

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES FEMMES INSTRUITES : DES PERSONNES VULNÉRABLES FACE AU
VIH/SIDA? LE CAS DES CAMEROUNAISES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
SUSANNE TRACHSEL

MARS 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite en premier lieu remercier les femmes camerounaises qui ont pris le temps de participer à cette recherche, malgré les délicates questions soulevées et des emplois du temps fort chargés : je leur en suis infiniment reconnaissante. Je remercie également diverses personnes que j'ai rencontrées au Cameroun et qui m'ont aidée, au niveau logistique ou scientifique, et inspirée dans ma recherche : Julienne (ONG Gender Lenses), Fred Eboko, toute l'équipe de l'ONG CONGEH, Nicole Massoud (ONUSIDA) et la famille Moulen. Je tiens aussi à remercier mon directeur de mémoire, Rachad Antonius, pour ses judicieux conseils, ses encouragements et son soutien, en somme, de m'avoir si bien encadrée. Enfin, merci à ma famille et mes amis qui ont toujours cru en mes capacités.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÈME DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	4
1.1 Mise en contexte.....	4
1.2 Problématique.....	7
1.3 Question de recherche	9
1.4 Orientation théorique.....	10
1.5 Hypothèses	12
1.6 Pertinence scientifique et sociale de la recherche.....	14
CHAPITRE II	
REVUE DE LITTÉRATURE	15
2.1 Femmes, instruction et VIH/sida.....	16
2.1.1 L’instruction et le taux de séroprévalence : la question de l’information	16
2.1.2 L’impact de l’instruction sur les femmes	17
2.2 Dimension de la vulnérabilité : le contexte social.....	22
2.2.1 Le domaine politique	22
2.2.2 Le domaine économique.....	27
2.2.3 Le domaine culturel	29
2.3 Dimension de la vulnérabilité : la trajectoire individuelle.....	33
2.3.1 Les cycles de vie.....	34
2.4 Dimension de la vulnérabilité : l’interaction sociale	37
2.4.1 Stade de la relation	37
2.4.2 Les attentes des partenaires	38
2.4.3 Relation primaire et secondaire	39
2.4.4 Le pouvoir au sein d’une relation	40

2.5	De la complémentarité des approches	41
CHAPITRE III		
	MÉTHODOLOGIE.....	42
3.1	Choix de la méthodologie.....	42
3.2	Matériau de recherche et univers d'analyse.....	44
3.2.1	Les entretiens.....	44
3.2.2	L'échantillonnage	45
3.2.3	L'analyse	47
3.3	Les dimensions éthiques.....	48
CHAPITRE IV		
	RÉSULTATS : L'ABSENCE, LA RUPTURE ET L'AJUSTEMENT	51
4.1	L'absence de la notion de risque	52
4.1.1	Le sida des autres.....	53
4.1.2	L'ignorance et la négation	54
4.2	Une période à haut risque : l'absence de perception du risque et la première relation sexuelle.....	56
4.3	La rupture - quand sonne le glas.....	58
4.3.1	La confrontation - du sida des autres au sida des miens.....	58
4.3.2	L'intensification de la sensibilisation sur le VIH/sida.....	59
4.3.3	Le test de séroprévalence.....	61
4.4	L'ajustement au risque	63
4.4.1	L'intransigeance face au risque	64
4.4.2	La prise de risque variable.....	65
4.4.3	L'impossibilité de faire face au risque.....	67
4.4.4	La confiance et l'infidélité.....	69
4.4.5	Le préservatif, une affaire d'homme	71
CHAPITRE V		
	ANALYSE	73
5.1	L'absence de la perception du risque et le contexte social des années 80 et 90 : un mélange explosif.....	74
5.1.1	Perception du risque, représentations sociales et lutte contre le VIH/sida	74
5.1.2	Dimension de la vulnérabilité avant l'an 2000 : le contexte social	77
5.2	Les années 2000 : un contexte social favorable à la rupture	78

5.3	La passation du test de dépistage : la capacité d'utiliser les ressources	80
5.4	La situation actuelle des femmes instruites face au VIH/sida	81
5.4.1	Le statut au cours du cycle de vie : la femme mariée	82
5.4.2	Le pouvoir économique et la négociation.....	83
5.4.3	Les inégalités de genre et la domination masculine	85
5.4.4	La femme célibataire et la négociation.....	87
5.4.5	La stabilité du couple, la familiarité et la confiance.....	88
5.4.6	L'espace de vie secondaire et la vulnérabilité	89
5.4.7	Hors-contrôle : l'infidélité et le préservatif.....	90
5.5	La première relation sexuelle : l'invariabilité de la vulnérabilité.....	92
5.6	Retour sur les hypothèses	93
	CONCLUSION	97
	RÉFÉRENCES.....	102
	APPENDICE A	
	CANEVAS D'ENTRETIEN.....	109
	APPENDICE B	
	FICHE D'IDENTIFICATION	111
	APPENDICE C	
	AFFICHE DE RECRUTEMENT	112
	APPENDICE D	
	STATISTIQUES DES TAUX DE SÉROPRÉVALENCE AU CAMEROUN.....	113
	APPENDICE E	
	DONNÉES SUR LES FEMMES INTERVIEWÉES.....	114
	APPENDICE F	
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CNLS	Comité national de lutte contre le sida
DSPR	Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EDS	Enquête démographique et de santé
MINASCOF	Ministère des affaires sociales et de la condition féminine du Cameroun
MST	Maladies sexuellement transmissibles
ODM	Objectifs de développement du millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unis sur le VIH/sida
PAS	Programme d'ajustement structurel
PNLS	Plan national de lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unis pour le développement
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
UNFPA	Fond des Nations Unis pour les populations
UNICEF	Fond des Nations Unis pour l'enfance
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

Au Cameroun, les femmes instruites sont celles qui sont les plus atteintes par le VIH/sida. Ce mémoire a pour but de comprendre les caractéristiques de la vulnérabilité de ces femmes face au VIH/sida. La littérature scientifique a tendance à admettre que l'instruction des femmes devrait diminuer leur vulnérabilité face au risque de contracter le VIH/sida. Nous abordons la vulnérabilité de manière multidimensionnelle, donc à la fois influencée par des facteurs structurels et individuels. À partir de 28 entrevues partiellement structurées auprès de femmes instruites vivant au Cameroun, nous analysons les dimensions de leur vulnérabilité. En parcourant l'itinéraire de ces femmes, les résultats et l'analyse de notre recherche permettent de comprendre comment les femmes percevaient et perçoivent le risque de contracter le VIH/sida et de quelle manière elles ont fait et font aujourd'hui face à ce risque. Il ressort que l'instruction à elle seule ne suffit pas à protéger les femmes face au VIH/sida dans un contexte social défavorable, mais que lorsque ce contexte évolue de manière positive, la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida est davantage influencée par des facteurs individuels et diminue de manière considérable.

Mots-clés : VIH/sida, Cameroun, femmes, vulnérabilité, instruction.

INTRODUCTION

En 2005, l'ONUSIDA estimait entre 33.4 et 46 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH à travers le monde (2006, p. 8). L'Afrique subsaharienne, représentant un peu plus de 10% de la population mondiale mais comptant 64% des personnes infectées dans le monde, est de loin la région la plus touchée par le VIH/sida (ONUSIDA, 2004, p. 2).

En Afrique subsaharienne, où le mode de transmission se fait principalement par les relations hétérosexuelles, l'impact du VIH/sida sur les femmes est disproportionné: on compte en moyenne trois femmes infectées pour deux hommes (ONUSIDA, 2006, p. 8). Ainsi, parmi les femmes infectées dans le monde aujourd'hui, plus de 80% vivent en Afrique subsaharienne (Welffens-Ekra et al., 2001, p. 14). Au Cameroun, pays auquel nous nous intéressons dans la présente recherche, la moyenne nationale du taux de séroprévalence était, en 2004, de 4,1% pour les hommes et de 6,8% pour les femmes selon l'Enquête Démographique et de Santé III (République du Cameroun, 2005). Bien qu'au niveau biologique le risque de transmission du VIH soit plus important chez les femmes que chez les hommes, les facteurs influençant leurs taux de séropositivité élevés ' [...] sont moins d'ordre biologique et davantage d'ordre sociétal (Population Reference Bureau, 2000, p. 5)».

Le terme « femmes africaines », particulièrement dans le cas du VIH/sida, est bien souvent associé à une « doxa » qui homogénéise la diversité des situations vécues (Bloch, Beoku-Betts et Tabachnick, 1998, p. 3). Lorsque les données de l'EDS-III furent rendues publiques au Cameroun, profanes et scientifiques s'étonnèrent d'apprendre que parmi les femmes, ce sont celles étant les plus instruites qui présentent le plus important taux de séroprévalence, soit 8,2% (République du Cameroun, 2005, p. 303). Ces statistiques, notre étonnement face à

celles-ci ainsi que les réactions suscitées par une telle réalité nous poussèrent à nous intéresser à ces femmes camerounaises instruites.

Nous présenterons dans notre premier chapitre la problématique de recherche, la question émergeant de celle-ci, puis l'orientation théorique choisie pour approcher notre question. Nous verrons que les liens entre l'éducation, les femmes africaines et le VIH/sida, défient d'une part le sens commun et révèlent d'autre part des contradictions tant empiriques que théoriques. Bien qu'il existe des études qualitatives et quantitatives sur les perceptions et les comportements sexuels des jeunes femmes scolarisées, aucune ne nous permet de comprendre, au sens weberien, la vulnérabilité qui se cache derrière les statistiques relatives aux taux de séroprévalence des femmes instruites camerounaises. Si notre question de recherche paraît dans ce contexte presque s'imposer d'elle-même, la pertinence de notre orientation théorique et de la définition du concept de vulnérabilité, élément central de notre question de recherche, se doivent d'être explicitées et justifiées. Nous exposerons subséquemment les hypothèses de travail qui nous ont permis d'orienter notre recherche et notre analyse. Enfin, la pertinence scientifique et sociale de notre recherche clôturera ce premier chapitre.

Le deuxième chapitre est consacré à la revue de littérature, c'est-à-dire aux recherches, hypothèses et points de vue des auteurs se rapportant aux diverses dimensions qui entourent notre question de recherche. Le premier point abordé dans ce chapitre concerne les liens entre les taux de séroprévalence et l'instruction en Afrique subsaharienne. Si certains auteurs prétendent que l'instruction et l'éducation sont les meilleurs vaccins contre le VIH/sida, d'autres infirment ces liens de causalité. Ceci nous pousse à nous interroger sur l'impact de l'instruction sur les femmes et par truchement, sur leur vulnérabilité face au VIH/sida, pour prendre conscience que nuances et prudence s'imposent quant aux conclusions dans ce domaine. La seconde section de notre revue de littérature présente comment les diverses dimensions de la vulnérabilité – selon l'orientation théorique que nous avons choisie – affectent l'exposition des femmes instruites face au VIH/sida. Nous verrons que ces dimensions, et leurs diverses composantes, nous invitent tantôt à entrevoir la vulnérabilité de

manière déterministe, étant par exemple grandement influencée par les structures en place, et tantôt de manière individualiste : le pouvoir accordé à l'acteur varie donc considérablement selon les dimensions.

Dans le troisième chapitre, nous aborderons les questions méthodologiques. Nous y exposerons les raisons justifiant une approche qualitative de notre objet de recherche. Qui plus est, nous expliquerons la démarche entreprise afin de collecter nos données sur le terrain, c'est-à-dire le type d'entretiens que nous avons effectués ainsi que l'échantillonnage. Enfin, nous mettrons en lumière la méthode d'analyse des entretiens que nous avons choisie, sans oublier d'exposer les dimensions éthiques qu'implique notre recherche.

Les résultats issus de nos entretiens seront présentés au chapitre quatre. Bien que les représentations, attitudes et comportements des femmes interviewées face au VIH/sida changent dans le temps, nous avons pu identifier trois périodes d'un processus commun à la majorité des femmes, qui sont *l'absence de la perception de risque, la rupture et l'ajustement* face au risque. C'est dans le cinquième chapitre, celui consacré à l'analyse, que nous examinerons comment chacune des trois périodes identifiées dans le chapitre précédent se caractérise par des dimensions de la vulnérabilité communes à plusieurs femmes. Ainsi, le contexte social semble expliquer la vulnérabilité des femmes instruites durant la période de l'absence de perception du risque, alors que cette même dimension, des années plus tard, favorise la rupture épistémologique que vivent les femmes, se traduisant par une baisse de la vulnérabilité.

CHAPITRE I

PROBLÈME DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

1.1 Mise en contexte

Bref aperçu historique et sociodémographique

Situé en Afrique centrale, le Cameroun comptait en 2004 une population estimée à 16.3 millions d'habitants (UNFPA, 2004, p.106). Avant l'arrivée des Européens, le territoire qui est aujourd'hui le Cameroun se caractérisait par des formes d'organisation sociale et politique très hétérogènes, allant du royaume structuré à des ethnies nomades. Comme le mentionne Gaillard, « Point de concours de flux ethniques et culturels du continent [africain], ce pays [le Cameroun] les a intégrés en un alliage original (1989, p.11) ». Les Portugais furent les premiers Européens à entrer en contact avec les sociétés de la région. Ils y firent du commerce, tout comme par la suite les Hollandais. En 1884, l'Allemagne fait du Cameroun sa colonie, jusqu'à sa défaite lors de la Première guerre mondiale, qui aura comme conséquence la mise sous tutelle française et anglaise du pays. Héritier d'une triple colonisation, le Cameroun acquiert son indépendance en 1960 pour la partie orientale sous tutelle française et en 1961 pour la partie sous tutelle anglaise (appelée Southern Cameroon, la partie alors dénommée Northern Cameroon ayant été annexée au Nigeria). À cette dernière date, le pays devient un État fédéral, puis, en 1983, la République du Cameroun. Au lendemain de l'indépendance, le Cameroun a connu un régime de parti unique, puis, en

réponse à la contestation grandissante, des réformes démocratiques sont adoptées en 1990. En poste depuis 1982, le Président Paul Biya a été réélu en 2004. Plusieurs irrégularités ont été notées lors de ces élections (Commonwealth Secretariat, 2004). En terme de gouvernance, notamment de la primauté du droit et de la corruption, le Cameroun fait piètre figure et se classe entre le 10ème et 25ème rang centile (Banque Mondiale, 2007), signifiant que 75 à 90% des pays du monde affichent une meilleure gouvernance que le Cameroun. Au niveau de l'Indice de développement humain, le Cameroun se situe au 144ème rang, sur 177 pays (UNDP, 2008).

De par son histoire précoloniale, coloniale et postcoloniale, le Cameroun est caractérisé par une grande diversité. Le pays compte plus de 230 ethnies réparties en six grands groupes : les Soudanais, Hamites et Sémites vivent principalement dans le nord du pays et sont généralement animistes et/ou musulmans alors que les Bantous, Semi Bantous et les Pygmées vivent dans le reste du pays et sont animistes et/ou chrétiens (République du Cameroun, 2000). Les Peuls ont répandu l'islam dans le Nord et les Européens ont introduit le christianisme dans le Sud (Gaillars, 1989). En plus du clivage nord-sud, il existe également un clivage francophone-anglophone. Minoritaires et marginalisés, les anglophones, vivant principalement dans les provinces du Sud-Ouest et du Nord-Ouest, réclament davantage d'autonomie et de pouvoir, voire la sécession.

La ville de Yaoundé, dont la population était estimée à 1,5 millions d'habitants en 2000 (Bopda, 2000, p. 21), est la deuxième ville en importance après Douala et la capitale politique et administrative du pays. Elle est située dans le sud du pays, dans la région francophone, à 300 kilomètres des côtes. La ville se caractérise par une forte hétérogénéité et un taux d'accroissement élevé de sa population (7 à 10 % par an, Bopda, 2003, p.221). Ainsi, dans un espace restreint se côtoient des identités multiples, définies entre autres par la religion, l'ethnie et l'appartenance linguistique. Bopda, réfère au terme de « densité citadine » pour décrire la diversité des cultures et ambiances urbaines, ce qu'il compare à la notion de « densité sociale » chez Durkheim (2003, p.227). Cette densité implique donc des pratiques sociales diversifiées, notamment en ce qui à trait à la sexualité et au statut de la femme.

Toujours selon Bopta, Yaoundé tient lieu de « caisse de résonance de la vie politique du pays » et serait à la fois un lieu de concentration des conflits sociaux mais également un lieu de dialogue. Enfin, notons que comme bien des villes d'Afrique subsaharienne, Yaoundé est un espace de rencontre entre la tradition et de la modernité.

Le VIH/sida au Cameroun

Au Cameroun, entre 1987 à 1998, le taux de séroprévalence a pratiquement été multiplié par 14 en 13 ans, passant de 0,5% à 7,2% (République du Cameroun, 2000, p.9). En 2004, ce taux est estimé à 5,95% (République du Cameroun, 2000, p.9). La baisse du taux de séroprévalence donne l'impression qu'il y aurait eu une baisse du nombre de personnes infectées entre 1998 et 2004, mais en réalité, ce nombre a continué de croître. Le changement des taux est plutôt dû à la modification de la forme de collecte de données.

La lutte contre le VIH/sida au Cameroun a été grandement déterminée par les dynamiques des institutions internationales et du Nord. En 1987, les Nations Unies confient à l'OMS la responsabilité de la lutte contre le VIH/sida dans le monde. L'OMS appuie alors les pays à mettre sur pied les programmes de lutte contre le VIH/sida. Les politiques et stratégies sont dictées par l'organisation et l'approche était alors essentiellement médicale. La lutte se fait au sein des structures médicales et avec les experts médicaux. La sensibilisation est embryonnaire et quelque peu superficielle (Ebelle-Moudourou, 2006). Puis, avec la montée des taux d'infection partout dans le monde dans les années 90, une approche plus holistique et concertée de la lutte contre la maladie est envisagée et sera matérialisée par la création en 1996 de l'ONUSIDA, qui est un regroupement de diverses organisations des Nations Unies dans un programme commun (PNUD, UNFPA, UNESCO, OMS, Banque Mondiale, PNUCID, BIT, PAM). Progressivement, davantage d'acteurs interviennent dans la lutte : organisations gouvernementales, organisations non-gouvernementales, agences de coopération, associations religieuses, entreprises privées et sociétés civiles. À l'aube de l'an 2000, les États membres de l'ONU définissent les huit Objectifs de développement du

millénaire (ODM) devant être atteints en 2015, dont le sixième vise à combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

En comparaison à d'autres États africains, la réponse du Cameroun au VIH/sida fut précoce. En 1985, le Cameroun devance la mobilisation de l'OMS et crée un Comité national de contrôle du sida (Videloup, 2005). Puis, sous l'impulsion de l'OMS, le Comité national de Lutte contre le sida (CNLS) et le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) voient le jour. La dépendance du Cameroun vis-à-vis des bailleurs de fonds transparaît dans les méthodes et politiques adoptées dans la lutte contre le VIH/sida (Videloup, 2005). Ainsi, le pays a successivement transposé les diverses approches des Nations Unies dans son programme national : médicale et unisectorielle, groupes à risque, multisectorielle, genre, etc.

1.2 Problématique

Au Cameroun, l'EDS-III, effectuée en 2004, est la première collecte de données sur le VIH/sida à laquelle ont été croisées des variables démographiques telles que le niveau d'instruction et le bien-être économique. En effet, l'EDS-II (1998) nous informe sur les connaissances, comportements et attitudes face au VIH/sida, sans toutefois mesurer les taux de séroprévalence basé sur un échantillon aléatoire. Auparavant, bien que les divers sites sentinelles permettaient de connaître le taux de séroprévalence moyen de la population du pays par sexe, les caractéristiques sociales des porteurs du virus restaient inconnues : il s'avère donc impossible de connaître l'évolution du taux de séroprévalence chez les femmes instruites au Cameroun.

Pourquoi l'annonce des résultats de l'EDS-III quant au taux de séroprévalence des femmes instruites suscita-t-elle tant d'étonnement? Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces réactions. Comme le mentionnent Gregson, Waddell et Chandiwana, « HIV is widely regarded as a disease of poverty and ignorance (2001, p. 467). » Selon le paradigme du capital humain, lequel considère le développement dans une perspective de modernisation,

l'éducation est un puissant moteur de développement : « This paradigm operates on the functionalist assumption that education, especially formal schooling, serves to maintain harmonious social relations and to direct social change in a positive direction (Bloch, Beoku-Betts et Tabachnick, 1998, p. 9). » Les politiques actuelles de développement, tant dans les institutions internationales que les agences nationales, conçoivent principalement l'éducation sous cette perspective. Ainsi, l'UNICEF affirme que « Les études nous ont appris les unes après les autres qu'aucun instrument ne sert plus efficacement le développement que l'éducation des filles. Aucune autre politique n'est susceptible de faire augmenter autant la productivité économique, de faire reculer la mortalité infantile et maternelle, d'améliorer la nutrition et de promouvoir la santé et aussi de contribuer à la prévention de la propagation du VIH/sida (2004, p. 12). » Du côté de l'imaginaire du profane, l'éducation semble agir comme une barrière protectrice face au VIH/sida.

Les femmes africaines suscitent tout autant de représentations communes que l'éducation et ses potentiels effets : « Associer le sida, les femmes et l'Afrique, dans quelque discussion informelle ou analyse fouillée que ce soit, c'est inévitablement entrer dans le domaine de tous les stéréotypes (Vidal, 2000, p. 1). » Parmi ces stéréotypes, notons l'image de la femme africaine pauvre, passive, sans éducation et ressources financières, brimée par la culture traditionnelle. L'image de la femme africaine est bien souvent aussi celle de la soumission (Vidal, 2000). En somme, le langage, à travers les mots, renvoi à des croyances, à des idées que l'on se fait des termes employés (Bloch, Beoku-Betts et Tabachnick, 1998).

Du point de vue empirique, quelle est la corrélation entre l'instruction, les femmes, et le VIH/sida? Au niveau mondial les pays ayant un faible taux d'alphabétisation ont tendance à avoir de plus hauts taux de séroprévalence (UNAIDS, 1997). Toutefois, en Afrique subsaharienne, la réalité diffère. En effet, le Cameroun n'est pas le seul pays africain où les femmes instruites sont celles qui sont les plus touchées par le VIH/sida. La Zambie est un pays parmi d'autres de la région où l'on retrouvait, en 1994, une corrélation positive entre le taux de séroprévalence des femmes et leur niveau d'instruction (Fylkesnes et al. cités dans Vandemoortele et Delamonica, 2000).

D'une part, l'impact de l'éducation sur les femmes d'Afrique, ou de manière plus générale qui vivent dans les pays du Sud, serait important et bénéfique selon nombre d'auteurs et d'institutions tels que Jejeebhoy (1995), Vandemoortele et Delamonica (2000), Schoepft (1988), l'ONUSIDA (2000) et l'UNICEF (2004). D'autre part, les statistiques sur le VIH/sida ne reflètent pas systématiquement ces précédentes conclusions. Si l'éducation, telle que l'affirment ces auteurs et institutions, assure une plus grande autonomie aux femmes, renforce leur pouvoir (*empowerment*), leur permet d'accéder davantage à l'information, etc., bref, si elle semble être une arme contre la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida, comment peut-on alors expliquer leur taux de séroprévalence au Cameroun?

1.3 Question de recherche

Si, en nous référant aux statistiques mondiales, le niveau d'éducation semble tantôt avoir une corrélation positive et tantôt avoir une corrélation négative avec VIH/sida, nous ignorons cependant quels sont les processus à l'œuvre, quelle est la logique du comportement de ces femmes instruites. Bien que les discours biomédical et épidémiologique démontrent que plus une personne a de partenaires plus elle se met en situation de risque, et qu'en effet les femmes instruites ont tendance, du moins au Cameroun, à avoir plus de partenaires, cela ne nous permet pas de comprendre, au sens webérien du terme, la réalité vécue de ces femmes. Nous jugeons donc opportun, dans le cadre de notre recherche, de nous interroger sur les facteurs faisant en sorte que ces femmes soient à risque. Ainsi, notre question de recherche est la suivante : quelles sont les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes camerounaises instruites face au VIH/sida?

1.4 Orientation théorique

Afin de définir ce qui constitue l'élément central de notre question de recherche, mais également d'orienter notre analyse tout au long de cette recherche, une discussion et une définition de ce que nous entendons par « vulnérabilité » est incontournable.

La vulnérabilité est un concept largement utilisé dans divers domaines de recherche, allant de l'environnement à l'exclusion sociale. Dans le domaine du VIH/sida, depuis le début des années 90, la vulnérabilité est sans doute le concept le plus abondamment employé. Selon Vidal, le concept de vulnérabilité est trop généralisateur pour rendre compte de la richesse des expériences vécues (1999). Delaunay ajoute que certaines approches de la vulnérabilité tendraient à « [...] faire des femmes des êtres passifs, imbriquées dans une culture figée, sans tenir compte des dynamiques actuellement en œuvre en Afrique (1999, p. 49) ». Pour notre part, ce n'est pas tant l'utilisation du concept que la manière dont il est utilisé qui pose problème. Nous abondons ainsi dans le sens de Delor et Hubert, qui affirment que « Le fait d'employer un concept de manière peu précise et répétée dénude ce dernier de sa fonction heuristique (2000, p. 5) ». Ainsi, nous ne rejetons pas le concept de vulnérabilité, mais nous nous appliquerons toutefois à le définir de manière précise. L'utilisation de ce concept est d'autant plus utile dans notre cas qu'il s'agit d'une recherche exploratoire, puisque aucune précédente étude qualitative, à notre connaissance, n'a été entreprise sur les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes instruites. Le concept de vulnérabilité nous permettra donc d'approcher le problème de manière globale, sans pour autant manquer de précision.

La vulnérabilité, telle que nous l'envisageons, commence avec la notion de risque. Le risque se caractérise par une probabilité, connue ou inconnue, de distribution d'un événement (Alwang, Siegel et Jorgensen, 2002). Dans le cas du VIH/sida, cette probabilité est celle pour un individu de contracter le VIH (UNAIDS, 1998). Le degré de vulnérabilité d'un individu dépend de la capacité qu'à ce dernier à faire face aux risques. Bien que nous ne souhaitions pas ici quantifier la vulnérabilité des femmes auxquelles nous nous intéressons, l'équation de

Sen, quoiqu'elle soit utilisée dans le domaine de la pauvreté, nous semble profitable pour saisir la définition opératoire de la vulnérabilité : vulnérabilité = risques / *capabilités* (1992). Sen utilise le terme *capabilités* pour décrire à la fois les potentialités, ou ressources, que possède un individu pour faire face au risque, mais également l'accessibilité de celles-ci et l'aptitude à les utiliser (1992). Ainsi, plus un individu est exposé aux risques de contracter le VIH et plus ses *capabilités* sont limitées, plus il sera considéré comme étant vulnérable.

Si la définition du concept de la vulnérabilité de Sen nous paraît utile, elle ne nous semble toutefois pas suffisante pour aborder notre question de recherche. En effet, si nous voulons comprendre quelles sont les caractéristiques de la vulnérabilité, il nous faut identifier divers niveaux d'intelligibilité du concept. Pour ce faire, nous nous référerons en partie à Delor et Hubert (2000), qui proposent sans doute avec plus de richesse un « cadre heuristique » pour analyser la vulnérabilité. En effet, ces auteurs, afin de construire un modèle pour l'analyse des dimensions de la vulnérabilité, se sont référés à diverses approches du concept dans une multitude de domaines et y ont inséré les éléments les plus pertinents.

Delor et Hubert identifient trois niveaux d'intelligibilité, ou dimensions, d'une situation de vulnérabilité dans le cas du VIH/sida : la trajectoire individuelle, les interactions sociales ainsi que le contexte social (2000). La trajectoire individuelle signifie les différentes phases dans le cours d'une vie d'une personne (i.e. le passage de la vie d'étudiante au marché du travail, un divorce, etc.) Cela suppose que la vulnérabilité est temporelle et non-figée dans le temps. Les interactions sociales correspondent à la rencontre de deux trajectoires. En fonction du type de relation, du statut ou de la position sociale des personnes, celles-ci adoptent différents comportements face au risque. Enfin, le contexte social «[...] exerce une influence sur les moments, les enjeux et les modalités de rencontre entre diverses trajectoires (Delor et Hubert, 2000, p. 1565) ». Le contexte social inclut, par exemple, les conditions économiques, la violence symbolique, le climat politique, etc. Ces diverses dimensions de la vulnérabilité peuvent se rencontrer et se renforcent alors. L'intersection de ses différentes dimensions est nommée « espace de vulnérabilité », terme que les auteurs empruntent à Watts et Bohl (1993). En tentant de décrire les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes instruites

face au VIH/sida à l'aide des diverses dimensions décrites ci-dessus, nous cherchons entre autres à comprendre si ces femmes ont un espace de vulnérabilité commun.

Comment la définition de la vulnérabilité de Sen s'insère-t-elle dans les diverses dimensions décrites par Delor et Hubert? En fait, la définition de Sen nous permet surtout de juger si les femmes sont effectivement vulnérables face au VIH/sida. Par la suite, les diverses dimensions de la vulnérabilité nous permettent de situer les espaces de vulnérabilité propres à chaque femme et ainsi de voir si un espace commun existe.

1.5 Hypothèses

Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas d'hypothèses théoriques mais plutôt des hypothèses de travail. L'hypothèse théorique se caractérise par un degré de validité plus grand et indique clairement, de manière opératoire, les étapes à suivre pour sa vérification (Loubet Del Bayle, 1978). L'hypothèse de travail est moins précise et permet d'orienter l'observation et la cueillette de données (Loubet Del Bayle, 1978). Le premier type d'hypothèse est davantage orientée vers une logique de preuve, alors que la seconde est plus exploratoire. La vulnérabilité face au risque du VIH/sida étant multi-factorielle et complexe, il importe avant tout de garder à l'esprit la multitude des caractéristiques par lesquelles cette vulnérabilité peut se définir.

À la question de savoir quelles sont les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes camerounaises instruites face au VIH/sida, deux aspects doivent être soulevés. Avant de définir les caractéristiques de la vulnérabilité, nous devons d'abord identifier s'il y a vulnérabilité. Les femmes instruites camerounaises ont-elles les capacités de faire face au risque qu'est le VIH/sida? Compte tenu des statistiques concernant leur taux de séroprévalence, nous sommes portées à répondre à cette dernière question par la négative.

Comment leur vulnérabilité se caractérise-t-elle alors? Tout d'abord, au niveau du contexte social, la sphère politique plus précisément, nous avançons l'hypothèse que ces femmes, de par les caractéristiques de la lutte contre la maladie au Cameroun, n'avaient que peu d'information ou des informations erronées sur le VIH/sida au moment où elles prenaient des risques, ou alors, elles ne se sentaient pas concernées par la maladie. Nous croyons également que certaines femmes instruites ont échangé des relations sexuelles contre des avantages financiers, puisque ce phénomène semble être assez présent chez les étudiantes.

En ce qui a trait à la trajectoire individuelle, nous croyons que le fait que ces femmes aient étudié fait en sorte qu'elles construisent une relation stable ou se marient à un âge plus avancé. Entre-temps, elles ont plusieurs partenaires. Les relations avec les partenaires multiples correspondraient également à l'époque où le contexte social était défavorable au niveau de la lutte contre l'épidémie. Puis, lorsqu'elles atteignent la phase de stabilisation de la relation avec un partenaire, c'est le comportement du partenaire qui devient la source de vulnérabilité de ces femmes.

Quant à la trajectoire individuelle, nous croyons que les femmes instruites, dans leur milieu social primaire, fréquentent souvent des hommes de leur classe socioéconomique, ou alors d'une classe plus élevée. Ces hommes ayant la caractéristique, de par leur pouvoir social et économique, d'avoir facilement des partenaires, ils ont également davantage de risques d'être infectés. Principalement, nous croyons que c'est le facteur affectif qui détermine s'il y a ou non protection chez les femmes instruites, plutôt que les relations homme-femme inégales.

1.6 Pertinence scientifique et sociale de la recherche

« La santé apparaît de la manière la plus immédiate, comme une des conditions requises au fonctionnement de tout système social [...]. Un trop haut niveau de maladie, un trop bas niveau de santé apparaissent comme dysfonctionnels par rapport au fonctionnement du système considéré. C'est d'abord que la maladie nous empêche de nous acquitter de nos rôles sociaux. »

- Talcott Parsons, 1951

Nous n'avons à ce jour trouvé aucune recherche qualitative portant spécifiquement sur la vulnérabilité, telle que nous l'entrevoions, des femmes instruites au VIH/sida au Cameroun.

La pertinence sociale de notre recherche, quant à elle, semble aller de soi : les statistiques présentées précédemment concernant l'épidémie en Afrique subsaharienne sont éloquentes. En outre, certains auteurs, tels que Auvert et Vallin, affirment que dû à la difficulté d'enregistrer tous les cas de VIH/sida et pour certaines raisons politiques, le nombre de cas déclarés pourrait être multiplié par deux voire trois (1993). Par ailleurs, « Quelle que soit l'incertitude sur le nombre exact [de personnes atteintes par le VIH/sida], il s'agit en tout cas d'une catastrophe démographique considérable, comparable voire supérieure, aux effets démographiques des pires épidémies (peste du XIV^e siècle, tuberculose au XIX^e siècle, grippe espagnole au XX^e siècle) (Garenne, 1999, p. 161). » Qui plus est, se pencher sur le cas des femmes, compte tenu de leur rôle social face aux conséquences de l'épidémie, se révèle socialement utile. En effet, ce sont les femmes qui assurent l'essentiel des soins de santé tant dans le secteur formel qu'informel (Pizuri, 1987), qui s'occupent des orphelins du sida, bref, qui paient le plus lourd tribut de l'épidémie en plus d'en être les principales victimes (Pizurki, 1987). Enfin, il nous faudrait sans doute plusieurs pages pour énumérer l'impact négatif qu'engendre le VIH/sida en Afrique subsaharienne, tant au niveau économique, social que politique.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTÉRATURE

Notre question de recherche nous amène à nous interroger sur les liens entre le niveau d'instruction et les taux de séroprévalence en Afrique subsaharienne. Il s'agira de notre premier point de discussion dans cette revue de littérature. Notons que le rôle de l'instruction n'est pas, dans le cadre de notre question de recherche, utilisée comme une variable explicative, mais compte tenu que nous nous intéressons aux femmes instruites, les liens entre l'instruction et la vulnérabilité au VIH/sida ne peuvent être occultés. Nous verrons entre autres que la relation instruction/VIH/sida soulève la question du lien entre l'information et le comportement.

Par la suite, nous poserons un portrait de l'impact de l'éducation sur les femmes des pays du Sud, puisqu'elles constituent les principales intéressées de cette recherche. Cette première partie de la revue de littérature, « Femmes, instruction et VIH/sida », permet de mieux saisir la portée des termes « femmes instruites face au VIH/sida » de notre question de recherche. Par la suite, les divers aspects de chacune des dimensions de la vulnérabilité et leurs dynamiques avec le VIH/sida seront tour à tour présentés et discutés.

Nous ne pouvons prétendre avoir fait le tour de toute la littérature – tant elle est vaste – concernant la vulnérabilité des individus et des femmes face au VIH/sida. Toutefois, aucun auteur affirme l'existence d'un seul facteur explicatif. Par exemple, même si la pauvreté est considérée, pour beaucoup de chercheurs, comme étant le facteur le plus important de la propagation du VIH/sida (Farmer, 1996), ces derniers déclareront que l'on ne peut rejeter les

autres dimensions. Au cours des dernières années, les questions de genre ont également été identifiées comme un facteur majeur de propagation du VIH/sida en Afrique subsaharienne. En somme, la vulnérabilité face au VIH/sida est multi-factorielle et complexe.

Enfin, parallèlement, Ferry fait remarquer que dans bien des ouvrages, lorsque l'on présente les déterminants de la transmission du VIH, on ne fait pas ou peu de distinction quant à l'importance de leurs rôles (1999). L'auteur distingue les facteurs liés à la transmission et ceux liés à l'exposition ainsi que les variables indirectes (ou contextuelles) qui influencent les variables directes. À son avis, les variables indirectes sont trop souvent considérées comme des facteurs majeurs de transmission. L'influence des facteurs contextuels est médiatisée par des variables directes, telles que le comportement sexuel. L'instruction, les conditions économiques, les relations homme-femme, les migrations sont tous des facteurs indirects (Ferry, 1999).

2.1 Femmes, instruction et VIH/sida

2.1.1 L'instruction et le taux de séroprévalence : la question de l'information

Comme mentionné précédemment, dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, ce sont les femmes instruites qui présentent les plus importants taux de séroprévalence. À ce propos, Vandermoortele et Delamonica démontrent, à partir de statistiques de plusieurs pays, qu'en début d'épidémie, lorsque le taux de séroprévalence est encore bas, les personnes les plus instruites, hommes et femmes confondus, sont celles qui sont les plus affectées par le virus (2000). Cependant, lorsque l'épidémie progresse et que le taux de séroprévalence augmente, cette tendance s'inverse (Vandermoortele et Delamonica, 2000). Ainsi, le profil social des épidémies changerait avec le temps et l'évolution du taux de séroprévalence.

Comment comprendre ce lien changeant entre le niveau d'instruction et le taux de séroprévalence? Vandermoortele et Delamonica, en tentant d'établir des liens causaux

logiques, émettent l'hypothèse qui suit (2000). Les personnes instruites, et également plus nanties financièrement, ont davantage d'opportunités et sont plus mobiles, contexte qui suppose également plus de rencontres. En début d'épidémie, lorsque l'information concernant le VIH/sida circule très peu, ces personnes, en ayant plus d'opportunités de relations sexuelles, sont également plus exposées au risque de contracter le VIH. Par la suite, lorsque les taux de séroprévalence progressent et que normalement l'information et la sensibilisation sur le virus se diffusent, les personnes instruites seraient celles les plus à même de changer leurs comportements. En effet, l'éducation formelle permettant le développement de fonctions cognitives, celles-ci renforceraient la compréhension et l'internalisation de l'information relative au VIH/sida et permettraient davantage de changer cette information en comportements (Vandemoortele et Delamonica, 2000). Les campagnes de sensibilisation auraient donc davantage d'effets sur les personnes instruites (Kilian et al. cités dans Vandemoortele et Delamonica, 2000).

Pourtant, des recherches en sociologie médicale ont démontré que la connaissance n'a pas forcément de lien direct avec un changement de comportement (Azjen et Fishbein cités dans Holland, 1992, p. 142). Pour engendrer un changement de comportement, la connaissance du risque nécessite un processus de réflexion par lequel les personnes comprennent leur propre situation face au risque (Holland, 1992). De plus, comme le soulignent Le Palec et Diarra, « L'appropriation de l'information par les différents acteurs sociaux s'inscrit dans des espaces stratégiques de statuts et de rôles (1995, p. 115). » Vandemoortele et Delamonica avancent néanmoins l'hypothèse que passée la première phase de l'épidémie, l'instruction devient le meilleur vaccin contre le VIH/sida. L'instruction serait pour ces auteurs une façon de lutter contre le silence, la stigmatisation, la honte et la superstition, considérés comme des causes de propagation du VIH/sida (2000).

2.1.2 L'impact de l'instruction sur les femmes

L'impact de l'instruction sur les femmes en Afrique, ou de manière plus générale vivant dans les pays du Sud, serait important. Jejeebhoy a entrepris une vaste revue de littérature sur la

manière dont l'éducation affecte la vie des femmes, leur autonomie ainsi que leurs comportements reproductifs (1995). L'auteure a concentré ses recherches sur les pays en voie de développement, notamment en se basant sur les données des EDS de plus de 30 pays. Jejeebhoy définit l'autonomie ainsi : « The ability [...] to obtain information and use it as the basis for making decisions about one's private concerns and those of one's intimates (1995, p.7).» Dans ses recherches, l'auteure fait référence à l'éducation formelle, c'est-à-dire scolaire. L'instruction aurait un impact sur cinq éléments de l'autonomie, affectant particulièrement la fécondité des femmes, soit l'autonomie en matière de connaissances, l'autonomie dans la prise de décision, l'autonomie physique, l'autonomie émotionnelle ainsi que l'autonomie économique et sociale (Jejeebhoy, 1995). Bien que l'auteure s'intéresse d'abord à la fécondité, il nous semble approprié d'avancer que l'impact de l'instruction pourrait également avoir une influence sur le VIH/sida, les MST et le VIH/sida s'intégrant tous les deux dans la santé reproductive (par exemple, dans les programmes de l'UNFPA).

Abordons dans un premier temps l'autonomie face à la connaissance. L'éducation formelle permet à la base d'apprendre à lire, à écrire, à compter, en somme, la fréquentation de l'école développe des aptitudes cognitives (Jejeebhoy, 1995). Elle permet de s'approprier l'information de manière autonome. L'instruction diminuerait les explications fatalistes et superstitieuses des événements, par, notamment, l'acquisition d'une plus grande capacité de raisonnement et la logique des sciences. L'éducation des femmes leur permettrait également de se fier davantage sur elles-mêmes pour l'acquisition des connaissances et de remettre en cause les figures d'autorité traditionnelle (Jejeebhoy, 1995).

Au sein du foyer familial, une femme instruite aurait davantage d'autonomie au niveau de la prise de décision. Ces femmes auraient plus confiance en leurs capacités à prendre des décisions et seraient plus à même d'insister afin de participer aux prises de décision (Jejeebhoy, 1995). Ce constat toucherait le domaine du soin aux enfants, les questions financières et la contraception. Ce dernier point est celui qui nous intéresse particulièrement, puisque celui-ci relève du contrôle des femmes sur leur sexualité. L'UNICEF abonde également dans ce sens en affirmant que « Les femmes mariées instruites discutent plus

facilement du VIH avec leur époux et elles savent qu'elles sont en droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui (2004, p.14)». Toutefois, comme le mentionne Jejeebhoy, cette relation entre l'éducation et le pouvoir de décision au sein de la famille est variable et semble conditionnée par d'autres facteurs (1995). Parmi ceux-ci, l'un des plus importants serait les inégalités de genre : plus celles-ci sont importantes, moins l'éducation semble avoir d'impact sur les femmes. Enfin, le niveau d'éducation nécessaire afin que ce dernier ait un impact sur la prise de décision reste incertain (Jejeebhoy, 1995).

Quant à l'autonomie physique, dans un contexte de fortes inégalités de genre, les femmes instruites auraient davantage de liberté de mouvement avec le monde extérieur, c'est-à-dire au-delà de la cellule familiale. D'autre part, les femmes instruites auraient plus de confiance en elles pour aborder le monde extérieur et utiliser les services qui leur sont offerts, notamment les services de santé (Jejeebhoy, 1995).

L'instruction des femmes leur permettrait également d'avoir une plus grande autonomie émotionnelle, se traduisant notamment par une meilleure intimité avec leur partenaire. De plus, face à une épouse instruite, l'époux serait davantage porté à tenir compte de ses arguments (Kritz et Gurak cités dans Jejeebhoy, 1995, p. 48). Pourtant, au Cameroun, ce sont « [...] les femmes les plus instruites (54%) et celles qui travaillent pour l'argent (55%) » qui ont subi le plus fréquemment de la violence de la part de leur conjoint (République du Cameroun, 2005, p. 251). Bloch, Beoku-Betts et Tabachnick mentionnent par ailleurs que « Although formal education can be used to raise women from the shackles of poverty and inequality, it can also make the same women victim of continuous criticism for abandoning cultural and traditional values (1998 : XI). »

Enfin, les femmes instruites auraient une plus grande autonomie sociale et économique. Elles se marieraient plus tard, auraient leur première relation sexuelle à un âge plus avancé, auraient une plus grande autonomie financière par le biais d'un plus grand contrôle sur leurs sources de revenus.

D'autres auteurs font également mention du lien entre l'instruction, l'autonomie des femmes et de son impact. Schoepft, qui a entrepris des études anthropologiques sur les femmes et la perception du VIH/sida au Zaïre et a effectué plus de 1000 entrevues sur le terrain, affirme que « Women who are informed and independant are more likely to control their lifestyles (1988, p. 635) ». L'instruction serait un moyen de renforcer le pouvoir (*empowerment* ou autodétermination) des femmes, notamment à générer des revenus et à connaître leurs droits, facteurs qui atténueraient les inégalités entre hommes et femmes (UNAIDS, 1999a; ONUSIDA 2000a; UNIFEM, 2000). Selon l'UNIFEM et l'ONUSIDA, la cause de la forte propagation du VIH/sida chez les femmes en Afrique subsaharienne est reliée à leur manque de pouvoir et à l'inégalité homme-femme (ONUSIDA 2000a, UNIFEM 2000). Pourtant, le lien entre l'instruction, l'*empowerment* et le VIH/sida reste incertain : « Empowerment at one level does not necessarily entail empowerment at another (Holland, 1991, p.143). » À ce propos, Greig et Koopman ont entrepris une étude sur le lien entre l'*empowerment* des femmes, leurs taux de séroprévalence et l'utilisation des préservatifs dans 35 pays d'Afrique subsaharienne (2005). La mesure de l'*empowerment* s'est faite à travers quatre indicateurs nationaux, soit la fréquentation de l'école secondaire chez les femmes, le ratio net de fréquentation de l'école secondaire par les femmes versus les hommes, la représentation des femmes dans les emplois d'industrie et de services ainsi que le nombre de sièges occupés par des femmes au parlement. Bien que la fréquentation de l'école secondaire et le ratio hommes/femmes à ce niveau influencent positivement l'utilisation des préservatifs, les taux de prévalence d'infection au VIH/sida tendent à être plus importants dans les pays où les femmes sont plus instruites. Quant à la représentation des femmes dans les emplois dans l'industrie et les services ainsi que le nombre de femmes représentées au parlement, aucune corrélation significative ne fut notée avec le taux de séroprévalence ou encore avec l'utilisation des préservatifs. Ces mêmes auteurs ont par la suite effectué une recherche au niveau des comportements individuels sur 71 femmes en milieu urbain au Botswana et ont tenté de déterminer quelle influence avait le niveau d'instruction et l'autonomie financière sur le pouvoir de négociation et l'utilisation des préservatifs. Leur recherche démontre, contrairement à l'hypothèse qu'ils avaient établie sur le sujet, que les femmes plus instruites ne démontrent pas de meilleures capacités de négociation quant à l'utilisation du préservatif et ne les utilisent pas davantage que les femmes moins instruites. Ainsi, les études aux

niveaux national et individuel sont contradictoires. La corrélation entre l'autonomie financière et la capacité de négocier le port du préservatif s'est quant à elle révélée positive. L'indépendance économique serait le facteur le plus décisif dans le pouvoir de négociation du port du préservatif pour les femmes.

Selon l'UNICEF, l'instruction améliorerait la possibilité qu'ont les filles d'utiliser le préservatif et de s'abstenir d'avoir des relations comportant de hauts risques. Selon des études réalisées dans 21 pays, il existerait une corrélation positive entre le niveau d'instruction et l'usage du préservatif (2004). Ceci s'avère vrai au Cameroun : chez les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques¹ au cours des douze mois précédents l'enquête, 49% de celles ayant un niveau secondaire et plus ont utilisé un préservatif, contre 27% de celles ayant un niveau primaire et 11% pour celles n'ayant pas d'instruction (République du Cameroun, 2005, p. 277). Alors qu'au Malawi, en Zambie et en Ouganda on note qu'un niveau d'instruction supérieur correspond à un nombre de partenaires moindre (UNICEF, 2004), c'est l'inverse que l'on observe au Cameroun. Ainsi, le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie des femmes âgées entre 15 et 49 ans au Cameroun est de 4,3 pour les femmes de niveau secondaire et plus, 3,5 pour les femmes de niveau primaire et 1,6 pour les femmes sans instruction (République du Cameroun, 2005, p. 275).

En regard des données présentées, il semble que l'impact de l'instruction dans la vie des femmes, et plus spécifiquement sur leur vulnérabilité face au VIH/sida, ne soit pas clair. Usage du préservatif, autonomie, pouvoir, tout semble devoir être nuancé, en plus des résultats d'études pour les moins contradictoires. Ceci nous amène également à nous interroger sur les caractéristiques de l'instruction de ces femmes : les systèmes d'éducation dans lesquels celles-ci ont évolué étaient-ils adaptés à leurs réalités?

¹ Est considérée comme une relation à hauts risques celle ayant lieu avec un partenaire non-marital ou non-cohabitant (République du Cameroun, 2005). *Cette définition d'un rapport à hauts risques nous semble cependant fautive, puisque bien des femmes sont infectées par leur époux.*

2.2 Dimension de la vulnérabilité : le contexte social

Compte tenu de l'orientation théorique choisie, notre revue de littérature est présentée selon les trois dimensions de la vulnérabilité définies précédemment, soit le contexte social, la trajectoire individuelle et l'interaction sociale. Sera donc discutée la manière dont divers aspects de ces trois dimensions peuvent influencer l'exposition au risque d'infection au VIH.

Parmi les dimensions de la vulnérabilité face au VIH/sida, le contexte social est celui sur lequel l'acteur détient le moins de contrôle. Il s'agit d'une dimension qui dépasse l'individu, et qui, à divers degrés, détermine l'action de ce dernier.

2.2.1 Le domaine politique

L'une des composantes du contexte social ayant un impact sur les taux de prévalence et la vulnérabilité des individus face au VIH/sida est le domaine politique. Les épidémies du VIH/sida se voient influencées par divers niveaux de dynamiques politiques : celle à l'intérieur des États, celles au niveau régional et au niveau international. Dans son ouvrage sur l'histoire de la sexualité, Foucault démontre d'ailleurs comment le pouvoir, à travers ses discours, parvient à influencer jusqu'au comportement les plus individuels (1976).

L'État camerounais face à l'épidémie du VIH/sida

Les réponses données par certains États face à l'épidémie du VIH/sida pourraient sans doute être un facteur explicatif du haut taux de séroprévalence des femmes instruites au Cameroun. En effet, si nous nous référons à l'hypothèse voulant qu'en début d'épidémie les personnes instruites soient davantage à risque, la lente réponse qu'eurent certains États face à l'épidémie rendrait en partie intelligible le taux de séroprévalence des femmes instruites au

Cameroun. Comme l'affirment Kerouedan et Eboko, qui ont entrepris une analyse politique de la lutte contre le VIH/sida en Afrique : « La lutte contre le sida en Afrique subsaharienne aura rencontré une relative inertie des autorités sanitaires et politiques (1999, p. 19). » Plusieurs éléments peuvent expliquer la lenteur de cette réaction, comme les crises politiques et les guerres (Patterson, 2005), la construction occidentale du discours culturaliste et épidémiologique (Dozon et Fassin, 1989), le manque de légitimité et l'instabilité politique (Kerouedan et Eboko, 1999). Dans le cas du Cameroun, notons qu'entre le début des années 1980, donc le début des épidémies du VIH/sida dans divers pays, et la fin des années 90, lorsque le taux de séroprévalence atteint son plus haut niveau au Cameroun, le pays traverse une crise politique importante, notamment à travers les revendications pour le multipartisme et la démocratisation de la vie politique, dont le moment le plus violent est appelé « les opérations villes mortes » : « Les revendications du début des années 90 vont fragiliser la « puissance » de l'État, ce qui le prive de sa légitimité (Eboko, 2000, p. 238) ».

Face à la situation politique, les personnes instruites, dont les femmes, semblent se trouver dans une position particulière. Ainsi, « La catégorie des « intellectuels » (au sens local lettrés) [...] possède la double caractéristique d'être, d'une part, la plus touchée par les messages d'information sur le sida [...] mais d'autre part, de sécréter et de diffuser, sur fond d'ajustement structurel et d'une relation difficile à l'État national et à l'Occident, des messages de scepticisme politique envers la pandémie (Fay, 1999). »

Un pouvoir politique défavorable aux femmes

Le pouvoir politique au Cameroun, comme dans maints États, se caractérise également par une *violence symbolique* (Bourdieu) à l'égard des femmes, dont l'origine serait la *domination masculine* (Bourdieu). Sindjoun, qui a effectué une analyse des dynamiques de genre au Cameroun par la méthode de l'analyse de discours, affirme que « La science politique « masculiniste » est en fait une rationalisation savante de l'orientation andocentrique de la vie politique des États, notamment de l'État du Cameroun. On peut rapidement observer que la constitution, en tant que langage autorisé de la politique (Lacroix, 1992, p.13-77) procède (en

dépit de la proclamation de l'égalité des sexes), par énonciation patriarcale de la souveraineté et du pouvoir (2000, 14). » Selon une vision structuraliste du monde social, dans laquelle les « structures objectives, indépendantes de la conscience et de la volonté des agents (Bourdieu, 1987, p. 147) » contraignent l'action des individus, la domination masculine dans la sphère politique suppose une inégalité de pouvoir entre hommes et femmes difficilement modifiable par ces dernières.

Les politiques publiques à l'égard des femmes seraient le reflet des pratiques au niveau des relations homme-femme (Sindjoun, 2000). La situation juridique de la femme au Cameroun pourrait en être un exemple. Bien que le Cameroun ait signé toutes les conventions, protocoles et chartes au niveau international en vue d'assurer l'égalité entre hommes et femmes, sa juridiction nationale reflète le caractère « masculiniste » du monde politique dont nous faisons mention précédemment. Velghe-Scherpereel et Wouwer-Leunda, qui ont entrepris une recherche sur les causes du sous-développement et de la pauvreté des femmes au Cameroun, par le biais d'une recherche documentaire et par l'interprétation des enquêtes de divers organismes de développement, mais aussi par des entrevues auprès des fonctionnaires du MINASCOF et des associations féminines camerounaises, affirment que « Pour une femme mariée, l'adultère [dans les textes de loi] consiste à avoir des rapports sexuels avec un autre que son mari, alors que l'homme commet l'adultère seulement s'il a des rapports sexuels au domicile conjugal avec d'autres femmes que son ou ses épouses, ou alors s'il a des relations sexuelles habituelles avec une autre femme hors du domicile conjugale (1996, p. 65) ». Cet exemple illustre comment les pratiques homme-femme concernant la fidélité sont réfléchies dans les politiques publiques et teintées par la *domination masculine*, puisque « L'infidélité n'est certes pas une exclusivité masculine, mais, dans de nombreuses sociétés, l'ordre établi impose aux femmes une plus grande fidélité (Carael cité dans Vidal, 2000, p. 96) ».

Quel est alors le lien entre la politique à l'égard des femmes et leur vulnérabilité face au VIH/sida? Craddock, qui propose un cadre théorique pour analyser la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida, mentionne que les analyses féministes reconnaissent

particulièrement que «[...] as a result of a combination of political economic and discursive processes, women often have different if not greater risks to disease than do men (Craddock, 2000, p.154) ». Ces processus politiques discriminatoires freineraient, entre autres, l'acquisition du pouvoir nécessaire à l'*empowerment*. Le renforcement du pouvoir des femmes passerait par l'accès à l'éducation, l'information sur le VIH/sida, le renforcement de leurs capacités à générer des revenus, le droit de vote et les recours en cas d'abus (UNAIDS, 1999a; ONUSIDA, 2000; UNIFEM, 2000). Toutefois, comme mentionné précédemment, le lien entre l'*empowerment* des femmes et leur vulnérabilité face au VIH/sida ne semble pas clair.

La lutte contre le VIH/sida : pouvoir et production de discours

La lutte contre le VIH/sida est également à mentionner comme un aspect politique pouvant augmenter ou diminuer la vulnérabilité des individus face au risque de contracter le VIH. La dynamique de la lutte contre le sida au Cameroun démontre la culture politique interne, mais également les formes de reproductions sociales à l'œuvre depuis la colonisation. Certains acteurs camerounais, portant les caractéristiques de « l'ethos » qui fonde la légitimité du pouvoir et l'expression politique au Cameroun (la masculinité, la notabilité et la séniorité), amassent, par le biais des ressources des bailleurs de fonds, un capital humain, matériel et symbolique à travers la lutte contre le VIH/sida (Eboko, 1999). Une élite, que Eboko nomme le pouvoir biomédical (1999) – terme sans doute emprunté à Foucault – a longtemps monopolisé la scène politique de la lutte contre le VIH/sida, alors que les acteurs de terrain et les malades eux-mêmes peinent à acquérir une légitimité et ainsi à entreprendre un travail de revendication. Or, « Une coopération étroite entre les pouvoirs publics et les associations de base qui sont les mieux à même d'induire un changement des normes sexuelles est [...] un gage d'efficacité (Cohen dans Peto et al., 1992, p. 35). » Cet aspect de la lutte a des conséquences sur les individus de manière générale. Plus spécifiquement, les méthodes de prévention adoptées par l'État camerounais jusqu'à la fin des années 90, sous l'influence des bailleurs de fonds internationaux, engendrent des conséquences se répercutant particulièrement sur les femmes. En effet, la désignation de groupes cibles des campagnes de

prévention sous l'appellation « groupes à risque » a vite fait d'oublier la catégorie des femmes de manière générale (Videloup, 2005). Les groupes identifiés sont les prostituées, les transporteurs, les étudiants et les militaires : « Au niveau de la population féminine, l'action préventive vise donc principalement les prostituées (ainsi que les étudiantes, mais leur nombre dans l'éducation secondaire, voire le supérieure, est faible) (Videloup, 2005, p. 14) ». La production d'un certain discours épidémiologique sur les groupes à risque aurait un impact sur la perception du risque (Craddock, 2000). Les femmes qui ne se prostituent pas – le concept de prostitution semant lui-même la confusion – ne se sentent alors pas concernées par le VIH/sida. Il est par ailleurs intéressant de constater que les étudiantes étaient parmi ces groupes à risque. Pourtant, ces femmes, qui entrent aujourd'hui statistiquement dans la catégorie des femmes instruites (niveau secondaire et plus), ont le taux de séroprévalence le plus important.

L'attention mise sur les femmes au cours des dernières années, suite aux révélations des statistiques concernant la disparité dans les taux de séroprévalence entre les hommes et les femmes, amène un changement, sous l'influence des institutions internationales, quant aux messages de prévention du *Programme national de lutte contre le sida* (PNLS) du Cameroun. Ainsi, lors du lancement de la *Stratégie nationale de la lutte contre le VIH/sida 2006-2010*, qui s'est tenu à Yaoundé en février 2006, le gouvernement présentait un nouveau message télévisé de prévention, s'adressant aux femmes de manière générale. Toutefois, le fait de désormais focaliser la prévention sur les femmes, et leur inégalité face aux hommes en matière d'infection, peut également engendrer des effets pervers. Certains auteurs mettent en garde contre les discours abusifs quant à l'inégalité entre les hommes et les femmes face à la pandémie du sida : « [...] le développement rapide de l'épidémie chez les femmes, et leur vulnérabilité face à cette épidémie, couplé du fait que bien souvent les prostituées sont désignées comme le point de départ de l'épidémie, ont contribué à développer une image de l'épidémie dont les femmes seraient la source et le vecteur (Welffens-Ekra et al., 2001, p. 18)».

2.2.2 Le domaine économique

Le contexte économique camerounais et son impact sur les femmes

Parallèlement et étroitement lié aux conditions politiques de la propagation du VIH/sida se trouve le contexte économique. Au Cameroun, la lutte au VIH/sida prend place alors que le pays traverse une crise économique importante. En effet, son économie connaît une baisse drastique de la croissance (PIB), soit de 6.3% par an entre les années 1985 et 1993 (Eboko, 1999). Selon Hugon, le Cameroun est le pays ayant connu la plus forte régression parmi tous les pays africains (Hugon *dans* Eboko, 1999). S'ajoute également à cette régression de la croissance plusieurs Programmes d'ajustement structurel (PAS), ajoutant au désarroi ambiant : « L'expansion de la pandémie du sida au Cameroun semble corrélée à la crise des modes de régulation socio-économique qui avait cours avant la mise du pays sous Ajustement Structurel et la paupérisation des populations qui s'en suivie (Eboko, 2000, p. 236) ». Pourtant, malgré ses problèmes économiques, le Cameroun créa dès 1985 un comité de suivi sur le sida. Cependant, la rapidité de réaction à la lutte contre le VIH/sida n'est pas forcément un gage de succès dans la lutte contre l'épidémie, puisque la forme que prend la lutte semble aussi importante que sa précocité. Selon Eboko, dans les pays d'Afrique subsaharienne, la lutte contre le VIH/sida met en exergue la dynamique politique d'un pays (2005). Or, le Cameroun, particulièrement à la fin des années 90, est caractérisé par une gouvernance médiocre, remportant notamment à deux reprises la première position des pays les plus corrompus au monde (Transparency International, 1998, 1999).

Les femmes au Cameroun seraient particulièrement touchées par la pauvreté: « Cameroon is an example of a country with specific female poverty, as the male-female gap is wide with regards to health, nutrition, education, employment and participation in economic and political life (PNUD, 1999, p. 11) ». Dans la plupart des pays du Sud, c'est sur les femmes que se font sentir les plus lourdes conséquences de la paupérisation. Les PAS qu'a subis le Cameroun ont sensiblement réduit les services qualifiés « non-productifs ». Les femmes étant

celles sollicitant le plus ces services, de par leur fonction de reproduction et de soins à la famille, ce sont elles qui s'en trouvent alors les plus affectées (Onemessene, 1994). Le lien entre l'accès aux soins de santé pour les femmes et l'exposition au VIH/sida est direct : la présence d'une MST chez ces dernières augmente davantage le risque d'infection que chez les hommes. Toutefois, les personnes plus instruites auraient plus recouru à un traitement en cas de MST, réduisant ainsi leur risque d'être infectées au VIH (Blanc, 2000).

Une autre conséquence de la pauvreté sur les femmes et leur vulnérabilité face au VIH/sida est l'échange de relations sexuelles contre un soutien financier (Lawson, p. 1999). Ainsi, « La crise économique et la paupérisation qui touchent les populations camerounaises, depuis plus d'une décennie, mettent en évidence des micro-stratégies de « sortie de crise » dont la sexualité est une des modalités (Eboko, 2000, p. 245).» Parmi ces stratégies, particulièrement utilisées par les femmes instruites au cours de leurs études, notons le phénomène du « sponsoring ». Dans le jargon étudiantin camerounais, le « sponsor » est « [...] un homme généralement nanti qui entretient une étudiante sur le plan financier ou matériel en contrepartie d'une satisfaction affective ou sexuelle (Ngo Njeng, 2002, p. 1). » Or, selon plusieurs auteurs, la capacité de négociation des femmes en position de dépendance économique est faible et celles-ci se retrouvent alors en situation à risque face à une infection au VIH (Schoepf, 1988; Obbo, 1999). Plus spécifiquement, rappelons que l'indépendance économique serait le facteur le plus décisif dans la négociation du port du préservatif (Greig et Koopman, 2002).

La pauvreté et la vulnérabilité face au VIH/sida : une corrélation incertaine

Il nous semble cependant nécessaire de nuancer l'impact de la pauvreté sur la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida. Pour une femme, le fait d'être en mesure de gagner de l'argent ne suppose pas forcément une absence de vulnérabilité face au VIH/sida : le virus dépasse les conditions économiques. En premier lieu, notons qu'au Cameroun, ce ne sont pas les femmes les plus démunies qui sont les plus touchées par le VIH/sida. Parmi les quintiles de bien-être économique (*voir app. D*), ce sont les femmes se situant dans les quintiles moyens, quatrième

et le plus riche qui sont davantage infectées par le VIH/sida (respectivement 8,1%, 9,4%, 8,0% contre 3,1% pour le quintile le plus pauvre et 4,1% pour le second quintile)(République du Cameroun, 2004 , p. 303). Cependant, nous ignorons par quel processus ces femmes se situent dans un certain quintile économique (bien-être acquis par le biais du conjoint ou de manière autonome). En second lieu, la capacité qu'a une femme de gagner de l'argent ne signifie pas nécessairement une autonomie financière, puisqu'il faut également prendre en compte le pouvoir qu'elle détient sur cet argent. Dans une structure à fortes inégalités de genre, la femme donne parfois l'argent qu'elle gagne à son mari, qui lui gère les dépenses. Toutefois, il semble que l'instruction des femmes leur permet d'avoir un plus grand contrôle sur ce qu'elle gagne (Jejeebhoy, 1995). Enfin, l'autonomie financière et son lien avec le niveau d'instruction nécessitent d'être relativisés. Par exemple, dans bien des pays africains, notamment au Cameroun, ce sont principalement les femmes qui ont la charge de l'agriculture. Peu ou pas instruites, elles cultivent leur terre et vivent de celles-ci. Dans les milieux ruraux camerounais, « Hommes et femmes ont un territoire géographique propre correspondant à leur domaine d'activité et à leur zone d'interaction (Velghe-Scherpereel et Wounwer-Leunda, 1996, p. 21).» Dans ce contexte, elles ont une relative autonomie et surtout, ne nécessitent pas l'argent d'un homme pour survivre. Ainsi, la femme pauvre sans instruction en milieu rural dépend financièrement davantage de son champ que de son partenaire. Son statut en milieu urbain change cependant : « The disadvantages of living in urban areas have been seen to consist of an erosion of the traditionally powerful and independent position of African women by creating dependence on men [...] (Hollos et Larsen, 1998, p. 247)». Ainsi, avec le phénomène d'urbanisation rapide que connaît l'Afrique subsaharienne et la crise économique, bien des femmes qui migrent en milieu urbain se trouvent dans l'impossibilité d'occuper un emploi et deviennent susceptibles d'être en situation de dépendance financière.

2.2.3 Le domaine culturel

Rwenge, auteur ayant entrepris une recension des écrits sur les tendances théoriques concernant les comportements sexuels, affirme que la sexualité n'est pas un phénomène que

l'on peut isoler : elle est tributaire des normes et des valeurs en matière de sexualité, de nuptialité, de famille et de fécondité d'un groupe social donné (2005). Par exemple, les relations de genre, le statut de la femme, les représentations de la féminité et de la masculinité, les conceptions religieuses peuvent être étudiés selon une approche culturelle. D'après Foucault, les normes et les valeurs socioculturelles déterminent les conditions particulières dans lesquelles ont lieu les activités sexuelles (1976). Pour Levi-Strauss, la sexualité est reliée au pouvoir que détient l'homme sur la femme (1968).

La culture : un concept ambigu et contesté

« Le concept de culture est l'un des plus employés en anthropologie, en ethnologie et en sociologie, mais il ne peut être utilisé qu'avec précaution tant il est riche d'ambiguïtés et de confusions. Si l'on retient, en effet, que toute pratique humaine est simultanément une pratique culturelle par opposition à ce que serait la nature, tous les faits sociaux, toutes les relations sont des faits de culture [...] (Akoun et Ansart, 1999, p. 125) ». Il apparaît donc que tous les aspects du contexte social que nous avons abordés précédemment pourraient être qualifiés de culturels : la culture est transversale au contexte social. Comme le concept de vulnérabilité, la culture, à moins d'être définie de manière précise, est dénuée de richesse pour la compréhension d'un phénomène.

Dozon et Fassin critiquent l'approche culturelle face au VIH/sida, «[...] tissant, entre l'épidémie et l'Afrique, des liens privilégiés, presque électifs (1989, p. 22)». Ainsi, ils dénoncent la reprise de concepts d'anthropologie du XIX^{ème} siècle comme celle de « promiscuité sexuelle », référant à une sexualité typiquement africaine caractérisée par l'exubérance, conception inspirée de l'évolutionnisme et de l'« homme primitif » ou encore du « bon sauvage ». L'approche culturelle peut donc, comme toute approche théorique, mener à certains glissements susceptibles d'engendrer des effets négatifs sur la prévention et la compréhension d'une épidémie. Au début de l'épidémie et encore de nos jours, les Africains noirs de manière générale furent et restent stigmatisés par des stéréotypes sexuels comme le demeurent les homosexuels en Occident. Ces analyses anthropologiques

ethnocentriques n'ont en rien aidé les réponses politiques données à l'épidémie : elles occultent en fait les enjeux économiques et politiques du sida en Afrique (Dozon et Fassin, 1989).

Bien que nous corroborions les critiques faites à l'approche culturelle du VIH/sida, citons tout de même quelques aspects qui pourraient amplifier la vulnérabilité des femmes instruites camerounaises face au VIH/sida.

Le mariage

Les normes et valeurs entourant le mariage seraient un facteur explicatif mettant les femmes en situation de vulnérabilité face au VIH/sida en Afrique subsaharienne, notamment au Cameroun. Certaines ethnies africaines, comme par exemple les Bamilékés de l'ouest du Cameroun, conditionnent l'acceptation de la dot à la preuve de la fécondité chez la jeune femme (Rwenge, 2005). Dans ces conditions, et en général lorsque la fécondité est très valorisée, une femme ne pouvant concevoir d'enfant est jugée très sévèrement, voire jusqu'à être reniée et chassée de la famille. Certaines femmes s'engagent alors dans des relations sexuelles extra-conjugales afin de devenir enceintes (si, par exemple, elle soupçonne le mari d'être stérile). Ceci augmente donc le risque de contracter le VIH, une telle relation sexuelle ne pouvant bien entendu être protégée. Par ailleurs, d'autres auteurs notent qu'il est «[...] extrêmement difficile pour une femme [africaine] d'exiger le port du préservatif au sein des relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son conjoint et son exposition au VIH. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'un couple marital [...] dans des sociétés où la fécondité est extrêmement valorisée (Welffens-Ekra et al., 2001, p.14)».

Un autre aspect relié au mariage et à la vulnérabilité face au VIH/sida est la différence d'âge entre les partenaires (Laga, 2001). Un homme d'âge plus avancé a davantage de risques d'avoir contracté le VIH puisqu'il a eu plus de partenaires qu'une jeune femme. Qui plus est, «Men also appear to be less likely to use condoms with young female partners they have selected in this way [choisies pour leur jeune âge et leur moindre risque d'être infectées]. The

skewed balance of power in relationships between older men and younger girls makes it exceptionally difficult for girls themselves to negotiate safer sex in these relationships (Laga, 2001, p. 932). » Toutefois, il est démontré que l'instruction des femmes influence l'âge au premier mariage, repoussant ce dernier (Jejeebhoy, 1995). Puis, comme mentionné précédemment, les femmes plus instruites vivraient également leur première relation sexuelle plus tard (Blanc et Way, 1998). En effet, au Cameroun, 23,3% des femmes de 15 à 24 ans ayant un niveau d'instruction secondaire ont eu des rapports sexuels en atteignant l'âge de 15 ans, contre 55,9% pour les femmes sans instruction et 39,5% pour les femmes de niveau primaire (République du Cameroun, 2005, p. 286). Notons aussi que les femmes de niveau secondaire et plus sont moins nombreuses que leurs homologues de niveau primaire à avoir eu des relations sexuelles avec des hommes âgés de 10 ans de plus qu'elles (1,1% contre 6%) (République du Cameroun, 2005, p. 291). Repousser l'âge du mariage permettrait donc de croire que la différence d'âge entre les partenaires serait moins importante, donc la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida également. Cependant, en repoussant l'âge du mariage, les femmes instruites connaissent davantage de partenaires (Blanc et Way, 1998). En effet, au Cameroun, le pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec plus de deux partenaires au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête est inversement proportionnel au niveau d'instruction (0,5% pour les femmes sans instruction, 8% pour les femmes de niveau primaire et 11,8% pour les femmes de niveau secondaire et plus) (République du Cameroun, 2005, p. 275). D'autres aspects liés au mariage pourraient être nommés comme étant des facteurs susceptibles d'augmenter la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida, comme par exemple la pratique du lévirat² et la polygamie. Toutefois, il ne semble pas y avoir consensus sur ces deux pratiques à savoir si elles augmentent la vulnérabilité ou l'amenuisent.

Le statut de la femme

Le faible statut et le rôle de la femme, en tant que variables culturelles, sont également cités comme étant des sources de vulnérabilité pour les femmes (ONUSIDA, 2000b; UNIFEM,

² Pratique selon laquelle, lorsqu'une femme devient veuve, elle est mariée à l'un des frères du mari.

2000). Toutefois, et pour faire référence à la critique de Ferry quant à l'interchangeabilité des facteurs directs et indirects, les normes et valeurs culturelles sous-tendant un faible statut de la femme sont médiatisées par des formes de faits sociaux plus concrètes et observables, comme par exemple les lois ou encore la représentation des femmes dans les instances de pouvoir. Selon Rwenge, la détermination du statut de la femme en Afrique est étroitement liée à sa fécondité (1995). Ceci, et les activités domestiques s'y rapportant, empêcheraient les femmes d'accéder à l'information quant sur le VIH/sida (Rwenge, 1995).

Enfin, l'aspect culturel du contexte social africain donne l'impression que ce sont les valeurs traditionnelles qui mettent les femmes à risque face au VIH/sida. Certains auteurs affirment plutôt que c'est la modernité qui augmente la vulnérabilité de ces dernières. Ainsi, selon certaines théories féministes, l'occidentalisation a contraint les femmes au sexisme occidental, qui est souvent plus oppressif que les relations sociales qui existaient auparavant dans les sociétés africaines (Sacks, 1982). Ajoutons également que la culture est un aspect de la réalité sociale qui est dynamique et changeant, ce qui peut également influencer sur la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida : «Norms describing sexual behaviour have undergone considerable change over recent years within many African countries [...] particularly in urban areas and among those who were more educated. While marriage may be occurring later, sexual experimentation has often come early, sometimes leading to worrying level of STD infection and teenage, extra-marital, pregnancies (Baylies et al., 1999, p. 322) ».

2.3 Dimension de la vulnérabilité : la trajectoire individuelle

Contrairement au contexte social, la trajectoire individuelle est une dimension de la vulnérabilité davantage individuelle que structurelle. Si l'explication de la vulnérabilité par le contexte social se base sur une vision plutôt structuraliste et déterministe du monde social, la trajectoire individuelle, même si nous l'envisageons sur une base essentiellement individuelle, ne signifie pas pour autant qu'il faille l'entrevoir sous une lunette individualiste ou rationaliste.

2.3.1 Les cycles de vie

Les comportements sexuels varient suivant la position et le cycle de vie d'un individu : « La position et le cycle de vie de l'individu font référence à la situation de l'individu dans son histoire affective, sexuelle et/ou conjugale personnelle ainsi qu'à son statut comme membre d'un ménage qui est associé à cette position (jeune adulte vivant chez ses parents, mari, femme, célibataire, séparé, parent, ...) (Peto et al., 1992, p. 51).» Ainsi, les diverses positions et les statuts au cours d'une vie influencent l'individu sur le plan psychologique, mais également sur les possibilités et les contraintes lui permettant de se protéger ou non face au VIH/sida.

Concernant les femmes instruites, le moment où elles sont étudiantes peut présenter un facteur de vulnérabilité face au VIH/sida. La migration vers la ville afin de poursuivre des études représente bien souvent un changement drastique de mode de vie : « In most countries [sub-Saharan countries] HIV rates in urban areas are higher than in rural areas, reflecting the migration of individuals into areas where they lack social connections and often face economic insecurity. Without networks of family and friends to discourage from risky sexual behavior, individuals are more vulnerable of contracting HIV (Patterson, 2005, p. 2) ». Qui plus est, la vie en milieu urbain, et le fait d'être une étudiante universitaire, augmentent les possibilités pour une femme de rencontrer divers partenaires et de se faire courtiser. Bien que certaines étudiantes puissent être prises en charge par un membre de leur famille vivant en ville, d'autres se retrouvent en résidence universitaire et ont bien du mal à assumer toutes leurs responsabilités financières, les amenant à échanger des relations sexuelles contre des besoins ou encore désirs matériels. En effet, certaines étudiantes ont recours à des « sponsors » non pas pour leur permettre d'assumer leurs besoins de bases mais plutôt pour se conformer à certaines pressions ressenties en milieu universitaire, dont celle de porter des vêtements à la mode (Ngo Njeng, 2002). Cependant, selon Jejeebhoy, les femmes instruites, même si elles sont pauvres, auraient tendance à trouver d'autres stratégies de survie afin de

gagner leur vie, plutôt que la recherche d'un partenaire pouvant les aider financièrement (1995).

Seule ou en couple : la part de risque

L'un des facteurs de vulnérabilité des femmes face à la trajectoire de vie est la stabilité avec un partenaire. Dans une relation avec un partenaire socialement reconnu par l'entourage de la femme et de l'homme, l'usage du préservatif est perçu comme un manque de confiance ou encore un aveu de non-fidélité. Dans un contexte où l'homme a davantage tendance à être infidèle, la femme devient vulnérable. Comme le rapporte Vidal en se basant sur une étude effectuée au Kenya, seules 16% des femmes séropositives (sur un total de 4000 ayant participé à l'étude) ont affirmé avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année précédant l'enquête. Il semble donc que le comportement des hommes soit déterminant dans les risques des femmes à l'infection au VIH (Vidal, 2000). Bien que la stabilité avec un partenaire soit un stade de la vie d'une femme, c'est également la dimension des interactions sociales qui la rend vulnérable, puisqu'il y a forcément rencontre de deux trajectoires. Notons ici que tant le contexte, la trajectoire que les interactions sont en constantes interdépendances, mais dans certains cas, l'une ou l'autre de ces dimensions prédomine.

La phase de célibat peut également être un moment de la trajectoire individuelle qui augmente la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida. Comme le relèvent Peto et al. dans une étude faite à partir d'entrevues semi-dirigées en France, « Une grande partie des célibataires étudiés est en quête quasi constante de partenaires affectifs et sexuels, du moins lorsqu'ils se retrouvent seuls (1992, p. 59). » Ceci serait particulièrement vrai dans le cas des hommes disposant de revenus économiques, qui se retrouvent bien souvent en position de force face à leurs partenaires célibataires féminines (Peto et al., 1992).

L'âge

Enfin, l'âge, en tant que caractéristique de la trajectoire, semble être statistiquement déterminant face à la vulnérabilité au VIH/sida chez les femmes en Afrique subsaharienne : « Young women are at the highest risk. In sub-Saharan Africa, rates of HIV infection are more than three times as high among women aged 15-24 than among boys of the same age (Barroso, 2005, p. 5) ». En effet, en Afrique, c'est entre l'âge de 15 et 24 ans que les femmes s'infecteraient en grande partie (Ferry, 1999). Dans le cas du Cameroun, chez les femmes, se sont celles étant âgées entre 25 et 29 ans qui affichent le plus haut taux de séroprévalence en 2004, soit de 10,3% (République du Cameroun, 2005, p. 301). Les femmes de 15 à 19 ans ont un taux de 2,2% alors que ce taux est de 7,9% chez les 20 à 24 ans (République du Cameroun, 2005, p. 301). En supposant que ces femmes pourraient avoir été infectées il y a de cela quelques années, le schéma épidémiologique du Cameroun correspondrait à la réalité africaine.

L'âge et la position dans le cycle de vie sont dépendants l'un de l'autre. Ainsi, les années de jeunesse sont normalement reliées à une phase d'exploration et de découverte de la vie sexuelle et des relations homme-femme. Or, les jeunes n'ont souvent que peu d'information sur la sexualité. Les comportements sexuels et les attitudes face au risque distinguent également les adolescents et jeunes adultes des adultes d'âge plus mûr (Peto et al., 1992). Ainsi, « Les adolescents et les jeunes adultes sont généralement plus enclins à la prise de risques dans les domaines les plus variés de l'existence et donc, aussi, dans celui de la sexualité (Peto et al., 1992). » Frank et Zimmermann ont démontré qu'en matière de sexualité, l'une des grandes distinctions entre l'attitude des adultes et des jeunes est l'influence des pairs (cités dans Peto et al, 1992 , p. 61). Dans le cas du Cameroun, les jeunes, dû entre autres à la réalité économique, seraient particulièrement vulnérables : « Le temps du sida est aussi celui de la crise économique la plus drastique que le Cameroun ait connue depuis son accession à l'indépendance. Dans ce cadre, l'intégration des jeunes, leur socialisation, leur scolarisation comme leur sexualité sont soumises à des risques multiples

face auxquels ils sont globalement plus vulnérables que les jeunes des générations précédentes (Eboko, 2002, p. 335) ».

2.4 Dimension de la vulnérabilité : l'interaction sociale

L'interaction « suppose un espace de rencontre entre des acteurs (Akoun et Ansart, 1999, p. 290) ». L'objet d'analyse est ici l'interaction elle-même, tant le rapport sexuel avec le partenaire que les «[...] communications et transactions entre les partenaires qui la précèdent, la rendent possible, lui donnent sa forme et exercent une influence sur la manière dont le risque est géré (Peto et al., 1992, p. 65) ». L'unité d'analyse n'est donc pas la seule trajectoire individuelle, mais bien sa rencontre avec la trajectoire d'un autre individu.

Peto et al., ayant eux-même utilisé l'interaction sociale comme unité d'analyse des risques face au VIH/sida, identifient divers aspects se rapportant à cette dernière : le stade de la relation, les attentes des partenaires, la primarité ou secondarité de la relation et des partenaires ainsi que les normes et pouvoir dans la relation sexuelle (1992).

2.4.1 Stade de la relation

Le stade de la relation aurait un effet direct sur la prise de risque des partenaires dans une relation sexuelle. Trois stades sont identifiés, soit le stade de conquête-sédution, le stade de familiarité et le stade de dénouement. Au premier de ces stades, les partenaires évitent les conflits, ont une grande préoccupation de l'image de soi et souhaitent conquérir la confiance de l'autre. L'objectif de la conquête de l'autre, supposant des attentes affectives et une intensité du désir, mettrait des barrières à la prise de précautions. Le stade de la familiarité, tant interpersonnelle que sociale, amène bien souvent un sentiment de confiance et de sécurité. Nombre de couples qui utilisaient des préservatifs lors de leurs premières rencontres les abandonnent peu à peu. Enfin, lors du stade de dénouement, c'est-à-dire lorsque les partenaires sont conscients que la relation tire à sa fin, divers schémas se développent face à

la prise de précaution. Lorsque le dénouement implique que l'un des deux partenaires a d'autres relations, le retour au préservatif ou alors l'abstinence sont possibles. Toutefois, il semble rare que des partenaires ayant eu des relations sexuelles sans protection utilisent en fin de relation des préservatifs.

2.4.2 Les attentes des partenaires

Les attentes des partenaires auraient également un impact sur la prise de risque. Quatre formes d'attentes sont identifiées, soient les attentes de procréation, d'affection, de plaisir et d'instrumentalisation. Bien que ces attentes puissent être présentes au même moment dans une relation, l'une prévaut normalement sur les autres. C'est dans cette vision que Pelo et al. abordent les attentes.

L'attente de procréation peut soit exacerber le risque ou alors le diminuer. Dans le cas où il y a abandon du préservatif, naturellement, les partenaires sont à risque. Toutefois, avant de concevoir un enfant, «[...] certaines femmes peuvent chercher à s'assurer de leur propre séronégativité ainsi que celle du futur père éventuel (Peto et al., 1992, p. 69)». Ceci pourrait se révéler particulièrement vrai dans le cas des femmes instruites au Cameroun. En effet, 17,9% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont effectué un test de séroprévalence (et retiré le résultat) au cours des 12 mois précédents l'enquête, contre 6,2% pour les femmes de niveau primaire et 1,3 pour les femmes sans instruction (République du Cameroun, 2005, p. 272). Or, la passation du test est susceptible d'agir comme un puissant moyen de prévention face au VIH/sida, qui entraîne une prise de conscience. De Loenzien, qui a notamment entrepris des recherches sur le VIH/sida au Cameroun, tente d'expliquer les connaissances, attitudes et comportements face au VIH/sida par deux modèles : l'information et la confrontation (2002). L'information influence le degré de connaissance et l'attitude, tout comme l'attitude influence l'ouverture d'une personne à s'approprier l'information. Toutefois, le modèle de la confrontation serait primordial pour la prévention. En confrontant la maladie, soit par la mort d'un proche, la rencontre avec une personne séropositive ou encore dans l'attente des résultats du test, l'individu intériorise la réalité du VIH/sida : « [...]

par rapport au contact avec les mass-médias [modèle de l'information], une confrontation implique un investissement plus important, notamment sur le plan émotionnel. Elle consiste en une expérience concrète (De Loenzien, 2000, p. 209)».

Lorsque les attentes affectives priment, « [...] le sida ne semble plus exister (Peto et al., 1992, p. 69)». En effet, la recherche de l'amour semble opposée à la logique du soupçon. Ainsi, de manière générale, plus on se rapproche d'un sentiment d'amour fort, plus la prise de risque serait importante. Toutefois, certains partenaires se situent davantage dans la responsabilisation face à la prise de risque. La logique n'est alors pas la prise de risque par amour mais plutôt la protection par amour. Enfin, lorsqu'il y a un objectif affectif mais non une attente du grand amour (i.e. une relation avec un bon ami), la prise de précaution serait plus probable.

Lorsque l'attente principale est celle du plaisir, la gestion du risque serait plus facile. Toutefois, dans ce type d'interaction, il y aurait une multitude d'adaptation au risque. Enfin, lorsque l'attente d'instrumentalisation est celle étant dominante, la prise de précaution dépendra du partenaire dominant. Par instrumentalisation, notons par exemple une relation dans le but d'obtenir une promotion, le souhait impératif de vivre en couple, l'obtention d'un statut social, etc.

2.4.3 Relation primaire et secondaire

La troisième unité d'analyse de Peto et al. quant à l'interaction sociale est la primarité ou secondarité de la relation et des partenaires. Les auteurs identifient deux espaces sociaux : le primaire et le secondaire. L'espace primaire a une grande visibilité sociale et est caractérisé par un plus grand contrôle social (i.e. quartier, école). L'espace secondaire possède une visibilité sociale réduite (i.e. pays étranger, quartier éloigné, club privé...), où le contrôle est moindre. Cet espace permet l'évasion, des comportements autres que ceux de l'espace primaire: tous les individus auraient besoin d'un tel espace. L'espace primaire et secondaire seraient en « tension dialectique permanente (Peto et al., 1992, p. 73) ». Plus l'espace

primaire est normé et dénué de prise de risque, plus l'espace secondaire menace d'être anémique et caractérisé par une prise de risque. Les relations extra-conjugales sont souvent caractéristiques de l'espace de vie secondaire. Les partenaires d'un espace de vie secondaire seraient également souvent davantage hétérogames, impliquant des relations de pouvoir particulièrement inégales, peu propices à la négociation du port du préservatif pour la personne se trouvant en position de faiblesse.

Enfin, la quatrième unité d'analyse des interactions sociales concerne les normes et le pouvoir dans les relations sexuelles. L'analyse des normes à l'œuvre dans une relation sexuelle est entrevue sous forme de transaction dans laquelle il faut trouver les termes de l'échange, approche inspirée de l'économie. Selon Padioleau, deux types de normes peuvent être à l'œuvre dans une relation entre deux partenaires : la norme d'équité et la norme de réciprocité (cité dans Peto et al., 1992, p. 78). La norme d'équité suppose qu'il existe pour chacun des partenaires un équilibre entre les ressources investies et les bénéfices retirés. La norme de réciprocité signifie que la relation est juste si les deux partenaires reçoivent de l'autre l'équivalent de ce qu'ils donnent, sans tenir compte que les apports et bénéfices soient de mêmes natures. Selon Peto et al., les sociétés traditionnelles se caractériseraient par des relations à normes de réciprocité.

2.4.4 Le pouvoir au sein d'une relation

Enfin, Peto et al. utilisent le pouvoir comme moyen d'analyser les interactions sociales. Comme terme de la transaction, ils identifient la domination, le conflit et la coopération. Dans une interaction où la domination règne, la prise de risque peut être très élevée et la prise de précaution dépend de la personne dominante. Lorsqu'il y a conflit, il y a négociation et aucun des partenaires ne maîtrise complètement la situation. Il s'agit alors de trouver le juste équilibre entre les coûts et les bénéfices pour les deux partenaires. Il y a alors négociation autour de la prise de risque. Quant à la coopération, les partenaires recherchent le bien-être de chacun et ce, selon les mêmes modalités. Le pouvoir du partenaire dépend d'une multitude de facteurs, dont les diverses formes de capital (culture, économique, social).

2.5 De la complémentarité des approches

Cette approche des interactions sociales pourrait susciter les mêmes critiques faites au Health Believe Model, c'est-à-dire de se baser sur une la rationalité de l'*homo economicus* et de ne pas tenir compte du contexte social. Rappelons toutefois que l'objectif de la présente recherche est de s'interroger sur les caractéristiques communes de la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida, dans laquelle le contexte social est pris en compte. Il s'agit justement de comprendre, par exemple, si ces femmes sont surtout vulnérables, dans le cas où elles le sont, de par le contexte social dans lequel elles vivent ou alors à cause d'un élément particulier de l'interaction social ou encore, pour ces deux raisons. Si les trois dimensions de la vulnérabilité se fondaient sur une même approche pour analyser le monde social, il n'y aurait plus d'intérêt à tenter de trouver un espace commun.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Choix de la méthodologie

Compte tenu des recherches précédentes ayant été menées sur les femmes instruites et le VIH/sida, lesquelles nous informent très peu sur les caractéristiques de la vulnérabilité de ces femmes, la présente recherche est basée sur la méthode compréhensive, qui part «[...] du constat que tout phénomène social est en dernière analyse le produit de l'action de l'individu et que ceux-ci donnent un sens à leurs comportements (Akoun et Ansart, 1999, p. 99) ». L'approche compréhensive, dont Weber est le fondateur, est également «[...] caractérisée par la complexité, la recherche de sens, la prise en compte des intentions, des motivations, des attentes, des raisonnements, des croyances, des valeurs des acteurs (Mucchielli, 1996, p. 34)». Cette approche nous semble également appropriée compte tenu du questionnement formulé dans notre problématique de recherche.

Selon Morin, la complexité des phénomènes humains requiert qu'ils soient analysés de manière multidimensionnelle, nécessitant donc d'intégrer l'ensemble des facteurs influençant ceux-ci (Morin dans Dépelteau, 1998, p. 81). Notre cadre théorique, dans lequel nous avons défini la vulnérabilité selon trois dimensions, permet d'entrevoir notre objet en tenant compte de sa complexité. Qui plus est, dans le domaine du VIH/sida, nombre d'enquêtes quantitatives par questionnaires ne semblent pas avoir été des plus efficaces pour comprendre certaines dimensions du phénomène : « Il faut dépasser de manière définitive les études CCAP (connaissances, croyances, attitudes et pratiques). La réflexion anthropologique la plus

élémentaire au sujet de la complexité des décisions humaines devrait nous avoir convaincu du fait que les questionnaires inspirés par ces études sont d'une telle banalité qu'ils aboutissent souvent qu'à une série de truismes douteux du genre : à plus de scolarité correspond plus de connaissances sur les modes de transmission, et à plus de savoir correspond une meilleure conduite. En fait, les prises de décision des personnes par rapport à la sexualité et par rapport aux risques qu'elles prennent, sont autrement plus complexes et impliquent toute une série de paramètres que les études CCAP ne permettent malheureusement pas de découvrir (Benoist et Desclaux, 1996, p.17)».

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-III), de laquelle nous tirons nos données sur le pourcentage de femmes instruites atteintes du VIH/sida au Cameroun, possède les mêmes caractéristiques qu'une étude CCAP. Par ailleurs, Mechanic aborde la question des écarts et des contradictions existant entre les données des études quantitatives et qualitatives en sociologie de la santé, ainsi que la distance entre les attitudes déclarées et les comportements des individus : « There is an extensive literature on the gap between measured attitudes and intentions and subsequent behavior (1989, p. 151) ». Notre recherche tente en conséquence d'aller davantage en profondeur pour comprendre la réalité de ces femmes instruites : elle est un complément aux données statistiques ayant d'abord révélées la situation épidémiologique de ces femmes face au VIH/sida.

L'objectif de notre recherche n'est donc pas d'expliquer pourquoi les femmes instruites camerounaises sont tant touchées par le VIH/sida, mais plutôt de comprendre les processus à l'œuvre faisant en sorte qu'elles puissent être vulnérables.

3.2 Matériau de recherche et univers d'analyse

3.2.1 Les entretiens

La cueillette des données a été effectuée par le biais d'entretiens de type semi-directif, au nombre de 28, que Krathwohl qualifierait dans notre cas de « *partially structured* (1998, p. 287) ». En effet, si beaucoup d'auteurs francophones identifient principalement trois types d'entretiens, soient directifs, semi-directifs et non-directifs, Krathwohl définit cinq catégories d'entrevues : « *unstructured* », « *partially structured* », « *semistructured* », « *structured* », « *totally structured* » (1998). Dans les entrevues partiellement structurées (« *partially structured* »), les questions sont choisies par l'interviewer, mais celui-ci peut en ajouter, les modifier ou en changer l'ordre. Dans le cas des entrevues structurées (« *structured* »), l'ordre des questions est déterminé et ne change pas d'une entrevue à l'autre. Nos entrevues se rapprochent donc davantage des entrevues partiellement structurées.

Selon Lavoie-Zajc, les entretiens semi-directifs sont basés sur trois postulats issus de divers courants épistémologiques et philosophiques (1997). Tout d'abord, la notion d'entretien semi-directif s'appuierait sur les paradigmes interprétatif et constructiviste, dans lesquels la narration est considérée comme une unité de sens. Le deuxième postulat suppose que « la perspective de l'autre a du sens (Lavoie-Zajc, 1997, p. 267) ». Enfin, le troisième postulat concerne la nature de la réalité, soit que celle-ci est changeante, situationnelle et conditionnelle à diverses conditions, tant celles du narrateur, que du lieu, du moment, etc. de l'entretien. Ces postulats s'insèrent également dans l'approche compréhensive.

Le choix de l'entretien de type semi-directif se justifie par le fait que les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida, de manière générale, semblent largement connues. Nous possédons donc des éléments nous permettant d'orienter l'entretien, ce qui aurait été impossible dans une recherche pour laquelle aucune donnée n'existe. En effet,

« [...] more structure is appropriate for preplanned research problem than emergent one (Krathwohl, 1998 : 288). » Ce type d'entretien, procédant par des questions ouvertes, laisse tout de même aux interlocuteurs la liberté de nous guider vers des avenues inexplorées, d'autant plus que nous avons choisi d'adapter, en cas de besoin, nos questions au fil des entretiens (*voir* app. A). Avant de débiter l'entretien, nous avons également fait compléter une fiche d'identification à l'interviewée afin de mieux diriger l'entrevue (*voir* app. B). En effet, connaître, par exemple, le nombre de partenaires qu'a eu une femme dans sa vie permet d'ajuster les questions.

3.2.2 L'échantillonnage

Nous avons travaillé avec un échantillonnage non-probabiliste (Krathwohl, 1998) par cas multiples, plus spécifiquement par homogénéisation (Pires, 1997). Puisque nous nous intéressons aux femmes instruites, l'homogénéisation s'est faite par la double caractéristique des personnes auxquelles nous nous intéressons : soit être une femme et être instruite. Nous souhaitions interroger des femmes ayant au minimum obtenu leur baccalauréat (diplôme obtenu à la suite de 13 années de scolarité). L'âge maximum des femmes était de 49 ans, puisque tel était également l'âge maximum des femmes ayant participé à l'EDS-III. Nous n'avons pas défini d'âge minimum, étant donné que le critère de l'instruction établit automatiquement celui-ci. Le facteur économique semblant être une dimension de la vulnérabilité non-négligeable, nous avons interviewé à la fois des femmes qui sont autonomes financièrement et des femmes qui sont dans une situation économique plus précaire (*voir* les données sur les femmes interviewées à l'app. E). Ainsi, le critère économique constitue dans notre cas une variable créant une diversification interne dans le groupe (Pires, 1997). Pour des raisons pratiques, les femmes que nous avons interviewées vivent toutes dans la ville de Yaoundé, puisqu'il aurait été impossible, au niveau logistique, de nous déplacer dans le pays pour entreprendre les entretiens. Ces femmes ont donc la caractéristique commune de vivre en milieu urbain, plutôt que rural, ce qui a, comme nous l'avons mentionné précédemment, un impact sur la vulnérabilité face au VIH/sida. Enfin, précisons que le statut sérologique n'était pas un critère de sélection, même si nous espérons

plutôt interviewer des femmes séronégatives ou ne connaissant pas leur statut, leur discours sur le VIH/sida risquant d'être moins construits.

Que représentent ces femmes instruites en tant que groupe social? Sont-elles porteuses de « valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture ou à une sous-culture (Michelat cité dans Pires, 1997, p. 153) »? Représentent-elles une classe sociale? Comment peut-on définir ces femmes par rapport aux autres femmes camerounaises et à la population de manière générale? Tout d'abord, notons que jusque dans les années 70, très peu d'études abordaient la question de la stratification sociale selon une perspective de genre : les femmes étaient une catégorie invisible dans la conceptualisation des classes sociales (Robertson et Berger, 1986). La question à savoir quelle catégorie sociale représentent ces femmes instruites constitue à elle seule un dilemme analytique. Comme le mentionne Bujra, « Women cannot be thought of as a single category, even though there are important and occasionally unifying struggles in which they may engage. At the same time, women cannot be simply analysed as "men" (1986, p. 14).» Sans nous engager dans un débat sur la position sociale de ces femmes, nous proposons plutôt de présenter quelques données permettant, en évitant les questions conceptuelles, de situer ces femmes par rapport à leurs consœurs féminines et à la population camerounaise en générale.

Le taux d'alphabétisme³ chez les femmes de 15 ans et plus au Cameroun était, en 2001, de 59,8%, alors qu'il était de 77% pour les hommes (Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU), 2001). Quant au niveau d'instruction, le taux brut de scolarisation au deuxième cycle du secondaire était de 37% pour les femmes et 52% pour les hommes en 2002 (ISU, 2002). Le taux brut d'enseignement supérieur, au niveau national, était quant à lui de 5% en 2004, soit de 4% pour les femmes et de 6% pour les hommes (ISU, 2004). Enfin, le taux d'achèvement d'un diplôme de premier cycle universitaire était de 1% pour les hommes et de 0,34% pour les femmes en 2004 (ISU, 2004). Nous n'avons malheureusement pas les données concernant le taux de femmes ayant obtenu le baccalauréat au Cameroun, ce qui

³ « L'alphabétisme [tel que défini dans le cas du Cameroun] est la capacité des personnes âgées de 15 ans et plus à lire et écrire en français ou en anglais (Institut de la statistique de l'UNESCO, 2006a).»

représenterait les femmes que nous qualifions d'instruites dans notre recherche. Toutefois, les femmes poursuivant des études universitaires représentent une minorité de la population, soit moins de 5% (ISU 2004).

Afin de recruter des femmes intéressées à passer un entretien, nous avons affiché des annonces au Centre Culturel Français de Yaoundé, dans deux supermarchés, dans un café et à l'Université de Yaoundé I (*voir app. C*). Comme nous souhaitions également interviewer des femmes autonomes financièrement et gagnant bien leur vie, nous avons approché une entreprise dans laquelle nous savions les salaires assez élevés, mais dont nous taisons le nom pour des questions de confidentialité.

Compte tenu des controverses suscitées suite aux essais cliniques de médicaments contre le VIH/sida au Cameroun, l'annonce de la recherche s'est faite sous le thème de « Femmes et perception de la santé ». Au premier contact en personne, nous avons présenté le thème exact de l'entretien, soit « Femmes et VIH/sida ». Seule une candidate, sur les 28 que nous avons interviewées, a refusé de passer l'entrevue lors de la première rencontre. Elle a pris le temps de réfléchir et est venue passer l'entrevue lors d'une deuxième rencontre.

3.2.3 L'analyse

Nous avons procédé à une analyse qualitative des données issues des 28 entrevues. Les entretiens ont d'abord été analysés sur une base individuelle, donc de manière verticale, afin de dégager les extraits les plus évocateurs en lien avec les dimensions de la vulnérabilité et les hypothèses de travail présentées précédemment. Par la suite, dans le but de dégager des régularités à l'ensemble des femmes instruites interrogées, nous avons procédé à une analyse transversale des entretiens. Nous avons donc classé les énoncés selon les thèmes principaux se dégageant des entretiens, toujours en ayant à l'esprit les dimensions de la vulnérabilité et les hypothèses. Étant donné que nous avons près de 500 pages de retranscription d'entretiens et plus de 50 pages d'énoncés retenus aux fins d'analyse, nous avons construit un grand tableau nous permettant d'avoir une vue d'ensemble, et ainsi d'analyser à la fois de manière

verticale et horizontale. Ceci nous a permis d'identifier des caractéristiques communes de la vulnérabilité et donc un espace commun de vulnérabilité.

Notre méthode d'analyse est en partie inspirée de l'anthropologie sociale, en ce sens que nous tentons de dégager, à partir de la retranscription de nos entretiens, des « [...] régularités comportementales de situations quotidiennes [...] (Huberman et Miles, 2005, p. 23) », qui par la suite ont d'abord été classées en catégories analytiques, dans le but de parvenir à les classer selon les dimensions de la vulnérabilité que nous avons définies. Si nous nous référons à la typologie de l'analyse en recherches qualitatives de Tesch, nous pourrions situer notre analyse dans ce que l'auteur nomme « symbolic interactionism and ethnomethodology », plus spécifiquement dans la sous-catégorie où « [...] the Interest is in the Discovery of Regularities as the Identification and Categorization of Elements [...] (Tesch, 1990, p. 83) ». De manière plus générale, notons que nous avons utilisé des techniques d'analyse qui pourraient tout aussi bien être employées en phénoménologie qu'en recherche-action, soit la codification et la condensation des données (Huberman et Miles, 2005).

3.3 Les dimensions éthiques

Compte tenu du fait que nous ayons mené des entrevues auprès de personnes, comme le nécessitaient notre question de recherche et le choix méthodologique en découlant, nous avons dû prendre en compte la dimension éthique que cela suppose. Ainsi, nous avons respecté les principes éthiques de l'Université du Québec à Montréal, concernant un mémoire de maîtrise en sociologie.

Voici les principaux principes éthiques⁴ qui ont été respectés au cours de la réalisation de notre projet de recherche :

⁴ Ces principes éthiques sont définis par l'Université du Québec à Montréal, voir www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-cadre-normatif-texte.htm#

- Le respect de la personne : Reconnaître le droit du libre arbitre de la participante, donc son autonomie, et l'informer de la nature, des buts et du déroulement du projet de recherche afin qu'elle puisse faire un choix éclairé quant à sa participation ou à son refus de participer à la recherche. Ce principe suppose en conséquent le consentement libre et éclairé de la participante. Avant chacune des entrevues, nous avons pris le temps de bien expliquer comment se déroule celles-ci. Si les femmes le souhaitaient, elles pouvaient me demander d'interrompre l'enregistrement. Compte tenu de leur niveau d'instruction, ces femmes maîtrisaient bien le français (ce qui n'aurait pas été le cas si nous avions pris des femmes en milieu rural et moins instruites) et comprenaient bien ce qu'est une recherche universitaire. Nous croyons qu'elles ont participé à notre recherche en toute connaissance de cause. Elles ont par ailleurs toutes signé un formulaire de consentement (*voir app. F*);
- La recherche du bien d'autrui et la non-malfaisance : Ceci suppose que l'acquisition de nouvelles connaissances doit se faire avec un objectif d'améliorer les conditions de vie de la collectivité, que cette dernière puisse bénéficier de ces nouvelles connaissances. La recherche ne doit pas se faire au détriment du bien-être des participantes. À ce propos, nous croyons que les entretiens que nous avons menés ont eu un effet positif direct sur la vie des femmes. En effet, plusieurs d'entre elles nous ont affirmé que leur participation à la recherche les a sensibilisées encore davantage au VIH/sida, puisqu'elles ont pris le temps de réfléchir aux divers aspects entourant la maladie durant la passation de l'entrevue. Au niveau scientifique, aucune recherche qualitative n'a abordée la question de la vulnérabilité, de la manière dont nous la définissons, des femmes instruites face au VIH/sida au Cameroun. L'obtention de ces données peut donc, à notre avis, être bénéfique à la communauté scientifique, aux décideurs ainsi qu'aux collectivités. Dans ce dessein, nous ferons parvenir notre mémoire aux femmes interviewées en ayant démontré l'intérêt ainsi qu'au gouvernement camerounais, à certaines ONG travaillant dans le domaine du VIH/sida et des femmes ainsi qu'à l'ONUSIDA au Cameroun;

- L'équité : Ce principe commande aux chercheuses et chercheurs de ne pas exclure de leurs investigations, à moins de raisons solides, des personnes pour des motifs liés, par exemple, à leur culture, religion et l'ethnicité ou du fait qu'elles sont difficilement accessibles. Outre les critères d'âge, de sexe et de niveau d'instruction, nous n'avons retenu aucun autre critère pouvant exclure des candidates;
- Le droit de retrait : La participation d'un sujet à cette étude est volontaire et il a le droit de se retirer en tout temps sans préjudice. Pour notre part, aucune candidate ne s'est retirée de la recherche;
- La confidentialité : Ce principe suppose que l'identité de la participante sera préservée, par exemple par l'utilisation de pseudonymes pour les personnes et de faux noms ou absence de nom pour les partenaires, les lieux de travail, etc.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS : L'ABSENCE, LA RUPTURE ET L'AJUSTEMENT

Nous présenterons dans ce chapitre les résultats des entretiens selon la méthodologie exposée au précédent chapitre.

Les représentations, les attitudes et les comportements face au risque que constitue le VIH/sida ne sont pas stables et évoluent dans le temps et en fonction des expériences vécues. Toutefois, pour la majorité des femmes interviewées, les représentations, les attitudes et les comportements face au risque évoluent selon un processus dans lequel nous pouvons repérer trois périodes : l'absence de la perception du risque, la rupture épistémologique et l'ajustement face au risque. Bien qu'évoluant selon une logique plutôt linéaire, ces périodes se différencient en termes de durée et de moment d'occurrence. Ainsi, certaines femmes ont vécu le moment de la rupture épistémologique tout récemment, en 2005, alors que d'autres, plus rares, sont passées à travers cette expérience il y a près de 10 ans. Ou encore, pour certaines femmes, la période entre la rupture et l'ajustement est de quelques semaines, alors que pour d'autres elle s'étend sur plusieurs mois.

L'absence de la perception du risque est la période durant laquelle les femmes ne considèrent pas l'infection au VIH/sida comme une probabilité pouvant survenir pour elle-même, pour différentes raisons. La période de l'absence de la perception du risque précède la rupture épistémologique, cette dernière étant un moment charnière, déclenchée par divers facteurs, au cours de laquelle les femmes prennent conscience du risque face au VIH/sida. Nous empruntons à la théorisation sociologique le terme de rupture épistémologique comme

métaphore pour exprimer un changement radical du même ordre que celui que suppose cette notion. Lorsqu'il y a rupture, celle-ci engendre un changement de paradigme, se matérialisant par des modifications de représentations, d'attitudes et de comportements face au risque que représente le VIH/sida dans la vie des femmes. La notion de paradigme est également emprunté à la théorisation sociologique comme métaphore, puisqu'elle évoque bien les *schèmes d'intelligibilité* (Berthelot, 1990) qu'ont ces femmes face au VIH/sida. Nous nous intéressons ici aux périodes que traverses ces femmes à partir du moment qu'elles ont vécu leur première relation sexuelle.

4.1 L'absence de la notion de risque

La grande majorité des femmes interviewées ont en commun d'avoir vécu une période au cours de laquelle elles ne percevaient pas le risque face au VIH/sida. Pour certaines, particulièrement les plus jeunes, cette période peut s'étendre sur une courte durée, soit quelques mois après la première expérience sexuelle. D'autres auront vécu plus de 10 ans sans percevoir le risque tout en étant sexuellement active.

Les explications données par ces femmes quant à l'absence de la perception du risque sont diverses. Toutefois, ce qui ressort de manière la plus importante chez les femmes instruites interviewées est l'absence d'identification à la maladie, ce que nous pourrions qualifier « le sida des autres ». Pour d'autres femmes, mais de manière moins commune, l'absence de la perception du risque face au VIH/sida pour cette période a comme origine l'ignorance ou encore la négation, soit de l'existence de la maladie ou encore de son mode de propagation. Notons que parmi les 28 femmes interviewées, quatre femmes ne sont pas représentées par ces trois périodes : deux d'entre-elles ont toujours eu conscience que le VIH/sida était un risque depuis qu'elles sont sexuellement actives, l'une reste à ce jour septique face à la maladie, et l'autre ne s'est jamais sentie concernée par le VIH.

4.1.1 Le sida des autres

Le visage des personnes à risque face au sida semblait à une époque, pour nombre de femmes interviewées, clairement défini et n'avait pas les mêmes traits que le leur ou encore que celui de leur partenaire. Cette époque varie d'une femme à l'autre mais se situe généralement avant les années 2000. Ainsi, leurs représentations des personnes à risque ne correspondaient pas à la représentation qu'elles se faisaient d'elles-mêmes. Pour 14 de ces femmes, le sida était la maladie des autres, une distance les séparait de ces autres, comme si ces autres, ou elles-mêmes, vivaient dans un monde à part.

Pour près de la moitié des femmes qui attribuaient le sida aux autres, le sida était l'*affaire* des prostituées, des accros du sexe, des personnes ayant une sexualité qu'elles qualifiaient de désordonnée ou d'immorale. Les gens « sérieux » et « tranquilles » n'attrapaient pas le sida. Pour Rosanne, l'image de la prostituée était également en contraste avec celle des personnes qui fréquentaient l'école. L'école et la rue illustrent l'ordre et le désordre :

Ça ne me faisait pas peur [le VIH/sida] car je me disais c'est une affaire de prostituée. Je me disais que nous on était à l'abri, parce qu'on était issu de famille, de la maison, on se mettait aussi avec un garçon qui avait une famille qu'on connaissait, qui était allé à l'école comme nous. Le sida c'était une histoire de prostituée. C'était ça ma vision.
Rosanne, 25 ans

La fréquentation de l'école et le niveau d'instruction semblaient donc être des caractéristiques réduisant le risque chez leur partenaire :

Ah c'était [le VIH/sida] pour les autres. C'était je ne sais pas d'un autre monde. Je sais pas du monde de celles qui, de celles qui se prostituent peut-être, qui ont des tas de partenaires, de celles qui comme je disais qui font des trucs, alors je me disais bon j'ai de la chance parce que mon premier partenaire il avait un bon niveau d'instruction.
Julienne, 24 ans

À la dichotomie instruction/prostitution s'ajoute également celle du mariage et de la prostitution. Si la prostitution est synonyme de danger face au VIH/sida, le mariage semble être son antithèse et amène un sentiment d'ordre et de sécurité, comme le mentionne Marie, 33 ans, qui a contracté le VIH par l'entremise de son futur mari :

Allant pour le mariage, moi le VIH c'était quelque chose qui me concernait pas. Ça c'était une conception négative que j'avais, que quand c'est pour le mariage, c'est la sécurité, vous n'avez rien à craindre, vous allez vivre sans problème. Bon, puisque avant on avait l'image que le VIH c'est pour les prostituées, c'est pour les personnes qui ont plusieurs partenaires, qui mènent une vie sexuelle en désordre, donc ça c'était aussi notre conception du VIH.

Chez certaines femmes pour lesquelles le sida était l'affaire des autres, ces autres portaient les traits de l'expérience: les jeunes, de par leur âge, étaient moins à risque face au VIH/sida. La maladie touchait surtout les personnes d'âge mûr, qui avaient déjà eu un certain nombre de partenaires :

On savait qu'il y avait le sida mais on se disait qu'on est jeune et qu'on a des partenaires jeunes, donc forcément, il n'y a pas de souci pour le sida et tout ça.
Sonia, 26 ans

Les Blancs et les homosexuels ont également été associés à ceux que le VIH/sida concernait.

4.1.2 L'ignorance et la négation

Les femmes qui affirmaient que le sida était l'affaire des autres reconnaissaient l'existence de la maladie et de son principal mode de propagation en Afrique, soit les relations hétérosexuelles. La seconde caractéristique de l'absence de la notion de risque face au VIH/sida chez les femmes instruites que nous avons interrogées est l'ignorance. Ainsi, cinq femmes affirment qu'elles ignoraient ce qu'était la maladie, certaines ayant simplement entendu son nom et d'autres pour qui la maladie était une totale inconnue :

J'en avais jamais entendu parlé, je ne savais même pas ce qu'était le sida.
Marguerite, 36 ans

Les quelques femmes affirmant qu'elles ignoraient ce qu'était le VIH/sida ont la caractéristique commune d'être plus âgées que la moyenne des femmes interrogées⁵.

D'autres femmes avaient toutefois entendu parler du sida, mais en niaient l'existence, car elles n'en avaient pas eu de preuves concrètes :

Les journalistes et le discours officiel en parlaient comme d'un mythe, on dit qu'il y a une maladie qui s'appelle sida, mais qui a déjà vu quelqu'un, personne? On dit qu'il y a le sida mais personne n'a jamais vu. Moi un moment le discours officiel, c'était où sont les preuves, je n'y croyais pas.
Rachelle, 43 ans

D'autres, comme Émeline, 27 ans, ne niaient pas ou ne procédaient pas à une remise en question de l'existence du sida, elles associaient toutefois le contrôle du risque de contracter la maladie à un pouvoir surnaturel, se conjuguant pour certaines à la religion et pour d'autres à la sorcellerie :

Il n'y avait pas de remise en question, je croyais dur comme fer que c'était ça. Que le sida, c'est une punition, pour certaines personnes, qui ont désobéi à leur Dieu, pour les ramener à quelque chose, peut-être à une repentance, je ne sais pas, mais j'y croyais vraiment, mais plus maintenant, plus maintenant.

C'est à travers les discours du pasteur de l'église qu'elle fréquente qu'Émeline croit s'être construite cette représentation.

Il serait tout à fait possible que davantage de femmes aient associé ou associent le VIH/sida à la sorcellerie. Compte tenu que nous sommes occidentale, les interviewées peuvent avoir fait preuve de retenue concernant certaines croyances ou pratiques. En effet, il nous est permis

⁵ La moyenne d'âge des femmes interrogées est de 33 ans.

d'émettre cette hypothèse puisque la croyance en la sorcellerie semble très répandue au Cameroun⁶, mais que cela reste un sujet délicat à aborder avec une personne inconnue, d'autant plus si elle n'est pas africaine.

4.2 Une période à haut risque : l'absence de perception du risque et la première relation sexuelle

Clairement, la période d'absence de perception du risque est peu propice à une prise de précaution, puisque l'on ne peut faire face à un risque dont on ignore, nie ou rejette l'existence, ou encore, sur lequel on croit n'avoir aucun contrôle. La perception du risque est une étape précédant la prise de précaution : la représentation du risque influence le comportement. La probabilité de l'occurrence d'un événement, celui de contracter le VIH/sida, est, durant cette période, inconcevable pour ces femmes. Toutes les femmes ayant vécu cette période d'absence de la perception du risque ont eu des relations sexuelles durant cette même période.

Qui plus est, la majorité des femmes ont vécu leur première relation sexuelle alors qu'elles se situaient dans la période d'absence de perception du risque. En effet, on remarque que lors de cette première expérience, très peu de femmes ont pensé au risque de contracter le VIH/sida et en l'occurrence, ont tenté de contrôler ce risque, donc de se protéger. En excluant les femmes ayant eu leur première relation sexuelle avant 1990, donc à l'époque où le VIH/sida était très peu connu au sein de la population camerounaise, la grande majorité des femmes qui ont vécu leur première relation sexuelle après 1995 n'ont pas pensé au VIH/sida lors de cette expérience. Toutefois, même les femmes qui avaient conscience du VIH/sida, qui croyaient que la maladie représentait un risque pour elles, ne se protégeaient pas forcément. Fatou, 26 ans, qui a eu sa première relation sexuelle en 2005, et qui affirme toujours avoir eu conscience que le sida était un risque pour elle, raconte :

⁶ Nous avons beaucoup discuté de la sorcellerie, de manière informelle, avec les gens que nous avons rencontrés tout au long de notre séjour de huit mois dans le pays. Parmi toutes ces personnes, seules

En fait c'est arrivé, c'est arrivé comme ça, comme il proposait tout le temps, bon, je me suis dit que je voulais connaître, c'est donc aussi un peu comme une curiosité...Je lui ai dit oui et on est passé. La première fois on a pas utilisé [le préservatif]. Bon, c'est arrivé, ce n'était pas planifié, dans les circonstances. Après j'ai commencé à exiger qu'il mette le préservatif.

Seules deux femmes parmi celles interrogées ont utilisé le préservatif lors de la première relation sexuelle. L'une, Nicole, 27 ans, a utilisé le préservatif en toute connaissance de cause, c'est-à-dire qu'elle avait conscience du risque que représentent les MST, le VIH/sida ainsi que la grossesse, et c'était pour elle une certitude que sa première expérience, ayant eu lieu en 2001, serait protégée :

C'était clair que j'allais utiliser un préservatif, puisque mon père il avait travaillé dans le planning familial. L'espacement des naissances, il nous parlait tous les jours de la contraception, il nous disait il faut utiliser les préservatifs pour les maladies, le sida, il faut utiliser les pilules, les pilules du lendemain et tout ça. Donc je ne pouvais pas avoir une relation sexuelle pour la première fois sans avoir au moins une méthode de contraception. Et je me suis dit le préservatif c'est d'abord pour nous préserver de deux choses, des maladies et des grossesses.

Julienne, 24 ans, a eu sa première relation sexuelle en 1999. Bien que cette première relation ait été protégée, c'est grâce à son partenaire, même si elle avait à l'époque conscience de la nécessité de se protéger :

J'avoue que, quand même, c'était un peu du suivisme au début. J'avoue que si j'avais été avec quelqu'un qui n'utilise pas le préservatif peut-être que moi je n'aurais pas tellement insisté. Donc là, comme toutes celles qui commencent leur vie sexuelle j'étais plutôt timide. Mais l'avantage c'était que lui était très regardant sur la question. Donc je savais qu'il fallait se protéger et tout bon, comment lui, je ne savais pas, mais lorsqu'on s'est décidés à faire l'amour et tout, bon, c'est lui qui s'est occupé de ces détails, les préservatifs et tout. Bon par la suite, moi-même je m'associais parce que je me familiarisais avec ce monde là.

quelques-unes nous ont affirmé ne pas croire en aucune forme de sorcellerie.

Enfin, près du tiers des femmes interviewées nous ont affirmé qu'avant d'avoir conscience que le sida représentait un risque personnel, elles utilisaient le préservatif comme moyen de contraception, donc de manière inconstante.

4.3 La rupture - quand sonne le glas

Chez la majorité des femmes interrogées (20/28), il existe un moment charnière, une expérience ou des expériences engendrant une rupture épistémologique, un changement de paradigme face au VIH/sida. La probabilité que survienne un événement, celui de contracter le VIH/sida, devient une réalité pour elles. Quels facteurs interviennent dans l'avènement de cette rupture, comment ces femmes expliquent-elles ce changement de paradigme face au VIH/sida? À travers les paroles des femmes interviewées, nous avons relevé trois facteurs principaux à l'origine de cette rupture épistémologique, soit la confrontation, l'accroissement de la sensibilisation et la passation du test de dépistage.

4.3.1 La confrontation - du sida des autres au sida des miens

Chez les femmes interviewées, c'est la confrontation à une personne atteinte du sida qui constitue le facteur le plus important engendrant un changement de paradigme face au VIH/sida. Sur les 20 femmes pour lesquelles un moment de rupture peut être clairement identifié, 13 affirment que c'est lorsqu'elles ont vu une personne atteinte ou mourir du sida qu'elles ont pris conscience que la maladie constituait un danger réel pour elles.

En 1998, Maria faisait partie des femmes qui n'iaient la réalité du VIH/sida et pour qui la confrontation a engendré un changement d'attitudes face à la maladie :

Je savais ce que c'était [le VIH/sida] mais étant donné que je n'avais pas encore vu une personne atteinte, le sida moi je n'y croyais pas. Bon, alors je crois que c'était en 2000, en 2002, ou en 2001, non en 2000, non je crois en 1998, mon voisin est mort du sida. En fait je ne sais pas si c'est en 1998, enfin, dans la période 2001. Un voisin est mort du

sida donc j'ai dit tiens alors voilà cette maladie existe vraiment, donc il faut s'en méfier et tout et tout. Donc avant ça moi, je n'y croyais pas trop, je n'y croyais vraiment pas.

La personne malade est dans la majorité des cas une personne avec laquelle des liens sociaux existent, comme un membre de la famille ou un voisin, mais elle peut également être plus anonyme, comme un malade à la télévision ou à l'hôpital. Pour certaines femmes, il faudra plusieurs confrontations avant qu'elles ne prennent conscience des risques, mais à la première confrontation, une réflexion prend place :

La fille du mari à ma mère est décédée du sida. Donc, le mari à ma maman a fait un premier mariage, il avait six enfants, alors sa première fille décède, cause de la mort : elle avait le sida. Donc c'est comme ça que ça devenait un peu plus sérieux, donc ça veut dire que ça existe vraiment. Ensuite, un cousin médecin m'amène à l'Hôpital Central, il me fait visiter le pavillon des sidéens, et c'est ça qui m'a vraiment fait prendre conscience.

Julienne, 24 ans

L'entrevue semi-dirigée est un moment où l'interviewée, alors même qu'elle raconte son vécu, fait une auto-analyse de sa propre expérience et objective celle-ci. Pour Lina, 28 ans, l'information sur le VIH/sida était insuffisante pour créer une rupture engendrant un changement de paradigme, c'est l'expérience de la maladie, par la confrontation, qui a fait passer le sida des autres à son possible sida :

À chaque fois que l'on entend parler sida, on entend sida, sida, sida mais on n'a pas toujours conscience de ce que c'est. On a pas toujours conscience tant qu'on a pas vécu, qu'on a pas vu, on se dit « Ah ça concerne les autres, c'est pour les autres ». Quand j'ai vu ça, j'ai compris.

4.3.2 L'intensification de la sensibilisation sur le VIH/sida

Pour expliquer le fait qu'elles ne percevaient pas le risque de contracter le VIH/sida, et qu'elles ne se protégeaient pas lorsqu'elles avaient des relations sexuelles avec des partenaires dont elles ignoraient le statut, par le biais desquels certaines ont contracté le virus,

plusieurs évoquent le fait que le sida n'était pas une réalité, notamment parce qu'elles n'en entendaient pas beaucoup parler, contrairement à aujourd'hui disent-elles :

C'était une réalité [le VIH/sida]⁷ mais pas vraiment, c'était à une époque où on ne faisait pas vraiment des campagnes comme on fait en ce moment, il n'y avait vraiment pas le tapage médiatique qu'on connaît maintenant.

Nicole, 30 ans

Pour illustrer l'intensification de la sensibilisation au VIH/sida, Nicole parle de « culture du sida », en décrivant la médiatisation du VIH/sida dans les trois ou quatre dernières années. Plusieurs femmes affirment que c'est dans les cinq dernières années que la sensibilisation s'est intensifiée et qu'on « parle du sida partout ». Mais avant l'année 2000, il semble que la sensibilisation était plus discrète :

[en 1995] Non, je ne m'étais pas protégée. Je n'avais même pas, je ne pense pas qu'à ce moment là on parlait du sida comme maintenant... c'est par rapport à l'arrivée des médias [sa prise de conscience], tout le monde est obligé de prendre conscience, on en parle partout : dans les kermesses, à l'université, à la télévision il y a des spots qui passent. Même si on ferme les yeux, quand cela défile sur le petit écran, mais à force de répéter ça peut-être dix fois par jour, on est obligé d'accorder un petit regard et de s'intéresser un peu plus.

Laurence, 29 ans

Christine, 27 ans, ne se souvient pas d'avoir entendu parler du condom en 1999, lors de sa première relation sexuelle :

On ne parlait même pas de protection à ce moment là, on parlait même pas de ça, les condoms, je ne sais même pas si je savais ce que c'était.

Le système scolaire ne semblait pas, à l'époque où les femmes interviewées le fréquentaient, être un lieu de sensibilisation ou même d'information sur le VIH/sida. Très peu de femmes ont entendu parler du VIH/sida lorsqu'elles fréquentaient l'école primaire ou secondaire.

Cinq femmes, sur 28, ont mentionné qu'on leur avait parlé du VIH/sida à l'école secondaire. Cependant, cet apprentissage restait abstrait : on demandait la définition de ce qu'est le VIH et le sida. Cet apprentissage par mémorisation ne paraît pas être significatif en terme de compréhension et donc de sensibilisation au risque. Bien entendu, certaines des femmes interviewées fréquentaient l'école secondaire il y plus de 20 ans, mais les plus jeunes ne semblent pas avoir été davantage sensibilisées ou avoir compris ce qu'impliquait le VIH/sida alors qu'elles étaient élèves :

À l'école, on nous a dit que c'est le syndrome d'immunodéficientaire acquis. On récitait ça, mais on savait pas ce que c'était.

Anja, 27 ans

Nous pourrions penser que l'absence de sensibilisation face au VIH/sida dans les écoles allait sans doute de pair avec l'absence d'éducation à la vie sexuelle. Ainsi, Lina, 28 ans, qui fréquentait l'école secondaire du milieu à la fin des années 90, raconte comment elle ignorait tout de la sexualité :

Moi je voyais des films, on voyait que l'homme embrasse la femme, c'est tout ce que je savais. Je ne savais rien d'autre, je n'avais jamais su ailleurs. À 17 ans, quand j'ai vu un homme nu, j'ai dit c'est quoi ça!

Toutefois, il semble qu'il y ait eu, depuis un moment déjà, des activités de prévention sur les campus universitaires notamment lors de la Journée mondiale du sida.

4.3.3 Le test de séroprévalence

Pour sept femmes parmi les 20 femmes chez qui on peut clairement identifier une rupture, la passation du test de séroprévalence constitue une expérience durant laquelle elles ont pris conscience, à divers degrés, de la réalité ou du risque de contracter le VIH.

⁷ Tous les mots se trouvant entre des crochets ont été rajoutés par nous afin de faciliter la compréhension.

Pour Lina, 28 ans, c'est par la confrontation qu'elle fut pour la première fois conscientisée. C'est à partir de ce moment qu'elle a réalisé que le sida pouvait toucher tout le monde, même elle. Cependant, c'est suite à la passation de son test de séroprévalence qu'elle a pris la décision de changer de comportement :

J'ai fait le test malgré moi, ils ont demandé de faire le don du sang au cas où elle en aurait besoin [sa mère allait se faire opérer]. On m'a donné rendez-vous dans deux semaines, j'ai dit moi je retourne pas, je ne veux pas savoir. Après trois semaines, j'ai dit, c'est pas mieux que je sache? [...] J'étais à l'hôpital, j'avais l'impression que j'allais m'évanouir. [...] Avant je n'avais pas conscience, je n'avais pas fait le test, alors pour moi, c'est comme si je venais de naître, alors il fallait faire attention à partir de ce moment.

La possibilité que le test de séroprévalence puisse être positif, si mince soit-elle, amène la personne en attente du résultat à s'identifier à la maladie, puisque c'est sur elle, et non pas sur les autres, que le test est effectué :

À un certain moment après le test, je voyais que c'était négatif, je me suis rendue compte en 2001. Oui, après le test, je me suis rendue compte de ce à quoi j'ai échappé. Ça m'a rassuré, c'est fini les rapports sexuels sans préservatifs.
Françoise, 28 ans

Françoise, comme d'autres, a décidé de faire un don de sang afin de connaître son statut sérologique, elle bénéficiait ainsi d'un dépistage gratuit. D'autres ont dû faire leur test lors de la visite prénatale, la séroprévalence étant systématiquement testée en consultation prénatale dans certaines cliniques. L'angoisse et la peur du résultat semblent également jouer comme de puissants agents de sensibilisation :

Lorsque j'ai fait ma visite prénatale, on a fait le test du VIH. Je suis allée chercher mes résultats un mois plus tard, j'ai eu tellement peur. J'ai pris une résolution, de ne plus jamais avoir de rapports sans préservatifs.
Sophie, 24 ans

Le caractère systématique de la passation du test de séroprévalence pour les femmes enceintes a permis à Christine, 27 ans, de faire passer la réalité du sida des autres à sa possible propre réalité, de faire glisser le risque des autres à elle-même :

Maintenant on te fait savoir que le sida c'est pour tout le monde, c'est pas pour les autres, toi aussi tu peux l'avoir. Si des gens te demandent de faire le test c'est que moi aussi je peux l'avoir. C'est là que je me suis rendue compte que moi aussi je peux l'avoir.

Si la maternité a donné l'occasion aux femmes de faire un test de séroprévalence et par truchement de les sensibiliser face au risque, aucune femme ne nous a mentionné que le désir d'avoir un enfant fut à l'origine de sa prise de risque, bien que notre questionnaire ne comprenait pas de question spécifique à cet égard.

Parmi les 28 femmes que nous avons interviewées, 19 ont déjà, à un moment de leur vie, effectué un test de séroprévalence (donc 68%). Selon l'EDS-III (République du Cameroun, 2005), effectuée en 2004, 17,9% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus ont déjà passé un test de séroprévalence et ont retiré leur résultat dans les douze mois précédant l'enquête. Cette différence s'explique sans doute par le fait que l'EDS-III mesure le pourcentage de femmes ayant effectué le test seulement durant les douze mois précédant l'enquête et que les femmes de notre échantillon ont en moyenne un niveau d'instruction supérieur de quatre années scolaires par rapport au niveau d'instruction secondaire de l'EDS-III.

Enfin, notons que le moment de la rupture se déroule, chez la majorité des femmes pour lesquelles il est possible d'identifier un tel moment, entre les années 1999 et 2005.

4.4 L'ajustement au risque

Si la confrontation, la sensibilisation et la passation du test sont les principaux facteurs engendrant une rupture épistémologique, par quoi s'accompagne celle-ci? Que se passe-t-il

concrètement une fois que ces femmes affirment avoir pris conscience du risque que constitue le VIH/sida pour elles? Se protègent-elles systématiquement avec tous leurs partenaires? Sinon, comment expliquent-elles l'inconstance de leur prise de précautions? Choisissent-elles de se protéger et en sont-elles capables? Quelles en sont les raisons ?

Tout d'abord, notons que le changement de perception du risque d'infection face au VIH/sida suite à ce que nous nommons une rupture ne s'accompagne pas forcément d'un changement de comportements immédiat. En effet, il s'agit plutôt d'un processus de changement, s'étalant sur une durée variable, celui-ci étant plus ou moins drastique suivant les femmes. Ainsi, plusieurs modes d'adaptation au risque existent dans la période d'ajustement.

4.4.1 L'intransigeance face au risque

Près du tiers des femmes interviewées affirment qu'elles refusent désormais catégoriquement d'avoir une relation sexuelle sans préservatifs. À partir du moment où ces femmes en ont pris la décision, elles affirment avoir toujours utilisé un préservatif lors d'une relation sexuelle. Françoise, qui a 28 ans, raconte qu'elle a utilisé le préservatif sans exception durant trois ans avec son précédent partenaire, qu'elle espérait épouser. Il semble qu'il s'agissait de son choix, mais que son partenaire était coopératif :

Parfois il demandait, il ne voulait pas utiliser, mais je lui disais qu'il en était pas question, toujours. Il est arrivé qu'on se retrouve sans préservatif à une certaine heure, je lui ai dit écoute tu vas acheter ou rien du tout hein. Et il descend pour acheter.

Françoise affirme qu'en aucun temps elle avait peur qu'il ne la quitte pour cette raison, mais semble considérer qu'une telle attitude n'est pas commune :

J'ai vraiment eu la chance de tomber sur quelqu'un de très affectueux, qui m'aime et qui comprend le besoin hein, il sait que c'est pas parce que je l'aime pas, mais c'est, c'est pour nous deux. C'est pour le préserver et pour me préserver. C'est une chance inouïe que j'ai.

Le cas de Françoise est toutefois particulier. En effet, elle est la seule femme interviewée qui affirme avoir utilisé un préservatif avec un partenaire stable durant une si longue période. En effet, les autres femmes que l'on pourrait qualifier d'intransigeantes face à la prise de risque, et ici en l'occurrence face au port du préservatif, n'ont pas de partenaires stables depuis une longue durée, ou ont des partenaires de manière sporadique.

Rosanne, 25 ans, est étudiante. Depuis deux ans, elle ne reçoit plus d'aide de sa famille pour ses études. Elle vit en résidence universitaire. Pour s'en sortir, elle a fréquenté des hommes qui l'aidaient financièrement, ce qu'on nomme communément au Cameroun des «sponsors ». L'argent était un critère pour qu'elle fréquente ces hommes. Elle n'avait alors pas conscience du risque face au VIH/sida. Si le partenaire ne lui proposait pas d'utiliser le préservatif, elle n'en demandait pas. Plusieurs événements sont venus changer sa perception du risque, l'élément déclencheur de sa prise de conscience étant le décès de sa tante des suites du sida. Depuis près d'un an, elle exige systématiquement le préservatif. Elle a eu un «sponsor » entre temps, avec qui elle s'est protégée, mais il avait lui-même des préservatifs. Sinon, elle affirme que les étudiants à la cité universitaire ont des préservatifs et ne refusent pas de les utiliser.

Je n'ai pas eu de mal à demander le préservatif depuis que j'ai décidé de me protéger.

Lorsqu'elle rencontrera un partenaire avec lequel elle aura envie de fonder une famille, ils iront faire les tests affirme-t-elle.

4.4.2 La prise de risque variable

D'autres femmes, près du tiers également, utilisent de manière inconstante le préservatif avec leur partenaire régulier qu'elles fréquentent depuis plusieurs années. Elles demandent parfois à utiliser le préservatif durant les périodes fécondes. Plusieurs de ces femmes connaissent toutefois leur statut sérologique ainsi que celui de leur partenaire.

Christine, 27 ans, entretient une relation instable avec le père de son enfant depuis plus de 7 ans. Ils ont tous les deux fait le test. Parfois elle demande à utiliser le préservatif, particulièrement lorsqu'elle n'a pas vu son partenaire depuis longtemps et qu'elle doute qu'il ait eu des relations avec une autre femme. Son partenaire accepte alors d'utiliser le préservatif. Mais cela n'est pas systématique, parfois elle accepte d'avoir une relation non-protégée :

Parfois je suis ferme, si j'ai déjà dit on utilise le préservatif, quoi qu'il dise on va l'utiliser, quoi qu'il fasse on va l'utiliser. Bon il y a des fois je ne pense même pas à ça, je ne cherche même pas le préservatif bon. Je ne pense parfois pas à ça, comme je dis ça prend parfois 2-3 mois jusqu'à ce qu'on se revoie. Et ça dépend comment on s'est séparé. Si on s'est séparés par une dispute par exemple, lui pour lui, sortir avec les filles c'est comme s'il me faisait du mal, vous comprenez un peu?

Elle espère que son partenaire utilise des préservatifs avec les autres filles, mais elle ignore s'il le fait. Elle est consciente que le fait d'utiliser parfois des préservatifs ne la protège pas. Toutefois, il lui est arrivé d'avoir d'autres partenaires entre temps, avec lesquels elle se protégeait systématiquement en utilisant des préservatifs.

L'exemple de Maria, 28 ans, démontre bien comment l'ajustement est un processus, et non forcément systématique suite à la rupture. À une certaine époque, elle était déjà consciente du risque de contracter le VIH/sida, mais sa perception du risque n'était pas encore affirmée comme aujourd'hui. Dans sa gestion du risque, d'autres facteurs venaient supplanter sa prise de précautions, comme le domaine affectif :

Alors quand j'ai rencontré Julien, je lui ai dit est-ce que tu veux utiliser le préservatif et il m'a dit non non non, je n'utilise pas de préservatif. Si je l'ai suivi c'est que j'avais peur qu'il me laisse tomber. Parce que j'avais déjà fait un an et plus sans avoir d'homme dans ma vie alors je trouve un homme (rires) et le perdre tout suite là, à la limite c'était hors de question.

Au moment de l'entrevue, Maria était en couple mais se protégeait désormais sans exception, parce qu'entre temps son voisin est mort du sida et qu'elle « ne veut plus faire les erreurs du passé ».

Il aurait été également intéressant de connaître les caractéristiques du partenaires (âge, statut social, etc.) afin de comprendre comment celles-ci influencent la prise de risque. Nous n'avons cependant pas creusé cette question.

4.4.3 L'impossibilité de faire face au risque

Si la grande majorité des femmes célibataires ou en couple réussissent à demander ou à exiger le préservatif lorsqu'elles-mêmes désirent l'utiliser, d'autres femmes, principalement celles étant mariées, n'ont pas ce pouvoir avec leur mari.

Francine est mariée depuis plus de 20 ans. Elle sait que son mari a des aventures et qu'il ne se protège pas, puisqu'il a eu deux enfants avec deux autres femmes, dont l'un est né en 2005. En 2004, elle a attrapé une MST, qu'elle est allée faire soigner :

On me prescrit des médicaments pour qu'on prenne en couple, quand j'arrive il me dit non, lui il n'est pas malade, pourquoi je l'embête avec ces histoires de traitement. Et je lui ai dit dans ce cas, il faut utiliser le préservatif. Il m'a fait trop de problèmes, il ne peut pas utiliser le préservatif avec sa femme. J'y pense toujours, toujours, toujours, toujours, j'y pense à chaque jour [au VIH/sida]. Chaque fois qu'on a même des relations sexuelles j'y pense, peut-être que c'est ma part que je prends aujourd'hui. Donc j'y pense tous les jours mais je n'ai pas les moyens de me défendre... On ne peut pas se protéger avec son mari. On ne peut pas se protéger avec son mari.

Francine a un travail qui, dans le contexte camerounais, est bien rémunéré (600 000 CFA par mois, environ 1200 \$ canadiens). C'est elle qui a payé la maison dans laquelle elle vit avec sa famille. Toutefois, elle affirme ne pas avoir la force de refuser une relation sexuelle, par peur des conséquences d'un tel refus et des conflits que cela pourrait engendrer :

Il te met dehors, le temps que tu saisisse les tribunaux, tu es quand même dehors, la loi ne protège pas suffisamment la femme camerounaise. J'ai conçu la maison, on vit là dedans mais il me met dehors, en attendant que j'aie devant les tribunaux, il faudra attendre 2-3-4 même 5 ans.

Joséphine, 44 ans, affirme que son mari a déjà accepté d'utiliser le préservatif, mais elle ne peut pas lui imposer comme elle le souhaiterait :

Oui, avec mon mari au début, lorsque je l'ai soupçonné [d'être infidèle], je lui ai dit essayons un peu, comme nous n'en avons jamais utilisé, essayons de voir comment ces histoires sont. Il m'a dit qu'il ne fait pas, qu'il ne veut pas. Bon une ou deux fois on en a utilisé. Puis il m'a dit qu'il ne veut pas. On en a plus jamais utilisé. Donc si mon mari dit qu'on l'utilise, je l'utilise, s'il me dit qu'on l'utilise pas je ne l'utilise pas. Mais si j'avais à choisir, je choiserais de le faire avec le préservatif. Parce que non seulement ça préserve du sida, mais il y a d'autres maladies, là-dedans que ça protège.

Tout comme Francine, Joséphine n'a pas le pouvoir de refuser une relation sexuelle :

Mais si vous refusez de vous accoupler avec votre mari il vous viole, moi j'appelle ça un viol. Parce que l'amour, on fait l'amour, on s'accouple lorsqu'on est d'accord. Donc quand je refuse, c'est la bagarre et après la bagarre, bon, il obtient de quelque manière que ce soit.

Jacinthe, 48 ans et mariée, affirme que la législation camerounaise rend difficile le refus d'une relation sexuelle lorsqu'une femme est mariée :

À cause de nos lois, qui autorisent les hommes à faire ce qu'ils veulent, nos textes permettent à l'homme de faire ce qu'il veut. La femme refuse de faire l'amour, il peut aller chercher une deuxième.

Le mari de Francine a perdu son emploi au début des années 90. Depuis, il ne travaille plus et c'est elle qui subvient aux besoins de sa famille, grâce à son emploi bien rémunéré. Quoiqu'elle ait eu des soupçons à un moment face à la fidélité de son mari, le fait qu'il ne travaille pas la rassure à cet égard :

Je me dis que comme il n'a pas assez d'argent, parce que les femmes là dehors demandent à être entretenues, comme il n'a pas assez d'argent, il ne va pas dehors, c'est ce que je me dis dans ma tête.

Marlyse, 35 ans, a le pouvoir de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari, ce qui lui est déjà arrivé lorsqu'elle a appris qu'il avait une autre partenaire. Cependant, c'est parce qu'elle a les capacités de faire face aux conséquences qu'elle peut assumer son refus :

Les femmes, nous qui travaillons on a cette possibilité [de refuser une relation sexuelle avec son mari], pendant ce temps que je dis non, je peux survivre, même s'il me donne pas. Parce qu'il y a ce chantage là, il y a ce chantage là. Comme tu dis non, je coupe la ration. La ration est pas juste coupée pour moi, aussi pour les enfants. Mais si je n'avais pas de salaire, je ferais comment?

4.4.4 La confiance et l'infidélité

Les femmes ayant un partenaire régulier qui choisissent ou qui ne peuvent pas utiliser systématiquement le préservatif comme moyen de protection contre le VIH/sida déplacent le contrôle du risque d'elles-mêmes à leur partenaire. Certains de ces couples, d'un commun accord entre les deux partenaires, choisissent de passer ensemble le test de séroprévalence. Dans d'autres cas, les partenaires ont tous deux fait les tests de séroprévalence, mais à des périodes différentes.

Qu'elles connaissent ou non le statut sérologique de leur partenaire, ces femmes remettent en quelque sorte leur santé entre les mains de ce dernier : c'est de leur fidélité et surtout de leur comportement en cas d'infidélité dont dépend leur risque face au VIH/sida.

Parmi les 28 femmes que nous avons interviewées, 21 ont affirmé qu'au moins un des partenaires qu'elles ont eus voyait une ou d'autres femmes alors qu'elles étaient en couple avec lui. Cinq femmes ont affirmé déjà avoir vécu une aventure extra-conjugale ou trompé leur partenaire alors qu'elles étaient en couple. Toutefois, depuis qu'elles sont conscientes du risque de contracter le VIH, elles se sont systématiquement protégées. Par exemple, l'une

d'entre elles a eu une aventure en 1997, alors qu'elle ne percevait pas encore le risque. Mais lors d'une aventure subséquente en 2004, elle a exigé le port du préservatif. Aucune n'affirme avoir éprouvé de la difficulté à demander le port du préservatif à ces partenaires.

La majorité des femmes interviewées ont un discours négatif vis-à-vis la fidélité des hommes :

Dans notre contexte camerounais, c'est impossible qu'un homme soit fidèle.
Germaine, 49 ans

Julienne, 24 ans, mère d'un enfant et vivant en couple, a décidé de vivre avec l'infidélité de son partenaire, puisqu'elle avait besoin de son appui au niveau financier mais également parce qu'elle s'est résignée à ce qu'elle croit être inévitable :

C'est pas bien, c'est pas bien du tout [l'infidélité]. Je me souviens, j'avais même décidé de rompre avec lui à cause de ça. Mais je me suis bien rendue compte que forcément, tout le monde faisait ça. Les hommes en général. Je me suis remise avec lui pas vraiment de gaieté de cœur. Bon il faut dire que la question financière entrainait aussi en jeu. Parce que si je n'étais pas avec lui, je devenais fragile sur le plan financier. On est [les femmes] quelque peu limitées dans notre relation avec les hommes, parce que dans le cadre de ma relation avec mon copain par exemple, donc pour lui la fidélité c'est la propriété d'abord de la femme, donc pour lui ce n'est pas une discussion, par définition, le ciel est bleu et il est gris quand il va pleuvoir. Pour lui, être fidèle pour les femmes, c'est une chose évidente, voilà, c'est aussi évident que l'eau du ciel. Donc une femme, une fois qu'elle est avec un homme, elle se calme, lui, bouge, il a des copines à gauche et à droite, toi tu restes là. Voilà, et je suis assez contre cette pratique. Et le problème est que si tu quittes ton copain il est vraiment infidèle, tu vas chez monsieur X et c'est la même chose. Et là tu vas accepter qu'il te trompe parce que l'autre aussi il t'a trompée. Il y en a beaucoup qui vont accepter ça. Par exemple j'ai beaucoup de sœurs qui sont plus vieilles que moi, qui sont mariées aussi, et bon, c'est la même chanson aussi, elles n'ont pas le choix.

Trois autres femmes ont affirmé, tout comme Julienne, que leur partenaire leur avait dit que l'infidélité était l'affaire des femmes et que ce principe ne s'appliquait pas aux hommes, signifiant que si un homme a une relation sexuelle avec une autre femme que sa conjointe, il

ne s'agit pas d'infidélité mais que si une femme a une relation sexuelle avec un autre homme que son conjoint, alors elle est infidèle.

Bien des femmes se sentent impuissantes devant l'infidélité de leur partenaire et croient qu'elles ne peuvent rien devant la situation, comme le raconte Jacinthe, 48 ans, mariée :

L'entourage de mon mari, ses amis, même mes frères à moi, cautionnent qu'il ait des maîtresses.

Près de la moitié des femmes qui affirment que leur partenaire a été infidèle croient que celui-ci utilisait le préservatif avec les autres femmes, mais elles ne peuvent en être certaines.

4.4.5 Le préservatif, une affaire d'homme

Le préservatif reste le moyen le plus efficace de se protéger du VIH/sida, outre la fidélité ou l'abstinence. Parmi toutes les femmes interviewées, l'une avait essayé une fois le préservatif féminin, qu'elle n'a pas apprécié.

Si nombre de femmes affirment que la demande du préservatif était leur initiative, seules quatre femmes ont au cours de leur vie acheté des préservatifs. Pour Nicole, 30 ans, le préservatif est d'abord l'affaire des hommes :

Dans notre culture camerounaise, c'est les hommes qui utilisent les préservatifs, c'est les hommes qui achètent les préservatifs, c'est pas les femmes.

Lina, 28 ans, parvient à demander le préservatif à ses partenaires, mais en acheter n'est pas un exercice simple, dû au regard des autres :

Je lui ai parlé de préservatifs et j'ai constaté qu'il en avait lui-même. Ça m'a un peu soulagée... Je n'ai pas le courage d'en acheter jusqu'à maintenant. J'ai honte d'en acheter, je n'arrive pas. Enfin, j'ai jamais essayé, mais je me dis j'aurais trop honte. J'ai l'impression que si je vais acheter, tout le monde saura voilà elle achète pour aller... c'est un peu ça qui me gêne.

Ces quatre femmes osant acheter des préservatifs sont âgées de 43 à 49 ans. L'autre, Christine, âgée de 27 ans, raconte qu'à la pharmacie, elle demande les préservatifs un peu en riant, en demandant ce que c'est. Elle dit ne pas avoir honte d'en acheter.

CHAPITRE V

ANALYSE

En vue des résultats obtenus par le biais des entrevues que nous avons menées, comment répondre à notre question de recherche : « Quelles sont les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida? » Pour se faire, rappelons que l'un de nos angles d'analyse porte sur les *capabilités*, c'est-à-dire les potentialités, les ressources et l'aptitude à les utiliser qu'ont les femmes instruites afin de faire face au risque (Sen, 1992). Se faisant, nous identifierons également à quelles dimensions se rapporte leur vulnérabilité. Lorsqu'elles ne détiennent pas les *capabilités* pour faire face au risque, nous identifierons à quelles dimensions, et ses caractéristiques, réfère leur vulnérabilité.

Il semble que les *capabilités* des femmes à faire face au risque de contracter le VIH/sida soient très inégales en fonction du contexte social et de la période dans laquelle elles se situent face à la perception du risque. Ainsi, leur vulnérabilité est de loin plus importante dans la période d'absence de perception du risque dans les années 80 et 90 que dans la période post-rupture après l'an 2000.

5.1 L'absence de la perception du risque et le contexte social des années 80 et 90 : un mélange explosif

L'absence de perception du risque est fortement reliée au contexte social des années 80 et 90. Nous présenterons ci-dessous les relations existantes entre la perception du risque, les représentations sociales et la lutte contre le VIH/sida au Cameroun dans les années 80 et 90.

5.1.1 Perception du risque, représentations sociales et lutte contre le VIH/sida

Toutes les femmes interviewées étaient vulnérables face au VIH/sida lorsqu'elles se trouvaient dans la période d'absence de perception du risque, notamment dû à leurs représentations sociales. La définition de la représentation sociale de Fischer illustre bien la relation entre l'idée que se faisaient ces femmes des personnes à risque et l'absence de la perception de leur propre risque, et donc de l'absence de précautions : « La représentation sociale est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux [ici le VIH/sida] en catégories symboliques [ici prostituées, hommes mûrs, homosexuels] et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales (1987, p.118). » Les femmes interviewées, en tant que personnes fréquentant l'école, ne se prostituant pas, ayant des partenaires instruits, ne se retrouvaient donc pas dans la catégorie symbolique à laquelle elles assimilaient le VIH/sida.

Jodelet ajoute que les représentations sociales «... interviennent dans des processus aussi variés que la diffusion et l'assimilation des connaissances... » (1989, p.37). Si les femmes instruites sont davantage en mesure d'accéder à l'information (Jejeebhoy, 1995), il se pourrait bien que devant des politiques de lutte contre le VIH/sida inappropriées, elles deviennent celles étant les plus exposées à assimiler une information en partie réductrice face au risque. En effet, les politiques publiques de lutte contre le VIH/sida au Cameroun

s'avèrent avoir été très peu efficaces jusqu'à la fin des années 90 (Videloup, 2005; Eboko, 1996). Caractérisée par une *adhésion passive*⁸, la lutte camerounaise contre le VIH/sida fut fortement influencée par les politiques de l'OMS, dont le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) s'inspira en grande partie. Or, à la fin des années 80 et dans les années 90, l'OMS, en se basant sur les statistiques des taux de séroprévalence, avait pour cible des groupes à risques comme les prostituées, les camionneurs, les militaires, les étudiants et les écoliers. Les messages dirigés vers la population féminine s'adressent donc principalement aux prostituées, et de manière moins importante aux écolières et aux étudiantes, ce qui a comme conséquence de produire des effets pervers, comme le souligne Videloup : « D'une part, cela entraîne la stigmatisation des prostituées et d'autre part, les femmes qui ne se prostituent pas pensent qu'elles n'encourent aucun risque de contamination, que le message diffusé ne leur est pas adressé, que le VIH/sida ne les concerne pas » (2005, p.14). De plus, l'accès des femmes instruites à une plus grande source d'information influence également la construction des représentations du risque chez celles-ci. Ainsi, ces femmes avaient accès aux journaux et à ce qui se passait à l'étranger, comme le souligne Germaine, 49 ans :

Il y avait les journaux également, parce que disons qu'on a de l'information en lisant aussi les journaux, ce qui se passait et tout en Occident, c'est comme ça que l'Occident a d'abord présenté le sida comme étant une maladie qui excellait, qui était toujours dans le milieu des drogués, des prostituées et des homosexuels.

Que dire toutefois de la sensibilisation faites auprès des scolaires et des étudiantes, qui constituaient un groupe cible? Les femmes instruites qui fréquentaient à cette époque l'école secondaire ou l'université ne semblent pas avoir été sensibilisées par ces mesures de

⁸ Selon Eboko (2005), la forme politique et sociale que prend la lutte contre le VIH/sida dépend de la culture politique d'un État donné. L'auteur identifie trois schémas de culture politique, qui ne sont pas immuables : la dissidence active, la participation active et l'adhésion passive. La dissidence active s'applique à un pays comme l'Afrique du Sud, qui rejette ouvertement les solutions du Nord dans la lutte contre le VIH/sida, mais se caractérise par une lutte dynamique contre la maladie, quoique ayant donné des résultats décevants. La participation active, dont l'Ouganda et le Sénégal sont de bons exemples, se caractérise par le courage politique face à l'épidémie ainsi que la participation de la société civile, notamment les PVVIH. L'adhésion passive se caractérise d'un côté par l'adhésion au discours des institutions internationales sur le VIH/sida et de l'autre par le manque de participation active dans la lutte contre l'épidémie.

prévention. Les crises politiques (i.e. les *opérations villes mortes*) et le climat économique (récession, PAS, dévaluation du franc CFA) pourraient expliquer le peu de portée des messages de sensibilisation s'adressant aux étudiantes de cette époque:

J'ai fait l'université de Yaoundé, j'ai fait Soa aussi, j'ai eu ma licence, donc je suis entrée à l'université en 92, mais je suis sortie seulement en 97. À l'époque, on boycottait le gouvernement en place, c'est-à-dire qu'on était pas content, parce qu'on souffrait beaucoup, on nous demandait, c'est-à-dire avant nous, on ne demandait pas la pension, mais immédiatement quand on est arrivé, non seulement on a enlevé, on a suspendu la bourse, ce qui fait qu'on était pas du tout content.

Rachelle, 43 ans

L'expérience d'anciennes étudiantes que nous avons interviewées ainsi que l'apparente inefficacité de la sensibilisation du milieu universitaire dans les années 90 nous portent à corroborer les propos de Fay, selon lesquels les gens lettrés sont certes les plus touchés par les messages de sensibilisation, mais sont aussi ceux ayant le plus de méfiance vis-à-vis l'État et de l'Occident (1999). Les propos de Rachelle, 43 ans, évoquent bien ce scepticisme :

Un jour un de nos enseignants a dit « Votre sida, c'est une psychose mentale, votre sida n'existe pas ». Vous imaginez un amphi plein d'étudiants, donc on ne voit pas, quand il vous dit ça dans la salle, sur 300 étudiants, il y a 250 qui peuvent le croire. Il dit que c'est une psychose mentale, ça n'existe pas. Peut-être 50 seulement vont croire que ça existe, que c'est vrai.

Les modalités de mise en place de la lutte contre le VIH/sida jusqu'à la fin des années 90 ne sont sans doute pas étrangères au manque d'adhésion aux messages de sensibilisation des femmes instruites interviewées. Au Cameroun, les politiques de lutte contre le sida ont longtemps été entre les mains du pouvoir médical et il a fallu attendre la fin des années 90 pour que la société civile acquière une légitimité face à ce pouvoir et puisse participer à la lutte. La mobilisation « [...] semblait réduite à la tenue de colloques, conférences et autres séminaires (Eboko, 1996, p. 137). » L'absence de débat public sur la question et d'appropriation du problème du VIH/sida par les communautés, notamment par les associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), pourrait expliquer l'inefficacité de la

sensibilisation, comme le suggèrent Peto et al. Umubyeyi, qui a élaboré un rapport pour Médecins sans frontières concernant la lutte contre le sida et l'accès aux anti-rétroviraux au Cameroun, « n'y va pas de main morte » pour décrire le contexte des deux premières décennies (80 et 90) de la lutte au Cameroun : « ...cet État désorienté, délégitimé par une décennie de crise et d'importants cafouillages dans la mise en œuvre d'une ouverture démocratique imposée, cet État privé de son pouvoir de régulation sociale par les PAS ne pouvait répondre au défi du sida que par un jeu de dupes meurtrier [faisant référence au fait que l'État a, durant deux décennies, prétendu mettre en œuvre une politique de lutte efficace] (2002, p. 44) ».

5.1.2 Dimension de la vulnérabilité avant l'an 2000 : le contexte social

L'une des dimensions de la vulnérabilité commune aux femmes instruites avant les années 2000 est le contexte social, plus particulièrement le domaine politique, influencé par le contexte économique. D'une part, les politiques de lutte contre le sida, c'est-à-dire l'approche par groupes à risque, tant au niveau national qu'international, ont sans doute contribué à la création de représentations sociales peu propices à la perception du risque chez les femmes instruites. D'autre part, le climat politique du début des années 90, ainsi que les conditions économiques, rendent la légitimité de l'État fragile, d'autant plus que cette dernière est davantage remise en question au sein des milieux lettrés, donc chez les femmes instruites. Qui plus est, les caractéristiques de l'appropriation de la lutte contre le VIH/sida par l'État, c'est-à-dire son *adhésion passive*, ne contribue pas à faire circuler l'information au sein des populations. Enfin, ajoutons à cela la montée fulgurante, à cette période, des taux de séroprévalence ainsi que le fait que les femmes instruites ont davantage de partenaires, et nous obtenons les ingrédients, qui, mis ensemble, rendent les femmes auxquelles nous nous sommes intéressées particulièrement vulnérables face au VIH/sida.

5.2 Les années 2000 : un contexte social favorable à la rupture

La politique de lutte contre le VIH/sida au Cameroun prend un tournant à la fin des années 90 et particulièrement au début du troisième millénaire. Selon Umubeyi, c'est en 1999 que le président Paul Biya aurait pour la première fois abordé la question du VIH/sida publiquement au Cameroun (2002). De plus en plus conscients du problème de l'épidémie, entre autres par son ampleur (taux de séroprévalence de 11% en 2000), les politiciens, particulièrement les ministres de la santé qui se sont succédé, en font l'une de leur priorité. Cet engagement vis-à-vis l'épidémie n'est sans doute pas étranger au contexte international, notamment à la définition des Objectifs de développement du millénaire (ODM), dont le sixième objectif vise à « combattre le VIH/sida ». Le gouvernement camerounais intègre donc cet objectif dans son DSRP et met en place un Plan national stratégique de lutte contre le VIH/sida quinquennal, décentralisé et multisectoriel⁹. Selon Umubyeyi et Eboko, les politiques de lutte contre le VIH/sida au Cameroun sont fortement dictées de l'extérieur compte tenu de sa dépendance financière vis-à-vis les bailleurs de fonds et de sa culture politique (2002; 2002). C'est également dans cette mouvance que la réponse face au VIH/sida devient plus locale et que la société civile et les PVVIH sont incluses dans les stratégies de lutte. En effet, afin d'être éligible à l'initiative d'allègement de la dette des Pays pauvres très endettées (PPTE), le Cameroun élabore un DSRP, dont l'une des « conditionnalités » implicites est une plus grande participation de la société civile. Toutefois, malgré ce qui semble être une avancée majeure dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun, il semble qu'en 2002, le plan multisectoriel de 2000 ne s'était pas encore concrétisé sur le terrain (Umubyeyi, 2002, p. 52).

C'est donc en regard du contexte social et plus spécifiquement politique, que nous pourrions comprendre que bien des femmes affirment que c'est l'intensification de la lutte, notamment

⁹ Avant 2000, le CNLS avait comme principal partenaire le Ministère de la santé. Il s'agissait alors d'une gestion médicale du problème. Avant le Plan stratégique 2000-2005, cinq autres ministères ont élaboré leur plan de lutte : l'éducation nationale, la défense, la condition féminine, la jeunesse et les sports et les affaires sociales.

ce que Nicole appelle « le tapage médiatique », qui ait été un élément déclencheur de la rupture épistémologique qu'elles ont vécue, entraînant un nouveau paradigme face au VIH/sida. Le test de dépistage comme élément de rupture pourrait également être relié à l'intensification de la lutte, donc au contexte politique camerounais et international. En effet, la systématisation de la passation des tests de séroprévalence lors de la grossesse dans bien des cliniques de Yaoundé ou encore de Douala, où les femmes interviewées ayant subi le test lorsqu'elles étaient enceintes vivaient, constitue une conséquence directe de la prise en charge de la lutte par l'État. L'intensification de la lutte s'est notamment concrétisée par des campagnes au cours desquelles des dépistages gratuits ont été offerts dans les universités, lors des jeux universitaires par exemple, ou pour la population en générale lors de la Journée internationale du sida les 1^{er} décembre et pour les femmes en particulier lors de la Journée internationale de la femme à chaque 8 mars.

Par ailleurs, la rupture vécue par celles affirmant avoir été confrontées à la maladie peut se comprendre par la montée exponentielle des taux de séroprévalence et son point culminant en 2000. Forcément, un taux de séroprévalence plus important augmente les probabilités de connaître un proche ayant contracté la maladie.

Par ailleurs, soulignons que le milieu de vie urbain favorise aussi la rupture qu'ont vécue ces femmes. En effet, les campagnes de sensibilisation, la systématisation du test de séroprévalence dans les cliniques, l'intensité démographique des villes, la présence des universités, le fait de vivre dans la capitale politique du pays (pour celles vivant à Yaoundé depuis plusieurs années, ce qui est le cas pour la grande majorité des femmes interviewées) favorisent à la fois les probabilités d'être confronté à une personne atteinte, l'accès au test de dépistage ainsi que l'accès aux messages de sensibilisation. Pour démontrer le contraste entre la sensibilisation en ville et en milieu rural, lorsque nous étions dans un village situé à environ 100 km de Yaoundé en 2006, plusieurs villageois nous ont avoué ne jamais avoir été entretenus sur le VIH/sida.

5.3 La passation du test de dépistage : la capacité d'utiliser les ressources

La forte proportion de femmes que nous avons interviewées ayant fait le test de séroprévalence est remarquable (19/28). Parmi ces femmes, huit n'ont toutefois pas entrepris les démarches de passation de test de manière totalement volontaire. En effet, quatre d'entre elles l'ont passé parce qu'elles étaient enceintes, l'une l'a passé par le biais des examens annuels exigés par son entreprise, et d'autres pour des problèmes de santé. Les autres femmes ont passé le test de manière volontaire. Plusieurs parmi ces dernières ont su utiliser de manière efficace les ressources disponibles afin d'en retirer un avantage, comme Françoise, 28 ans, qui va régulièrement faire des dons de sang notamment pour connaître son statut sérologique.

Dans le cas des femmes ayant effectué leur test de dépistage alors qu'elles étaient enceintes, nous pouvons constater que ces femmes ont grandement accès aux soins de santé prénataux. Statistiquement, on remarque que les femmes vivant à Douala et à Yaoundé sont celles utilisant le plus les services de soins prénataux (République du Cameroun, 2004, p. 141). Nombre d'études démontrent clairement une corrélation positive et significative entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation des services prénataux dans les pays du Sud (Elo, 1992). Au Cameroun, l'EDS-III montre qu'au niveau national, 41% des femmes non instruites déclaraient ne pas avoir eu recours aux soins prénataux, contre 2% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus (République du Cameroun, 2004, p. 144). L'instruction augmenterait notamment la connaissance qu'ont les femmes des services de santé modernes, favoriserait leur adhésion à la médecine moderne et améliorerait leurs capacités à discuter avec les personnes offrant ces services.

Toutefois, ce qui est démarquant chez les femmes que nous avons interviewées est leur capacité à transformer l'expérience du dépistage en une réflexion sur leur perception du risque. Jejeebhoy affirme que les aptitudes cognitives développées à travers l'instruction

permettent aux femmes de s'approprier davantage l'information. Il serait intéressant de savoir si l'impact de la passation du test de séroprévalence diffère selon le niveau d'instruction. Selon les conclusions de Weinhardt et al. (1999), qui ont entrepris une analyse à partir des données de 27 études relatant des comportements sexuels avant et après la passation du test, il semblerait que la corrélation entre la passation du test et la réduction de comportements à risque soit observable chez les personnes séropositives seulement. Ainsi, il n'y aurait pas de modification des comportements plus significative chez les personnes non-testées que chez les personnes testées séronégatives. L'ONUSIDA a également publié une étude dans laquelle elle relate les résultats de plusieurs enquêtes sur le terrain dans divers pays d'Afrique (2002). Contrairement aux conclusions de Weinhardt et al. (1999), on dénote, dans tous les pays, un changement de comportement des personnes séropositives après le dépistage ou encore au sein des couples sérodifférents. Pour les personnes séronégatives, notamment dans une étude faite en Zambie, on constate une augmentation de l'utilisation du préservatif ainsi qu'un moindre nombre de partenaires occasionnels après la passation du test (ONUSIDA, 2002, p. 77).

Malgré ces données contradictoires, selon nos résultats, le fait que les femmes instruites aient grandement recouru à la ressource qu'est le dépistage du VIH diminue leur vulnérabilité face au VIH, puisque cette expérience, pour plusieurs d'entre elles, annonce un changement de paradigme et une diminution de la prise de risque.

5.4 La situation actuelle des femmes instruites face au VIH/sida

« La caractéristique principale de la négociation et de la hiérarchisation [du risque] demeure qu'elles ne sont jamais figées et que la forme qu'elles prennent est nécessairement circonstancielle. »

-Laurent Vidal, 2000

Nous avons précédemment constaté que le contexte social, plus particulièrement le domaine politique mais également économique, des années 80 et 90 fut défavorable aux femmes

instruites, pouvant en partie expliquer leur vulnérabilité de l'époque. Le contexte de la lutte contre le VIH/sida à la toute fin des années 90 ainsi qu'au début des années 2000 et la hausse du taux de séroprévalence ont facilité une prise de conscience face au risque de contracter le VIH. Chez plusieurs femmes, on constate un changement de paradigme, qui se traduit par divers modes d'adaptation de leurs comportements.

La prise de risque actuelle des femmes que nous avons interrogées est variable, quoiqu'elles aient presque toutes vécu un moment de rupture et qu'elles considèrent le VIH/sida comme constituant une menace personnelle. Comment comprendre, au regard des données de nos entretiens, que certaines femmes parviennent à contrôler le risque face au VIH/sida, par une intransigeance complète, alors que d'autres s'exposent toujours à des risques, de façon plus ou moins importante? En somme, dans un contexte de lutte contre le VIH/sida plus favorable et suite à la rupture et à un changement de paradigme concernant le VIH/sida, donc à la perception du risque que représente la maladie, quelles sont les caractéristiques actuelles de la vulnérabilité des femmes instruites?

5.4.1 Le statut au cours du cycle de vie : la femme mariée

L'une des caractéristiques communes aux femmes qui affirment ne pas avoir le pouvoir de se protéger comme elles le souhaitent est leur statut : ces femmes sont toutes mariées. Francine, Joséphine et Jacinthe s'exposent au risque de contracter le sida malgré elles. Toutes trois voudraient utiliser le préservatif de manière continue, mais elles n'ont pas la capacité de négocier ce dernier avec leur mari.

Nos conclusions au sujet de l'expérience des ces femmes mariées instruites ressemblent en partie aux conclusions d'autres chercheurs concernant les femmes africaines de manière générale, comme Wellfens-Ekra et al., qui affirment qu'exiger le port du préservatif au mari pour une femme africaine est extrêmement difficile (2001). Ces auteurs ajoutent que cela est particulièrement vrai dans une société où la fécondité est très valorisée. Ce dernier point ne semble pas s'appliquer aux femmes mariées que nous avons interrogées, ni aux femmes

célibataires ou en couple, puisque bien des femmes ont déclaré qu'elles utilisaient le préservatif durant les périodes de fécondation, même que pour Francine, 47 ans et mariée, la fécondité constituait un argument valable pour utiliser le préservatif. Malgré le fait qu'elle soit consciente qu'une utilisation irrégulière ne la protège pas du VIH/sida, cette utilisation lui faisait du moins diminuer son angoisse face à une possible infection.

Avant j'ai dit qu'on l'utilisait parce que j'étais encore jeune et il fallait éviter d'attraper les grossesses. Maintenant je ne peux même plus utiliser, on m'a ligaturée, le condom avec moi ça ne sert à rien. Ça ne sert à rien.

La contraception comme argument légitimant le port du préservatif permet une négociation qui aboutit sur la coopération du partenaire. Cependant, le risque de contracter le VIH ou autres MST comme argument entraîne une négociation basée sur la domination ou encore le conflit, pour reprendre les termes de la transaction de Peto et al. (1992). Le mode d'adaptation au risque est alors basé sur la domination et la soumission. La capacité de négociation du port du préservatif de ces femmes est donc variable en fonction de la raison poussant la femme à négocier, donc de la nature de l'enjeu de la négociation. Même si les femmes instruites arrivent à discuter de contraception avec leur mari (Jejeebhoy, 1995), il serait faux d'affirmer que cela entraîne d'office une aisance et des résultats semblables lorsqu'il s'agit de se protéger du VIH/sida.

5.4.2 Le pouvoir économique et la négociation

Les femmes mariées

Si l'étude menée au Botswana par Greig et Koopman (2005) auprès de 71 femmes en milieu urbain révèle que l'indépendance économique, davantage que l'instruction, est le facteur le plus déterminant concernant la capacité de négociation du port du préservatif, nous ne pourrions aboutir à une telle conclusion, particulièrement pour les femmes mariées. Holland suggère plutôt que «Empowerment at one level does not necessarily entail empowerment at

another. (1991, p.143)», et ceci s'avère très juste dans le cas des femmes mariées que nous avons interviewées. Ces femmes possèdent deux ressources en leur faveur, l'instruction et l'autonomie financière. Dotées d'un *capital culturel de forme institutionnelle* (Bourdieu) et d'un *capital financier* (Sen), ces deux formes de capital n'engendrent pas systématiquement un *capital symbolique* (Bourdieu) leur permettant de faire face à la domination vécue dans la sphère sexuelle.

Par ailleurs, bien que le pouvoir ne permette pas d'imposer le préservatif, pour Marlyse, 35 ans et mariée, le *capital financier* lui permet néanmoins de refuser une relation sexuelle avec son mari et de faire face au chantage qui s'en suit, c'est-à-dire la cessation de l'apport financier de son mari à la famille. Cependant, deux autres femmes mariées et dotées d'un *capital financier* ne sont pas en mesure de refuser une relation sexuelle. Comme le mentionne Craddock, « Individuals occupying similar spaces of vulnerability also will have different capacities for resistance to inequitable power relations (2000, p. 161).»

Les femmes non-mariées

Rosanne, comme beaucoup d'autres, a reçu de l'aide financière d'hommes avec qui elle avait des relations sexuelles. Dans son cas, il s'agissait à proprement dit de «sponsors» : le but de la relation était donc d'obtenir de l'argent pour subvenir à ses besoins. Cependant, d'autres femmes ont eu des petits amis qui les aidaient financièrement. Depuis que Maria refuse d'avoir des relations sexuelles avec son copain, car elle sait qu'il fréquente une autre femme, il ne l'aide plus financièrement. Toutefois, il n'a jamais utilisé son aide financière comme moyen de pression pour négocier le port du préservatif. Bien qu'il aurait souhaité parfois ne pas utiliser le préservatif, elle n'a jamais accepté.

Alors que l'indépendance économique ne suffit pas aux femmes mariées à se protéger, pour les femmes non-mariées, diverses formes de dépendance économique ne les empêchent pas d'exiger le préservatif ou encore de refuser la relation sexuelle lorsqu'elles ont pris

conscience du risque face au VIH/sida. Ces données semblent être en contradiction avec les conclusions de nombre d'auteurs qui affirment que l'indépendance économique est le facteur le plus crucial pour la négociation du port du préservatif (Schoepf, 1998; Obbo, 1999; Greig et Koopman, 2002). Quelles sont alors les *capabilités* qui permettent à ces femmes instruites célibataires de se protéger malgré une situation de dépendance économique?

Pour répondre à cette question, il faudrait tout d'abord s'entendre sur ce que le terme dépendance économique suppose. Divers degrés de dépendance existent. Ainsi, la situation d'une femme sans source de revenu qui a besoin d'argent pour nourrir ou payer un médicament à son enfant, et qui n'a aucun *capital social*, ne vit pas la même forme de dépendance qu'une femme qui détient un emploi et dont le petit ami ou partenaire occasionnel l'aide à boucler ses fins de mois. Dans cet exemple, les enjeux de la dépendance de la seconde femme sont moindres que ceux de la première. Deux des femmes interviewées furent entièrement dépendantes des revenus obtenus grâce à leurs «sponsors» lorsqu'elles étaient aux études. L'une d'entre elles était étudiante dans la première moitié des années 90 et elle a contracté le VIH à cette période, durant laquelle elle était très peu consciente du risque face à la maladie. Elle ne demandait donc pas à se protéger. L'autre, comme nous l'avons mentionné précédemment, parvient à exiger le préservatif depuis qu'elle en a pris la décision. La ressource qu'ont ces femmes instruites qui favorise la négociation du port du préservatif est sans doute leur capacité d'argumentation. Cette habileté suppose tout d'abord que l'individu ait les ressources pour s'approprier l'information, mais également l'intérioriser afin de la transformer en arguments légitimes aux yeux du partenaire. Sans la perception du risque comme une menace, la capacité à transformer l'information en arguments légitimes est très peu probable.

5.4.3 Les inégalités de genre et la domination masculine

À quoi les femmes qui affirment ne pas détenir la capacité de refuser une relation sexuelle avec leur mari attribuent-elles leur situation? L'une d'entre elles attribue son manque de résistance à un facteur individuel, soit son incapacité à vivre et à faire vivre ses enfants dans

un environnement familial constamment conflictuel, comme lorsqu'elle était elle-même enfant. Deux autres femmes, Francine 47 ans et Jacinthe 48 ans, attribuent leur manque de résistance à des facteurs structurels. Dans le cas de Francine, c'est la menace de se « faire mettre à la porte » de sa maison et surtout, de la lenteur du système judiciaire pour obtenir gain de cause qui l'empêche de refuser une relation sexuelle avec son mari. De son côté, Jacinthe croit que le droit camerounais joue à la défaveur des femmes. Comme nous l'avons mentionné dans la revue de littérature, le droit camerounais, particulièrement dans le domaine matrimonial, est caractérisé par la domination masculine. Selon Sindjoun, les politiques publiques sont, entre autres, le reflet des pratiques au niveau des relations homme-femme. Les appréhensions qu'ont Francine et Jacinthe face aux conséquences d'un refus d'une relation sexuelle proviennent d'une *structure objective hors de leur volonté* (Bourdieu, 1987), qui contraint leurs actions, dans ce cas ci leur résistance à refuser une relation sexuelle.

Nos résultats concordent avec les conclusions de Jejeebhoy selon lesquelles la relation entre le pouvoir de décision et l'instruction est conditionnée par d'autres facteurs, dont le plus important est l'inégalité de genre (1995). L'auteure s'interroge notamment sur le niveau d'instruction nécessaire afin d'entraîner un impact réel sur le pouvoir de décision. Dans le cas de notre recherche, il semble qu'un niveau d'instruction universitaire et un pouvoir économique ne pallient à l'inégalité de genre, à la fois perceptible de manière objective dans le droit camerounais et médiatisée par l'appréhension des femmes interviewées. Comme ce fut le cas dans la lutte contre le VIH/sida, l'engagement de l'État camerounais à combattre les inégalités de genre a l'aspect d'une *adhésion passive* (Eboko). En effet, même si l'État a signé toutes les ratifications internationales pour la promotion de l'égalité homme-femme, telles que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de manière concrète, il manque un dynamisme nécessaire à des politiques proactives dans ce domaine, comme le mentionne Ngo Njeng, suite à ses recherches sur l'émancipation de la femme camerounaise : «Au regard des pratiques observées [...] la lenteur de l'application des décisions politiques résolument adoptées pendant les différentes conférences destinées aux femmes, nous pensons qu'il y a contradiction entre le discours actuel sur la promotion féminine et la réalité (2002, p. 62).» Par ailleurs, la conception même de ce que représente l'égalité homme-femme apparaît contradictoire. Par exemple, lors de la

préparation des activités de la Journée internationale de la femme 2006, présidée par la Ministre de la promotion de la condition féminine et de la famille, Mme Suzanne Bombak, celle-ci, en réponse à une femme demandant une question concernant les relations homme-femme au sein du mariage, répondit à cette dernière : « Ce qu'on vous demande au Ministère, ce n'est pas de désobéir à vos maris, mais d'être plus indépendantes »¹⁰.

L'une des caractéristiques de la vulnérabilité commune aux femmes instruites relève donc de leur trajectoire individuelle, plus précisément du statut qu'elles acquièrent en tant que femmes mariées. Cette dimension de vulnérabilité est renforcée par une autre dimension ayant trait au contexte social, c'est-à-dire les inégalités de genre, qui se matérialise dans le droit camerounais.

Toutefois, bien que la représentativité de l'échantillon n'ait pas la même signification en recherche qualitative que quantitative, nous nous devons tout même de mentionner des biais pouvant se glisser et susceptibles de modifier nos conclusions. En effet, les femmes mariées que nous avons interviewées étaient âgées entre 35 et 48 ans. Il aurait été intéressant de connaître l'expérience de femmes instruites mariées plus jeunes, puisque, comme le mentionne Joséphine, 49 ans :

Les femmes qui se marient maintenant c'est différent, mais les femmes de mon époque ont toujours le souci de se soumettre à l'homme, parce que l'éducation qu'elles ont, c'est que la femme est faite pour le plaisir de l'homme et qu'elles doivent se soumettre.

5.4.4 La femme célibataire et la négociation

Peto et al. mentionnent que les positions et les statuts au cours d'une vie sont considérés comme centraux dans l'explication des comportements sexuels, notamment sur les capacités et les contraintes permettant de se protéger ou non face au VIH/sida (1992). Ces mêmes

¹⁰ Nous assistions à cette rencontre dans le cadre de notre travail à titre d'agente de projet dans une ONG camerounaise travaillant, entre autres, dans le domaine des femmes et du VIH/sida.

auteurs, suite aux 76 entretiens semi-dirigés qu'ils ont entrepris, ont remarqué que le célibat était une phase à risque parce que, au cours de celle-ci, tant les hommes que les femmes étaient constamment à la recherche d'un partenaire, pour diverses raisons. Pour Peto et al., ces individus devenaient en l'occurrence vulnérables parce qu'ils fréquentent nombre de partenaires et ne se protègent pas systématiquement. En regard de notre cadre théorique, le nombre de partenaires n'est pas une caractéristique de la vulnérabilité en soi, puisque ce qui rend une femme vulnérable est son manque de *capabilités* pour faire face au risque (vulnérabilité = risques/capabilités, Sen, 1992).

Ceci nous amène à aborder la situation des femmes instruites célibataires que nous avons interviewées. Par célibataire, nous entendons une femme qui n'est pas en couple de manière stable ou qui n'a pas de partenaire régulier. Parmi ces femmes, aucune n'a mentionné qu'on lui ait imposé une relation non-protégée contre son gré. C'est donc dire que lorsqu'elle le souhaite, la femme instruite célibataire parvient à se protéger du VIH/sida par l'utilisation du préservatif. Cependant, pour qu'une femme souhaite se protéger du VIH/sida, elle doit avoir connu un moment de rupture, donc avoir pris conscience du risque de contracter le VIH.

5.4.5 La stabilité du couple, la familiarité et la confiance

Comme nos résultats le démontrent, plusieurs femmes qui sont en couple de façon stable utilisent de manière inconstante le préservatif avec leur partenaire régulier. Plusieurs le font pour des raisons contraceptives. D'autres utiliseront le préservatif lorsqu'elles soupçonnent que leur partenaire est infidèle. Plusieurs de ces couples utilisaient le préservatif au début de leur relation, puis, l'abandonnent avec le temps. Même si cela n'est pas clairement exprimé par les femmes interviewées, la familiarité et la confiance qui s'installent semblent les avoir poussées à ne pas insister pour le port du préservatif de manière systématique.

Ces résultats correspondent aux observations de Peto et al., qui ont constaté que la familiarité en tant que stade de la relation et élément de l'interaction sociale engendre un sentiment de

confiance et de sécurité peu favorable à la prise de précautions (1992). Ces femmes acceptent alors un risque qu'elles considèrent somme tout assez limité.

5.4.6 L'espace de vie secondaire et la vulnérabilité

Les femmes instruites interviewées ont en commun d'être particulièrement invulnérables dans les relations qui ont cours dans l'espace de vie secondaire et ce, qu'elles soient mariées ou en couple de manière stable¹¹. Les relations secondaires sont celles qui se déroulent dans l'espace social secondaire, contrairement à l'espace social primaire (Peto et al. 1992). Selon Peto et al., «[...] plus l'espace primaire est normé et dénué de prises de risques, plus l'espace secondaire menace d'être anémique et caractérisé par une prise de risque (1992, p.72) ». De l'avis de ces auteurs, l'espace secondaire serait peu propice à la négociation du préservatif. Or, il s'avère que l'expérience des femmes instruites que nous avons interviewées diffère grandement des conclusions de ces auteurs. Les femmes ayant eu des relations extra-conjugales ou encore des amants alors qu'elles étaient en couple, et qui percevaient alors le risque, se sont systématiquement protégées en exigeant le préservatif. Ces femmes, dans leur espace de vie primaire, vivent effectivement dans un environnement normé. Pour les femmes mariées en particulier, cet espace primaire normé n'est cependant pas dénué de prises de risques, mais plutôt dénué de contrôle du risque. L'espace de vie secondaire leur permet alors de contrôler le risque comme elles le souhaitent.

Alors que l'espace de vie secondaire suppose souvent des relations de pouvoir inégales selon Peto et al., dans le cas des femmes instruites ayant une relation sexuelle dans cet espace, leur pouvoir de négociation apparaît plus important que dans l'espace primaire. Dans le cas des femmes mariées, les normes du mariage sont absentes de cette relation, ce qui entraîne des relations de genre plus souples.

¹¹ Voir la définition des concepts d'espace social primaire et d'espace social secondaire à la section 2.4.3.

5.4.7 Hors-contrôle : l'infidélité et le préservatif

L'infidélité

Dans notre revue de littérature, nous mentionnions que bien des femmes se trouvaient infectées par le VIH par leur partenaire régulier. En se référant à une étude entreprise au Kenya, Vidal concluait que le comportement des hommes est déterminant dans les risques des femmes à l'infection au VIH (2000). En nous basant à la fois sur les paroles des femmes que nous avons interviewées, mais également sur la législation concernant l'adultère, il semble que les normes à cet égard, tant sociales que juridiques, soient marquées par la *domination masculine*. Bien que l'infidélité ne soit pas le propre des hommes, elle est chez ces derniers socialement plus acceptable ou encore naturalisée. L'infidélité est parfois même vécue dans l'espace de vie primaire, au vu et au su de l'entourage, qui cautionne celle-ci. Contrairement, l'infidélité, chez les femmes que nous avons interviewées, se déroule strictement dans l'espace de vie secondaire.

Les facteurs normatifs de l'environnement dans lequel vivent ces femmes rendent le contrôle du risque face au VIH/sida difficile. Face à l'infidélité de leur partenaire, ces femmes se sentent impuissantes, voire résignées. Certaines intègrent les discours naturalisant sur l'impossibilité pour un homme d'être fidèle.

Ce qui rend les femmes engagées dans une relation stable vulnérables faces au VIH/sida est le comportement adopté par le partenaire lors d'infidélité. Si certaines croient que leur partenaire se protège lorsqu'il est avec une autre femme, leur mode d'adaptation au risque reste pour bien d'entre elles la confiance. Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes mariées n'ont que très peu de pouvoir pour faire face aux possibles conséquences de l'infidélité de leur partenaire, et les femmes entretenant une relation stable utilisent le préservatif de manière inconstante.

Le préservatif

Bien des femmes qui réussissent à exiger l'utilisation du préservatif ne contrôlent cependant pas sa disponibilité. Même si l'indisponibilité du préservatif n'est sans doute pas le facteur principal ayant mené à une relation non-protégée, certaines prises de risque auraient toutefois été évitées si les femmes avaient davantage en leur possession des préservatifs.

Les symboles entourant le préservatif semblent être la raison principale qui empêche les femmes d'acheter elles-mêmes des préservatifs. Cette symbolique diffère cependant selon l'acteur et le contexte. Un homme achetant un préservatif ne suscite pas les mêmes représentations qu'une femme posant pareil geste. Les femmes évitent d'acheter des préservatifs car elles craignent d'être associées à une prostituée ou encore à une « femme facile ». Pourtant, comme nous l'a affirmé l'une d'entre elles, se faire offrir des préservatifs, lors d'une campagne de sensibilisation, ne provoque pas les mêmes réactions de gêne et de honte. Le fait que le préservatif soit physiquement porté par l'homme semble également être un facteur dissuadant certaines femmes d'acheter les préservatifs. Notons qu'en aucun cas les femmes interviewées ont évoqué la raison financière pour expliquer le fait qu'elles n'achètent pas de préservatifs.

Nous pourrions comprendre la réticence des femmes à l'achat des préservatifs en nous référant à Vuarin, qui a entrepris des recherches sur les représentations que se font les intellectuels du préservatif au Mali à partir de données secondaires issues du PNLS. L'auteur émet l'hypothèse que les gens d'un rang social plus élevé, position qui est en lien direct avec le niveau d'études, ressentent une exigence d'intégration sociale plus forte, donc une nécessité de maintenir une bonne réputation. Il mentionne que face au préservatif, « [...] ce sont l'ordre social et l'honneur de la personne qui sont en jeu et non sa santé [...] (Vuarin, 1993, p. 435) ». La réserve des femmes instruites à se procurer des préservatifs pourrait donc se comprendre de cette façon. Toutefois, en regard de nos résultats, les normes sociales entourant la sexualité féminine ainsi que les représentations associées à une femme achetant

des préservatifs paraissent plus éclairantes pour saisir leur réticence à se procurer des préservatifs.

5.5 La première relation sexuelle : l'invariabilité de la vulnérabilité

Seules deux femmes ont eu une relation protégée lors de leur première expérience sexuelle. Certaines femmes percevaient pourtant, au moment de leur première relation, le risque de contracter le VIH. Ces femmes expliquent l'absence de précaution lors de la première relation sexuelle de diverses manières : le manque de planification, le manque d'expérience en matière sexuelle et la timidité. À la première relation sexuelle plus qu'à toutes autres, les femmes sont tributaires des habitudes de leur partenaire en ce qui concerne la protection : si celui-ci a l'habitude d'utiliser les préservatifs, la relation a de bonnes chances d'être protégée.

Le cycle de vie et l'âge sont deux des caractéristiques de la trajectoire individuelle. Le cycle de vie correspond notamment, comme nous l'avons mentionné dans la revue de littérature, à la position de l'individu dans sa vie sexuelle. Or le fait de ne pas avoir d'expérience sexuelle, donc d'être dans une phase de découverte et d'exploration, semble être un facteur de vulnérabilité, puisque bien des femmes, qui pourtant avaient conscience du danger que représentait le VIH/sida, n'ont pas été en mesure d'utiliser les ressources qu'elles possédaient pour faire face aux risques. Dans ce cas, la vulnérabilité ne provient pas de l'absence de ressources, comme par exemple le manque d'information sur le VIH/sida ou encore la connaissance du préservatif, mais bien de la capacité à utiliser ces ressources, qui pouvait se traduire par une négociation et une argumentation sur la nécessité d'utiliser le préservatif ou encore un refus de la relation.

Ceci nous amène à corroborer les conclusions dont fait mention Holland, tirées des recherches en sociologie médicale, affirmant que la connaissance n'a pas forcément un lien direct avec le comportement (1992). D'autres facteurs semblent donc entrer en jeu, comme la position dans le cycle de vie (phase de découverte et d'exploration) ainsi que l'âge.

Concernant cette dernière caractéristique de la trajectoire individuelle, les données obtenues par l'entremise de nos entrevues semblent appuyer les données quantitatives voulant que ce soit entre 15 et 24 ans que les femmes africaines s'infecteraient en grande partie (Ferry, 1999). Par ailleurs, les explications données quant à la vulnérabilité des jeunes par Peto et al. réfèrent plutôt au manque d'information des jeunes ou au fait qu'ils seraient plus enclins à prendre des risques (1992). Nous pouvons difficilement nous prononcer à savoir si les femmes interviewées étaient *portées naturellement* (le dictionnaire Larousse 1990 définit ainsi *être enclin*) à prendre des risques, par contre, nous pouvons affirmer que ces jeunes femmes, qui avaient déjà connu le moment de rupture face au VIH/sida, manquaient à l'époque non pas d'information sur le VIH/sida, mais peut-être d'expérience, c'est-à-dire de savoir-faire face à ce risque. Enfin, face à une expérience déjà suffisamment empreinte d'appréhension et de nouveauté, l'ajout d'un autre élément nouveau (la question du VIH/sida) semble difficile à gérer.

La trajectoire individuelle, plus précisément le cycle de vie (phase d'exploration) ainsi que l'âge (jeunesse), semble donc être une dimension de la vulnérabilité commune à la majorité des femmes instruites, peu importe le contexte social ou leur position face à la perception du risque.

5.6 Retour sur les hypothèses

En posant nos hypothèses de travail, nous tentions de comprendre les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida. La vulnérabilité étant multidimensionnelle, nous avons plusieurs hypothèses relevant des trois dimensions identifiées dans notre cadre théorique, soit le contexte social, la trajectoire individuelle et l'interaction sociale.

La première de nos hypothèses avait trait au contexte social, plus spécifiquement au domaine politique. Nous avançons l'hypothèse que, compte tenu des caractéristiques de la lutte contre

le VIH/sida au Cameroun, les femmes instruites avaient peu d'informations ou des informations erronées au moment où elles prenaient des risques. En regard de nos données et de notre analyse, cette hypothèse décrit, de manière très générale, assez bien une réalité vécue par ces femmes. Les caractéristiques de la lutte contre le VIH/sida dans les années 80 et 90 ne favorisèrent effectivement pas une circulation fluide de l'information sur le VIH/sida, comme nous l'ont raconté plusieurs femmes interviewées chez qui la période d'absence de perception du risque est reliée à l'ignorance, donc au manque d'information. Quant à l'information que détenaient les autres femmes sur le VIH/sida, nous avons vu que les représentations sociales, influencées par les politiques de lutte, ont contribué à la distorsion de l'information et en conséquence au manque d'identification à la maladie. Comme nous l'avions avancé dans notre hypothèse au niveau du contexte social, les femmes instruites ne se sentaient effectivement pas concernées par la maladie, notamment par le fait que la lutte contre le VIH/sida ait été stigmatisante à l'égard de certains groupes, dans lesquels elles ne se reconnaissaient pas.

Toujours au niveau du contexte social, nous avons émis l'hypothèse que certaines femmes instruites ont échangé des relations sexuelles contre des avantages financiers, ce qui les rendait vulnérables. À cet égard, nous avons vu que la dépendance économique, dans la forme que la connaissent les femmes instruites interviewées, n'est pas un élément de vulnérabilité : lorsqu'elles ont connu la période de rupture et s'ajustent face au risque, ces femmes arrivent à négocier le port du préservatif. L'absence de perception du risque, engendrée par divers facteurs, se trouve en amont de la dépendance économique comme dimension de la vulnérabilité. Lorsqu'elles souhaitent se protéger, ces femmes ont des arguments leur permettant de négocier le port du préservatif.

Dans la dimension de la trajectoire individuelle, nous émettions l'hypothèse que les femmes instruites construisaient une relation stable ou se mariaient à un âge plus avancé, faisant en sorte qu'elles connaissaient davantage de partenaires, ce qui augmentait leurs risques de contracter le VIH. Suite à notre recherche, nous devons réfuter cette hypothèse. D'une part, le fait d'avoir plusieurs partenaires ne constitue pas une caractéristique de la vulnérabilité

lorsque les femmes sont en mesure de se protéger. Prétendre que la seule variable quantitative du nombre de partenaires représente en soi une caractéristique de la vulnérabilité serait, comme le mentionne Ferry (1998), faire peu de distinction dans l'importance des rôles des divers facteurs. Ainsi, l'époque à laquelle les femmes ont des partenaires multiples semble cruciale : sortie de la période d'absence de perception du risque et vivant dans un contexte social où la lutte contre le VIH/sida est plus efficace, comme dans les années 2000, les partenaires multiples ne représentent pas un important facteur de vulnérabilité. D'autre part, selon nos résultats, les femmes mariées ou celles étant en relation stable sont celles ayant le moins la capacité ou la volonté d'utiliser les ressources afin de faire face au risque.

Enfin, dans la dimension de l'interaction sociale, nous avançons l'hypothèse que les femmes instruites fréquentent souvent des hommes de leur classe socioéconomique et en conséquence, de par leur capital social et économique, ces derniers ont facilement des partenaires et ont donc plus de risques d'être infectés. Encore une fois, il semble qu'il y ait dans cette affirmation une confusion entre la présence des rôles des divers facteurs de vulnérabilité. Si en effet les hommes d'un statut socioéconomique plus élevé ont tendance à connaître davantage de partenaires, la capacité de négociation des femmes instruites vient en amont du nombre de partenaires rencontrés. Dans ce sens, si la femme mariée à un homme d'un certain statut socioéconomique et ayant plusieurs maîtresses avec lesquelles il a des relations non-protégées est à risque, c'est principalement parce qu'elle n'a pas la capacité d'exiger le préservatif avec son mari et non à cause des caractéristiques socioéconomiques de ce dernier. Enfin, comme dimension de la vulnérabilité reliée à l'interaction sociale, nous croyions que le domaine affectif supplantait les relations de genre inégales comme facteur expliquant des relations non-protégées. À cet égard, nous devons nuancer nos résultats. Pour les femmes en couple de manière stable, nous pourrions effectivement affirmer que la familiarité et la confiance qui s'installent et qui semblent favoriser l'abandon du préservatif peuvent être reliées au domaine affectif. Cependant, dans ce dernier cas, le domaine affectif ne joue pas comme une contrainte : seule une femme nous a affirmé qu'elle avait accepté des relations sexuelles par peur de perdre son partenaire, dont elle nécessitait l'affection. Quant aux relations homme-femme inégales, celles-ci constituent principalement un facteur de

vulnérabilité chez les femmes mariées, en raison du statut qu'elles acquièrent par le mariage, institution qui au Cameroun reflète la domination masculine et les inégalités de genre.

CONCLUSION

Le sens commun ainsi que les ouvrages et articles abordant les retombées positives de la scolarisation des femmes en Afrique rendent étonnantes les statistiques qui démontrent qu'au Cameroun, les femmes instruites affichent un taux de séroprévalence de 4,8 % plus élevé que leurs consœurs non-scolarisées. Les contradictions de la corrélation, tantôt positive, tantôt négative, entre le niveau d'instruction et les taux de séroprévalence dans divers pays africains, nous poussa à nous interroger sur leur vulnérabilité face au VIH/sida. Il s'agissait alors d'aller plus loin que ce dont nous informaient les statistiques et tenter de saisir la réalité vécue par ces femmes instruites face au VIH/sida, c'est-à-dire de comprendre par quoi se caractérise leur vulnérabilité.

Concept largement utilisé dans divers domaines dans lesquels la notion de risque entre en jeu, la vulnérabilité nécessite une définition claire afin de rendre compte de la richesse des expériences vécues par les femmes face au VIH/sida. Pour son caractère opératoire et sa clarté, nous avons privilégié la définition de Sen : vulnérabilité = $\text{risques}/\text{capabilités}$ (1992). En d'autres mots, face au risque – ou à la probabilité connue ou inconnue de distribution d'un événement – de contracter le VIH, les femmes instruites possèdent-elles les potentialités et les ressources, et la capacité à les utiliser, afin de faire face au risque? Outre la définition de Sen pour comprendre les caractéristiques de la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida, nous avons identifié diverses dimensions de la vulnérabilité, soit le contexte social, la trajectoire individuelle et les interactions sociales, selon les définitions de Delor et Hubert (2000). Les trois dimensions de la vulnérabilité nous ont permis d'approcher notre objet de recherche de manière multidimensionnelle, en considérant la vulnérabilité sous une perspective tantôt individuelle, tantôt structurelle. Toutefois, dans la réalité, on se rend

compte que la vulnérabilité n'est jamais uniquement individuelle ou uniquement structurelle, et que ces dimensions ne peuvent pas être pensées de manière isolée.

La parole des femmes instruites quant à leur expérience face au VIH/sida ayant été peu entendue, le choix de l'approche compréhensive, qui accorde une place centrale à l'expérience des acteurs, semblait être le plus judicieux. Les données primaires ont été recueillies au Cameroun, par le biais d'entrevues partiellement structurées auprès de 28 femmes qui ont obtenu leur baccalauréat et âgées d'un maximum de 49 ans. Les entrevues, retranscrites mot à mot, ont été dans un premier temps analysées de manière individuelle, puis de façon transversales.

Si la littérature nous apprend que la vulnérabilité face au VIH/sida est inévitablement multidimensionnelle, il ressort des entrevues qu'elle est également fortement temporelle, ou reliée à une époque dans le temps, et ce, tant d'un point de vue individuel (processus de prise de conscience du risque) que collectif (contexte social). Cette temporalité, utilisée ici dans le sens commun et non sociologique, de la vulnérabilité chez les femmes instruites pourrait peut-être expliquer leur haut taux de séroprévalence actuel. Nos résultats montrent en effet que dans les années 80 et 90, les femmes instruites étaient davantage vulnérables face au VIH/sida qu'en 2006, moment auquel nous avons entrepris nos entrevues.

Les années 80 et 90 correspondent pour nombre de femmes à la période d'absence de perception du risque. La dimension commune de la vulnérabilité de ces femmes durant cette période à trait au contexte social, particulièrement aux caractéristiques de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun. Alors que le taux de séroprévalence monte en flèche dans les années 90, la lutte contre le VIH/sida, qui se caractérise par une *adhésion passive* et des stratégies de prévention stigmatisantes, soit alimente les représentations sociales des femmes instruites ou alors maintient ces dernières dans l'ignorance. Le système d'éducation, quant à lui, n'était pas adapté au contexte social de l'épidémie. La tension politique du début des années 90, ainsi que la crise économique laissent le VIH/sida en bas de liste des préoccupations sociales. Dans ces années, bien peu des femmes interviewées vivent un moment de rupture

épistémologique permettant une prise de conscience face au risque de contracter le VIH/sida. En conséquence, ces femmes, qui ne se sentaient pas concernées par ce qui devint un fléau, ne tentaient pas de se protéger.

Les caractéristiques actuelles de la vulnérabilité des femmes paraissent davantage hétérogènes que dans les années 80 et 90. Le contexte social, notamment les politiques de lutte contre le VIH/sida, ainsi que la montée du taux de séroprévalence, ont favorisé une rupture épistémologique face au VIH/sida chez bien des femmes instruites. La circulation massive de l'information, la confrontation à la maladie et la passation du test de séroprévalence ont engendré une prise de conscience du risque d'infection face au VIH/sida pour nombre de femmes. Ainsi, en 2006, la plupart des femmes interviewées étaient conscientes du risque qu'elles courent d'être infectées. Toutefois, la conscience du risque est parfois insuffisante à une baisse de vulnérabilité.

La première relation sexuelle, comme élément de la trajectoire individuelle, plus spécifiquement la position dans le cycle de vie et par truchement l'âge, constitue une caractéristique de la vulnérabilité commune à la quasi-totalité des femmes, qu'il s'agisse de la période avant ou après l'an 2000. Ainsi, lors de la première relation sexuelle, les femmes instruites se préoccupent peu de se protéger par le biais du préservatif, par manque d'expérience ou de planification. Plusieurs s'ajustent cependant à la deuxième relation sexuelle et demandent à utiliser le préservatif.

Les autres dimensions actuelles de la vulnérabilité face au VIH/sida ne sont pas communes à l'ensemble des femmes mais plutôt à certaines catégories de femmes. Leur statut dans leur cycle de vie semble être l'élément le plus important permettant de comprendre leur capacité à se protéger ou non face au risque. Il ressort que les femmes mariées, malgré leur capital culturel et financier, ne parviennent pas à négocier le port du préservatif avec leur mari. Les inégalités de genre comme élément du contexte social, matérialisées dans les textes de lois camerounais, renforce cette vulnérabilité due au statut de femme mariée. Quant aux femmes engagées dans une relation stable avec un partenaire, la familiarité engendrée par le stade de

la relation est peu favorable à une prise de précaution, même si les risques de contracter le VIH/sida existent, à cause d'une incertitude du comportement du partenaire en cas d'infidélité, qui est courante.

Le changement dans le temps de la vulnérabilité des femmes instruites face au VIH/sida rejoint les conclusions de Vandermoortele et Delamonica quant aux modifications du profil social des épidémies du VIH/sida. Ces auteurs affirment qu'en début d'épidémie, les personnes instruites, femmes et hommes confondus, sont plus vulnérables face au VIH/sida parce qu'elles ont davantage de partenaires à un moment où l'information circule peu (2000). Au Cameroun, jusqu'à ce que l'épidémie rencontre son niveau le plus élevé en 2000, l'information sur le VIH/sida, comme nous le démontrent nos résultats, était peu ou mal diffusée. Par la suite, toujours selon Vandermoortele et Delamonica, lorsque le taux de séroprévalence progresse et que normalement l'information circule davantage, les personnes instruites seraient celles les plus aptes à changer leurs comportements (2000). Nous ajouterions toutefois à ces conclusions que la seule diffusion de l'information n'explique pas l'ajustement du comportement de ces femmes, mais également la confrontation à la maladie, qui devient plus probable à mesure que le taux de séroprévalence progresse, ainsi que la passation du test de séroprévalence.

Les femmes africaines que nous avons interviewées sont loin de correspondre à une « doxa » à laquelle elles sont souvent associées lorsqu'il s'agit du VIH/sida : pauvres, peu instruites, soumises et passives. Selon nos résultats, seules les femmes mariées, et d'un certain âge rappelons-le, sont incapables de négocier le port du préservatif avec leur époux. Cependant, dans une relation secondaire, ces mêmes femmes parviennent à négocier le port du préservatif. Quant aux femmes célibataires, même lorsqu'elles sont en situation de dépendance économique, elles disposent des ressources pour se protéger, notamment par leurs capacités d'argumentation.

En regard de cette recherche, il serait pertinent de comprendre comment les femmes moins instruites, vivant en milieu urbain mais également rural, se sont ajustées au risque face au

VIH/sida dans les dernières années. Cette capacité à transformer la rupture épistémologique en actions concrètes est-elle le propre des femmes instruites ou tout simplement le résultat d'un contexte social plus favorable? Enfin, il sera intéressant d'observer l'évolution du taux de séroprévalence des femmes instruites et de voir si, comme nous le prévoyons, celui-ci baissera lors des prochaines Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et si, malheureusement, les femmes moins instruites seront les futures grandes concernées par cette maladie qui ruine tant de vies et de ressources en Afrique subsaharienne.

RÉFÉRENCES

- Aggelton, P., P. Davies et G. Hart. *AIDS : Rights, Risk and Reason*. London : Falmer Press.
- Alwang, J., P.B. Siegel et S.L. Jorgensen. 2002. «Vulnerability as Viewed from Different Disciplines ». In *International Symposium on Sustaining food Security and Managing Natural Ressources in Southeast Asia*. (Chiang Mai, January 8-11). En ligne. <http://www.uni-hohenheim.de/symposium2002/pa_full/Full-Pap-S1-1_Siegel.pdf>. Consulté le 26 novembre 2006.
- Akoun, A., et P. Ansart (dir. publ.). 1999. *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Éditions Le Robert/Seuil.
- Auvert, B., et J.Vallin. 1994. *Populations africaines et SIDA*. Paris : La découverte.
- Banque Mondiale. «Worldwide Governance Indicators ». En ligne <http://info.worldbank.org/governance/wgi2007/sc_chart.asp>. Consulté le 20 février 2008
- Baylies, C., et J. Bujra. 2000. *AIDS, Sexuality and Gender in Africa: Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambi*. London: Routledge.
- Barroso, C. 2005. *Gender, Youth and Aids*. New York: United Nations, Division for the Advancement of Women (DAW).
- Benoist, J., et A. Desclaux (dir. publ.). 1996. *Anthropologie et sida*. Paris : Éditions Karthala.
- Berrebi, A.(dir. publ.). 2001. *Le sida au féminin*, Rueil-Malmaison : Éditions Doin.
- Berthelot, J.-M. 1990. *L'intelligence du social*. Paris : Presses universitaires de France.
- Blanc, A. 2000. *The relationship between sexual behavior and level of education in developing countries*. Geneva: UNAIDS.
- Blanc, A., et A. Way. 1998. « Sexual Behavior and Contraceptive Knowledge and Use among Adolescents in Developing Countries ». *Studies in Family Planning*, Vol. 29, p.106-116.
- Becker, C., J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (éd.). 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris : Éditions Karthala et Cordesria.
- Bloch, M., J.A. Beoku-Betts et B.R. Tabachnick (éd.). 1998. *Women and Education in Sub-Saharan Africa*. Boulder: Lyenne Rienner Publishers.

- Bujra, J. 1986. « Urging women to redouble their efforts...Class, Gender, and Capitalist Transformation in Africa ». Voir Robertson, C., et I. Berger. *Women and class in Africa*. 1986.
- Bopda, A. 2003. *Yaoundé et le défi camerounais de l'intégration*. Paris : CNRS Éditions
- Bourdieu, P. 1987. *Chose dites*. Paris : Éditions de Minuit.
- Commonwealth Secretariat. 2004. « Cameroon Presidential Election 11 October 2004 - Report of the Commonwealth Observer Group ». En ligne. <<http://www.thecommonwealth.org>>. Consulté le 20 février 2008
- Courade, G. (dir. publ.). 2000. *Le désarroi camerounais : l'épreuve de l'économie monde*. Paris : Karthala.
- Craddock, S. 2000. "Disease, Social Identity, and Risk : Rethinking the Geography of AIDS". *Transactions of the Institute of British Geographers*, New Series, Vol. 25. No 2, p.153-168.
- Delaunay, K. 1999. « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie ». Voir Fay, C. 1999.
- De Loenzien, M. 2002. *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Delor, F., et M. Hubert. 2000. « Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA », *Social Science & Medecine*, p.1557-1570, En ligne. <http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/nouveau_site/Publications/vulnerabilite/OSS_vulnerabilit.pdf>. Consulté le 19 octobre 2006.
- Dépelteau, F. 1998. « Quelques particularités en sciences humaines ». Voir Dépelteau, F. (dir. publ.). 1998.
- _____. (dir. publ.). 1998. *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Dozon, J.P., et D. Fassin. 1989. « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du Sida en Afrique ». *Sciences sociales et Santé*, Vol.7, No 1 (février), p. 21-36.
- Ebelle-Moudourou, G.A. 2006. « La communauté internationale face au VIH/sida en Afrique (1985-2005) ». Mémoire de DEA, Université Yaoundé I, Yaoundé
- Eboko, F. 1999. « Logique et contradictions internationales dans le champ du Sida au Cameroun ». Voir Fay, C. 1999.

- _____. 2000. « Risque-sida, sexualité et pouvoirs. La puissance de l'État en question ». dans Courade, G. (dir. publ.). 2000.
- _____. 2002. « Pouvoir, jeunesse et sida au Cameroun : politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets ». Thèse de doctorat, Bordeaux, Université Montesquieu – Bordeaux IV.
- _____. 2005. « Patterns of Mobilization : Political Culture in the Fight Against AIDS ». Voir Patterson, A. 2005.
- Dozon, J.P., et L. Vidal (éd.). 1995. *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris : ORSTOM.
- Elo, T. I. 1992. « Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education ». *Health Transition Review*, Vol. 2, No 1, En ligne, <<http://htc.anu.edu.au/pdfs/Elo1.pdf>>, Consulté le 16 novembre 2006.
- Fay, C. 1999. *Le sida des autres, Constructions locales et internationales de la maladie*. La Tour-d'Aigues : Éditions de l'Aube.
- Fischer, G. N. 1987. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal
- Foucault, M. 1976. *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*. Paris : Editions Gallimard.
- Gaillard, P. 1989. *Le Cameroun*. Paris : Éditions l'Harmattan
- Garenne, M. 1999. « Impact démographique du sida en Afrique ». Voir Becker, C., J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré. (éd.). 1999.
- Gregson, S., H. Waddell et S. Chandiwana. 2001. « School education and HIV control in sub-saharan Africa : From discord to Harmony? » *Journal of international development*, Vol. 13, Issue 4, p.467-485.
- Greig, F.E., et C. Koopman. 2003. « Multilevel Analysis of Women's Empowerment and HIV Prevention: Quantitative Survey Results from a Preliminary Study in Botswana ». *AIDS and Behavior*, Vol. 7, No.2 (June), p.195-208
- Holland, J. 1992. « Pressure, Resistance, Empowerment : Young Women and the Negotiation of Safer Sex ». Voir Aggelton, P., P. Davies et G. Hart. 1992.
- Hollos, M., et U. Larsen. 2004. « Marriage and Contraception Among the Pare of Northern Tanzania ». *Journal of Biosocial Science*, Vol. 36, p.255-278.
- Institut de la statistique de l'UNESCO. 2002. « Tableau 5, Taux de scolarisation par niveau de la CITE ». Montréal. En ligne. <<http://stats.uis.unesco.org/ReportFolders/reportfol>

- ders.aspx>. Consulté le 19 décembre 2006.
- _____. 2004. « Tableau 14, Indicateurs de l'enseignement supérieur ». Montréal. En ligne. <<http://stats.uis.unesco.org/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=214>>. Consulté le 29 novembre 2006.
- _____. 2006a. « Statistiques en bref, l'éducation au Cameroun », Montréal. En ligne. <http://www.uis.unesco.org/profiles/FR/EDU/countryProfile_fr.aspx?code=1200>. Consulté le 28 novembre 2006.
- _____. 2006b. « Metadata général sur des données nationales d'alphabétisme ». Montréal. En ligne. <<http://stats.uis.unesco.org/ReportFolders/reportfolders.aspx>>. Consulté le 19 décembre 2006.
- Jejeebhoy, S.J. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behavior: Experience from developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Jodelet, D. 1994. *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Kerouedan, D., et F. Eboko. 1999. *Politiques publiques du Sida en Afrique*. Bordeaux : Centre d'études d'Afrique noire.
- Krathwohl, D. 1998. *Methods of Educational and Social Science Research : An integrated approach*. Long Groove (Illinois): Waveland Press.
- Laga, M. 2001. « To stem HIV in Africa, prevent transmission to young women ». *AIDS*, Vol. 15, No 4 (May), p. 931-934
- Lawson, A.L. 1999. « Femmes et sida en Afrique : dimensions socioculturelles de l'infection à VIH/SIDA ». *Revue internationale des sciences sociales*, Vol. 161, p. 423-433
- Le Palec, A., et T. Diarra. 1995. « Révélations du sida à Bamako. Le "traitement" de l'information ». *Voir Dozon, J.P., et L. Vidal (éd.). 1995.*
- Levis-Strauss, C. 1967. *Structures élémentaires de la parenté*. Paris : Éditions Mouton.
- Loubet del Bayle, J.L. 1978. *Introduction aux méthodes des sciences sociales*. Toulouse : Privat.
- Maotti, J.P., N. Belzer et W. Dab. 1993. « Les modèles d'analyses des comportements à risque face à l'infection à VIH : Une conception trop étroite de la rationalité ». *Population*, Vol. 5, No 48, p.1505-1534.
- Mechanic, D. 1989. « Medical Sociology : Some Tensions Among Theory, Method and Substance ». *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No 2 (Juin), p.147-160.

- Miles, B.M., et A.M. Huberman. 2003. *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Mucchielli, A. (dir. publ.). 1996. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Ngo Njeng, E.G. 2002. « Émancipation de la femme et dépendance économique de l'étudiante camerounaise à l'égard des hommes : le cas des étudiantes de l'Université de Yaoundé I ». Mémoire de maîtrise, Yaoundé, Université Yaoundé I.
- O'Barr, J. 1982. *Perspective on power: women in Africa, Asia and Latin America*. Durham (N.C): Duke University Press.
- Obbo, C. 1999. « Social science research: understanding and action ». Voir Becker, C., J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (éd.). 1999.
- Onemessene, B. 1994. « Essai de problématique de la valorisation des ressources humaines féminines à travers l'Action du FNUAP au Cameroun ». Thèse de Doctorat, Yaoundé, Université Yaoundé II.
- ONUSIDA. 1997. *Les femmes et le sida*. Genève.
- ONUSIDA. 1998, *Élargir la riposte au VIH/sida par une action mieux dirigée*. Genève.
- ONUSIDA. 2000. *Sexospécificité et VIH/sida*. Genève.
- ONUSIDA. 2004. *Le point sur l'épidémie du sida*. Genève.
- ONUSIDA. 2006. *L'épidémie du sida dans le monde*. Genève.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. New York: Free Press.
- Patterson, A.S. 2005. *The African State and AIDS Crisis*. Hampshire (England): Ashgate.
- Peto, D., J. Remy, L. Van Campenhoudt et M. Hubert. 1992. *SIDA: L'amour face à la peur*. Paris : L'Harmattan.
- Pizurki H., *Women as provider of Health Care*, WHO, Geneva, 1987
- PNUD. 1999. *Human Development Report 1998 (Cameroon)*. Yaoundé.
- Robertson, C., et I. Berger. 1986. *Women and class in Africa*. New-York: Holmes & Meier.
- Population Reference Bureau. 2000. *Inquiétudes féminines : les femmes et le VIH-sida dans les médias*. Washington.

- République du Cameroun. 2005. *Enquête Démographique et de Santé 2004 (EDS III)*. Maryland : Macro International.
- République du Cameroun. 1999. *Enquête Démographique et de Santé 1998 (EDS II)*. Maryland: Macro International.
- République du Cameroun, 2000, *Plan stratégique de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005*
- Rwenge, M. 1995. « Facteurs contextuels de la transmission sexuelles du Sida en Afrique Subsaharienne : une synthèse ». *Facteurs contextuels affectant les comportements des jeunes en milieu urbains camerounais : le cas de la ville de Bamenda, Province du Nord-Ouest*. Accra : Union pour l'Étude de la Population Africaine (UEPA).
- Sacks, K. 1982. « An Overview of Women and Power in Africa », Voir O'Barr, J. 1982. *Perspective on power: women in Africa, Asia and Latin America*. Durham (N.C.): Duke University Press.
- Sen, A. *Repenser l'inégalité*. 1992. Paris: Seuil.
- Schoepf, B.G. 1988. « Women, AIDS, and Economic Crisis in Central Africa ». *Canadian Journal of African Studies*, Vol. 22, No 3, p.625-644.
- Sindjoun, L. (dir. publ.). 2000. *La biographie sociale du sexe : Genre, Société et Politique au Cameroun*, Paris : Éditions Karthala
- Tesch, R. 1990. *Qualitative research: Analysis Types and Software Tools*. Bristol: Flamer Press.
- Transparency International. « *TI annual report 1998, 1999, 2005* ». Berlin. En ligne. <<http://www.transparency.org>>, Consulté le 18 décembre 2005.
- Umubyeyi, B. 2002. *Lutte contre le Sida et accès aux Anti-Rétroviraux au Cameroun : Les déterminants du changement*. Suisse : Médecins sans frontières
- UNAIDS. 1999a. *Expanding the Global Response to HIV-AIDS through Focused Action. Reducing Risk and Vulnerability: Definitions, Rationale and Pathways*, Geneva.
- UNAIDS. 1999b. *Gender and HIV/AIDS : Taking stock of researches and programs*. Geneva.
- UNDP. 2008. « Human Development Report 2007/2008 ». New-York. En ligne. <http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_CMR.html>, Consulté le 20 février 2008.

- UNFPA. 2004. *State of World Population 2004 - The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and The Global Effort to End Poverty*. New-York
- UNICEF. 2004. *Girls, HIV/AIDS and Education*. New-York.
- Vandermoortele, J., et E. Delamonica. 2000. « The “Education Vaccine” against HIV ». *Current Issues in Comparative Education*. Vol. 3(1), No 7, New-York: Columbia University.
- Velghe-Scherpereel, G., et P. van de Wouwer-Leunda. 1996. *Profil femmes et développement au Cameroun*, Yaoundé : Ambassade Royale des Pays-Bas.
- Vidal, L. 2000. *Femmes en temps de sida : expériences d’Afrique*. Paris : PUF.
- Videloup, A. 2005. *Dynamiques féminines dans une société en mutation*, Mémoire de magistère. Paris, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne.
- Vuarin, R. 1998. « Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule ». Voir Becker, C., J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré. (éd.). 1999
- Weinhardt, L.S., M.P. Carey, B.T. Johnson et N.L. Bickham. 1999. « Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997 ». *American Journal of Public Health*, No 89, p. 1397-1405.
- Welffens-Ekra, C., A. Desgrées du Loû, V. Leroy et F. Dabis. 2001. « L’inégalité homme-femme face au SIDA ». Voir Berrebi A.(dir. publ.). 2001.

APPENDICE A

CANEVAS D'ENTRETIEN

- Remerciements;
- Me présenter, nom, parcours scolaire, ce qui m'amène au Cameroun, mes études, etc;
- Préciser la recherche : Perception des femmes et de la santé, plus particulièrement au VIH-sida. Je ne l'ai pas mis dans l'annonce, car j'avais peur d'effrayer les candidates;
- Raison de la recherche : Les femmes camerounaises particulièrement touchées par le VIH-sida. Moi je m'intéresse plus aux femmes instruites;
- Objectif pour ma recherche : Comprendre la réalité des femmes instruites face au VIH/sida;
- Je ne suis pas là pour vous juger ou penser quoi que ce soit...ce qui est important pour moi, c'est que vous me racontiez votre expérience telle que vous l'avez vécue;
- Genre d'entrevue : De type semi-dirigé. Donc je pose quelques questions, mais je vous laisse parler. Ce n'est pas un questionnaire dans lequel je pose une question et que vous répondez et ainsi de suite. Il y aura parfois des moments de silence et c'est pas grave, ça vous permettra d'avoir du recul sur une situation;
- Toutes les informations que vous me donnerez seront confidentielles, c'est-à-dire que je ne divulguerai pas votre nom. J'aimerais enregistrer l'entretien. Si dans mon mémoire je vous cite, ce sera sous un pseudonyme;
- Formulaire de consentement. À signer;
- Questions? Vous vous sentez à l'aise pour faire l'entrevue?

Début de l'enregistrement (à la première ou la deuxième rencontre selon les circonstances)

1. Parlez-moi un peu de vous et des membres de votre famille?
 - Itinéraire biographique
 - Milieu de vie, milieu social
 - Elle vit avec qui
2. Racontez-moi votre parcours scolaire?
3. Comment considérez-vous votre situation financière?
4. Quels sont vos projets de vie?
 - Ce qu'elle aimerait devenir
 - Enfants
 - Mariage
 - Avenir
5. Lorsque je dis VIH/sida, ça évoque quoi pour vous, à quoi pensez-vous?
 - Se sent touchée
 - Représentations
 - Connaissance de la maladie
6. Pouvez-vous me raconter votre histoire amoureuse, depuis votre premier partenaire?
 - Gestion du risque sida
 - Quel stade de la relation

- Quelle signification pour la relation
7. « Avez-vous déjà fait un test de dépistage? Si oui, pourquoi, si non, pourquoi »
- Perception du risque
8. «Et le préservatif ?»
- Représentations
 - Utilisation par elle
 - Utilisation par ses partenaires
 - Négociation

APPENDICE B

FICHE D'IDENTIFICATION

Fiche d'identification No _____
Prénom (s) : _____
Âge : _____
Dernier diplôme obtenu : _____
Travail : _____
Revenu mensuel du travail : _____
Statut civil : Célibataire _____ En couple non marié _____ Mariée _____
Séparée _____ Veuve _____
Enfant (s) : _____
Religion : _____
Ethnie : _____
Âge à la première relation sexuelle? _____
Nombres de partenaires au cours de la dernière année? _____
Nombres de partenaires en tout? _____
Instruction de la mère : _____
Instruction du père : _____
Travail de la mère : _____
Travail du père : _____
Âge des frères : _____
Âge des sœurs : _____
Travail des frères : _____
Travail des sœurs : _____

APPENDICE C

AFFICHE DE RECRUTEMENT

Recherche femmes camerounaises pour projet d'études

Bonjour,

Je suis étudiante à l'Université du Québec à Montréal, au Canada. Je vis à Yaoundé depuis quelques mois, dans le cadre de mon mémoire pour mon Master en Sociologie (équivalent du DEA camerounais). Je m'intéresse à la perception et aux comportements qu'ont les femmes camerounaises face à la santé. Je cherche des femmes volontaires à passer une entrevue à ce sujet. Celles-ci doivent répondre aux critères suivants :

- Avoir au minimum obtenu le Baccalauréat;
- Âge maximum de 49 ans.

J'espère que vous serez nombreuses à participer à cette étude!

Pour me contacter : **624 69 96 Susanne**

e-mail : susanne_trachsel@yahoo.com

APPENDICE D

STATISTIQUES DES TAUX DE SÉROPRÉVALENCE AU CAMEROUN

<u>Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004</u>			
	Femmes	Hommes	Ensembles
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	8,0	4,8	6,4
Autres villes	8,6	5,0	6,9
Ensemble urbain	8,4	4,9	6,7
Rural	4,8	3,0	4,0
Niveau d'instruction			
Aucun	3,4	2,7	3,2
Primaire	7,2	4,2	5,9
Secondaire ou plus	8,2	4,3	6,0
Âge			
15-19	2,2	0,6	1,4
20-24	7,9	2,5	5,5
25-29	10,3	5,1	7,8
30-34	9,4	8,3	8,9
35-39	7,8	8,6	8,2
40-44	6,0	5,6	5,8
45-49	5,5	3,8	4,7
50-54	na	2,5	na
55-59	na	1,0	na
Situation par rapport à l'emploi			
Travaille actuellement	7,0	5,1	6,0
Ne travaille pas actuellement	6,1	1,9	4,4
ND	12,9	3,6	9,6
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	3,1	1,4	2,4
Second	4,1	2,2	3,2
Moyen	8,1	4,7	6,5
Quatrième	9,4	5,3	7,4
Le plus riche	8,0	5,3	6,6
Ensemble 15-49 ans	6,8	4,1	5,9

Source : Enquête démographique et de santé (République du Cameroun), 2005

APPENDICE E

DONNÉES SUR LES FEMMES INTERVIEWÉES

Interview no.	Niveau d'instruction *	Âge	Revenu mensuel (CFA)	Statut civil	Nombre d'enfants	Âge à la 1 ^{ère} relation sexuelle	N. partenaires derniers 12 mois	N. de partenaires en tout
1	Bac +3	26	150 000	Couple	1	18	1	5
2	Bac+1	28	40 000	Couple	0	20	2	10
3	Bac + 3	29	76 000	Céliba.	0	18	0	5
4	Bac	24	0	Couple	1	18	0	1
5	Bac	27	30 000	Couple	1	16	3	12
6	Bac + 5	35	170 000	Mariée	5	20	1	2
7	Bac + 2	28	50 000	Fiancée	0	17	1	5
8	Bac + 1	38	80 000	Mariée	3	16	1	3
9	Bac + 2	48	800 000	Mariée	5	17	2	10
10	Bac + 3	30	150 000	Célibat.	1	18	1	6
11	Bac + 2	48	150 000	Séparée	2	17	0	10
12	Bac	44	300 000	Mariée	5	18	1	2
13	Bac + 4	28	100 000	Célibat.	0	25	2	2
14	Bac	49	600 000	Couple	2	19	1	5
15	Bac + 2	46	300 000	Mariée	6	18	1	2
16	Bac + 5	43	90 000	Divor.	4	12	1	6
17	Bac	47	600 000	Mariée	4	20	2	4
18	Bac + 2	26	0	Célibat.	0	25	1	1
19	Bac + 2	23	175 000	Célibat.	0	20	1	1
20	Bac + 3	24	100 000	Couple	1	19	1	3
21	Bac	24	0	Célibat.	0	16	2	3
22	Bac + 3	27	15 000	Célibat.	1	18	4	12
23	Bac + 3	27	330 000	Célibat.	0	17	2	3
24	Bac + 4	31	100 000	Couple	0	21	2	7
25	Bac + 3	33	60 000	Veuve	0	21	0	3
26	Bac + 3	36	0	Célibat.	2	18	1	10
27	Bac + 4	32	0	Célibat.	1	19	1	2
28	Bac + 2	25	90 000	Célibat.	0	17	2	10
Âge moyen des femmes							33 ans	
Niveau moyen d'instruction des femmes							Bac + 2,21	
Revenu moyen							162 000	
Âge moyen à la première relation sexuelle							18,5 ans	
N. moyen de partenaires au cours de la dernière année							1,32	
N. moyen de partenaires en tout							5,18	

*Le baccalauréat au Cameroun équivaut à 13 années de scolarité. Le + X signifie le nombre d'années d'études complétées après le baccalauréat.

APPENDICE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des objectifs de cette recherche, à savoir :

- Comprendre la situation des femmes camerounaises instruites face au VIH/sida;
- Comprendre leurs attitudes, croyances et comportements face à la maladie;
- Comprendre comment elles vivent, au quotidien, avec le risque de contracter le VIH/sida.

J'accepte de participer à cette recherche et j'ai le droit de m'en retirer à tout moment. Il est entendu que mon nom, ainsi que le nom des lieux et tout autres noms de personne permettant de m'identifier, ne pourront être mentionnés dans cette recherche. À ce propos, l'étudiante, Susanne Trachsel, utilisera des pseudonymes et sera la seule à connaître mon identité véritable, qu'elle s'engage par la présente à tenir confidentielle. Aussi, l'étudiante s'engage à m'envoyer une copie de son mémoire si je le souhaite.

Signé le _____ 2006 à Yaoundé

Nom de la participante _____

Signature de la participante _____

Signature de l'étudiante _____