Bioline International

[HOME](#) [JOURNALS](#) [REPORTS](#) [NEWSLETTERS](#) [BOOKS](#) [SAMPLE PAPERS](#) [RESOURCES](#) [FAQ](#)

African Journal of Reproductive Health, ISSN: 1118-4841 **Women's Health and Action Research Centre**

African Journal of Reproductive Health, Vol. 7, No. 2, Aug, 2003 pp. 74-88

Statut de la Femme et Utilisation des Condoms au Cameroun

Rwenge Mburano Jean-Robert

Correspondence: Rwenge Mburano Jean-Robert, Enseignant et Chercheur, IFORD, Université de Yaoundé II, Cameroun

Code Number: rh03025

RÉSUMÉ

Les raisons de la forte prévalence des MST/sida chez les femmes sont à la fois biologiques, économiques et sociales. Il importe alors de mener des études sur le statut des femmes et l'utilisation des condoms et d'élucider les mécanismes par lesquels la première variable influence la seconde; afin d'identifier les éléments à prendre en compte dans les programmes de prévention de ces maladies chez les femmes. En 2000, une enquête sur *Culture, Genre, Comportements Sexuels et MST/sida>> a été menée au Cameroun, à Mbalmayo (Province du Centre) et Bafoussam (Province de l'Ouest), au près de 1679 hommes et femmes âgés de 15-49 ans. Les modèles multivariés de régression logistique ont été utilisés pour montrer, entre autres, que le statut de la femme a un effet direct et un effet indirect sur l'utilisation des condoms, via l'écart d'âge entre partenaires, la fréquence de la discussion au sein du couple sur la sexualité et le processus de prise de décision. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. On devrait alors améliorer les rapports de communication au sein des couples et le pouvoir des femmes pour que la prévalence de l'utilisation des condoms augmente sensiblement chez les femmes camerounaises. L'un des moyens d'y arriver est d'améliorer leur statut. Un autre moyen est de les aider pendant les campagnes de sensibilisation à améliorer leur auto-perception. (*Rev Afr Santé Reprod* 2003; 7[2]: 74-88)

ABSTRACT

The woman's status and condom use in Cameroun. The reasons for the high prevalence of STDs/HIV/AIDS among women are biological, economical and social. It is therefore necessary to carry out studies on the status of women and condom use in order to elucidate the mechanism through which the first variable affects the second. Such studies will also identify the elements to be taken into consideration in the prevention programmes of these diseases in women. In the year 2000, a survey on culture, gender, social behaviour and STDs/AIDS was conducted in Cameroun at Mbalmayo (Central Province) and at Bafoussam (Western Province) among 1679 men and women of 15-49 years old. Multivariate logistic regression models were used, among others, to show that the woman's status has direct and indirect effects on condom use via age disparity between partners, frequency of discussion among couples on sexuality and the process of decision-making. Results obtained confirm this hypothesis. Communication among couples as well as women empowerment should, therefore, be improved as a strategy for considerably increasing the use of condom among Camerounian women. One of the ways to achieve this is to improve their status. Another way is to assist them during enlightenment campaigns to improve their self-perfection. (*Afr J Reprod Health* 2003; 7[2]: 74-88)

KEY WORDS: *Women, condom use, educational level, empowerment, Cameroon, sub-Saharan Africa*

INTRODUCTION

A la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994, le rôle de la sexualité dans la persistance des problèmes de santé reproductive dans les pays en développement, africains en particulier, a été reconnu. Parmi ces problèmes, les représentants des pays africains étaient très préoccupés par le sida, comme son taux de croissance reste positif dans la plupart de ces pays.

Les femmes y sont particulièrement concernées par cette maladie. En effet, la femme africaine joue un rôle propre dans la transmission de cette maladie à travers la transmission materno-fœtale. De plus, on sait que leur rôle de mère oblige les femmes à assumer quotidiennement l'éducation des enfants, tâche peu partagée par leurs conjoints, même si elles bénéficient parfois de l'aide des enfants plus âgés. Le cas des femmes rurales est davantage préoccupant car leurs capacités productives sont supérieures à celles des femmes citadines. En effet, en plus de l'entretien de la famille et des tâches domestiques, les femmes rurales assurent l'essentiel de la production vivrière. Avec le sida, la répartition qui présidait au fonctionnement des unités domestiques est remise en cause.¹ D'autres MST sont associées à toute une gamme de séquelles chez les femmes et les enfants. Chez les premières on retrouve les maladies inflammatoires du bassin, le cancer du col, l'infertilité et l'endométrite du post-partum.² Chez les seconds, les MST de la mère peuvent entraîner une hypotrophie à la naissance, une syphilis néonatale ou une ophtalmopathie gonococcique.² Les enfants dont les mères ont des MST ont plus de risque

que les autres d'avoir des faibles poids à leurs naissances, des troubles de vision et des pneumonies.³

Plusieurs études ont montré qu'en Afrique, la prévalence des MST/sida est plus élevée chez les femmes que les hommes. Dans le cas du sida, par exemple, 12 à 13 femmes sont infectées pour 10 hommes.⁴ Les personnes malades du sida sont en particulier fréquentes parmi les jeunes filles; cinq à six jeunes filles sont infectées pour un jeune garçon.⁵ Les raisons de la forte prévalence de ces maladies chez les femmes sont à la fois biologiques, économiques et sociales. Il existerait une plus forte probabilité de transmission du sida d'un homme circoncis infecté à une femme saine que l'inverse et un risque élevé des lésions génitales graves ou chroniques dues aux MST chez les femmes.^{1,6} La transmission des MST et du VIH se fait au moins quatre fois plus facilement de l'homme à la femme, que de celle-ci à celui-là au cours des rapports sexuels.⁵ Ainsi, les données récentes sur la propagation du sida font état de sa forte progression chez les femmes.¹

Economiquement, la dépendance matérielle des femmes vis-à-vis des hommes font que celles-là aient plusieurs partenaires sexuels et manquent de pouvoir pour contrôler leurs comportements sexuels. De même, les contraintes économiques font que les jeunes filles ont des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qu'elles, et donc plus susceptibles d'avoir les MST/sida que les jeunes garçons. Socialement et culturellement, l'intérêt accordé à certaines valeurs traditionnelles dans la définition du statut social des femmes contraint parfois celles-ci à s'engager dans des activités sexuelles "à risque".

Beaucoup de recherches ont été menées sur la sexualité et les MST/sida au Cameroun. Elles ont montré que le taux d'utilisation des condoms reste faible chez les femmes camerounaises, alors que leur niveau de prise de conscience de ces maladies a sensiblement augmenté. La plupart d'entre elles suggèrent alors que leur statut fait partie des facteurs conditionnant leur prise de risque dans l'activité sexuelle⁷⁻⁹, mais il n'existe encore pas d'études approfondies sur le sujet.

La présente étude vise à combler cette lacune en mettant en évidence les mécanismes par lesquels le statut de la femme influence l'utilisation des condoms. Dans la suite de l'étude nous présenterons d'abord la relation entre le statut de la femme et l'utilisation des condoms sous l'angle théorique, ensuite les hypothèses et enfin les données utilisées, les résultats et leur interprétation.

STATUT TRADITIONNEL DE LA FEMME ET UTILISATION DES CONDOMS

Dans le contexte socioculturel africain, le mariage est une obligation sociale auquel aucun individu ne devrait se soustraire. C'est ainsi qu'il existe dans la société africaine des expressions et des moqueries utilisées pour désigner ceux qui ne sont pas mariés. La sanction sociale est encore plus forte quand il s'agit d'une femme et surtout lorsqu'elle

s'engage dans l'activité féconde. Cependant, le mariage d'une femme confère généralement à son mari le droit de disposer de son corps. En effet, l'acte sexuel est considéré dans le contexte socioculturel africain comme un devoir conjugal auquel aucune femme ne devrait se soustraire au moment où son mari le désire. Les conseils donnés aux mariés par la famille visent généralement à préserver l'autorité de l'homme sur la femme, si l'on en croit notamment Awusabo-Asare et al¹⁰ lorsqu'ils écrivent ceci dans le cas du Ghana: an important traditional marriage counseling practice is to tell the bride never to refuse the husband sex on any condition. This applied only to women.)

Ainsi, dans le contexte socioculturel africain l'homme est perçu comme étant le chef au sein du couple. La société lui accorde une grande liberté sexuelle alors que la femme est contrainte de rester fidèle. La femme n'a pas dans ce contexte le droit de prendre les décisions dans le domaine de la sexualité. Il lui est alors difficile d'exiger l'utilisation des condoms et de refuser d'avoir les rapports sexuels avec son conjoint, même si elle a des doutes sur sa vie sexuelle.

La valorisation du mariage des femmes dans certaines sociétés africaines s'accompagne de l'entrée précoce des jeunes filles en union. Celles-ci sont généralement contraintes par leurs familles d'épouser des hommes plus âgés ou de contracter des unions qu'elles n'ont pas désirées. Ce type d'unions entre jeunes filles et hommes plus âgés est particulièrement à risque d'infection par le VIH pour la jeune fille. En effet, étant donné qu'elles sont généralement instables, l'engagement des premières dans des aventures extra-conjugales << à risque >> y est plus probable. De même, le fait que la femme soit plus jeune que son partenaire favorise sa domination par ce dernier. L'écart d'âge entre partenaires influence ainsi négativement la discussion au sein du couple sur l'utilisation des condoms, si l'on en croît Wolf et Blanc.¹¹ Il résulte de ce qui précède que les femmes qui sont plus jeunes que leurs partenaires ont un faible pouvoir de contrôle de leurs comportements sexuels au sein des couples.

La polygamie diminue aussi le pouvoir de prise de décision chez les femmes dans le domaine de la sexualité. Ce type d'union s'accompagne en effet du système de partage des nuits entre différentes co-épouses¹² et de la compétition entre elles.¹⁰ Au sein des couples, le pouvoir qu'elles ont de refuser ou négocier une relation sexuelle est faible, suite notamment à leur crainte de voir leurs conjoints se tourner vers d'autres femmes.⁴

Une fois entrée en union la femme africaine doit faire preuve de fécondité, de sa contribution à la reproduction de la société. C'est pourquoi on accorde, en Afrique, une grande importance à la fécondité pour déterminer l'image de la femme.¹² Avoir de nombreux enfants est donc dans les sociétés africaines la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective qu'à leurs vieux jours les parents bénéficieront du soutien de leurs descendants.¹ La fécondité détermine le statut des femmes dans cette partie du monde. Toute remise en question par celles-ci de leur fonction maternelle conduit à leur

marginalisation.¹ L'infécondité d'une femme est en d'autres termes un obstacle à son ascension dans le groupe féminin. C'est ainsi que dans les zones de forte infécondité, les filles sont amenées à prouver leur fécondité avant le mariage. Les valeurs accordées à la fécondité motivent les femmes à s'engager intensément dans l'activité sexuelle et à ne pas utiliser les condoms au cours des rapports sexuels.^{13,43} 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.^{15,16}

Ainsi, comme le décrivent Desgrées Du Loû et al⁴, la situation dans laquelle vivent les femmes africaines est telle que, les célibataires ont un pouvoir de négociation le plus important et qui peuvent le plus facilement, ou plutôt le moins difficilement, exiger les condoms au cours des rapports sexuels << à risque>> au contraire notamment des mariées. Quoi qu'il en soit, le faible pouvoir de négociation qu'ont les femmes africaines dans le domaine de la sexualité conduit au fait que, dans les deux catégories matrimoniales, l'évolution de la prévalence des MST/sida est plus importante chez elles que chez les hommes, lorsqu'on sait qu'en Afrique le multipartenariat sexuel est socialement accepté, soit sous forme de polygamie, soit sous forme de relations extra-conjugales.⁴

STATUT SOCIOECONOMIQUE DE LA FEMME ET UTILISATION DES CONDOMS

Les facteurs socioéconomiques expliquent aussi pourquoi les femmes sont plus vulnérables que les hommes au risque d'infection par les MST/sida.

Dans la plupart des sociétés africaines, les relations de genre sont caractérisées, entre autres, par un déséquilibre des pouvoirs.¹⁷⁻²⁰ Dans ces sociétés, les hommes sont chefs de ménages. Ce sont eux qui contrôlent les ressources de la famille. Dans certains pays les femmes n'ont même pas le droit de posséder de terre et d'être héritières.²¹ On considère que le rôle essentiel de la femme est d'avoir des enfants et d'exercer les travaux domestiques. Il en découle notamment que très peu de femmes ont accès à des ressources économiques et éducatives d'importance cruciale: information, avoirs, argent liquide, compétence professionnelle, etc. En conséquence, les femmes restent entièrement dépendantes de leurs maris.^{22,23}

Les différences des rôles et statuts dans les ménages et des responsabilités affectés aux garçons et aux filles contribuent à la valorisation par les femmes des normes et valeurs traditionnelles et ont des implications sur leur capacité à communiquer, à prendre des décisions et à rechercher des informations et services pendant toute leur vie.²⁴ On peut donc dire, comme Locoh et Labouré-Racapé²⁵, que la prise de décision au sein du couple dépend généralement de la position de dépendance relative de chacun, de domination ou de soumission de l'un des partenaires.

Dans une étude réalisée par le Centre de Recherche en démographie du Maroc à partir d'une enquête auprès des populations en 1998, il ressort que dans un couple, les partenaires prennent des décisions communes quand la femme travaille pour un salaire ou quand elle est instruite.²⁶ L'influence positive du niveau d'instruction de la femme et du fait qu'elle exerce une activité économique sur la communication entre conjoints et la participation de la femme à la prise des décisions a été observée une fois de plus au Nigéria par Kritz et Makinwa A²⁷ et Kritz et al.²⁸ Cette relation ressort aussi des études réalisées en Ouganda²⁹, en Egypte³⁰, au Togo³¹ et au Cameroun.¹⁴

De même, selon Norr³² et Dixon-Mueller⁴¹, dans la grande majorité des cas, les femmes qui sont financièrement indépendantes des hommes ont davantage de pouvoir de décision dans les domaines qui concernent leur santé et leur sexualité. Une femme pauvre éprouve, en effet, par rapport à l'homme plus de difficultés pour convaincre son partenaire d'éviter d'avoir les rapports sexuels avec d'autres partenaires ou d'utiliser les préservatifs.¹⁸ Une femme pauvre a, par ailleurs, davantage de risques que de s'engager dans la prostitution ou de développer des relations qui s'y apparentent fort.³³⁻³⁶

Il apparaît qu'en milieu urbain de plus en plus de femmes ont tendance à choisir leurs partenaires en fonction de la capacité de ces derniers à les prendre en charge financièrement.³⁷⁻³⁹ Les femmes semblent considérer cela comme une option pour 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.^{36,40} Ces relations sont davantage fréquentes chez les adolescentes qui y recourent pour payer leurs études ou en cas d'absence de soutien familial. Le fait qu'elles les entretiennent généralement avec des hommes plus âgés justifie pourquoi la prévalence du sida est davantage forte 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 d'être déjà infectés par le VIH.¹³

Ainsi, l'amélioration de l'instruction des femmes et leur exercice des activités salariées et des activités génératrices des revenus sont favorables à leur autonomie et au renforcement de leur pouvoir. Mais ces facteurs socioéconomiques ne conduisent pas nécessairement au changement des rapports de genre dans le domaine de la sexualité, car ces derniers dépendent aussi de la modification des attitudes et comportements des hommes.

HYPOTHÈSE ET DONNÉES

Hypothèse

L'hypothèse à vérifier par cette étude est que le statut de la femme a un effet positif direct et un effet positif indirect sur l'utilisation des condoms, via la fréquence de la discussion au sein du couple, le pouvoir de la femme de prendre les décisions au sein du couple et l'écart d'âge entre partenaires.

Données

Source

Pour tester cette hypothèse nous allons utiliser les données de l'enquête sur culture, genre, comportements sexuels et MST/sida réalisée par l'IFORD en 2000 à Bafoussam (milieu Bamiléké, province de l'Ouest) et Mbalmayo (milieu Bèti, province du Centre). Cette enquête a permis de collecter au près de 1679 hommes et femmes âgés de 15-49 ans, entre autres, les données sur l'utilisation des condoms, les caractéristiques individuelles de l'enquêtée et celles de son partenaire régulier (l'ethnie, le secteur de résidence, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'activité, la religion et l'état matrimonial de l'enquêtée ainsi que l'âge, le niveau d'instruction et l'activité du partenaire régulier ou du conjoint).

Le partenaire régulier est ici la personne de sexe opposé avec qui l'enquêtée a habituellement des rapports sexuels. Ces derniers sont dans ce cas intimes, stables et prioritaires par rapport à d'autres relations. Les données sur la discussion sur l'utilisation des condoms au sein des couples n'ont pas été collectées. Il en est de même de données sur le processus de prise des décisions sur l'utilisation des condoms au sein des couples. Nous avons respectivement utilisé à leur place les données sur la discussion et la prise de décision au sein des couples sur la manière de faire les rapports sexuels. On retrouve aussi dans la source des données les raisons de la non-utilisation des condoms.

Distributions des Variables

La variable dépendante est l'utilisation des condoms. Les variables indépendantes sont le niveau d'instruction et l'activité de la femme, le niveau d'instruction du couple, l'écart d'âge entre partenaires, la fréquence de la discussion au sein du couple et la prise de décision au sein du couple. Les variables de contrôle sont le statut matrimonial de la femme, le secteur de résidence et le milieu de résidence. Les deux premières variables indépendantes sont les indicateurs du statut de la femme, la troisième est l'indicateur du statut de son partenaire et les autres font partie des indicateurs des relations de genre au sein du couple.

Nous supposons que l'hypothèse de travail est pertinente dans les deux milieux étudiés même s'ils n'ont pas, comme nous le montrerons ci-dessous, les mêmes caractéristiques.

Niveau d'Instruction et Occupation Principale

Le [tableau 1](#) donne la répartition des femmes et des hommes enquêtés selon leur niveau d'instruction et selon leur occupation principale. La répartition des femmes enquêtées à Mbalmayo selon leur niveau d'instruction révèle que 29,8% sont de niveau primaire, 53,3% de niveau secondaire premier degré et 15,3% de niveau secondaire deuxième degré. A Mbalmayo, le pourcentage de femmes n'ayant pas été à l'école ou étant de niveau supérieur est de 1,6%. A Bafoussam, la répartition des femmes selon le niveau d'instruction révèle que 37,3% sont de niveau primaire, 38,9% de niveau secondaire premier degré et 19,5% de niveau secondaire second degré. Dans ce milieu, 2% des femmes sont sans niveau et 2,6% de niveau supérieur. Parmi les femmes enquêtées à Mbalmayo, 13,4% sont inactives, 11,2% sont ménagères, 19,8 % sont des élèves ou étudiantes, 33,2% des agricultrices, 14,2% des commerçantes, 3,2% des cadres ou employées, 3,2% travaillent dans les hôtels et les restaurants et 1,9% sont des artisanes. A Bafoussam, ces proportions sont respectivement de 7,5%, 24,4%, 23,5%, 20,2%, 9,2%, 4%, 3,7% et 5,5%.

Les données précédentes montrent que le niveau d'instruction des femmes enquêtées à Mbalmayo est un peu plus élevé que celui des femmes de Bafoussam mais comme le montrent les [tableaux 2](#) et [3](#), quelque soit le milieu, les hommes ont un niveau moyen plus élevé, et dans les couples il est plus fréquent que les hommes soient plus instruits que leurs partenaires de sexe féminin. On observe, par exemple, à Mbalmayo que 18,2% des hommes sont de niveau primaire alors que la proportion des femmes ayant le même niveau est environ deux fois plus élevée, soit 29,8%. Il en découle que les hommes de niveau secondaire (24,9%) sont davantage représentés dans l'échantillon de Mbalmayo que les femmes ayant le même niveau d'instruction (15,3%). De même, dans cet échantillon on ne retrouve presque pas les femmes de niveau supérieur (0,8%) alors que les hommes ayant le même niveau y sont quand même représentés (4,4%). Ainsi, dans cet échantillon, dans 64,3% des unions, les hommes sont plus instruits que leurs femmes. En revanche, les unions dans lesquelles les femmes sont plus instruites que leurs maris n'y représentent que 6 % de l'ensemble. De même, on observe cette différence de niveau d'instruction dans les groupes des célibataires. Les mêmes observations s'appliquent à l'échantillon de Bafoussam. Les femmes ménagères sont deux fois plus fréquentes à Bafoussam qu'à Mbalmayo. Les femmes agricultrices et commerçantes sont, en revanche plus fréquentes dans le second milieu que le premier.

Nos données corroborent donc l'hypothèse selon laquelle le statut socioéconomique des femmes est dans les deux milieux de résidence inférieur à celui des hommes. Il en est aussi de l'hypothèse selon laquelle le statut socioéconomique des femmes résidant en pays Bèti est un peu supérieur à celui des femmes résidant en pays Bamiléké.

Ecart d'Âge entre Partenaires

Le [Tableau 4](#) présente la répartition des couples selon l'écart d'âge entre partenaires et le milieu de résidence. Il en ressort que, dans la majorité des couples, les femmes sont moins âgées que leurs partenaires. Dans l'ensemble des couples, c'est uniquement dans 4,7% que ces derniers sont moins âgés ou ont mêmes âges que les premières. C'est la même structure qui ressort à Mbalmayo et à Bafoussam mais on constate que les couples dans lesquels les écarts d'âges sont très grands sont davantage représentés dans ce dernier milieu.

DISCUSSION AU SEIN DU COUPLE ET PRISE DE DÉCISION

Les informations sur la discussion au sein du couple sur la manière de faire les rapports sexuels et la prise des décisions dans ce domaine ont été collectées pendant l'enquête à partir des questions suivantes: (a) vous arrive-t-il de discuter avec votre conjoint ou partenaire régulier sur la manière de faire les rapports sexuels? (b) qui décide dans votre couple sur la manière de faire les rapports sexuels?

Le [Tableau 5](#) présente les réponses des femmes à ces questions selon le milieu de résidence. Il en ressort qu'en milieux Bëti (64,2%) et Bamiléké (65,9%) la plupart des hommes discutent avec leurs partenaires sexuelles sur la manière de faire les rapports sexuels. On constate toutefois que la proportion de ceux qui le font souvent est relativement faible dans ces deux milieux (35,3% et 38,9%).

Dans les deux milieux, dans 45% des couples, c'est l'homme qui prend seul les décisions sur la manière de faire les rapports sexuels. Les couples dans lesquels les décisions sont prises conjointement représentent 43,2% de l'ensemble en milieu Bamiléké et 42,3% en milieu Bëti. Il résulte de ce qui précède que les couples dans lesquels la femme prend seule ces décisions sont faiblement représentés dans les deux milieux (12,2% et 15%, respectivement).

Utilisation des Condoms

La non-utilisation des condoms par les individus au cours des rapports sexuels <<à risque>> les expose aux MST/sida. Il ressort du [Tableau 6](#) que la proportion des individus ayant déclaré utiliser les condoms au moment de l'enquête est faible dans les milieux Bëti (20,5%) et Bamiléké (34,1%). On observe toutefois que les premiers sont moins enclins que les seconds à l'utilisation des condoms au cours des rapports sexuels. La différence entre les deux milieux persiste lorsqu'on tient compte du sexe des personnes enquêtées. Dans le groupe des hommes, la proportion des utilisateurs des condoms est moins élevée en milieu Bëti (28%) que Bamiléké (41,7%). Dans celui des femmes, ces proportions sont 12,6% et 26,5%, respectivement. Quelque soit le milieu, les femmes sont moins enclines que les hommes à l'utilisation des condoms au cours des rapports sexuels.

Il ressort aussi du tableau précédent qu'en milieu Bamiléké, la majorité des hommes (78,7%) et des femmes (72,7%) qui ont eu des rapports sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois ont utilisé les condoms. Ces proportions sont aussi importantes en milieu Bëti (59,6% et 51,8%) mais elles sont significativement inférieures aux précédentes.

RÉSULTATS

Nous avons évalué les effets nets des différentes variables sur l'utilisation des condoms à partir des modèles multivariés de régression logistique. Pour tester l'ensemble de nos hypothèses, nous avons recouru aux modèles pas-à-pas. L'essentiel des résultats obtenus est présenté dans les [Tableaux 7](#) et [8](#).

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes de niveau secondaire premier degré ont 2,05 fois plus de risque d'utiliser les condoms que celles de niveau primaire. Celles de niveau secondaire second degré ou supérieur ont 2,10 fois plus de risque d'utiliser les condoms que ces dernières. Si le contrôle de l'écart d'âge entre partenaires n'a pas du tout eu d'effet sur ces relations, il n'en est du tout pas le cas de celui de la discussion au sein du couple et de la prise de décision. Lorsque ces deux dernières variables ont été contrôlées, la différence observée entre les femmes de niveau primaire et celles de niveau secondaire ou supérieur est devenue non significative.

Dans les modèles multivariés, la relation entre l'occupation de la femme et l'utilisation des condoms est non significative. C'est notamment l'introduction du secteur de résidence qui a annulé l'effet de l'occupation de la femme sur l'utilisation des condoms (résultats non présentés).

L'effet de l'écart d'âge entre partenaires sur l'utilisation des condoms est significatif. Par rapport aux femmes dont les partenaires sont moins âgés ou ont mêmes âges qu'elles, celles dont les partenaires ont 10-14 ans plus qu'elles ont 62 % moins de risque d'utiliser les condoms. De même, par rapport aux premières, celles dont les partenaires ont au moins 15 ans plus qu'elles ont 72 % moins de risque d'adopter ce comportement.

La différence observée dans le premier cas est cependant devenue non significative lorsque la discussion au sein du couple et la prise de décision ont été contrôlées. Ces deux dernières variables influencent aussi significativement l'utilisation des condoms. Par rapport aux femmes qui ne discutent pas avec leurs partenaires sur la manière de faire les rapports sexuels, celles qui en discutent souvent ont 2,24 fois plus de risque d'utiliser les condoms. Celles qui en discutent parfois ont 1,28 fois plus de risque que les premières d'adopter ce comportement. Par rapport aux femmes appartenant aux couples dans lesquels leurs partenaires prennent seuls les décisions sur la manière de faire les rapports sexuels, celles appartenant aux couples dans lesquels ce sont elles-mêmes qui le font ont

2,40 fois plus de risque d'utiliser les condoms. Par rapport aux premières, celles appartenant aux couples dans lesquels les décisions sont prises conjointement ont 1,17 fois plus de risque d'utiliser les condoms. Avant le contrôle de la prise de décision, les femmes qui discutent parfois avec leurs partenaires sur la manière de faire les rapports sexuels avaient des comportements très différents de ceux des femmes qui n'en discutent pas. Par rapport à ces dernières, le risque d'utiliser les condoms était 1,71 fois plus élevé chez les premières (résultats non présentés).

Dans les modèles repris au [Tableau 8](#), les effets nets du niveau d'instruction du couple ont été évalués en prenant en compte les variables de contrôle, l'écart d'âge entre partenaires et la fréquence de la discussion au sein du couple.

L'influence du niveau d'instruction du couple sur l'utilisation des condoms est très significative. Par rapport aux femmes de niveau primaire, dont les partenaires sont de même niveau d'instruction, les femmes de même niveau, dont les partenaires sont de niveau secondaire ou supérieur ont 4,30 fois plus de risque d'utiliser les condoms. De même, par rapport aux premières, les femmes de niveau secondaire 1er degré, dont les partenaires sont de même niveau ont 6,45 fois plus de risque d'utiliser les condoms. Les femmes de niveau secondaire 1er degré, dont les partenaires sont de niveau primaire ont 5,13 fois plus de risque d'adopter ce comportement que celles du groupe de référence. Celles de niveau secondaire 1er degré, dont les partenaires sont de niveau supérieur ont 7,04 fois plus de risque d'adopter le même comportement que celles du groupe de référence. On observe aussi que les femmes de niveau secondaire second degré ou supérieur, dont les partenaires sont de niveau inférieur ont 8,92 fois plus de risque d'utiliser les condoms que celles du groupe de référence. Lorsque les deux partenaires sont de niveau secondaire ou supérieur le risque est 9,90 fois plus élevé.

Il ressort de ce qui précède que le risque d'utiliser les condoms est plus élevé chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur, dont les partenaires sont de même niveau, que chez celles de niveau secondaire 1^{er} degré, dont les partenaires sont de niveau supérieur. De même, le risque d'utiliser les condoms est plus élevé chez les femmes de niveau secondaire 1er degré, dont les partenaires sont de même niveau que chez celles de niveau primaire, dont les partenaires sont de niveau secondaire ou supérieur.

Ainsi, le risque d'utiliser les condoms augmente avec le niveau d'instruction des femmes, quel que soit le niveau considéré de leurs partenaires. De même, le risque d'utiliser les condoms est plus élevé lorsque ces derniers et les premières sont de même niveau d'instruction que lorsque celles-ci sont moins instruites que ceux-là. Le risque d'utiliser les condoms est aussi plus élevé lorsqu'elles sont plus instruites que leurs partenaires que lorsque ces derniers sont plus instruits. Le contrôle de l'écart d'âge entre partenaires conduit sensiblement à la baisse des différences observées entre les comportements des femmes du groupe de référence et celles de niveau secondaire ou supérieur ayant des

partenaires de même niveau. C'est la même tendance qui se dégage lorsqu'on compare les premières et les femmes de niveau primaire ou secondaire premier degré ayant des partenaires de niveau secondaire ou supérieur. Il en est de même des femmes de niveau secondaire second degré ayant des partenaires de niveau inférieur. Le contrôle de la fréquence de la discussion au sein du couple a réduit encore plus les différences entre groupes.

CONCLUSIONS

Il est ressorti des analyses effectuées que, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'utiliser les condoms augmente avec le niveau d'instruction des femmes. Etant donné que le contrôle des effets de la discussion au sein du couple et de la prise de décision a annulé la différence observée entre les femmes de niveau primaire et celles de niveau secondaire second degré ou supérieur, les deux premières variables médiatisent partiellement l'effet du niveau d'instruction des femmes sur leur utilisation des condoms. Ceci signifie que les femmes de niveau d'instruction élevé utilisent davantage les condoms que les autres parce qu'elles discutent souvent avec leurs partenaires sur la manière de faire les rapports sexuels et prennent souvent seules les décisions dans ce domaine. C'est donc là un des mécanismes importants par lesquels le niveau d'instruction des femmes influence leur utilisation des condoms. On devrait alors l'améliorer pour réduire à long terme leur risque de contamination par les MST/sida.

Comme l'influence du niveau d'instruction du couple sur l'utilisation des condoms s'est avérée très significative en présence de l'ensemble des variables indépendantes, c'est qu'elles devraient aussi viser l'amélioration des attitudes et comportements des hommes, et particulièrement de ceux de faible niveau d'instruction. Les différences observées dans le cas du niveau d'instruction du couple révèlent aussi l'importance des programmes visant la réduction des écarts de niveau d'instruction entre les hommes et les femmes. Le fait que le contrôle de l'écart d'âge et de la fréquence de la discussion au sein du couple a entraîné la baisse du pouvoir différentiel du niveau d'instruction du couple signifie que cette dernière variable a un effet direct et un effet indirect sur l'utilisation des condoms. Les deux premières variables médiatisent donc aussi partiellement son effet sur la variable dépendante.

Le fait que l'écart d'âge entre partenaires influence négativement l'utilisation des condoms signifie que les partenaires plus âgés sont moins solidaires au sein de leurs couples que d'autres. C'est pourquoi après contrôle de la discussion au sein du couple, l'influence de l'écart d'âge est devenue non significative. Les parents et leurs jeunes filles devraient alors être sensibilisés sur les inconvénients des relations que celles-ci entretiennent avec les personnes âgées. La relation positive observée entre la fréquence de la discussion au sein du couple et l'utilisation des condoms signifie que lorsque les femmes discutent souvent avec leurs partenaires sur la manière de faire les rapports sexuels, elles sont plus enclines à l'utilisation des condoms que lorsqu'elles ne le font pas. Ceci renvoie une fois de plus à

l'influence positive des rapports de communication au sein des couples sur l'utilisation des condoms. Celle-ci permet notamment à l'homme ou la femme de sensibiliser sa (son) partenaire sur l'utilisation des condoms. Ces résultats révèlent aussi que les interventions devraient suffisamment viser les hommes pour protéger les femmes.

Etant donné que le risque d'utiliser les condoms dans les couples où la prise des décisions sur la sexualité se fait conjointement est égal à celui correspondant aux couples où les hommes prennent seuls ces décisions, alors qu'il s'est avéré davantage élevé dans les couples où les femmes les prennent seules, l'amélioration du pouvoir de prise de décision de celles-ci conduit à celle de leurs comportements sexuels. Comme cela est ressorti plus haut, l'un des moyens d'y arriver est d'améliorer leur niveau d'instruction. Mais l'on devrait aussi pendant les campagnes de sensibilisation aider les femmes à améliorer leur auto-perception.

Les raisons de la non-utilisation des condoms évoquées par les femmes témoignent une fois de plus de l'importance de l'influence de leur statut sur leur utilisation des condoms. En effet, parmi ces raisons, celles ayant été davantage évoquées sont la confiance au partenaire, le refus du partenaire et le désir d'enfants. La femme qui propose à son partenaire d'utiliser les condoms est suspecte d'infidélité et considérée comme n'ayant pas confiance à ce dernier. Cela peut donc entraîner des conflits au sein des couples. Ce serait alors pour éviter les conflits, susceptibles de déstabiliser leurs relations, que les femmes optent pour la plupart pour la passivité dans l'activité sexuelle. Le fait que certaines femmes ont déclaré qu'elles n'utilisent pas les condoms parce que leurs partenaires refusent de les utiliser implique qu'elles ont moins de pouvoir que ces derniers de prendre les décisions dans l'activité sexuelle. Les premières ne sont pas motivées d'insister parce que l'utilisation des condoms contraste avec leur désir d'avoir un statut social élevé en mettant au monde beaucoup d'enfants.

La prise de conscience du sida par les femmes est donc loin d'être déterminante dans les populations étudiées de leur engagement dans les activités sexuelles à moindre risque. Ceci dépend de l'amélioration de leur statut, de leur pouvoir de prise de décision et des rapports de communication qu'elles ont avec leurs partenaires.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé dans le cadre du Projet 97170BSDA <<Culture, comportements sexuel et MST/SIDA au Cameroun. (Provinces de l'Ouest et du Centre)>> qui a bénéficié du financement de l'Organisation Mondiale de la Santé dans le cadre de son programme Spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine.

REFERENCES

1. Dozon JP et Guillaume A. Contextes, conséquences socio-économiques et coût du Sida. Collection recherches édition la Découverte, CEPED, Paris, 1994, 179-223.
2. AIDSCAP, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights of the Harvard School of Public Health and UNAIDS. L'état et les tendances de la pandémie mondiale de VIH/SIDA. Rapport final, XI^e conférence internationale sur le sida, Vancouver 7-12 juillet, 1996.
3. FHI. Les jeunes sont confrontés à des graves risques de MST. *Network en français* 2000; 20(3): 4B5.
4. Desgrées Du Loû A, et al. Le sida, révélateur des disparités de genre en Afrique. Communication présentée au colloque international genre, population et développement en Afrique, UEPA/ INED/ENSEA/IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.
5. OMS. Les femmes et le VIH/sida. *Aide-mémoire* 2000; 242(juin): 5.
6. Caraël M. Women vulnerability to STD/HIV in sub-Saharan Africa: an increasing evidence. Communication présentée au séminaire women and demographic change in sub-Saharan Africa, Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population, Dakar, 6B13 mars 1993.
7. Ngoule D. Les infections VIH et les femmes au Cameroun: enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques dans les localités de Yaoundé et Ebolowa. Thèse de doctorat en médecine, CUSS, Yaoundé, octobre 1989, 55.
8. Kamgno H. Rôle et statut de la femme et sida: cas du village de Mindourou dans l'Est-Cameroun. *Ann l'IFORD* 11993; 6(1-2): 33-58.
9. Rwenge M. Statut de la femme, comportements sexuels et sida en Afrique subsaharienne: le cas du Cameroun. Séminaire sur les aspects socio-économiques et démographiques du HIV/SIDA en Afrique, Abidjan, 25-28 octobre 1995, 19p.
10. Awusabo-Asare, et al. Women's control over their sexuality and spread of STDs and HIV/AIDS in Ghana. *Health Trans Rev* 1993; 3(Supp.): 69-92.
11. Wolf Brent and Blanc Ann. The role of gender balance in decision-making on condom use in high and low risk settings in Uganda. Paper presented at the seminar on gender inequalities and reproductive health: changing priorities in an era of social transformation and globalisation, Campos do Jordao, November 16-19, 1998.
12. Evina Akam. Infécondité et sous-fécondité: évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. Cahiers de l' IFORD n^o1, Février 1990, 281.
13. Bledsoe C. The cultural meaning of AIDS and condoms for stable heterosexual relations in Africa: recent evidence from the local print media. Paper presented at the seminar on population policy in sub-Saharan Africa: drawing on international experience, Hotel Okapi, Kinshasa, Zaïre, 27 February-2 March 1989, 27.
14. Rwenge M. Culture, relations de genre et comportements procréateurs au Cameroun. UEPA, troisième Conférence Africaine de Population, Afrique du Sud, 6-10 décembre 1999, 429-446.
15. Rwenge M. Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique

- subsaaharienne: une synthèse. In: Becker C, Dozon JP, Obbo C and Touré M (eds). *Vivre et penser le sida en Afrique*, Codesria-Karthala: IRD, 1999b, 216-236.
16. Rwenge M. Facteurs contextuels des comportements sexuels: le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun). Union pour l'Etude des Populations Africaines (UEPA), Programme de Petites Subventions, Rapport d'étude n^o 40, Octobre 1999, 164.
17. Holland J, Ramazanoglu C, Scharpe S and Thomson R. Pressure, resistance, empowerment: young women and the negotiation of safer sex. In: Aggleton P, Davies P and Hart G (Eds.). *AIDS, Rights, Risk and Reason*. London: Falmer Press, 1992, 142-162.
18. Odebiyi IA. Impact of AIDS on the patterns of AIDS-related risk and preventive behaviours among married men in a Nigerian town. *Scand J Dev Alter* 1992; XI(2): 5B14.
19. Oyekanmi FAD. Issues in women's health organization in Nigeria. Paper presented at the International Conference on Gender Conflict: the African and European Perspectives, University of Lagos, May 30-June 2, 1994.
20. Bhende A. Evolving a model for AIDS prevention education among underprivileged adolescent girls in urban India. Report series of the Women and AIDS Program Research, International Center for Research on Women, Washington, 1995.
21. Mhloyi. Sociocultural milieu, women's status and family planning. Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Family Planning, Health and Family Well-Being, Bangalore, India, 26-30 October 1992. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, New York, 1996: 61-68, ST/ESA/SER.R/131.
22. Ezeh AC. Contraceptive practice in Ghana: does partner's attitude matter? Presented at the annual meeting of the Population Association of America, Denver, Colorado, April 30-May 2, 1992, 36.
23. Dodoo F. The couple KAP-gap: implications for family planning. Paper presented at the annual meetings of the Population Association of America, Cincinnati, Ohio, 1993.
24. George A and Jaswal S. Understanding sexuality: an ethnographic study of poor women in Bombay. Women and AIDS Program Research Report Series, International Center for Research on Women, Washington, 1995.
25. Locoh T and Labouré-Racapé. Genre et démographie: nouvelles problématiques ou effet de mode? Communication présentée à la Chaire Quetelet 1997: théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie, Louvain-La-Neuve, 26-28 novembre 1997, 24p.
26. Djangone R. Relations de genre au sein du couple: et besoins satisfaits en matière de planification familiale en Côte d'Ivoire, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, Septembre 1999, 121p.
27. Kritz M and Makinwa-Adebusoye P. Spousal agreement, women's status and family planning in Nigeria. Unpublished working paper No. 95-07, 1995, 22p.

28. Kritz M, Makinwa-Adebusoye P and Gurak DT. Wife's empowerment and fertility in Nigeria: the role of context. Working paper series No. 97-05 of the Department of Rural Sociology, Population and Development Program Corneil University, New York, 1997, 5p.
29. Blank AK, Gage AJ, Ezech AC, Neema S and Ssekamatte- Ssebulba J. Negotiating reproductive outcomes in Uganda. *Demo Health Survey* 1996; xxiii: 215.
30. Govindasamy P and Malhotra A. Women's position and family planning in Egypt. *Stud Fam Plann* 1996; 27(6): 328-340.
31. Gage AJ. Women's socioeconomic position, contraceptive use and fertility preferences in Togo. Presented at the annual meeting of the Population Association of America, Miami, Florida, May 5-7, 1994, 41p.
32. Norr K. Knowledge about AIDS among urban Botswana women: complexities hidden by surveys. Abstract book of the VIII International Conference on AIDS, Amsterdam, The Netherlands, 1992.
33. Standing H and Kisekka M. *Sexual Behaviour in sub-Saharan Africa. A Review and Annotated Bibliography*. London: Overseas Development Administration, 1989.
34. Basset MT and Mhloyi M. Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *Inter J Health Serv* 1991; 21(1): 143-156.
35. Abéga SC, Tamba LM, Balla C, Anaba Etomo FN, Angah M et Nama N. *Apprentissage et Vécu de la Sexualité chez les Jeunes Camerounais de 15 à 30 ans. Deuxième Rapport (Mai-juin)*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Yaoundé, 1995.
36. Adomako Ampofo A. Nice guys, condoms, and other forms of STDs protection in West Africa. In: Becker C, Dozon JP, Obbo C and Touré M (Eds.). *Experiencing and Understanding AIDS in Africa*. Codesria-Karthala, IRD, 1999, 559-588.
37. Ankomah A and Ford N. *Pre-marital sexual behaviour and its implications for HIV prevention in Ghana*. University of Exeter: Institute of Population Studies, 1993.
38. Adomako Ampofo A. Women and AIDS in Ghana: 'I control my body (or do I)?' Ghanaian sex workers and susceptibility to STDs, especially AIDS. In: Makinwa-Adebusoye PK and Jensen A (Eds.). *Women's Position and Demographic Change in sub-Saharan Africa*. Liège, Derouaux-Ordina, 1995, 233-251.
39. Anarfi JK and Fayorsey CK. The male protagonists in the 'commercialization' of aspects of female life cycle in Ghana. Paper prepared for the seminar on fertility and the male life cycle in the era of fertility decline, Zacatecas, Mexico, 13-16 November 1995.
40. Heise L, Moore K and Toubia N. *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council, 1995, 59p.
41. Dixon-Mueller R. Female empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo. IUSSP contributions to gender research, IUSSP, Paris, 89-108.
42. Oyenkanmi FAD. Socio-cultural relations in the Nigerian family: implications for AIDS in Africa. In: Becker C, Dozon JP, Obbo C and Touré M. *Experiencing and*

Understanding AIDS in Africa. Codesria -Karthala: IRD, 1999, 493-507.

43. Worth D. Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Stud Fam Plann* 1989; 20(6): 297-307.

Copyright 2003 - Women's Health and Action Research Centre

Contact: [African Journal of Reproductive Health](#)

The following images related to this document are available:

Photo images

[\[rh03025t1.jpg\]](#) [\[rh03025t2.jpg\]](#) [\[rh03025t3.jpg\]](#) [\[rh03025t4.jpg\]](#) [\[rh03025t5.jpg\]](#) [\[rh03025t6.jpg\]](#)
[\[rh03025t7.jpg\]](#) [\[rh03025t8.jpg\]](#)

[ABOUT BIOLINE](#)

[NEWS](#)

[FORUM](#)

[MAILING LIST](#)

[EMAIL BIOLINE](#)

[HOME](#)

powered by [<XML>@CRIA](#)

Tableau 1 Répartition des Personnes Enquêtées Selon les Caractéristiques Socioéconomiques, le Sexe et le Milieu de Résidence (ECGSMBAF, 2000)

Caractéristiques individuelles	Mbalmayo			Bafoussam		
	Masculin (N = 406)	Féminin (N = 380)	Ensemble (N = 786)	Masculin (N = 437)	Féminin (N = 455)	Ensemble (N = 892)
<i>Niveau d'instruction</i>						
Sans niveau	2,2	0,8	1,5	1,8	2,0	1,9
Primaire	18,2	29,8	23,9	25,5	37,3	31,5
Secondaire 1er degré	50,2	53,3	51,7	34,9	38,6	36,8
Secondaire 2nd degré	24,9	15,3	20,2	31,4	19,5	25,3
Supérieur	4,4	0,8	2,7	6,4	2,6	4,5
<i>Occupation principale</i>						
Sans occupation	5,0	13,4	9,1	2,1	7,5	4,8
Ménagères	—	11,2	5,4	—	24,4	12,6
Elèves, étudiants	30,0	19,8	25,1	26,8	23,5	25,1
Agriculteurs, chasseurs, ...	23,0	33,2	27,8	14,0	20,2	17,2
Cadres	6,7	2,7	4,7	10,3	2,9	6,5
Employés	1,5	0,5	1,0	2,1	0,9	1,5
Commerçants	7,4	14,2	10,6	12,6	9,2	10,9
Manœuvres	5,0	—	2,6	0,9	0,2	0,6
Artisans	12,4	1,9	7,3	17,8	5,5	11,5
Services	7,2	3,2	5,3	9,8	3,7	6,8
Forces armées	1,2	—	—	—	—	—

FORCES ARMÉES	1,2	—	0,6	1,6	0,2	0,9
Autres	0,6	—	0,3	2,0	0,8	1,6

Tableau 2 Répartition des Femmes Enquêtées Selon leur Niveau d'Instruction et Celui de Leurs Conjoints/Partenaires Réguliers et le Milieu de Résidence (ECGSMB, 2000)

Niveau d'instruction de la femme	Niveau d'instruction du conjoint/partenaire régulier				Total
	Primaire	Secondaire 1er degre	Secondaire 2nd degre	Supérieur	
Mbalmayo					
<i>Femmes celibaraies</i>					
Primaure	6,7	66,6	6,7	20,0	100
Secondaire 1er degre	6,3	29,2	45,7	18,8	100
Secondaire 2nd+	—	9,5	47,6	42,9	100
<i>Femmes mariées</i>					
Primaire	37,3	52,9	5,9	3,9	100
Secondaire 1er degré	18,3	42,7	31,7	7,3	100
Secondaire 2nd degré +	11,1	18,5	33,3	37,1	100
Bafoussam					
<i>Femmes célibataires</i>					
Primaire	27,3	45,5	18,2	9,1	100
Secondaire 1er degré	5,3	34,5	55,3	5,3	
Secondaire 2nd+	—	20,7	48,3	31,0	
100					
<i>Femmes mariées</i>					
Primaire	51,7	37,9	5,7	4,6	100
Secondaire 1er degré	28,0	33,3	33,3	5,3	100
Secondaire 2nd+	9,1	21,2	39,4	30,3	100

Tableau 3 Différence entre le Niveau d'Instruction de la Femme et Celui de Son Conjoint/Partenaire Régulier Selon le Milieu de Résidence (ECGSMB, 2000)

Différence entre niveaux d'instruction	Mbalmayo	Bafoussam
<i>Femmes célibataires</i>	(N = 84)	(N = 89)
Mêmes niveaux	29,8	37,1
Niveau du partenaire est plus élevé	64,3	53,9
Niveau du partenaire est moins élevé	6,0	9,0
<i>Femmes mariées</i>	(N = 160)	(N = 195)
Mêmes niveaux	39,4	42,6
Niveau du partenaire est plus élevé	46,3	41,5
Niveau du partenaire est moins élevé	14,4	15,9
<i>Ensemble des femmes</i>	(N = 244)	(N = 284)
Mêmes niveaux	36,1	40,8
Niveau du partenaire est plus élevé	52,5	45,4
Niveau du partenaire est moins élevé	11,5	13,7

Tableau 4 Répartition des Couples Selon l'Écart d'Âge entre Partenaires et le Milieu de Résidence (ECGSMBAF, 2000)

Ecart – d'âge entre partenaires (ans)	Mbalmayo (N = 297)	Bafoussam (N = 274)	Ensemble (N = 571)
≤ 0	5,1	4,4	4,7
1–4	31,3	23,4	27,5
5–9	36,4	35,4	35,9
10–14	16,2	21,2	18,6
15 et +	11,1	15,7	13,3

Tableau 5 Discussion au Sein du Couple et Prise des Décisions dans le Domaine de la Sexualité Selon le Milieu de Résidence (ECGSMBAF, 2000)

Discussion au sein du couple et prise de decision	Mbalmayo	Bafoussam
<i>Participation à la discussion</i>		
Oui, souvent	35,3	35,4
Oui, parfois	28,9	30,5
Non	35,7	34,1
Ensemble	100	100
<i>Qui décide dans votre couple sur la manière de faire les rapports sexuels</i>		
Homme	44,6	45,0
Fomme	12,2	16,0
Homme et femme	43,2	39,0
Ensemble	100	100

Tableau 6 Utilisation des Condoms Selon le Sexe et le Milieu de Résidence (ECGSMBAF, 2000)

Utilisation des condoms	Mbalmayo			Bafoussam		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<i>Utilise actuellement les condoms?</i>						
Oui	28,0	12,6	20,5	41,7	26,5	34,1
Non	72,0	88,4	79,5	58,3	73,5	65,9
Ensemble	100	100	100	100	100	100
<i>Utilisation des condoms au cours des rapports sexuels occasionnels</i>						
Oui	59,6	51,8	58,2	78,7	72,7	77,8
Non	40,4	48,2	41,8	21,3	27,3	22,2
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Tableau 7 Risques Relatifs d'Utiliser les Condoms Selon les Variables Indépendantes et les Variables de Contrôle Considérées (résultats issus des modèles multivariés de régression logistique, ECGSMBAF, 2000)

Variables indépendantes et variables de contrôle	M ₁	M ₂	M ₃
<i>Niveau d'instruction de la femme</i>			
Primaire	(r)	(r)	(r)
Secondaire 1er degré	1,53**	1,98**	2,05**
Secondaire 2nd degree et +	2,31**	2,60**	2,10
<i>Occupation principale de la femme</i>			
Inactive	0,83	0,69	0,73
Agriculture	(r)	(r)	(r)
Commerçante	1,46	1,05	1,07
Cadre-employée	1,68	1,19	1,23
Couturière-coiffeuse	1,29	0,64	0,71
Elève, étudiante	1,07	1,45	1,76
<i>Ecart d'âge entre partenaires (ans)</i>			
≤ 0		(r)	(r)
1-4		0,46	0,51
5-9		0,53	0,57
10-14		0,38**	0,39
15 et +		0,28**	0,29**
<i>Fréquence de la discussion au sein du couple</i>			
Discutent souvent			2,24**
Discutent parfois			1,28

Ne discutent pas			1,20
<i>Personne qui prend les décisions</i>			(r)
Femme			
Les deux			2,40**
Homme			1,17
			(r)
<i>Statut matrimonial</i>			
Mariée monogame	(r)	(r)	(r)
Union libre monogame	1,29	1,72	1,38
Polygame	0,52**	0,41**	0,42**
Divorcée ou séparée	0,14**	0,00	0,00
Célibataire	1,29	2,13**	2,05**
<i>Secteur de résidence</i>			
Urbain	1,91**	2,20**	2,09**
Rural	(r)	(r)	(r)
<i>Milieu de résidence</i>			
Mbalmayo	(r)	(r)	(r)
Bafoussam	3,16**	4,72**	4,90**
Xhi-Deux	82,81**	126,25**	142,81**
<hr/>			
Notes: ** $p \leq 0,05$			

Tableau 8 Risques Relatifs d'Utiliser les Condoms Selon le Niveau d'Instruction du Couple (résultats issus des modèles multivariés de régression logistique, ECGSMBAF, 2000)

Niveau d'instruction du couple et autres variables indépendantes	M ₁	M ₂	M ₃
<i>Niveaux d'instruction de la femme et celui du partenaire</i>			
Primaire/primaire	(r)	(r)	(r)
Secondaire 1er/Secondaire 1er	6,45**	6,19**	6,54**
Secondaire 2nd et +/Secondaire 2nd et +	9,90**	8,55**	6,69**
Primaire/Secondaire ou supérieur	4,30**	4,01**	3,69**
Secondaire 1er/Secondaire 2nd et +	7,04**	6,47**	5,70**
Secondaire 2nd/Primaire ou Secondaire 1er	8,92**	6,87**	5,84**
Secondaire 1er/Primaire	5,13**	5,27**	5,80**
<i>Ecart d'âges entre partenaires</i>			
≤ 0		(r)	(r)
1-4		0,51	0,57
5-9		0,51	0,51
10-14		0,38*	0,40
15 et +		0,37*	0,43
<i>Fréquence de la discussion au sein du couple</i>			
Discutent souvent			3,25**
Discutent parfois			1,62
Ne discutent pas			(r)
Xhi-Deux	101,18**	105,83**	123,46**

*Note: ** $p \leq 0,05$ * $p \leq 0,1$*