0861 | 4.15 | 38.84 |
| 7 | 0.0835 | 4.02 | 42.86 |
| 8 | 0.0815 | 3.92 | 46.79 |
| 9 | 0.0796 | 3.83 | 50.62 |
| 10 | 0.0793 | 3.82 | 54.44 |
| 11 | 0.0776 | 3.74 | 58.18 |
| 12 | 0.0762 | 3.67 | 61.85 |
| 13 | 0.0737 | 3.55 | 65.40 |
| 14 | 0.0718 | 3.46 | 68.85 |
| 15 | 0.0681 | 3.28 | 72.13 |
| 16 | 0.0669 | 3.22 | 75.35 |
| 17 | 0.0653 | 3.14 | 78.49 |
| 18 | 0.0623 | 3.00 | 81.49 |
| 19 | 0.0601 | 2.89 | 84.38 |
| 20 | 0.0554 | 2.67 | 87.05 |
| 21 | 0.0532 | 2.56 | 89.62 |
| 22 | 0.0497 | 2.39 | 92.01 |
| 23 | 0.0439 | 2.11 | 94.12 |
| 24 | 0.0399 | 1.92 | 96.04 |
| 25 | 0.0333 | 1.60 | 97.65 |
| 26 | 0.0258 | 1.24 | 98.89 |
| 27 | 0.0231 | 1.11 | 100.00 |

Tableau 4a.4 : Coordonnées des modalités

| Libellé | Poids relatif | Distance à l'origine | Axe 1 | Axe 2 |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|-------|-------|
| Région de résidence | | | | |
| Adamaoua | 0,287 | 25,77580 | 0,69 | 1,21 |
| Centre/Littoral | 3,007 | 1,55848 | -0,73 | 0,26 |
| Est/Sud | 0,760 | 9,11801 | -0,05 | -0,72 |
| Extrême-Nord/Nord | 1,271 | 5,05193 | 1,48 | 0,88 |
| Nord-Ouest/Sud-Ouest | 1,498 | 4,13400 | 0,03 | -1,11 |
| Ouest | 0,869 | 7,85373 | 0,12 | -0,02 |
| Milieu de résidence | | | | |
| Urbain | 4,655 | 0,65247 | -0,52 | 0,34 |
| Rural | 3,037 | 1,53261 | 0,80 | -0,52 |
| niveau d'instruction | | | | |
| Sans niveau | 0,978 | 6,86489 | 1,59 | 1,17 |
| Primaire | 3,152 | 1,44032 | 0,31 | -0,52 |
| Secondaire et + | 3,562 | 1,15950 | -0,71 | 0,14 |
| Milieu de socialisation | | | | |
| Urbain | 3,601 | 1,13601 | -0,61 | 0,36 |
| Rural | 4,091 | 0,88027 | 0,54 | -0,32 |
| Religion | | | | |
| Chrétienne | 6,058 | 0,26968 | -0,28 | -0,25 |
| Musulmane | 1,114 | 5,90497 | 1,03 | 1,35 |
| Autres | 0,520 | 13,79790 | 1,01 | 0,08 |
| Age au premier rapport sexuel | | | | |
| <= 15 ans | 1,717 | 3,47936 | 0,68 | 0,24 |
| >15 ans | 4,962 | 0,55021 | -0,15 | -0,11 |
| Au premier mariage | 1,013 | 6,59421 | -0,41 | 0,13 |
| Utilisation du condom | | | | |
| Non | 6,275 | 0,22582 | 0,21 | -0,05 |
| Oui | 1,417 | 4,42828 | -0,91 | 0,21 |
| Niveau de vie du ménage | | | | |
| Pauvre | 2,160 | 2,56069 | 1,09 | -0,26 |
| Moyen | 1,457 | 4,27834 | 0,26 | -0,41 |
| Riche | 4,075 | 0,88785 | -0,67 | 0,29 |

Tableau 4a.4 : Coordonnées des modalités (suite)

| Libellé | Poids relatif | Distance à l'origine | Axe 1 | Axe 2 |
|--|---------------|----------------------|-------|-------|
| Résultat test hiv | | | | |
| Négatif | 7,101 | 0,08330 | 0,04 | 0,03 |
| Positif | 0,592 | 12,00430 | -0,47 | -0,41 |
| Nombre de partenaires sexuels | | | | |
| Un seul partenaire | 2,241 | 2,43238 | 0,66 | 0,57 |
| Plus d'un partenaire | 5,451 | 0,41112 | -0,27 | -0,23 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 15-19 | 1,261 | 5,10152 | -0,14 | 0,21 |
| 20-24 | 1,773 | 3,33791 | -0,17 | 0,05 |
| 25-29 | 1,556 | 3,94494 | -0,01 | -0,08 |
| 30-34 | 1,150 | 5,69037 | 0,02 | -0,01 |
| 35-39 | 0,887 | 7,67169 | 0,14 | -0,10 |
| 40-44 | 0,598 | 11,85760 | 0,23 | -0,12 |
| 45-49 | 0,468 | 15,44900 | 0,44 | -0,14 |
| Statut de la femme | | | | |
| Faible | 2,734 | 1,81405 | -0,26 | 0,46 |
| Smoyen | 2,735 | 1,81236 | 0,50 | -0,17 |
| Elevé | 2,224 | 2,45939 | -0,29 | -0,36 |
| connaissance des moyens de prévention | | | | |
| Ne connaît pas | 0,783 | 8,82553 | 0,36 | -0,11 |
| Connait | 6,909 | 0,11331 | -0,04 | 0,01 |

Tableau 4a.5 : Contribution des modalités

| Libellé | Poids relatif | Distance à l'origine | Axe 1 | Axe 2 |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|-------|-------|
| Région de résidence | | | | |
| Adamaoua | 0,287 | 25,77580 | 0,51 | 3,03 |
| Centre/Littoral | 3,007 | 1,55848 | 5,97 | 1,41 |
| Est/Sud | 0,760 | 9,11801 | 0,01 | 2,85 |
| Extrême-Nord/Nord | 1,271 | 5,05193 | 10,33 | 7,14 |
| Nord-Ouest/Sud-Ouest | 1,498 | 4,13400 | 0,01 | 13,38 |
| Ouest | 0,869 | 7,85373 | 0,05 | 0,00 |
| Milieu de résidence | | | | |
| Urbain | 4,655 | 0,65247 | 4,69 | 3,81 |
| Rural | 3,037 | 1,53261 | 7,18 | 5,84 |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Sans niveau | 0,978 | 6,86489 | 9,27 | 9,62 |
| Primaire | 3,152 | 1,44032 | 1,10 | 6,04 |
| Secondaire + | 3,562 | 1,15950 | 6,66 | 0,47 |
| milieu de socialisation | | | | |
| Surbain | 3,601 | 1,13601 | 4,98 | 3,38 |
| Srural | 4,091 | 0,88027 | 4,39 | 2,98 |
| Religion | | | | |
| Chrétienne | 6,058 | 0,26968 | 1,71 | 2,82 |
| Musulmane | 1,114 | 5,90497 | 4,37 | 14,52 |
| Autres | 0,520 | 13,79790 | 1,98 | 0,02 |
| Age au premier rapport sexuel | | | | |
| <= 15 ans | 1,717 | 3,47936 | 3,00 | 0,74 |
| >15 ans | 4,962 | 0,55021 | 0,44 | 0,45 |
| Au premier mariage | 1,013 | 6,59421 | 0,62 | 0,13 |
| Utilisation du condom | | | | |
| Non | 6,275 | 0,22582 | 0,99 | 0,11 |
| Oui | 1,417 | 4,42828 | 4,38 | 0,47 |
| Niveau de vie du ménage | | | | |
| Pauvre | 2,160 | 2,56069 | 9,49 | 1,07 |
| Moyen | 1,457 | 4,27834 | 0,36 | 1,76 |
| Riche | 4,075 | 0,88785 | 6,78 | 2,40 |

Tableau 4a.5 : Contribution des modalités (suite)

| Libellé | Poids relatif | Distance à l'origine | Axe 1 | Axe 2 |
|--|----------------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| Résultat test hiv | | | | |
| Négatif | 7,101 | 0,08330 | 0,04 | 0,06 |
| Positif | 0,592 | 12,00430 | 0,48 | 0,71 |
| Nombre de partenaires sexuels | | | | |
| Un seul partenaire | 2,241 | 2,43238 | 3,60 | 5,16 |
| Plus d'un partenaire | 5,451 | 0,41112 | 1,48 | 2,12 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 15-19 | 1,261 | 5,10152 | 0,09 | 0,40 |
| 20-24 | 1,773 | 3,33791 | 0,19 | 0,03 |
| 25-29 | 1,556 | 3,94494 | 0,00 | 0,06 |
| 30-34 | 1,150 | 5,69037 | 0,00 | 0,00 |
| 35-39 | 0,887 | 7,67169 | 0,06 | 0,06 |
| 40-44 | 0,598 | 11,85760 | 0,12 | 0,06 |
| 45-49 | 0,468 | 15,44900 | 0,33 | 0,06 |
| Statut de la femme | | | | |
| Faible | 2,734 | 1,81405 | 0,69 | 4,14 |
| Smoyen | 2,735 | 1,81236 | 2,54 | 0,55 |
| Elevé | 2,224 | 2,45939 | 0,71 | 2,05 |
| Connaissance des moyens de prévention | | | | |
| Ne connaît pas | 0,783 | 8,82553 | 0,37 | 0,07 |
| Connait | 6,909 | 0,11331 | 0,04 | 0,01 |