

Université de Montréal

**Scolarité et séropositivité des femmes au Cameroun :
analyse d'un apparent paradoxe**

par

Evi Jane Kay MOLLOY

Département de sociologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)
en Sociologie

Avril, 2010

© Evi Jane Kay Molloy, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Scolarité et séropositivité des femmes au Cameroun : analyse d'un apparent paradoxe

Présentée par :
Evi Jane Kay Molloy

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claire DURAND
président-rapporteur

Anne-Emmanuèle CALVÈS
directeur de recherche

Éric LACOURSE
membre du jury

Résumé

Vécue comme l'une des plus grandes crises qu'a connue notre génération, la propagation du virus du SIDA est une urgence mondiale sans précédent, notamment en Afrique subsaharienne où vivent la grande majorité des individus séropositifs. Dans un contexte où aucun vaccin n'existe encore et où les traitements sont onéreux et peu accessibles, les campagnes d'information sur le virus et l'acquisition de connaissances sur les méthodes de prévention, notamment à travers les programmes scolaires, sont cruciaux. La scolarisation est souvent vue comme la solution pour enrayer la propagation du virus et plusieurs études effectuées en Afrique subsaharienne ont effectivement montré que les individus scolarisés étaient souvent les mieux renseignés sur le VIH/SIDA et son mode de propagation. Au Cameroun, pourtant, la partie de la population qui est la plus touchée par la séropositivité est aussi la plus instruite. C'est sur cet apparent paradoxe que se penche la présente étude. Cette recherche explore les différents facteurs qui sous-tendent la relation positive entre le niveau d'instruction et la séropositivité au Cameroun en analysant les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2004. Les résultats des analyses bivariées montrent que plus le niveau d'instruction des hommes et des femmes camerounais augmente, mieux ces derniers sont informés sur le VIH et ses modes de transmission. Malgré cet avantage au niveau des connaissances, l'analyse confirme un lien positif entre le niveau d'instruction et la séropositivité fort et statistiquement significatif parmi les femmes camerounaises, mais non significatif chez les hommes. Les résultats des analyses logistiques hiérarchiques suggèrent que c'est une combinaison de facteurs qui explique pourquoi les femmes les plus scolarisées sont aussi les plus touchées par le VIH/SIDA. Le fait qu'elles aient un profil sociodémographique différent (qu'elles soient plus jeunes et plus riches notamment), et qu'elles soient plus urbaines que leurs consœurs moins scolarisées, mais surtout qu'elles aient un temps d'exposition au risque hors union plus long et un nombre de partenaires plus élevés exposent davantage les femmes les plus scolarisées au virus.

Mots-clés : VIH/SIDA, Scolarisation, Cameroun, Enquête Démographique et de Santé

Abstract

Considered the biggest crisis known to our generation, the propagation of the AIDS virus is an unprecedented worldwide emergency, notably in sub-Saharan Africa where the majority of HIV-positive individuals live. In a context where no vaccine exists and where treatments are expensive and difficult to access, information campaigns about the virus and the acquisition of knowledge on prevention, notably through school programs, are essential. Schooling is often seen as the solution to eradicate the propagation of the virus, and studies held in sub-Saharan Africa have actually shown that highest educated individuals are more informed about HIV/AIDS and about its transmission. However, in Cameroon, the most affected part of the population is also the most educated one. This study investigates this apparent paradox. Using the 2004 data from the Demographic and Health Surveys (DHS), this research explores the multiple factors explaining the positive relation between the education level and seropositivity in Cameroon. Result from the bivariate analysis show that the level of knowledge about HIV and its transmission increases with the education level of men and women. In spite of this knowledge advantage, the analysis show a strong, positive and statistically significant link between the education level and seropositivity of women, but this link is not significant with men. The results of the hierarchical logistical analysis suggest that a combination of factor explains why the most educated women are more affected by HIV/AIDS. The fact that those women have a different sociodemographic profile (they are younger and wealthier), and that they live in more urban areas than their less educated counterparts, and especially the fact that they have a longer exposition time to HIV before engaging in a union, as well as an a higher number of sexual partners, increases their exposure to the virus.

Keywords : HIV/AIDS, Education, Cameroon, Demographic and Health Surveys

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des sigles et abréviations.....	vi
Remerciements.....	viii
Introduction.....	9
Chapitre 1.....	12
1. La scolarisation et le VIH/SIDA en Afrique.....	12
1.1. Le VIH/SIDA en Afrique.....	13
1.2. La scolarisation, rempart contre le VIH/SIDA en Afrique ?	15
1.3. Un effet « protecteur » mitigé.....	19
1.4. Une relation variable selon les pays.....	22
1.5. Une relation changeante selon le stade de l'infection.....	23
CHAPITRE 2.....	25
2. Cadre conceptuel.....	25
2.1. Cadre conceptuel et hypothèses.....	25
2.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	25
2.2.1. Âge.....	25
2.2.2. Religion.....	27
2.2.3. Statut socioéconomique.....	28
2.3. Comportements à risque.....	32
2.3.1. Sexualité prémaritale et temps d'exposition au risque.....	32
2.3.2. Nombre de partenaires sexuels et infections sexuellement transmissibles (IST) ...	33
2.4. Caractéristiques résidentielles.....	35
2.4.1. Type et région de résidence.....	35
CHAPITRE 3.....	38

3.1 Méthodologie	38
3.1. Données.....	38
3.2. Questionnaires.....	39
3.3. Test de dépistage.....	40
3.4. Variables	40
3.5. Méthodes d'analyses	43
3.6. Méthodes d'analyses multivariées	44
3.6.1. Interprétation des coefficients.....	46
3.6.1.1. Le test de wald	46
3.6.1.2. Rapport de cote ou odds ratio	47
3.6.1.3. Chi-deux de maximum de vraisemblance (test d'Hosmer-Lemesho).....	47
3.6.1.4. R-deux de Nagelkerke (pseudo R-carré).....	47
CHAPITRE 4	49
4. Scolarisation et séropositivité au Cameroun : exploration bivariée.....	49
4.1. Niveau de scolarisation, profil socio-démographique et séropositivité	49
4.2. Niveau de scolarisation et comportements à risque.....	52
4.2.1. Nombre de partenaires sexuels	53
4.2.3. Utilisation du préservatif.....	54
4.2.4. Infections sexuellement transmises (IST).....	55
4.2.5. Sexualité prémaritale et temps d'exposition au risque	56
CHAPITRE 5	60
5. Étude du lien entre le niveau de scolarisation et le VIH : résultats de l'analyse hiérarchique.....	60
5.1. Résultats et discussion	60
Conclusion	71
Bibliographie.....	74

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil sociodémographique des femmes sexuellement actives par niveau de scolarité (en pourcentage).

Tableau 2. Comportements à risque des femmes par niveau de scolarité

Tableau 3. Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie chez les femmes

Tableau 4 : Temps d'exposition hors union et temps d'exposition dans l'union pour les hommes et les femmes sexuellement actifs (en années)

Tableau 5 : Régression logistique de la probabilité qu'une femme soit testée positive au dépistage du VIH

Liste des sigles et abréviations

CEA : Commission économique pour l'Afrique

CHANGE : Center for Health and Gender Equity

CMH : Commission on Macroeconomics and Health

CPC : Centre Pasteur du Cameroun

DBS : Dried blood spots

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EDSC-III : Enquête Démographique et de Santé Cameroun, 2004

INS : Institut national de la statistique

IST : Infections sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAM : Programme alimentaire mondial

RC : Rapport de cote

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Pour toi Beth

*Merci de m'avoir donné le goût d'en
apprendre toujours plus. Tu m'as permis de
m'ouvrir sur un monde de découvertes et de
passions.*

Remerciements

Ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour sans le soutien actif d'un certain nombre de personnes que je tiens à remercier personnellement. Merci, un mot simple, mais qui, je l'espère, vous permettra de comprendre toute la reconnaissance que j'ai pour vous.

Avant toute chose, mes remerciements vont à madame Anne Calvès, ma directrice. Merci pour tous les judicieux conseils et pour l'encadrement. Son soutien a été pour moi une source de motivation qui m'a permis de me dépasser et d'en apprendre toujours plus. Merci pour votre patience et votre dévouement.

Je voudrais aussi exprimer toute ma reconnaissance aux professeurs qui ont été présents tout au long de mes études et qui m'ont transmis leur passion pour la sociologie et pour la recherche. Je tiens d'ailleurs à remercier tout particulièrement monsieur Paul Bernard pour la confiance qu'il a su me témoigner, car il m'a permis de croire en moi et en mes capacités. Nos discussions informelles ont fait en sorte de me faire avancer dans mon cheminement et ma reconnaissance à son égard n'a d'égal que son intelligence, humaine et professionnelle.

La rédaction d'un mémoire est un moment solitaire où l'on est confronté à soi-même, à nos propres limites. C'est dans cette solitude que l'on prend conscience de toutes ces personnes qui nous sont chères, de ceux et celles qui font la différence, qui croient en nos capacités, qui sont là pour nous motiver, mais aussi pour nous changer les idées. Je ne peux donc pas passer sous silence mes amis. Merci à ma colocataire, ma figure d'attachement, Catherine. Merci de m'avoir permis de vivre tous ces moments hauts en couleurs. Natacha, Julie, Paul, Stéphanie, Myriam, Marie-Christine, Jean-François, Charles-Étienne, Émilie, Kate, Isabelle, Laurianne et Patrik, merci d'être dans ma vie ! Vous êtes des êtres d'exception ! Ne l'oubliez jamais ! Vous avoir à mes côtés est un privilège et sachez que j'en suis consciente.

Ali, ma grande sœur, mon modèle. Je t'aime tellement ! Sache que malgré la distance, tu es toujours aussi présente pour moi. J'espère que tu pourras être fière de ta petite soeur.

Enfin, les remerciements les plus importants s'adressent à ceux qui m'ont tout donné et qui ont fait que je suis qui je suis, où je suis : mes parents, Diane et Marcel. Je ne pourrai jamais trouver les mots assez forts pour vous démontrer toute ma reconnaissance. J'espère que vous pourrez être fiers de votre petite fille. Sans vous, rien n'aurait été possible. Votre soutien et votre amour inconditionnel sont pour moi des sources d'inspiration inépuisables. Ce mémoire est ma façon de vous rendre honneur. J'espère un jour être à votre hauteur.

Je réalise aujourd'hui l'accomplissement de plusieurs années de travail, un accomplissement personnel et professionnel aussi grisant que déstabilisant. Merci à vous tous pour votre présence, ce mémoire contient un peu de vous tous.

Introduction

D'une portée sans précédent, le SIDA est une pandémie qui freine le développement de nombreuses sociétés et qui transforme radicalement le monde dans lequel nous vivons. Malgré les progrès rencontrés dans plusieurs pays, il n'en demeure pas moins que ces avancées ne sont pas suffisantes pour permettre d'envisager la fin de ce fléau. En 2008, 33,4 millions d'individus à travers le monde étaient infectés par le VIH/SIDA. Près de 2 millions de personnes en sont mortes lors de cette même année et le nombre de nouvelles infections, pour 2007, était de 2,7 millions (ONUSIDA, 2009). C'est en Afrique subsaharienne où se retrouve le plus grand nombre d'individus touchés par le virus. En effet, malgré le fait que le continent ne contribue que pour 10 % de la population mondiale, il est l'hôte de 70 % de tous les cas de la planète (Leroy, 2004). Au niveau global, les femmes représentent la moitié de tous les individus infectés et, en Afrique subsaharienne, elles représentent près de 60 % des cas.

En dépit de toutes les recherches et des efforts faits pour trouver un vaccin ou un remède contre le virus, il n'existe encore aucune façon de s'en guérir. Le traitement actuel consiste en une combinaison médicamenteuse (trithérapie), mais celui-ci n'est pas un traitement curatif, il ne permet que de prolonger la vie des personnes atteintes. Les progrès entraînés par ce traitement sont notables, mais ne sont pas suffisants. À ce jour, la prévention reste donc la seule arme pour mettre un terme à l'expansion du VIH/SIDA.

Le manque de remède pousse plusieurs chercheurs et intervenants à mettre leurs espoirs dans les campagnes d'information sur le virus et dans l'acquisition de connaissances sur les méthodes de prévention, notamment à travers les programmes scolaires. Pour certains, la scolarisation serait même perçue comme « le vaccin contre le VIH/SIDA » (Banque mondiale, 2002; Vandermoortele et Delamonica, 2000). Plusieurs études se sont d'ailleurs penchées sur l'impact de la scolarisation sur la séropositivité et démontrent que plus les individus sont scolarisés, moins grandes seraient les probabilités d'être atteint du virus

(Lakhandai et Ram, 2008; Wolfenson, 2000; Gregson Waddell et Chadiwana, 2001). Selon ces recherches, les individus scolarisés adoptent des comportements plus responsables et moins à risque. En effet, il a été démontré que plus le niveau de scolarité est élevé, meilleures sont les connaissances sur les maladies en général et les façons de s'en protéger deviennent plus fréquentes. Les individus les plus scolarisés seraient donc ceux qui font le meilleur usage de la médication et des méthodes de contraception, en plus d'adopter plus fréquemment un style de vie sain (ONUSIDA, 2000). Ils sont aussi plus nombreux, comparativement aux personnes qui ont peu ou pas du tout fréquenté l'école, à utiliser les services sanitaires modernes, à accepter les traitements pour les IST et à utiliser le condom (ONUSIDA, 2000), en plus de faire un meilleur usage des méthodes modernes de planification familiale (Gregson et coll., 2001; Ainsworth, Beegle et Nyamete, 1995).

Néanmoins, ces conclusions ne peuvent être étendues à toutes les populations, car malgré le fait que la relation entre la scolarité et la séropositivité soit significative et positive dans bon nombre de pays, ces résultats ne sont pas généralisables à toute la population mondiale (USAID, 2008). Ainsi, au Cameroun, par exemple, la partie de la population qui est la plus touchée par la séropositivité est aussi la plus instruite. C'est sur cet apparent paradoxe que se penche la présente étude. Comment expliquer les taux de séropositivité plus élevés parmi les hommes et les femmes les plus scolarisés au Cameroun? Cette étude tentera d'explorer les différents facteurs sous tendant la relation entre ces deux variables.

Le premier chapitre du mémoire est consacré à la problématique de la scolarisation et du VIH/SIDA en Afrique. Il s'agira de faire un bilan des résultats de recherche sur le lien entre niveau de scolarité et séropositivité afin de camper l'objet du mémoire dans son contexte. Le deuxième chapitre présente le cadre conceptuel qui guidera l'analyse ainsi que les données et méthodes utilisées. La présentation des résultats d'analyse fera l'objet des deux chapitres suivants. Le chapitre 3 consiste en une première exploration de la relation entre le niveau de scolarité et la séropositivité et présente les résultats des analyses statistiques bivariées. Enfin, le quatrième et dernier chapitre expose les résultats des

analyses multivariées hiérarchiques. Il s'agira de déterminer l'influence des caractéristiques sociodémographiques, des comportements et des variables d'environnementales sur la relation entre le niveau de scolarité et le statut de séropositivité des femmes camerounaises sexuellement actives.

Chapitre 1

1. La scolarisation et le VIH/SIDA en Afrique

Pandémie : un mot percutant qui décrit bien l'ampleur du fléau que connaît aujourd'hui l'Afrique. Depuis son apparition aux États-Unis en 1981, le SIDA a eu des répercussions dévastatrices au niveau planétaire. Découvert dans les villes de San Francisco, de New York et de Los Angeles, ce n'est qu'en 1984 que l'on a réussi à isoler le virus du SIDA. C'est d'ailleurs à ce moment qu'est née la polémique, qui durera des années, quant à l'origine de la maladie (OMS, 1995). Le VIH atteint le système immunitaire des personnes qui en sont atteintes et, à ce jour, il n'existe aucune façon de s'en guérir. Sa transmission se fait par le contact avec du sang contaminé et peut être faite de façon horizontale, c'est-à-dire lors de relations sexuelles non protégées et lors de l'échange de seringues souillées, ou de façon verticale, soit de la mère à l'enfant. En fait, même « [...] si le VIH est en lui-même un phénomène purement bio-médical, sa propagation relève du social » (Seidel, 1996 p. 49). « L'épidémie du VIH/SIDA constitue un catalyseur puissant pour révéler les dysfonctionnements dans une société [...]. En effet, le virus se transmet parce que les conditions économiques, socioculturelles et épidémiologiques lui sont favorables » (Tsafack Temah, 2008, p. 4). Malgré que les premiers cas de la maladie aient été recensés au sein de la communauté homosexuelle, 75% des cas répertoriés de transmission du VIH sont dorénavant attribués à des relations hétérosexuelles (OMS, 1995).

Depuis quelques années, même si on constate une certaine stabilité dans le pourcentage d'individus infectés par le VIH/SIDA, ce pourcentage reste inacceptable. En décembre 2008, 33,7 millions d'individus répartis sur la planète étaient atteints par le virus. En 2008, 2 millions de personnes en sont décédées et il n'y eut pas moins de 4,3 millions de nouvelles infections au VIH pour l'année 2007 (ONUSIDA, 2009). Ces données sont plus

qu'alarmantes et malgré la diminution dans certains pays du taux de prévalence de nouvelles infections, le VIH/SIDA reste un problème menaçant au niveau planétaire.

1.1. Le VIH/SIDA en Afrique

Vécu comme la plus grande crise qu'a connue notre génération, « le SIDA est une urgence mondiale à laquelle il faut riposter » (Kofi Annan dans ONUSIDA, 2004). C'est en Afrique sub-saharienne que se retrouve le plus grand nombre d'individus atteints du VIH/SIDA et, bien que cette partie du monde ne représente que 10 % de la population planétaire, elle compte 70 % de tous les cas de VIH (Leroy, 2004). « L'Afrique subsaharienne est l'hôte de 24 des 25 pays avec le plus haut taux mondial de prévalence du VIH » (Children on the Brink, 2004, p. 9).

Aujourd'hui, ce sont les femmes qui sont les plus à risque d'être atteintes du virus. Au niveau mondial, elles constituent la moitié de toutes les infections. Au Cameroun, le ratio d'infection entre les hommes et les femmes est de 1,7 (pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes infectées). Ce ratio est d'ailleurs semblable à celui que l'on retrouve dans plusieurs autres pays de l'Afrique subsaharienne (PAM, 2007). « En décembre 2003, les femmes représentaient près de 50 % de toutes les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA de par le monde, ce pourcentage atteignant 57 % en Afrique subsaharienne. En Afrique australe, où le SIDA a atteint pratiquement toutes les familles, on compte dans certains groupes d'âge jusqu'à deux femmes atteintes pour un homme » (ONUSIDA, 2004, p. 3). Plus de 25 % des femmes enceintes d'Afrique australe sont atteintes du VIH et dans des pays tels que le Botswana et le Swaziland, cette prévalence augmente à 40 % (CEA, 2004). Toujours selon l'ONUSIDA, 75 % des nouveaux infectés sont de sexe féminin et les probabilités de contracter le VIH sont de 3 à 6 fois plus élevées chez les jeunes femmes que chez les hommes (Bernier-Rodereda et Hons, 2007). Dès lors, il est possible d'évoquer « la féminisation de la pandémie » sur le continent africain (CEA, 2004). Le mariage en bas âge et les rapports sexuels précoces ne sont que quelques éléments qui prédisposent spécialement les filles au VIH (SIDANET, 2008). Socialement, les femmes « [...] hésitent

à se soumettre à des tests de dépistage et à dévoiler leur séropositivité, même à leur partenaire, parce qu'elles craignent de faire l'objet de stigmatisation, de discrimination et de violence physique » (CEA, 2004, p. 3). Les femmes ont un accès plus limité aux soins de santé que leurs homologues masculins et, par conséquent, elles se présentent plus tardivement pour des tests de dépistage et le suivi (CEA, 2004; Tasfack Temah, 2008).

Il faut en outre mentionner que l'épidémie ne se développe pas de façon homogène sur le continent africain. Si le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda ainsi que le Zimbabwe connaissent un déclin de leur taux d'infection, le Mozambique connaît quant à lui une augmentation. Plusieurs pays d'Afrique australe, tels l'Afrique du Sud, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland, connaissent une certaine stabilisation de la prévalence, mais à un seuil extrêmement élevé (ONUSIDA, 2008). D'ailleurs, le Lesotho et le Swaziland, pour ne nommer que ceux-ci, font partie des pays d'Afrique les plus durement touchés par le VIH/SIDA, avec des prévalences s'échelonnant entre 16,1 % et 26 % (ONUSIDA, 2008). Au Cameroun, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun pour 2004 (EDSC-III), on constate que le virus du VIH/SIDA est l'une des maladies les plus répandues dans le pays (PAM, 2007). C'est à Yaoundé (8,3 %) et à Douala (6,4 %), deux zones urbaines de ce pays, où l'on retrouve le plus haut niveau d'infection, comparativement aux milieux ruraux (4,0 %) (Données tirées de l'EDSC-III, citées dans PAM, 2007). Le VIH est d'ailleurs plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural dans tous les pays africains, à l'exception du Sénégal, où la prévalence est égale en ville et en campagne (ONUSIDA, 2008).

Au niveau mondial, on évalue à 370 000 le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans qui ont été infectés par le VIH en 2007. Le nombre total d'enfants vivant avec le VIH/SIDA est passé de 1,6 million en 2001 à 2 millions en 2007 ; près de 90 % d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2008). « Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique, et

aggravé la pauvreté des ménages » (ONUSIDA, 2008, p. 13). Toujours selon l'ONUSIDA, les individus âgés entre 15 et 24 ans représenteraient, au niveau mondial, près de la moitié de toutes les nouvelles infections au VIH. Dans cette même population, le nombre de personnes qui contracteront l'infection s'élève à plus de 6 000 par jour. Le VIH/SIDA transforme profondément et radicalement le fonctionnement de la société en épuisant les capacités et les ressources des pays et ceci à un rythme plus rapide qu'elles ne se renouvellent (ONUSIDA, 2004). « Cette pandémie est particulière en ce sens qu'elle décime surtout les populations sexuellement actives, et donc économiquement productives. Ceci a un impact non seulement sur le niveau de la production globale, mais encore il faut des ressources supplémentaires pour la prise en charge des malades et des enfants issus de couples victimes de la contamination » (Boade, 2007, p. 2).

Dans un tel contexte et en l'absence de vaccin contre la maladie, beaucoup d'espoirs ont été mis dans l'acquisition de connaissances et la mise en circulation d'information sur le virus, notamment à travers les programmes scolaires.

1.2. La scolarisation, rempart contre le VIH/SIDA en Afrique ?

Partant des informations disponibles, on constate que ce qui rend l'expansion du VIH/SIDA aussi virulente peut être résumé, entre autres choses, à quatre éléments : le silence, la honte, la stigmatisation et les superstitions. Pour plusieurs experts, la façon de faire diminuer l'importance de ces facteurs, et ainsi d'affaiblir l'impact que prend aujourd'hui le virus, passe par la scolarisation des individus (Vandermoortele et Delamonica, 2000). « L'éducation vaccine » (Banque mondiale, 2002; Vandermoortele et Delamonica, 2000). Cette allégation est fréquemment utilisée pour démontrer l'importance et les retombées de la scolarisation, mais surtout pour exprimer l'espoir que l'on met en celle-ci dans la lutte au VIH/SIDA.

Le lien positif entre la scolarisation et la santé a été démontré dans de nombreuses études (Lakhandai et Ram, 2008; Wolfenson, 2000; Gregson, Waddell et Chadiwana, 2001). Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer ce lien positif. Pour les économistes, le fait d'être scolarisé augmenterait la valeur accordée au temps et ferait en sorte qu'un coût est associé à la maladie, ce qui motiverait les individus à prendre soin de leur santé et ferait diminuer les épisodes de mauvaise santé. Wolfe et Zurekas, dans une analyse macroéconomique des effets monétaires et non monétaires de l'éducation effectuée en 1997, montrent que le fait d'être scolarisés fait en sorte que les individus possèdent de meilleures informations sur la santé, les incitant ainsi à adopter des comportements moins à risque et à faire un meilleur usage des médicaments (Lakhandai et Ram, 2008). Toujours d'un point de vue économique, mettant de l'avant le rapport coût/efficacité, Wolfenson, président de la Banque Mondiale en 2000, mentionne que la scolarisation demeure l'un des moyens les plus efficaces dans la lutte à la prévention du VIH (Wolfenson, 2000).

Dans leur recension de plusieurs études portant sur le lien entre le VIH/SIDA et la scolarisation, Lakhandai et Ram (2008) soulignent que de nombreuses recherches démontrent que plus le nombre d'années passées à l'école est grand, plus les individus développent leur connaissance sur les types de comportements sexuels à risque et connaissent l'ampleur des conséquences de la maladie. Les personnes les plus instruites sont donc celles, selon les auteurs, qui sont les plus susceptibles d'avoir de faibles probabilités de contracter le virus ainsi que de le transmettre aux autres (Lakhandai et Ram, 2008).

Dans une étude réalisée dans plusieurs pays africains, Gregson et coll. (2001) montrent que lorsque l'épidémie du VIH progresse et que ses effets sur la mortalité et la morbidité deviennent plus manifestes, les gens, devenus conscients des répercussions de la maladie, intègrent plus rapidement les conseils de prévention. De la sorte, on peut s'attendre à ce que les individus les plus instruits soient les mieux placés pour adopter rapidement des

styles de vie plus sains. Dans une autre étude effectuée en 1998 chez les femmes d'une région rurale du Zimbabwe, Gregson, Zhuwau, Anderson et Chadiwana ont démontré que l'instruction et la disponibilité des médias, entre autres, fournissent une plus grande exposition aux informations concernant le VIH/SIDA, ce qui permet aussi aux individus de développer des habiletés de négociation qui réduisent l'implication dans les relations à risque. De surcroît, l'instruction et l'accès à l'information facilitent l'accès et l'utilisation des services sanitaires modernes de même qu'ils augmentent les chances d'accepter les traitements pour les IST et l'utilisation du condom (ONUSIDA, 2000), deux facteurs importants dans la transmission du VIH/SIDA.

D'après de nombreuses études, utiliser un préservatif lors de relations sexuelles est un comportement responsable pour se protéger contre le VIH/SIDA, ce comportement étant d'ailleurs relié positivement, autant pour les hommes que pour les femmes, avec le niveau de scolarisation de l'individu (PAM, 2006; ONUSIDA, 2000). Le fait de ne jamais utiliser le condom est d'ailleurs associé avec la prévalence au VIH (Smith, Nalagoda, Wawer, Serwadda, Sewankambo, Konde-Lule, Lutalo, Li et Gray, 1999). Les personnes qui ont fréquenté l'école font en général un meilleur usage des méthodes modernes de planification familiale que les personnes qui ont peu ou pas du tout fréquenté l'école (Gregson et coll., 2001; Ainsworth, Beegle et Nyamete, 1995).

Plusieurs recherches ont d'ailleurs mis de l'avant que le fait d'aller à l'école permet de développer les habiletés à comprendre les informations de prévention qui sont véhiculées, permet un meilleur accès aux soins de santé, réduit les vulnérabilités sociales et économiques qui exposent les femmes aux activités à risque et augmente les probabilités d'être dans un groupe de la communauté qui encourage la prévention du SIDA (PAM, 2006). Être plus scolarisé ferait en sorte que les individus adopteraient plus fréquemment des modes de pensée logiques et seraient, par conséquent, plus enclins à protéger leur santé (PAM, 2006). La Banque Mondiale (2002) montre également que la fréquentation des

institutions scolaires permet de se préserver de l'infection au VIH par le biais des informations et des connaissances qui y sont véhiculées. Selon la revue de la littérature faite par Badcock-Walters, Kelly et Görgens (2004), l'école, vue comme une communauté, serait la source la plus citée pour la transmission de connaissances sur le VIH. Il faut mentionner que l'école fait ici référence autant aux professeurs, aux autres étudiants, qu'à l'institution en elle-même : il est ainsi question de plusieurs modes de transmission des connaissances.

Outre son effet « protecteur » direct, la scolarisation influence indirectement l'exposition au VIH/SIDA, notamment par le biais du statut social. En effet, le niveau de scolarisation est fortement corrélé avec le statut socioéconomique (Hargreaves et Glynn, 2002). Certaines études ont montré que la pauvreté chez les femmes africaines augmente les risques de s'engager dans le monde du sexe commercial¹ et donc hausse l'exposition à la transmission du VIH (Dunkle et coll. 2004 cité dans Mishra, Bignami, Greener, Vaessen, Hong, Ghys, Boerma, Assche, Khan et Rutstein, 2007). Les femmes les moins éduquées et plus pauvres seraient donc plus sujettes à adopter des comportements sexuels à risque. Les connaissances acquises à l'école permettent de réduire la pauvreté en même temps qu'elles permettent le développement du pouvoir, jouant ainsi un rôle clef dans la diminution de la transmission du VIH/SIDA (Kelly, 2000). En ce qui a trait aux hommes, particulièrement ceux de l'Afrique subsaharienne, la probabilité d'avoir une partenaire sexuelle non-régulière est plus élevée avec l'éducation et le revenu, augmentant ainsi les chances d'exposition aux IST, incluant le VIH. Les études ont aussi suggéré que les hommes avec un revenu plus haut ont plus tendance à avoir recours au sexe commercial et d'avoir des partenaires sexuelles non-régulières, ceci additionné au fait qu'ils sont habituellement moins fidèles à leurs partenaires (Mishra, et coll., 2007).

¹ Le sexe commercial renvoie au fait d'avoir eu une relation sexuelle en échange d'une rémunération.

1.3. Un effet « protecteur » mitigé

Somme toute, la relation entre le niveau d'instruction et la vulnérabilité au VIH/SIDA est complexe. Malgré les aspects positifs qu'on leur attribue, il semblerait que le lien entre ces deux variables demeure ambigu. Dans les campagnes de prévention pour le VIH/SIDA, on observe que l'emphase est mise sur le lien entre les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements. On croit que les gens ont besoin de connaissances pour changer leur attitude pour ensuite modifier leurs pratiques et comportements. Le problème dans cette logique est que, même si les gens possèdent ce savoir, il se peut qu'ils ne voient pas l'intérêt ou ne sentent pas qu'ils ont le pouvoir de changer leur comportement (Barnett et Whitside, 2002). Les individus qui ont eu la possibilité de poursuivre leurs études restent baignés dans un environnement avec certaines valeurs et coutumes qui ne sont pas toujours favorables aux changements de comportement que devraient adopter les gens pour se protéger du VIH/SIDA (Vandermoortele et Delamonica, 2000). Ainsi, le niveau de scolarisation n'est pas un gage de réussite de la lutte au VIH. Il a certes un impact sur les comportements des individus, mais l'application du savoir dépend aussi des interactions avec les autres qui ont un niveau d'éducation égal ou supérieur à soi (PAM, 2006). En fait, les personnes instruites adoptent plus rapidement des comportements innovateurs et sont subséquentement copiées par les moins instruits (Roger, 1983 cité dans Gregson et coll., 1998). L'entourage joue donc un rôle prédominant dans la transmission du savoir sur la maladie. Certains auteurs font d'ailleurs preuve d'une certaine prudence face à la relation entre la scolarisation et le VIH/SIDA. Airhihenbuwa, par exemple, souligne que, selon une étude faite en 1999 en Afrique du Sud, la relation linéaire entre le savoir individuel et l'action ne prend pas en compte les variables politiques, socioéconomiques et culturelles concomitantes. Il suggère que les activités sexuelles ne se vivent pas toujours de la même façon, que les émotions jouent aussi un rôle décisif par les déviations qu'elles peuvent entraîner. Le savoir seul ne garantit pas l'appropriation de l'information ni le changement de comportement (Badcock-Walters et coll., 2004). Pour ce faire, il faut que les informations soient complémentaires aux valeurs et attitudes qui feront prendre des

décisions plus éclairées (Coombe et Kelly, 2001). « Des recherches en sociologie médicale ont démontré que la connaissance n'a pas forcément de lien direct avec un changement de comportement (Ajzen et Fishbein cité dans Holland, 1992) Pour encourager un changement de comportement, la connaissance du risque nécessite un processus de réflexion par lequel les personnes comprennent leur propre situation face aux risques (Holland, 1992) » (Trachsel, 2007, p. 17). Jejeebhoy (1995) souligne que la relation entre l'éducation acquise à l'école et le pouvoir de décision peut être conditionnée par différents facteurs. Au nombre de ces facteurs, on peut inclure les inégalités de genre : plus celles-ci sont grandes, moins le niveau de scolarisation des femmes paraît avoir une influence sur leurs comportements. Ainsi, malgré le fait qu'il existe une relation positive entre le niveau de scolarisation et les connaissances sur le VIH dans de nombreux pays, ceci ne signifie pas forcément qu'il existe une corrélation négative entre les connaissances sur le VIH et la prévalence du virus (PAM, 2006). En effet, la dynamique que prendra l'épidémie, par le biais des politiques sociales et notamment des inégalités vécues, affecte la corrélation entre le niveau de scolarisation et l'infection au VIH.

L'école n'est qu'un lieu parmi d'autres pour instruire et influencer les comportements (Badcock-Walters et coll., 2004). Les étudiants de niveau secondaire ont accès à une multitude de sources d'information concernant le VIH/SIDA, notamment la radio, les professeurs, la presse écrite, le personnel médical et la famille. Les médias de masse sont d'ailleurs deux fois plus importants dans la transmission des connaissances que les institutions scolaires et deux à trois fois plus décisives que le transfert de savoir de la part d'un autre individu (Badcock-Walters et coll., 2004). Dans une étude effectuée dans le milieu rural en Ouganda, De Walque (2002) a démontré que le rôle de l'éducation dans la réduction de la prévalence du VIH chez les jeunes adultes ne peut être automatiquement attribué à la prévention en classe, mais plutôt aux informations que les individus reçoivent de manière informelle, en dehors des classes. En fait, selon une enquête des Nations Unies effectuée à partir des données d'enquêtes démographiques et sanitaires en 2002, « les

écoles et les enseignants ne semblent jouer qu'un rôle très restreint en matière de sensibilisation » (Nations Unies, 2002, p. 4). Il est difficile de départager d'où les informations proviennent, si ce sont les médias ou les institutions qui ont le plus d'influence sur l'acquisition de connaissances ainsi que sur les changements de comportement.

Malgré tout cela, plusieurs études ont montré que l'augmentation du niveau d'éducation peut accroître les risques d'infection au VIH. Deheneffe, Carael et Noumbissi ont effectué une étude, en 1998, dans plusieurs pays en développement (dont 6 pays africains) sur les déterminants socioéconomiques des comportements sexuels et de l'utilisation du condom. Ils ont démontré que plus une personne a un haut niveau de scolarité, plus ses valeurs sexuelles sont libérales, influençant ainsi ses chances d'avoir des comportements à risque (PAM, 2006). L'étude de Smith, Nalagoda, Wawer, Serwadda, Sewankambo, Konde-Lule, Lutalo, Li et Gray (1999), effectuée dans le district de Rakai en Ouganda en 1990, comprenant 1397 hommes et 1705 femmes âgées de plus de 13 ans, va dans le même sens et démontre que les individus avec un plus haut niveau de scolarisation ont plus de chances que les personnes moins scolarisées de vivre dans des communautés avec un plus haut niveau de VIH, d'avoir des partenaires sexuels multiples et de voyager dans des zones avec de hautes prévalences du VIH (Smith et coll., 1999). En Afrique comme ailleurs, la scolarisation retarde l'entrée en première union (Hargreaves et Glynn, 2002; Kelly, 2000). Bien que les femmes les plus scolarisées initient les relations sexuelles plus tardivement, elles expérimentent des périodes plus longues entre le début des relations sexuelles et le mariage, faisant en sorte qu'elles ont plus de partenaires sexuels que les personnes moins instruites qui se marient plus tôt (Blanc et Way, 1998). De ce fait, le mariage précoce des femmes moins scolarisées constituerait une protection relative contre le VIH/SIDA, en ce sens qu'il permet théoriquement de réduire le nombre de partenaires sexuels (Ferry, 1998).

Si la pauvreté plus importante des femmes moins scolarisées semble expliquer dans certains contextes l'effet « protecteur » de l'éducation, dans d'autres contextes, le statut économique plus élevé associé à l'éducation est un facteur de risque, notamment chez les hommes. Un plus haut niveau économique est en effet associé à une augmentation du temps libre, à de plus grandes opportunités de voyage ainsi qu'à un plus grand nombre d'occasions d'utiliser le sexe commercial (Berkley, 1989 cité dans Hargreaves et Glynn, 2002).

1.4. Une relation variable selon les pays

Les données relatives au lien entre la scolarisation et la séropositivité en Afrique sont donc difficilement généralisables. Sur la base des données des EDS réalisées dans une multitude de pays, on constate qu'il est quasi impossible de faire ressortir un schéma s'appliquant à tous les pays (USAID, 2008). Au Sénégal, par exemple, les données de 2005 montrent que lorsque le niveau de scolarité augmente, les chances pour un individu d'être atteint du VIH/SIDA diminuent. Il en va de même pour le Zimbabwe où la prévalence du VIH/SIDA chez les hommes n'ayant jamais fréquenté l'école est près de deux fois plus élevées que chez ceux ayant atteint un niveau de scolarité secondaire ou plus (USAID, 2008). Les données des EDS ont également montré une relation négative entre le niveau de scolarité et les taux de séropositivité pour l'Éthiopie et le Kenya (USAID, 2008). Au Malawi, en revanche, selon une étude du Malawi National AIDS Commission, faite par le ministère de la Santé et de la Population du Malawi en 2003, il existe une relation positive entre la scolarité et la prévalence du VIH (Badcock-Walters et coll.; 2004). Au Kenya, où la prévalence se situe tout comme pour le Cameroun entre 3,1 % et 7,0 %, il a été démontré en 2003 que le plus haut taux de prévalence est atteint chez les individus ayant complété un niveau primaire et qu'il diminue lorsqu'ils ont terminé un niveau secondaire (USAID, 2008). Au Cameroun et au Zimbabwe, les données de l'EDS montrent également une relation positive entre le niveau d'éducation et le risque d'être séropositif (USAID, 2008).

La relation entre le nombre d'années passées sur les bancs d'école et la prévalence du VIH/SIDA n'est donc pas homogène pour tous les pays (Badcock-Walters et coll., 2004). Les écarts quant aux différentes réalités de l'épidémie sont en fait mal saisis. « Cette série de questions non résolues [quant aux liens entre la scolarisation et la prévalence du VIH/SIDA] renvoie en fait à un très grand nombre de variables qui interviennent dans l'exposition au VIH, sa transmission et finalement dans la dynamique de l'épidémie » (Ferry, 1998, p. 239).

1.5. Une relation changeante selon le stade de l'infection

La scolarité serait associée positivement à l'infection au VIH au début de l'épidémie (Lakhandai et Ram, 2008). Selon Smith et coll. (1999), lorsque l'épidémie est encore à un stade embryonnaire, les individus ayant une scolarité élevée sont ceux qui ont le plus de chances d'être atteints du VIH comparativement à des personnes moins scolarisées, alors que lorsque l'épidémie atteint une certaine maturité, les risques d'infection deviennent « plus égalitaires ». En fait, l'effet du stade de développement de l'épidémie aurait beaucoup à faire avec la perception des risques. Lorsque l'épidémie en est à ses premiers balbutiements, telle qu'elle l'était vers la fin des années 80 et au début des années 90, le sentiment de risque n'est pas encore très présent chez les gens. C'est d'ailleurs à cette période que les programmes traitants des styles de vie ainsi que de la santé reproductive ont été introduits un peu partout sur le continent (Coombe et Kelly, 2001). Les années 2000 ont marqué une rupture et la population a pris conscience du virus. Comme le note Trachsel (2007), lorsque le VIH/SIDA est présent depuis un certain temps, il est plus fréquent d'y avoir déjà été confronté et ainsi d'en connaître les répercussions. À ce stade, le niveau d'infection chez les individus les plus scolarisés, spécialement chez les jeunes, régresse (Gregson et coll. 2001).

Une étude examinant l'association entre l'éducation et la prévalence de l'infection au VIH dans le district de Rakai, en Ouganda, effectuée en 1990 sur une population de 3102

individus âgés de 13 ans et plus, a constaté que le niveau de scolarisation était associé avec un plus haut taux de prévalence du VIH pour les hommes comme pour les femmes (Smith et coll., 1999). Par contre, ce constat n'est plus valable lorsque nous étudions ce même pays ultérieurement. Sur la base d'une étude longitudinale s'échelonnant sur 12 ans, en milieu rural ougandais, De Walque (2006) montre que lorsque les connaissances augmentent, le taux d'infection au VIH tend à diminuer. Il suggère que les effets de la scolarisation émergent avec le temps et qu'après une décennie de campagnes de prévention, nous commençons à en percevoir les bénéfices. Effectivement, il y a eu une évolution substantielle dans l'éducation sur le VIH, les individus sont plus informés, particulièrement chez les jeunes hommes.

Par ce chapitre, nous constatons que la relation unissant scolarité et séropositivité est loin de faire consensus. Le chapitre suivant nous permettra d'approfondir la relation positive entre scolarité et séropositivité en nous basant sur le cas particulier du Cameroun. Ce cadre conceptuel sera l'occasion de faire ressortir les variables pouvant expliquer la situation particulière qui caractérise ce pays.

Chapitre 2

2. Cadre conceptuel

2.1. Cadre conceptuel et hypothèses

On a vu, dans le chapitre 1, que le lien entre le niveau de scolarité et la séropositivité est complexe. Néanmoins, plusieurs pistes de réflexion ont été suggérées pour permettre de comprendre les mécanismes sous-jacents à cette relation. Certains facteurs économiques, démographiques, sociologiques et culturels ont une influence assez importante sur le lien entre ces deux variables. En conséquence, trois catégories de variables sont prises en compte dans la présente analyse : les variables sociodémographiques, les variables comportementales et les variables environnementales. Le premier groupe inclut l'âge, la religion et le statut socioéconomique. Les variables comportementales comprennent le temps d'exposition au risque (hors union et dans l'union), le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie et le fait d'avoir eu une infection sexuellement transmissible (IST), ou un symptôme d'IST, au cours des 12 derniers mois. Finalement, le dernier groupe des variables environnementales comprend le type de résidence (rural/urbain) et la région de résidence (Nord, Centre, Sud-Est et Ouest). L'objectif de l'analyse est de déterminer la contribution de chacune de ces variables au lien positif entre la scolarisation et la séropositivité des femmes au Cameroun. Les liens entre chacune de ses variables, la séropositivité et l'éducation sont présentés dans les sections qui suivent.

2.2. Caractéristiques sociodémographiques

2.2.1. Âge

C'est en Afrique subsaharienne où l'on retrouve le plus grand nombre de jeunes infectés. Près des trois quarts des jeunes de la planète qui ont entre 15 et 24 ans et qui sont atteints du virus se retrouvent dans cette partie du globe, soit plus de 8,6 millions (Kiragu, Joshi, et Salem, 2001). Malgré la force avec laquelle se déploie l'épidémie dans cette tranche de la population, elle demeure en grande partie invisible, non seulement aux jeunes eux-mêmes,

mais aussi à l'ensemble de la société. « En effet, les jeunes sont souvent des vecteurs du VIH pendant des années sans savoir qu'ils sont infectés. Dans ces conditions, l'épidémie se diffuse au-delà des groupes à haut risque et atteint l'ensemble de la population jeune, ce qui rend d'autant plus difficile de la combattre » (Kiragu, Ketan Joshi et Salem, 2001, p. 7). Plus l'épidémie progresse, plus les groupes d'âge qui sont touchés sont jeunes.

Dans un même ordre d'idées, les caractéristiques physiques, psychologiques, sociales et économiques qui caractérisent l'adolescence augmentent la vulnérabilité au VIH. « Beaucoup d'adolescents vivent des situations de dépendance économique et n'ont pas beaucoup d'expérience sociale. Personne ne leur a enseigné ou appris à se protéger contre l'infection. S'ajoutant à cela, ils ont en général un accès plus limité que les adultes aux soins de santé » (Kiragu et coll., 2001, p. 7). Tous ces facteurs font en sorte d'expliquer, du moins en grande partie, la vulnérabilité des jeunes face au VIH/SIDA.

D'autre part, d'un point de vue strictement biologique, les femmes sont plus à risque que les hommes de contracter le virus du VIH et « ce risque augmente lorsque les jeunes adolescentes ont des rapports sexuels alors que leurs organes reproducteurs ne sont pas encore entièrement développés » (Berner-Rodereda et Hons, 2007, p. 11). Ceci fait en sorte que l'âge des premières relations sexuelles, d'un point de vue biologique, a une influence, surtout chez les femmes, sur les chances de contracter le virus du VIH. Le fait que le corps ne soit pas totalement développé et que les relations sexuelles se passent souvent avec des partenaires plus âgés fait en sorte que les probabilités d'être atteintes du VIH deviennent plus importantes (Tsafack Temah, 2008).

De plus, les jeunes manquent parfois d'information sur le SIDA, car il y a peu de discussion sur la sexualité à l'école comme à la maison. Au Cameroun comme dans la plupart des pays africains, les taux de scolarité ont augmenté au cours des dernières décennies (Banque Mondiale, 2010). Les femmes ayant un niveau de scolarisation secondaire ou plus sont donc disproportionnellement et significativement plus jeunes que

les femmes qui n'ont jamais été scolarisées, ou ont juste atteint un niveau primaire. Dans un tel contexte le fait d'introduire la variable âge devrait diminuer l'effet positif de la scolarisation sur la séropositivité.

2.2.2. Religion

La sexualité et la religion ont une relation forte. Certaines religions ont une portée jusque dans la sphère privée de la vie des individus, ce qui fait en sorte que la sexualité devient pour certains une affaire religieuse (Berner-Rodereda et Hons, 2007). Certains voient même la religion comme un rempart à la pandémie du SIDA en Afrique subsaharienne. Utilisant un échantillon d'hommes mariés vivant dans le milieu rural au Malawi, pour l'année 2001, Trinitapoli et Regnerus ont étudié le lien entre la religion et les comportements sexuels à risque ainsi que la perception du risque. Ils se sont aperçus qu'il y avait un lien significatif entre ces variables. Les femmes qui adhèrent au christianisme sont associées avec un plus haut niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH et une perception de risque moindre, comparativement à celles ne faisant pas partie de ce groupe religieux, telles que les musulmanes (Trinitapoli et Regnerus, 2006).

De même, dans une analyse transversale effectuée dans le district de Rakai en Ouganda, comprenant 1397 hommes et 1705 femmes âgées de plus de 13 ans, Smith et coll. (1999) ont constaté que pour les hommes, la prévalence du VIH était plus faible chez les musulmans, alors que chez les femmes, les protestantes avaient plutôt le taux d'infection le plus bas. La prévalence moins élevée du VIH dans la population musulmane peut s'expliquer, selon Lakhandai et Ram (2008), par le fait que la circoncision diminue les chances d'avoir le virus. Pour Tasfack Temah (2008), cette relation s'explique surtout par leurs attitudes et leurs valeurs vis-à-vis de la famille qui diffèrent des autres religions.

Parallèlement, conformément aux dires de certains auteurs, la religion peut être perçue comme une barrière à l'éducation formelle. Zan note que l'affiliation à la religion musulmane est liée négativement à la fréquentation scolaire. Les données utilisées par Zan

proviennent de l'Enquête Prioritaire de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Burkina Faso. « En effet, il est fréquent que des pratiques de l'école moderne soient contraires à celles traditionnelles. Des études menées au Cameroun ont montré que le risque de déperdition est plus rapide chez les filles musulmanes que chez leurs consœurs chrétiennes. En effet, elles ont révélé que 50 % des filles musulmanes arrêtent leur scolarité à 14 ans contre 16 ans pour la même proportion chez les filles chrétiennes du même âge » (Zan, 2007).

Pour ce qui est du lien entre l'adhésion religieuse et la séropositivité au Cameroun, il semblerait que pour les hommes, les taux d'infection au VIH restent semblablement les mêmes pour chacune des religions. Il en est autrement pour les femmes, où la prévalence est significativement plus faible chez les musulmanes (4,9 %) que chez les catholiques (7,6 %), les protestantes (7,7 %) et surtout comparativement aux femmes appartenant aux nouvelles religions (10,7 %) (INS et ORC Macro, 2004).

Les taux de scolarisation des individus diffèrent souvent selon la religion. Ainsi au Cameroun, les données de l'EDSC-III montrent que chez les individus les plus instruits, la majorité sont de religion catholique. Ceux et celles qui n'ont pas fréquenté l'école, en revanche, sont pour la plupart musulmans tandis que les individus du niveau primaire sont majoritairement catholiques ou protestants (INS et ORC Macro, 2004).

Si la relation positive entre la scolarisation et le VIH est en partie causée par le fait que les moins scolarisés sont aussi majoritairement musulmans, la prise en compte de la religion dans le modèle devrait diminuer l'impact de la scolarisation sur la séropositivité.

2.2.3. Statut socioéconomique

Analysé en tant que maladie infectieuse, le VIH/SIDA est souvent considéré comme une maladie de la pauvreté (Tasfack Temah, 2008). Kofi Annan mentionnait, en 2001, que la pauvreté est l'ennemi le plus colossal pour la santé dans le monde en développement. En

1999, la *Commission on Macroeconomics and Health (CMH)* organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis de l'avant l'exclusion sociale, la pauvreté des ménages et la pauvreté du système de santé comme les causes principales d'une mauvaise santé (CMH, 2001).

Néanmoins, le statut socioéconomique a un effet mitigé sur la prévalence du VIH/SIDA, notamment selon le sexe des individus. Lorsque le niveau économique est élevé, cela fait en sorte que les individus, surtout les femmes, seront moins susceptibles d'entrer dans le monde du sexe commercial, mais seront aussi plus sujets, surtout pour la gent masculine, à voyager et à avoir des contacts avec des prostituées (Berkley, 1989 cité dans Hargreaves et Glynn, 2002). Par contre, les plus riches feraient un meilleur usage des services de santé, se nourriraient mieux, auraient un accès plus facile à de l'eau potable, etc., tandis que les individus moins nantis souffriraient de mauvaise santé et auraient une espérance de vie plus courte (Tasfack Temah, 2008).

L'OMS a démontré, en 1991, que le niveau de prévalence du VIH était supérieur chez les hommes ayant un niveau économique élevé, il arriverait fréquemment que ceux-ci profitent des jeunes femmes pour assouvir leurs désirs sexuels. Cette constatation a été faite pour le Zaïre, le Rwanda et la Zambie (Rwenge, 1998). Pour ce qui est des femmes, lorsqu'elles « ne sont pas satisfaites économiquement par leur conjoint, elles auraient des relations sexuelles extraconjugales à but lucratif [...] le problème serait très important en milieu urbain où les hommes contribuent en grande partie au revenu du ménage » (Rwenge, 1998, p. 227). D'ailleurs, dans ces sociétés, les femmes sont couramment perçues comme étant subordonnées à leur mari. La plupart d'entre elles sont dépendantes économiquement de leur époux et, même si elles gagnent un revenu, elles n'ont pas toujours la liberté de décision pour la gestion de ce budget (Rwenge, 1998 et Berner-Rodereda et Hons, 2007).

De surcroît, « la pauvreté rend les femmes et les filles plus vulnérables face au risque de contamination par le VIH. Afin de gagner assez d'argent pour pouvoir payer les frais de

scolarité, les uniformes scolaires, les vêtements, la nourriture ou leur loyer, les filles et les femmes en Afrique ont parfois des relations sexuelles avec des hommes aisés, souvent plus âgés et ayant été sexuellement actifs pendant bon nombre d'années déjà » (Berner-Rodereda et Hons, 2007, p. 11). Ce type de « sexe transactionnel », c'est-à-dire avoir des relations sexuelles en échange d'argent ou de biens, permet aux femmes de subvenir à leurs besoins de base, mais aussi de combler des besoins moins essentiels. La pression sociale pouvant parfois être ressentie par celles-ci peut les pousser à de tels actes, leur permettant ainsi d'être à la hauteur des standards véhiculés dans la société (Berner-Rodereda et Hons, 2007). Les jeunes femmes peuvent être plus vulnérables à ce genre de pression exercée par les pairs que les autres femmes plus âgées, ces dernières ayant une plus grande maturité et un jugement plus avisé.

Malgré tout, au Cameroun, en Éthiopie, au Malawi et au Rwanda, ce sont les gens les plus riches, hommes et femmes confondus, qui connaissent le plus haut taux de prévalence du VIH (USAIDS, 2008). Il apparaît, selon une recension de 27 articles analysant 6 pays différents, c'est-à-dire la Thaïlande, l'Ouganda, la Zambie, la Tanzanie, l'Éthiopie et le Zimbabwe, que les facteurs socioéconomiques et le style de vie qui accompagnent la scolarisation et qui augmentent les risques d'exposition au VIH n'ont pas été contrebalancés par les changements de comportement qui diminueraient les risques de VIH (Hargreaves et Glynn, 2002). Ceci concorde avec les résultats du Cameroun où il est ressorti que ce sont les individus se retrouvant dans les quintiles de bien-être les plus élevés qui ont le plus haut taux de prévalence du VIH, et cette différence est encore plus importante chez les femmes que chez les hommes (USAIDS, 2008, Berner-Rodereda et Hons, 2007; INS et ORC Macro, 2004).

La scolarité est indissociable de la situation économique, et ce, encore plus dans les pays en voie de développement. L'UNICEF évoque que « les frais de scolarité ferment les portes de l'enseignement aux enfants les plus vulnérables du monde en développement. Dans les pays frappés par la pandémie VIH/SIDA, ces frais de scolarité sont particulièrement

accablants. En l'Afrique subsaharienne, les frais de scolarité absorbent généralement un quart du revenu d'une famille pauvre » (UNICEF, 2006). Le niveau de scolarité est aussi étroitement lié au statut socioéconomique futur (Bloom, Canning et Chan, 2006).

L'éducation, en fournissant de meilleures ressources économiques, peut faciliter les comportements qui placent les individus dans des situations à risque, par exemple, vivre dans des communautés avec un haut niveau de prévalence au VIH, avoir de multiples partenaires et voyager dans des zones ayant de hauts taux d'infection au VIH (Smith et coll., 1999). D'autre part, il est possible de constater que les comportements à risque sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, comme les unions entre les personnes se font le plus souvent entre des individus de statut socioéconomique semblable, les femmes deviennent tributaires des comportements risqués de leur conjoint (Hargreaves et Glynn, 2002). Selon l'étude de Gregson et coll., faite en 2001 en Afrique subsaharienne, la relation entre le risque d'être infecté au VIH et les indicateurs du statut socioéconomique élevé sont fortement et positivement corrélés chez les hommes comme chez les femmes. En ce qui a trait au Cameroun, selon les renseignements ressortis de l'EDS faite en 2004, les femmes qui sont les plus affligées par le virus du VIH sont celles se trouvant dans les quintiles de bien-être économique les plus riches.

Ainsi, bien que l'on qualifie fréquemment l'épidémie du VIH/SIDA de « maladie de la pauvreté », on constate que ce n'est pas le cas partout, comme nous venons de l'évoquer pour le Cameroun. D'ailleurs, selon les informations récoltées par le *Macro international Globe Staff*, le Burkina Faso, le Ghana, l'Ouganda, le Kenya, la Tanzanie et le Malawi se retrouvent dans une situation semblable à celle vécue au Cameroun, c'est-à-dire avec une prévalence au VIH plus forte dans les strates d'individus se situant dans les 20 % les plus riches (Berner-Rodereda et Hons, 2007).

Nous avançons l'hypothèse que le fait de prendre en compte le niveau socioéconomique diminuera la relation établie entre le niveau scolaire et le statut

sérologique chez les femmes camerounaises, puisque la prévalence du VIH est plus forte dans les milieux socioéconomiques favorisés.

2.3. Comportements à risque

2.3.1. Sexualité prémaritale et temps d'exposition au risque

Selon certains, le mariage constituerait en soi une protection relative contre le VIH/SIDA, en ce sens qu'il permet, théoriquement, de réduire le nombre de partenaires sexuels (Ferry, 1998). Par contre, on peut voir, par exemple au Kenya et en Zambie, que la prévalence est plus élevée chez les adolescentes mariées, entre 15 et 19 ans, que chez les autres populations sexuellement actives (CHANGE, 2000). Ceci s'expliquerait par le fait que les conjoints de ces jeunes filles mariées seraient plus âgés que celles-ci et qu'ils seraient, depuis plus longtemps qu'elles, sexuellement actifs. Ainsi, ils seraient davantage susceptibles d'avoir été en contact avec le virus et ensuite de le transmettre à leur conjointe (Berner-Rodereda et Hons, 2007; Adair, 2007).

Certains cofacteurs joueraient un rôle de premier plan dans la diffusion du virus et dans la façon dont la scolarisation affecte la séropositivité. « L'influence de ces deux facteurs [la scolarisation et le statut socioéconomique] sera médiatisée par les variables directes, principalement la façon dont l'éducation et le revenu impliqueront tel type de comportement sexuel ou tel autre [...], conditionnant ainsi le niveau et l'intensité de la prévalence et de l'incidence du VIH » (Ferry, 1998, p. 240).

Une étude effectuée par ONUSIDA en 1999 a comparé quatre villes d'Afrique, soit Kisumu au Kenya, Ndola en Zambie, Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun. L'échantillon d'individus interrogés était composé de 1000 femmes et de 1000 hommes de chaque ville, tous âgés entre 15 et 49 ans. Selon l'étude, l'âge auquel les hommes et les femmes se marient pour la première fois aurait un impact significatif sur la prévalence du VIH (ONUSIDA, 1999). Les recherches ont montré que les femmes africaines scolarisées

retardaient leur mariage comparativement à leurs consœurs moins scolarisées (Tasfack Temah, 2008; Hargreaves et Glynn, 2002; Kelly, 2000). Adair (2007), dans une recherche quantitative utilisant l'EDSC-III, a démontré que les jeunes femmes camerounaises qui se marient plus tard ont une plus longue période de sexualité prémaritale, ce qui augmente le risque lié au VIH. Selon l'auteur, les femmes qui se marieraient tôt auraient des relations sexuelles à un plus jeune âge, mais auraient un nombre de partenaires sexuels moindre que celles qui se marieraient plus tardivement. De la même manière, une étude des EDS du Kenya et du Ghana, pour l'année 2003, a démontré que, contrôlant pour l'âge, le lieu de résidence et le niveau de scolarisation, le laps de temps entre l'âge de la première relation sexuelle et le premier mariage avait un effet positif et significatif sur l'infection au VIH, car il augmente le temps de sexualité active avant le mariage (Bongaarts, 2007). La scolarisation serait un facteur clef à mettre en lien avec l'âge de la première relation, car elle a un impact sur l'âge auquel l'individu aurait sa première relation, en plus d'avoir un impact sur la prise de risque (Anderson et Brown, 2007).

Ainsi, nous avançons l'hypothèse que la prise en compte du temps d'exposition hors union fera diminuer l'effet de la variable niveau de scolarisation. Plus le nombre d'années passées hors union sera grand, plus l'effet sera important. Nous pensons aussi que le temps d'exposition dans l'union aura également un effet sur la relation étudiée, mais cet effet devrait être moindre.

2.3.2. Nombre de partenaires sexuels et infections sexuellement transmissibles (IST)

Certains modèles de masculinité incitent les jeunes hommes à avoir des relations sexuelles précoces et à adopter des comportements à risque, tels que le multipartenariat sexuel, ce qui fait en sorte de les exposer au VIH. « En Afrique subsaharienne, certaines études ont montré que les hommes éduqués avaient plus tendance à pratiquer le multipartenariat sexuel et utilisaient moins le préservatif » (Aho, Antchouey, Miszkurka, Smits et Sicotte,

2008). En ce qui a trait aux femmes, celles qui entrent tardivement en union ont également un grand nombre de partenaires sexuels, ce qui contribue à augmenter le risque de contracter le virus (Adair, 2007). Le nombre de partenaires sexuels augmente les chances d'être mis en contact avec un individu porteur du virus. D'ailleurs, on remarque qu'au Cameroun, le risque d'infection au VIH s'accroît significativement chez ceux et celles qui ont eu deux partenaires sexuels ou plus, comparativement aux individus qui n'en ont eu qu'un seul (USAIDS, 2008). Les individus plus scolarisés ont également plus de partenaires sexuels, non seulement parce qu'ils se marient plus tardivement, mais aussi parce qu'ils ont une plus grande autonomie et une plus grande mobilité spatiale (ONUSIDA, 2000). Ce constat peut être appliqué, entre autres, au Cameroun, au Cambodge, à la Côte d'Ivoire et au Mali (ONUSIDA, 2000).

De plus, les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies qui représentent un fardeau pour la santé publique dans le monde, « leur incidence annuelle étant estimée à 340 millions de cas » (Siegfried, 2003). La plupart des cas surviennent dans les pays en voie de développement. On remarque d'ailleurs que c'est en Afrique subsaharienne que les taux les plus élevés de nouveaux cas sont recensés. « En Afrique du Sud, on estime à 11 millions le nombre de nouveaux cas d'IST apparaissant chaque année » (Siegfried, 2003). Il est évalué qu'entre 80 et 90 % de la charge mondiale d'IST se fait par des populations pauvres et marginalisées du monde en développement, ceux-ci n'ayant qu'un faible accès au diagnostic, voire parfois aucun accès (TDR, 2005).

En plus du manque de ressources, le taux de prévalence élevé peut être expliqué par la stigmatisation sociale qui est associée aux IST et qui ferait en sorte de dissuader les gens d'aller consulter. Être atteint d'une IST va souvent de pair avec des complications liées aux symptômes de la maladie en plus des répercussions qu'elles entraînent, telles que la transmission mère-enfant, l'infertilité, etc. Les IST sont aussi considérées comme des cofacteurs de la transmission sexuelle du VIH (Siegfried, 2003; ONUSIDA, 2009; TDR, 2005; Silga, 2008). En plus de cela, une personne qui est atteinte de l'une de ces IST a plus

de chance de transmettre le VIH à son partenaire que quelqu'un qui n'a pas d'IST (Développement et santé, 2003). Selon les données de l'EDSC-III, ceux et celles qui ont eu des IST, ou des symptômes d'IST, dans les 12 derniers mois, se retrouvent majoritairement parmi les individus les plus scolarisés.

D'après ce qui précède, nous avançons l'hypothèse que le nombre de partenaires sexuels ainsi que le fait d'avoir déjà eu une IST feront diminuer l'impact positif du niveau de scolarité sur la prévalence du VIH/SIDA.

2.4. Caractéristiques résidentielles

2.4.1. Type et région de résidence

Caractérisées par une plus grande accessibilité aux soins de santé ainsi qu'aux tests de dépistage, en plus d'avoir une présence plus accrue des campagnes de sensibilisation, les zones urbaines sont des lieux plus à même, selon toute vraisemblance, d'informer et de sensibiliser les gens au VIH. Suivant cette logique, les individus y vivant devraient avoir une plus grande connaissance générale du VIH/SIDA et devraient avoir de meilleurs outils pour s'en prémunir (Trachsel, 2007). En revanche, c'est aussi dans ce même milieu que le nombre de travailleurs du sexe est le plus fort et où la densité de la population y est plus imposante, ce qui fait en sorte d'accroître les possibilités d'être mis en relation avec quelqu'un de séropositif (Trachsel, 2007). Le constat qui est ressorti des études faites par différents EDS est que la prévalence du VIH/SIDA est clairement plus importante dans les zones urbaines que dans les espaces ruraux (USAIDS, 2008). En Zambie, par exemple, les femmes âgées de 15 à 19 ans qui vivent à Lusaka, la capitale, risquent trois fois plus d'être infectées que les femmes habitant les campagnes (Kiragu et coll., 2001). Les résultats pour le Cameroun vont dans le même sens. Grâce à l'EDSC-III, on sait que « les hommes et les femmes du milieu urbain sont nettement plus susceptibles d'être séropositifs que ceux du milieu rural ; la prévalence atteint 6,7 % en milieu urbain contre 4,0 % en milieu rural » (INS et ORC Macro, 2004, p. 302).

Selon certaines personnes, il serait possible d'affirmer qu'il se crée un système à double vitesse en Afrique. « Alors que la demande en matière de scolarisation est entièrement satisfaite dans le milieu urbain, les populations rurales continuent d'être absentes du système scolaire. Alors que les résultats scolaires s'améliorent dans les villes, les écoles rurales continuent d'afficher des taux d'échecs préoccupants » (Panapress, 2007). Au Cameroun, « près de 8 hommes sur 10 contre 6 seulement sur 10 pour les femmes sont alphabétisés » (INS, 2001, p. 3). Des écarts considérables sont ressortis selon le milieu de résidence : autant chez les hommes que chez les femmes, c'est en milieu rural que la proportion de ceux et celles qui n'ont pas d'instruction est la plus élevée (INS et ORC Macro, 2004). À l'opposé, les scolarisés sont surreprésentés dans les villes : 58,2 % des hommes et 52 % des femmes qui habitent Yaoundé ou Douala sont de scolarité secondaire ou plus (INS et ORC Macro, 2004).

Outre les différences entre les villes et les campagnes, l'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions du Cameroun. Selon les données de l'EDSC-III, ce sont les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Est qui connaissent les plus fortes proportions d'individus séropositifs, soit entre 7,1 % et 16,0 % de prévalence du VIH dans la population âgée entre 15 et 49 ans (INS et ORC Macro, 2004). Dans les régions du Nord et l'Extrême-Nord, en revanche, les proportions sont faibles (entre 0,2 % et 2,0 %) et dans toutes les autres régions elles se situent entre 3,1% et 7,0 % (INS et ORC Macro, 2004). De plus, la répartition des individus scolarisés n'est pas uniforme à travers les régions. Les hommes et les femmes non scolarisés se retrouvent en grande majorité dans les régions du Nord, soit dans les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord et du Nord (81,6 % chez les hommes et 80,0 % chez les femmes) alors que les individus les plus scolarisés sont majoritairement dans la région du Centre. Chez les plus scolarisés, lors que l'on regarde les régions du centre, soit Douala, Yaoundé, le littoral et le Centre, plus de la moitié des hommes (51,3 %) et presque autant de femmes (47,1%) y sont répertoriés. Ceux et celles de niveau primaire sont un peu plus répartis uniformément dans toutes les régions.

Dans nos analyses, le lien entre l'impact de la variable région sur la relation entre la scolarité et la prévalence du VIH sera approfondi. Nous supposons que le fait d'introduire les variables résidentielles affectera l'effet de la scolarité sur le VIH.

Chapitre 3

3.1 Méthodologie

Pour tester ce modèle conceptuel, nous appuierons ce travail sur les données de l'EDSC-III. Le volet quantitatif de cette étude permettra de cerner les variables qui peuvent expliquer la relation vécue au Cameroun entre le niveau de scolarité et la séropositivité.

3.1. Données

Cette recherche se base sur les données récoltées lors de la troisième Enquête démographique de santé du Cameroun faite en 2004. Mise de l'avant dans le cadre du programme international, l'EDSC-III est conduite grâce à l'appui technique d'ORC Macro ainsi qu'avec l'aide financière de plusieurs partenaires, dont l'USAIDS, la Banque Mondiale, l'UNICEF, le FNUAP et le gouvernement camerounais. « L'EDSC-III, initiée par le gouvernement du Cameroun, fait partie du programme mondial MEASURE DHS+ dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population » (INS et ORC Macro, 2004, p. ii). Conduites à l'échelle du pays, les EDS permettent une analyse représentative nationalement.

L'EDSC-III était la troisième enquête transversale effectuée au Cameroun. De précédentes enquêtes ont été faites en 1991 et 1998 et une autre est en cours pour 2009. Par ailleurs, la recherche de 2004 a été la première EDS faite au Cameroun où un test de dépistage du VIH était effectué au sein d'une partie de la population étudiée. L'EDSC-III est en fait une enquête par sondage, représentant la population au niveau national. Elle a été réalisée, sur le terrain, entre les mois de février et d'août 2004.

Au niveau national, 10 656 femmes et 5 280 hommes ont pu être interrogés avec succès. Chez les femmes, le taux de couverture de l'enquête est de 94,3 % et celui pour les hommes s'établit à 93,0 % (INS et ORC Macro, 2004). L'enquête ayant été faite de manière à représenter autant les populations urbaines que rurales, les 10 provinces du pays, en plus des villes de Douala et de Yaoundé, ont été l'objet de l'enquête. Pour répondre aux critères d'admissibilité de l'enquête, il fallait avoir, chez les femmes, entre 15 et 49 ans, vivre de façon permanente dans le ménage sélectionné ou y avoir été présente la nuit précédant l'enquête. Chez les hommes, la strate d'âge admissible était entre 15 et 59 ans. Le test de dépistage du VIH a été effectué dans un sous échantillon de ménage sélectionné. Ce sont donc 5 227 femmes et 5 125 hommes qui ont été testés pour le VIH. Dans le cadre des analyses, nous concentrerons notre attention sur ce sous échantillon de personnes ayant passé le test de dépistage.

3.2. Questionnaires

Lors de l'enquête, trois types de questionnaires ont été administrés, soit un questionnaire pour les ménages, un questionnaire individuel pour les femmes et un questionnaire individuel pour les hommes. Dans le questionnaire femme, 11 thèmes et types d'informations ont été abordés. Parmi les renseignements collectés, nous avons utilisé les informations provenant majoritairement de trois sections : les caractéristiques sociodémographiques (le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation, la religion et le statut socioéconomique), mariage et activité sexuelle (l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que l'activité sexuelle) et enfin la section sur le SIDA et autres IST (les connaissances et la présence du VIH/SIDA et des autres IST) (INS et ORC Macro, 2004). Comme le test de dépistage a été effectué dans un sous-échantillon de l'enquête ménage, c'est celui-ci qui a été utilisé pour nos analyses.

3.3. Test de dépistage

Lors de l'enquête, « le test de dépistage du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, représentatif de l'ensemble du pays. Dans un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH » (INS et ORC Macro, 2004, p. 295).

Pour effectuer les prélèvements sanguins, les équipes de terrain se composaient d'un minimum de deux enquêteurs-techniciens spécialement chargés des prélèvements. Ceux-ci ont reçu une formation spéciale, en plus de celle d'enquêteur, concernant les protocoles de test du VIH. Afin d'avoir le consentement éclairé de chaque individu pour le test, les enquêteurs leur expliquaient les procédures, en plus du caractère confidentiel et anonyme du test. Les individus n'avaient pas la possibilité de savoir les résultats à leur examen sanguin, mais ils recevaient un coupon qui donnait accès à des conseils et à un test de dépistage gratuit. Des étiquettes avec des codes-barres étaient appliquées sur les échantillons de sang ainsi que sur les questionnaires. Ces codes ont permis de certifier la confidentialité de chacun des tests tout en permettant de joindre les résultats des analyses de sang à celles des caractéristiques sociodémographiques des questionnaires (INS et ORC Macro, 2004). Pour garantir la fiabilité des analyses, « le test des anticorps anti-VIH basé sur des gouttes de sang séché (DBS) et la restitution des résultats a été effectué par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) à Yaoundé. Le CPC est le laboratoire de référence au Cameroun » (INS et ORC Macro, 2004, p. 295).

3.4. Variables

La variable dépendante du modèle d'analyse, soit le résultat au test de dépistage du VIH, est de nature dichotomique : négatif ou positif. La principale variable indépendante, quant à elle, prend trois valeurs. En effet, la variable niveau de scolarité a été recodée en trois catégories : aucune scolarité, scolarité de niveau primaire et scolarité de niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne la variable sociodémographique âge, chaque catégorie contient un intervalle d'âge de 5 ans. L'âge des femmes interrogées s'échelonnant entre 15 et 49 ans, il y a donc sept catégories pour cette variable.

Les différentes religions présentes au Cameroun ont été, quant à elles, codées initialement de la manière suivante : musulmane, catholique, protestante, animiste, autres religions et aucune religion. Comme le nombre de femmes dans les trois dernières catégories est faible, nous avons décidé les regrouper. Ceci fait en sorte qu'il y a dorénavant quatre catégories à la variable religion : musulmane, catholique, protestante et animiste ainsi que autres religion et aucune religion.

La variable mesurant le statut socioéconomique du ménage « se base sur d'autres variables ayant trait aux caractéristiques de logement (électricité, source d'eau potable, temps pour se rendre à la source d'eau, type de toilette, type de sol) ainsi qu'aux biens durables possédés par le ménage (radio, télévision, téléphone, réfrigérateur, bicyclette, mobylette, voiture/camion). À partir des informations obtenues pour chacun des ménages, les chercheurs de l'EDS ont procédé à une classification en cinq catégories allant du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche » (Doré, 2007, p. 52). Pour faciliter les analyses, les catégories 1 et 2 ainsi que les catégories 4 et 5 ont été fusionnées pour n'avoir plus que trois catégories, soit un statut socioéconomique bas, moyen et élevé.

Afin de mieux comprendre l'effet de l'entrée en union sur la séropositivité, nous avons créé deux variables. La variable exposition hors union représente le nombre d'années où la personne a été sexuellement active avant sa première entrée en union. La variable exposition dans l'union nous renseigne sur combien d'années se sont écoulées entre le premier mariage et le moment de l'enquête.² Pour créer ces variables, la première étape a

² On fait l'hypothèse ici que les années de mariages sont des années sexuellement actives.

été de créer la variable temps d'exposition total, ce qui s'est fait par la soustraction de l'âge de la personne lors de l'enquête, moins l'âge qu'elle avait lors de sa première relation sexuelle. Toutes les personnes qui n'avaient jamais été sexuellement actives ont été préalablement enlevées de la base de données. Par la suite, l'exposition dans l'union est le résultat de la soustraction de l'âge de la personne lors de l'enquête, moins l'âge de son entrée en union. Enfin, la variable temps d'exposition hors union est la résultante du temps d'exposition total moins le temps d'exposition en union.

Le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie informe, comme son nom l'indique, sur le nombre de personnes avec qui la personne a eu des relations sexuelles. Cette variable a été recodée en 6 catégories : 1 partenaire, 2 partenaires, entre 3 et 4 partenaires, entre 5 et 9 partenaires, entre 10 et 24 partenaires et 25 partenaires ou plus.

En ce qui concerne la variable portant sur les IST, celle-ci est en fait la combinaison de quatre variables. Comme les individus ne sont pas toujours au courant de leur réel état de santé, il a été décidé de joindre en une seule variable les individus ayant déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST, des pertes vaginales anormales, des plaies et des ulcères génitaux, ces trois dernières variables représentant des symptômes d'IST. La variable informe alors sur les individus qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST.

Enfin, les variables résidentielles sont les dernières variables indépendantes prises en compte dans l'analyse. La variable type de résidence peut prendre deux valeurs, soit rural ou urbain. Pour ce qui est de la région, elles ont été regroupées en quatre: le Centre, le Sud-Est, le Nord et l'Ouest. Le Centre comprend Douala, le littoral, le Centre et Yaoundé. Le Sud-Est englobe le Sud et l'Est. L'Ouest inclut le Nord-Ouest, le Sud-Ouest et l'Ouest. Finalement, le Nord unit l'Extrême-Nord, le Nord et l'Adamaoua. La région du Centre est caractérisée par une population catholique, ayant un haut niveau de scolarité et un statut économique élevé. En ce qui concerne le Sud-Est, le niveau de scolarité est surtout de

niveau secondaire ou plus, avec des individus bien nantis économiquement et une majorité de protestants. Le Nord, tel qu'il a été regroupé, renvoie aux provinces du Nord soudano-sahélien, un milieu pauvre, avec un niveau de scolarité très faible et une prédominance de la religion musulmane (Adaire, 2007). Enfin, les individus habitant l'Ouest sont divisés entre la religion catholique et protestante, avec des gens de tous les statuts socioéconomiques et des niveaux de scolarité primaire ou secondaire ou plus.

3.5. Méthodes d'analyses

3.5.1. Analyses bivariées

L'analyse bivariée permet de faire une première exploration du lien entre la séropositivité et le niveau de scolarité, mais aussi d'explorer comment les autres variables peuvent influencer cette relation. De la sorte, il sera possible d'observer comment le niveau de scolarité influence chacune des variables et comment ces mêmes variables influencent le fait d'être atteint ou non du VIH. Nous pourrions avoir une première idée de la manière dont ses caractéristiques sont susceptibles d'expliquer la relation entre scolarité et séropositivité au Cameroun.

Pour savoir si les variables sont significativement reliées les unes aux autres, nous avons effectué une analyse utilisant le chi-carré (χ^2). « Le chi-carré est un nombre qui compare les fréquences observées dans un tableau bivarié aux fréquences auxquelles on devrait s'attendre s'il n'y avait pas du tout de relation entre les deux variables dans la population (les fréquences « anticipées ») » (Fox, 1999, p. 154).

Pour que le chi-carré soit significatif à 95 %, il faut que son seuil de significativité se retrouve en deçà de $p < 0,05$. Par ailleurs, il est important de mentionner que les bases de données ont été pondérées. Pour effectuer les analyses de données, le logiciel utilisé est SPSS version 17.0. Dans un premier temps, le lien entre le niveau de scolarité et les façons de se protéger du virus ainsi que les idées erronées sur sa propagation seront analysés. Par

la suite, le lien entre scolarité et comportements à risque sera étudié. Enfin, nous regarderons le lien entre le niveau de scolarité, le profil sociodémographique et la séropositivité. La relation entre le niveau de scolarité et le résultat au test de dépistage du VIH n'étant pas statistiquement significative chez les hommes, aucune analyse ne sera faite pour ceux-ci.

3.6. Méthodes d'analyses multivariées

La méthode statistique employée est la régression logistique de type hiérarchique. Cette méthode nous permettra de discerner comment la scolarité est liée à la séropositivité. Tel que mentionné antérieurement, le mode de transmission du VIH se fait en grande partie par le biais des relations sexuelles entre hétérosexuels, ce qui explique que pour ces analyses les individus qui n'avaient jamais eu de rapport sexuel ont été retirés de la base de données. Au total, chez les femmes, lorsque l'on soustrait celles qui n'ont jamais eues de relation sexuelle ainsi que les données manquantes, l'échantillon est alors de 4 548 femmes.

De la sorte, cette analyse tentera de répondre à la question suivante : qu'est-ce qui explique les taux plus élevés de séropositivité parmi les femmes scolarisées du Cameroun ? Comment des variables sociodémographiques, comportementales et environnementales expliquent-elles cette relation ? Il s'agit de déterminer comment ces variables affectent l'intensité de la relation entre la variable indépendante principale (la scolarisation) et la variable dépendante (le résultat au test de dépistage du VIH).

La régression logistique est la méthode privilégiée pour répondre à notre question de recherche, car elle permet d'estimer la puissance de l'association entre la variable expliquée et les variables explicatives, tout en tenant compte de l'effet simultané de l'ensemble des autres variables intégrées dans le modèle (Aminot, 2002). L'une des fonctions de cette analyse est de trouver, de la façon la plus parcimonieuse qui soit, le lien entre la variable dépendante, la variable indépendante et les covariables (Hosmer et Lemeshow, 1989). De

plus, le choix d'utiliser la régression logistique de type hiérarchique s'explique par le fait que ce type d'analyse est « capable de tenir compte de la structure hiérarchique des données lors de la procédure d'estimation des paramètres. Son intérêt spécifique est de distinguer la variabilité existant au niveau individuel de la variabilité intergroupe. Ainsi, en comparant la variance de nouveau groupe avant et après l'introduction des caractéristiques individuelles, ils permettent de quantifier la part que représentent les effets de composition dans la variabilité intergroupe » (Chaix et Chauvin, 2002, p. 492). Ce type d'analyse permet aussi de déterminer si les variations intergroupes repérées concernent l'ensemble des variables incluses dans le groupe, ou si ce ne sont que certaines variables qui ont un effet. Finalement, elle permet de déterminer dans quelle mesure cette variabilité intergroupe peut être expliquée par les caractéristiques incluses dans le modèle (Chaix, Basile et Pierre Chauvin, 2002).

Étant donné que la régression logistique s'intéresse à la probabilité qu'un événement survienne en fonction de différents critères représentés par les variables indépendantes et leurs modalités, il est nécessaire de modéliser l'espérance mathématique de y en fonction de x . Ceci implique que, contrairement à la régression linéaire où l'on prédit la valeur de y pour les variations de x , on prédit la probabilité qu'un événement survienne selon les valeurs que peut prendre x .

Réaliser une régression, c'est essayer de simplifier les données d'un phénomène complexe en une loi mathématique réductrice. L'intérêt de cette méthode réside dans le fait qu'elle permet de mettre en lumière la mesure d'association qu'est le rapport de cote (*odds-ratio*), donnant ainsi l'occasion de faire l'association entre l'avènement d'un événement, en occurrence l'arrivée ou non de la variable expliquée, et les facteurs susceptibles de l'influencer, soit les variables contrôle. De ce fait, c'est un type d'analyse qui « permet de prédire la probabilité d'appartenir à une catégorie d'intérêt de la variable expliquée plutôt qu'à la catégorie de référence » (Durand, 2007).

Si l'on applique ces postulats théoriques à notre analyse, l'attribution d'un codage quantitatif à la variable dépendante sera le point de départ. La non-occurrence de l'événement aura une valeur de 0, c'est-à-dire le fait d'avoir un résultat négatif au test de dépistage du VIH, et la valeur 1 indique que le test de dépistage est positif. À la suite de ce codage quantitatif, il est possible d'établir les formules suivantes :

$$y = 0 \text{ (Résultat négatif au test de dépistage) avec la probabilité}$$

$$y = 1 \text{ (Résultat positif au test de dépistage) avec la probabilité}$$

En terme mathématique, on obtient les équations suivantes :

$$P = F(x, \beta_0, \beta_1)$$

$$1 - P = 1 - F(x, \beta_0, \beta_1)$$

Dans ces formules, β_0 et β_1 sont les valeurs à estimer, aussi appeler paramètres inconnus.

3.6.1. Interprétation des coefficients

3.6.1.1. Le test de wald

Lorsque de larges distributions d'individus sont utilisées, le test permettant de valider les hypothèses est basé sur le test de Wald, celui-ci utilisant d'ailleurs la même distribution que le chi-carré (Norušis, 1994). Le seuil de significativité pour ce test est de 5 % ($p < 0,05$). Lorsque nous atteignons le seuil de significativité, il est possible d'affirmer que la variable indépendante contribue significativement à la prédiction de la variable dépendante. En d'autres termes, il est assuré, à 95 %, qu'une relation peut être établie entre ces variables dans la population en général. Au contraire, lorsque la variable indépendante est non significative dans l'analyse, on peut alors affirmer au seuil de 5 % qu'il existe une relation entre la variable prédictive et la variable dépendante. De la sorte, il n'est pas nécessaire d'interpréter le rapport de cote de cette variable. Cependant, afin de faciliter la

compréhension et l'interprétation des résultats, nous utiliserons le rapport de cote comme mesure d'association.

3.6.1.2. Rapport de cote ou odds ratio

Le rapport de cote permet de connaître le risque de réalisation d'un événement si certains facteurs sont présents. C'est une mesure relative du risque qui nous indique quelles sont les chances qu'une variable exposée à certains facteurs développe la variable dépendante. Dans ce cas, ceci annonce les chances qu'un individu soit atteint du VIH, comparativement à un individu qui n'est pas exposé à ces facteurs (Crichton, 2001). Un rapport de cote de 1 signifie que la probabilité qu'un événement se manifeste, sous l'influence de caractéristiques spécifiques, est plus grande qu'en l'absence de ces caractéristiques. Le rapport de cote correspond à l' $Exp(\beta)$ dans SPSS.

3.6.1.3. Chi-deux de maximum de vraisemblance (test d'Hosmer-Lemesho)

Parmi les tests qui permettent de démontrer la justesse du modèle, il y a le Chi-deux de maximum de vraisemblance. Celui-ci teste l'hypothèse nulle. Pour ce faire, on renverse l'hypothèse nulle et au lieu d'énoncer qu'il n'y a pas de relation entre les variables, l'hypothèse nulle signifiera qu'il y a une relation entre les données. Lorsque le résultat du Chi-deux de maximum de vraisemblance est au dessus de 0,05, on peut accepter le modèle et affirmer qu'il n'est pas contredit par les données.

3.6.1.4. R-deux de Nagelkerke (pseudo R-carré)

Lors de la régression logistique, SPSS fournit entre autres comme résultat le R-deux de Nagelkerke. Ce test estime la variance expliquée par le modèle. C'est la proportion de variance expliquée par le modèle statistique. Dès lors, à chaque fois que l'on entre un bloc de variable dans la régression logistique, le R-deux de Nagelkerke informe sur la variance

expliquée par ce bloc. Il est donc possible de savoir si l'ajout d'un bloc permet d'augmenter la variance expliquée du modèle.

Chapitre 4

4. Scolarisation et séropositivité au Cameroun : exploration bivariée

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus lors de la première étape de l'analyse. Nous souhaitons faire une première exploration de la relation entre le niveau de scolarité et la séropositivité au Cameroun et, plus particulièrement, comprendre ce qui explique les taux plus élevés de séropositivité parmi les femmes scolarisées du Cameroun. Qu'en est-il du profil sociodémographique et des comportements sexuels des femmes selon leur niveau de scolarité ?

4.1. Niveau de scolarisation, profil socio-démographique et séropositivité

Les résultats présentés dans le tableau 1 mettent en évidence le profil sociodémographique des femmes camerounaises sexuellement actives selon leur niveau d'instruction. Comme la quasi-totalité des infections au VIH sont contractées dans le cadre de relations sexuelles au Cameroun (ONUSIDA, 2009), nous avons décidé de concentrer notre attention sur celles-ci. À la lecture de ce tableau, on remarque que le profil des femmes varie significativement selon leur niveau de scolarisation et ce, pour toutes les variables présentées. Tel que nous le mentionnons, être séropositive au Cameroun est significativement associé au niveau de scolarité ($p < 0,001$). Plus les femmes sont scolarisées, plus le risque qu'elles soient atteintes du virus augmente. Dans la population étudiée, 9,4 % chez les femmes du niveau secondaire ou plus ont été testées positives au VIH, alors que ce nombre est de 8,1 % chez celles du niveau primaire et de 3,5 % chez celles qui n'ont aucune scolarité.

Tableau 1. Profil sociodémographique des femmes sexuellement actives par niveau de scolarité (en pourcentage).

	Niveau de scolarité			
	Aucune Scolarité	Primaire	Secondaire ou plus	Effectif
Résultat au test de dépistage au VIH ***				
Positif	3,5	8,1	9,4	340
Négatif	96,5	91,9	90,6	4207
Âge moyen ***				
	30,9	29,3	27,0	4547
Religion ***				
Musulmane	44,2	15,8	4,4	834
Catholique	15,5	38,8	48,1	1666
Protestante	20,4	35,6	41,2	1544
Animiste, autre religion et aucune religion	19,9	9,9	6,3	497
Statut socio-économique ***				
Bas	72,8	40,8	10,1	1689
Moyen	16,7	24,9	15,4	883
Élevé	10,5	34,3	74,6	1977
Lieu de résidence ***				
Rural	72,2	52,5	22,9	2106
Urbain	27,8	47,5	77,1	2442
Région ***				
Nord	83,7	19,7	4,7	1339
Centre	3,8	30,5	53,8	1488
Sud-Est	3,4	11,3	11,9	438
Ouest	9,1	38,6	29,6	1285
N	1085	1785	1677	4548

Source : Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05

À la lecture de ce tableau, on constate que chez les femmes enquêtées, celles qui sont les plus scolarisées sont aussi les plus jeunes. En effet, les femmes qui ont un niveau de scolarité secondaire ou plus ont en moyenne 27,0 ans et celles de niveau primaire ont en moyenne 29,3 ans alors que les non-scolarisées, sont les plus âgées (en moyenne 30,9 ans).

Près de la moitié des femmes les plus instruites sont de religion catholique (48,1 %), tandis que le nombre d'adhérentes à cette religion est de 38,8 % chez celles qui ont une scolarité de niveau primaire et de 15,5 % chez celles qui n'ont aucune scolarité. En fait, la religion qui prédomine chez les non-scolarisées est la religion musulmane (à 44,2 %).

Mieux nanties que les autres, les femmes qui ont fréquenté l'école au secondaire ou à un niveau plus élevé sont à 74,6 % dans le plus haut quintile de bien-être économique, tandis que seulement 34,3 % de celles qui ont un niveau primaire s'y retrouvent et que 10,5 % de celles qui n'ont pas été à l'école y sont. Plus une femme est instruite, plus son niveau de bien-être économique s'accroît.

D'ailleurs, plus les femmes sont instruites, plus elles sont nombreuses à vivre dans un milieu urbain. Un peu plus des trois quarts de celles qui sont du niveau secondaire ou plus, soit 77,1 %, sont dans cette catégorie, contre 47,5 % chez celles du niveau primaire et 27,8 % chez les non-scolarisées. Plus de la moitié des femmes du niveau secondaire ou plus habitent la région du Centre (53,8 %), tandis que celles ayant un niveau primaire ne sont que 30,5 % à vivre dans cette même région et que seulement 3,8 % des femmes non-scolarisées s'y retrouvent. Les femmes non scolarisées vivent, pour la plupart (83,7 %), dans la région du Nord, contre seulement 19,7 % des femmes ayant une scolarité de niveau primaire et 4,7 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Les femmes du niveau primaire sont majoritaires dans la région de l'Ouest (38,6 %). Celles qui sont les plus scolarisées sont donc majoritairement des femmes urbaines habitant la région du Centre.

4.2. Niveau de scolarisation et comportements à risque

Les variables relatives aux comportements à risque sont de bons prédicteurs de la séropositivité chez les individus. Les comportements jugés à risque d'infection font référence, entre autres, au multipartenariat sexuel, à la prostitution, ainsi qu'à la non-utilisation du préservatif (Mboko Ibara, 1991). À l'opposé, l'abstinence, la fidélité, l'utilisation systématique du condom lors de relations avec des partenaires occasionnels sont des comportements faisant en sorte de limiter les prises de risque.

Dans le cadre de nos analyses, notre attention se portera sur certaines variables liées aux comportements à risque, nous permettant ainsi de discerner comment ceux-ci varient selon le niveau de scolarité et de quelle manière ils affectent la séropositivité. Les variables étudiées sont les suivantes : le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie, avoir utilisé un préservatif au cours des derniers rapports sexuels, avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST, ainsi que les variables liées à la sexualité prémaritale et au temps d'exposition au risque. Le tableau 2 montre le lien entre chacune de ces variables selon le niveau de scolarité chez les Camerounaises sexuellement actives.

Tableau 2. Comportements à risque chez les femmes sexuellement actives selon le niveau de scolarité.

	Niveau de scolarité			Effectif total
	Aucune Scolarité	Primaire	Secondaire ou plus	
Nombre moyen de partenaires sexuels au cours de la durée de vie ***	1,6	3,3	4,0	4 529
Avoir utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels (en %) ***	1,0	10,7	28,9	3 867
Avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST (en %) ***	1,9	12,9	17,4	4 467
Nombre moyen d'années d'exposition dans le cadre d'une union ***	4,6	3,9	2,9	4 548
Nombre moyen d'années d'exposition hors union ***	0,32	1,28	1,97	4 548
N	1 085	1 785	1 677	4 548

Source : Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05

4.2.1. Nombre de partenaires sexuels

Plus le nombre de partenaires sexuels est élevé et plus les chances d'avoir été en contact avec un individu porteur du virus du VIH augmentent. Cette variable est d'ailleurs fortement et significativement associée ($p < 0,001$) à la séropositivité. Le nombre total de partenaires déclarés par les femmes interrogées lors de l'EDSC-III est présenté dans le tableau 3. Comme on peut le constater dans ce tableau, seulement 4,5 % des femmes ont dit avoir eu plus de 10 partenaires et nombreuses sont celles qui ont dit n'avoir eu qu'un seul partenaire (36,2 %).

Tableau 3. Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie chez les femmes

	Pourcentage (%)	Effectifs
Nombre de partenaires sexuels		
1	36,2	1 638
2	20,5	926
3-4	25,0	1 138
5-9	13,3	600
10-24	4,5	203
25 et +	0,5	24
N	100	4 529

Source : Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004

Les variations du nombre moyen de partenaires sexuels sont significatives lorsque mises en relation avec le niveau de scolarité ($p < 0,001$). Les individus les plus scolarisés sont ceux qui ont déclaré le plus grand nombre de partenaires sexuels. Les plus instruites ont en moyenne 4,0 partenaires, contre 3,3 chez celles qui ont un niveau primaire et 1,6 chez les non-scolarisées.

Somme toute, le nombre de partenaires sexuels varie grandement en fonction du niveau de scolarité des répondants. Tel que mentionné précédemment, le multipartenariat sexuel est un facteur de risque de contamination au VIH important. Plus les partenaires sont nombreux, plus les chances d'entrer en contact avec quelqu'un qui est contaminé sont grandes. Comme les plus scolarisés ont aussi le plus grand nombre de partenaires, il est des plus pertinent de voir comment cette variable permet d'expliquer le lien entre le niveau de scolarité et la séropositivité au Cameroun.

4.2.3. Utilisation du préservatif

Dans un même ordre d'idées, l'ONUSIDA mentionne que l'usage du préservatif fait partie intégrante d'un plan efficace et durable pour la prévention du VIH (ONUSIDA, 2009). Mosoko, Macauley, Zoungkanyi, Bella et Koulla-Shiro (2007) ont démontré que l'utilisation inconstante du préservatif est significativement associée à l'infection au VIH. Ceux-ci se basent sur une étude effectuée en 2004 dans cinq sous-groupes de la

population camerounaise où l'on comptait 4011 participants. Ceux-ci comprenaient, entre autres, des chauffeurs de camion, des travailleuses du sexe, ainsi que des étudiants universitaires, soient des populations dites à risque.

Dans le cadre de l'EDSC-III, les individus ont été interrogés sur leur utilisation d'un condom lors de leur dernier rapport sexuel. Lorsque l'on regarde dans la population sexuellement active, on remarque que 15,2 % des femmes ont dit l'avoir utilisé lors de leur dernière relation. Il faut signaler qu'un grand nombre de ces individus peuvent se trouver dans des « relations stables », ce qui fait en sorte d'expliquer pourquoi ils n'utilisent pas de condom. D'ailleurs, malgré le fait d'avoir utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle soit corrélée avec le niveau de scolarité ($p < 0,001$), elle ne l'est pas lorsqu'elle est mise en lien avec le résultat au test de dépistage du VIH. Comme nous ne pouvons savoir le moment de l'infection au VIH, il ne nous est pas possible de certifier que le fait d'avoir utilisé ou non un condom lors de la dernière relation sexuelle joue un rôle dans la transmission du virus. Ceci pourrait expliquer pourquoi cette variable n'est pas significative.

Comme le montre le tableau 2, on peut constater que 28,9 % de celles ayant une scolarité de niveau secondaire ou plus ont dit avoir utilisé le préservatif, contre 10,7 % pour celles du niveau primaire et 1,0 % pour les non-scolarisées. Les différences entre les individus scolarisés et non-scolarisés, quant à l'utilisation du préservatif, sont considérables.

On remarque que les plus scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à adopter un comportement responsable, c'est-à-dire à avoir utilisé un préservatif lors de leurs dernières relations sexuelles. Par contre, comme les individus scolarisés ont en moyenne plus de partenaires sexuels que les autres, il se peut que ce comportement soit dû au fait que leur dernier rapport sexuel ne se soit pas déroulé dans le cadre d'une relation stable.

4.2.4. Infections sexuellement transmises (IST)

Relativement au lien entre les IST et le VIH, il est démontré qu'une personne atteinte d'une IST est plus vulnérable au virus du VIH qu'une personne dite en santé

(ONUSIDA, 2009). De plus, quelqu'un ayant une IST transmettra plus aisément le VIH à son partenaire sexuel qu'une personne n'étant pas infectée (Développement et santé, 2003).

Considérant le fait qu'un grand nombre d'individus ne sont pas informés de leur réelle condition de santé, nous avons pris la décision de faire une variable qui comprend les personnes ayant mentionné avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois ainsi que ceux qui ont mentionné avoir eu au moins un symptôme d'IST, soit une plaie, un ulcère et/ou des écoulements. Le fait d'être atteint d'une IST ou de l'un de ces symptômes est significativement lié au fait d'être porteur du virus du VIH ($p < 0,01$).

D'après l'EDSC-III, 11,0 % des femmes sexuellement actives ont déclaré avoir déjà eu une IST ou un symptôme d'IST. Selon ces données, le pourcentage d'individus ayant déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST est plus élevé chez les individus ayant fréquenté l'école que ceux n'ayant aucune scolarité, et ce, indépendamment du résultat au test sanguin.

Somme toute, avoir une IST renvoie au fait d'avoir eu une ou des relations sexuelles, un comportement à risque pour le VIH en plus d'accroître la propagation dudit virus si la personne est atteinte de l'une de ces infections. Cette variable est donc des plus intéressante à intégrer dans l'analyse pour interpréter son impact sur l'effet du niveau de scolarité sur la séropositivité.

4.2.5. Sexualité prémaritale et temps d'exposition au risque

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'âge à l'initiation sexuelle et l'âge d'entrée en union influencent le risque d'être atteint du VIH. En effet, les deux variables déterminent le temps d'exposition au risque de contamination au VIH.

Chez les femmes, le temps d'exposition hors union et le temps d'exposition dans le cadre d'une union sont positivement et significativement associés au fait d'être atteint ou non

du VIH (respectivement à $p < 0,001$). Le tableau 4 présente le nombre d'années écoulées entre la première relation sexuelle et l'âge du premier mariage (exposition hors union) parmi les répondantes ayant déjà eu des rapports sexuels. Si le résultat obtenu est équivalent à 0, cela signifie que la personne a eu toutes ses relations dans le cadre d'une union. Le temps d'exposition dans l'union est aussi présenté et informe, quant à lui, sur le nombre d'années écoulées entre l'âge d'entrée en union et l'âge qu'avait le répondant au moment de l'enquête. Avoir 0 comme résultat signifie que les relations sexuelles se sont toutes passées hors union.

Tableau 4 : Temps d'exposition hors union et temps d'exposition dans l'union chez les femmes sexuellement actives (en années)

	Pourcentage (%)	Effectifs
Temps d'exposition hors union		
0	53,1	2415
1	11,4	519
2	8,5	386
3-4	10,8	490
5-9	11,4	519
10-24	4,6	208
25 et +	0,2	8
Temps d'exposition dans l'union		
0	12,6	573
1	6,4	293
2	4,1	186
3-4	10,1	458
5-9	19,7	894
10-24	35,8	1630
25 et +	11,3	514
N		4 548

Source : Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004

En ce qui a trait à la variable temps d'exposition hors union, les femmes qui ont comme résultat 0 représentent plus de la moitié de cette population (53,1 %). À la vue de ces résultats, on peut en déduire que les femmes seraient plus à même d'avoir leurs relations sexuelles dans le cadre d'une union.

Le tableau 2, présenté précédemment, montre la répartition du nombre d'années d'exposition hors union selon le niveau de scolarité ($p < 0,001$). Pour ces variables, des différences sont perceptibles lorsque l'on compare chacun des niveaux de scolarité. Les individus qui ont fréquenté l'école au niveau secondaire ou plus ont une plus longue période de sexualité prémaritale que les gens qui n'y sont jamais allés.

Parallèlement, on observe que la variable temps d'exposition dans l'union est elle aussi significativement reliée au niveau de scolarité ($p < 0,001$). En y regardant de plus près, on remarque que les individus les plus instruits sont ceux qui ont le plus court laps de

temps d'exposition dans l'union. Chez les femmes qui ont fréquenté l'école au secondaire ou à un niveau supérieur, le nombre moyen d'années d'exposition dans le cadre d'une union est de 2,9 ans, tandis qu'il est de 3,9 ans chez ceux du niveau primaire et qu'il est plus du double, soit 4,6 ans, chez les non-scolarisés. Ces résultats vont dans le même sens que notre précédente conclusion qui mentionnait que les individus les plus scolarisés entrent plus tardivement en union que les autres et expérimentent de longues périodes de sexualité hors union.

À la suite de ces analyses, il ressort que les individus les plus instruits sont ceux qui ont un plus long laps de temps entre leur première relation sexuelle et leur entrée en union. Les gens sans scolarité sont plus à même d'entrer dans une relation et d'avoir leur premier rapport sexuel dans le cadre de cette union. Ceci concorde avec le fait que les plus scolarisés, tel que nous l'avons démontré antérieurement, ont un plus grand nombre de partenaires sexuels. Avoir une longue période d'exposition hors union augmente les chances d'avoir plusieurs partenaires, et ainsi augmente les probabilités d'être mis en contact avec le virus du VIH.

Chapitre 5

5. Étude du lien entre le niveau de scolarisation et le VIH : résultats de l'analyse hiérarchique

Afin de mieux comprendre la relation entre le niveau de scolarité et la séropositivité, la deuxième partie de l'analyse consiste en une analyse logistique hiérarchique. La variable dépendante est le statut de séropositivité (avoir testé positif pour le test sanguin ou non) et les variables indépendantes sont entrées, de façon hiérarchique, en quatre blocs. Le premier modèle inclut uniquement le niveau de scolarité. Le second ajoute les variables sociodémographiques : âge, religion et statut socioéconomique. Le troisième bloc intègre en outre les variables comportementales : le temps d'exposition hors union, le temps d'exposition dans l'union, le nombre total de partenaires sexuels et le fait d'avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST. Enfin, le dernier bloc prend également en compte les variables résidentielles, soit le type de résidence (urbain ou rural) et la région de résidence (Centre, Sud-Est, Ouest et Nord).

5.1. Résultats et discussion

Le fait d'utiliser une régression logistique hiérarchique permet d'entrer les blocs de variables les uns après les autres et ainsi d'évaluer la relation entre chacun, en plus de permettre de saisir l'impact qu'a l'ajout d'un autre bloc sur les variables déjà présentes dans l'analyse (Doucet, Durand et Smith, 2008). À chaque étape, il est possible de voir si l'inclusion des blocs de variables affecte la relation entre le niveau de scolarité et la séropositivité.

Le tableau 5 présente les résultats des régressions logistiques modélisant l'effet des variables des quatre blocs. Y sont présentés les coefficients de chaque régression logistique en plus des rapports de cotes (*odd ratio*).

Tableau 5. Régression logistique de la probabilité qu'une femme soit testée positive au dépistage du VIH.

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
	Coefficient	RC	Coefficient	RC	Coefficient	RC	Coefficient	RC
Niveau de scolarité								
Aucun	---	---	---	---	---	---	---	---
Primaire	0,857	2,356***	0,515	1,674*	0,161	1,175	0,019	1,019
Secondaire ou plus	1,043	2,839***	0,454	1,575*	-0,011	0,989	-0,137	0,872
Variables sociodémographiques								
Âge								
15-19			---	---	---	---	---	---
20-24			1,051	2,859***	0,715	2,045**	0,707	2,028**
25-29			1,337	3,807***	0,709	2,032*	0,706	2,026*
30-34			1,315	3,724***	0,538	1,712	0,511	1,666
35-39			0,996	2,708***	0,061	1,063	0,034	1,035
40-44			0,877	2,404**	-0,215	0,807	-0,257	0,774
45-49			0,792	2,207*	-0,417	0,659	-0,452	0,636
Religion								
Musulmane			---	---	---	---	---	---
Catholique			0,165	1,180	-0,113	0,893	-0,118	0,889
Protestante			0,201	1,222	-0,058	0,944	-0,122	0,885
Animiste, autre religion et aucune religion			-0,703	0,495*	-0,864	0,421	-0,892	0,410**
Statut socioéconomique								
Bas			---	---	---	---	---	---
Moyen			0,723	2,060***	0,620	1,860***	0,543	1,722**
Élevé			0,797	2,218***	0,716	2,047***	0,557	1,745**
Variables liées aux comportements à risque								

Nbre d'années d'exposition dans l'union	0,030	1,030	0,031	1,032
Nbre d'années d'exposition hors union	0,073	1,076**	0,075	1,078**
Nombre de partenaires sexuels				
1	---	---	---	---
2	0,987	2,684***	0,951	2,589***
3-4	0,993	2,699***	0,953	2,592***
5 et plus	1,267	3,550***	1,284	3,612***
Avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST (écoulement, plaie ou ulcère)				
Non	---	---	---	---
Oui	0,138	1,148	0,126	1,134
Variables d'environnement				
Région				
Nord			---	---
Centre			0,009	1,009
Sud-Est			0,215	1,240
Ouest			0,450	1,568
Variables résidentielles				
Rural			---	---
Urbain			0,324	1,383*
R-deux de Nagelkerke	0.021	0.542	0.100	0.107
Observation (N)				4448

Source : Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004

* significatif à $p < 0,05$ ** significatif à $p < 0,01$ *** significatif à $p < 0,001$

Tel que le laissait présumer les analyses bivariées, la variable niveau de scolarité, qui est entrée seule au bloc 1, est significativement corrélée avec la variable résultat au test de dépistage ($p < 0,001$). Le rapport de cote est similaire pour chacun des niveaux de scolarité; il est de 2,356 pour le niveau primaire et un peu plus élevé, avec 2,839, pour le niveau secondaire ou plus. Ces résultats signifient qu'une personne avec une scolarité de niveau secondaire ou plus a près de trois fois plus de risques qu'une personne n'ayant aucune scolarité d'être atteint du virus du VIH. Les femmes du niveau primaire ont, quant à elles, 2,3 fois plus de chance d'être atteintes que les femmes non-scolarisées. La variance expliquée par le modèle à ce niveau est de 2,1 %.

Comme le suggère le modèle 2, l'effet de la scolarisation sur la séropositivité est en partie médiatisé par les caractéristiques sociodémographiques des femmes scolarisées : leur âge, leur religion et leur statut socioéconomique. Avec l'entrée des variables sociodémographiques, au modèle 2, l'effet de la scolarité est moins prononcé et moins significatif (du seuil de significativité de $p < 0,05$ au lieu de $p < 0,001$).

On remarque que l'âge est fortement et statistiquement lié à la séropositivité. Toutes les catégories d'âge sont significatives à $p < 0,001$, à l'exception des 40-44 ans ($p < 0,01$) et 45-49 ans ($p < 0,05$). Le rapport de cote le plus élevé est celui de la catégorie 25-29 ans. En fait, les femmes âgées de 25-29 ans sont près de 4 fois plus susceptibles d'être atteintes du VIH, comparativement aux 15-19 ans.

Le statut socioéconomique est lui aussi fortement associé au risque de contamination au VIH et les femmes vivant dans des ménages au niveau socioéconomique élevé ont plus de deux fois plus de chance de tester positive que les femmes les moins bien nanties. Les femmes les plus scolarisées sont en grande partie dans les ménages du plus haut quintile de bien-être économique. L'effet de la religion, en revanche, est faible et seules les femmes animistes ou d'autres religions différent significativement des femmes musulmanes.

Conformément à nos hypothèses, le modèle 2 montre donc qu'une partie de l'effet positif du niveau de scolarisation sur le VIH est expliqué par le fait que les femmes plus scolarisées sont aussi plus jeunes (mais pas les 15-19 ans) et vivent dans des ménages plus riches que les femmes moins scolarisées. En fait, avec l'ajout des indicateurs sociodémographiques, la variance expliquée par le modèle est dorénavant de 5,4 %, ce qui représente une augmentation comparativement au précédent modèle. Somme toute, les caractéristiques sociodémographiques ont un effet notable, mais qui ne permettent pas d'expliquer en totalité le lien paradoxal entre séropositivité et scolarité.

L'ajout des variables de comportements à risque dans le modèle 3 fait basculer définitivement la variable niveau de scolarité qui est dorénavant non significative. Ceci nous permet d'affirmer que les femmes scolarisées sont plus atteintes par le virus, car elles adoptent des comportements plus à risque que leurs consœurs moins scolarisées. D'ailleurs, avec l'ajout du bloc des variables comportementales dans le modèle 3, le niveau de variance expliquée a augmenté à 10,3 %. Relativement aux variables qui sont intégrées dans ce bloc, le temps d'exposition dans le cadre d'une union et le fait d'avoir eu, au cours des 12 derniers mois, une IST ou un symptôme d'IST sont non significatifs. La variable exposition hors union ($p < 0,01$) et le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie ($p < 0,001$) ont, en revanche, un impact important sur la séropositivité.

Tel que prédit, le temps d'exposition en dehors d'une union est une variable qui modifie l'effet du niveau de scolarité sur la probabilité d'être atteinte du VIH. En effet, le nombre d'années de sexualité active avant le mariage influence positivement et significativement cette probabilité. Chaque année supplémentaire de sexualité prémaritale augmente les chances d'être atteinte par 1,2. Les répondantes les plus instruites étant celles qui ont le plus long laps de temps d'exposition hors union, l'introduction de cette variable contribue à rendre l'effet de la variable niveau de scolarité non significative.

La variable nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie est également grandement corrélée au statut de séropositivité : plus le nombre de partenaires sexuels est grand, plus le rapport de cote est élevé. Ainsi, avoir eu 5 partenaires ou plus au cours de sa vie fait en sorte qu'une femme a 3,6 fois plus de chances d'être atteinte du VIH que quelqu'un qui n'a eu qu'un partenaire sexuel. Ce sont les femmes du niveau de scolarité secondaire ou plus qui ont déclaré le plus grand nombre de partenaires sexuels. Cette dernière variable contribue significativement à diminuer l'effet du niveau de scolarité sur le VIH.

En dernière analyse, les variables ayant trait à l'environnement de vie ont été intégrées (modèle 4). Le modèle 4 présente donc les 3 blocs de variables de contrôle. L'explication du modèle est d'ailleurs à son plus haut niveau avec 11,1 % de variance expliquée. Le modèle confirme qu'il existe une relation significative entre le type de résidence et le fait d'être atteint du virus du VIH. Les femmes qui vivent en milieu urbain ont une probabilité 1,5 fois plus élevée d'être atteintes du VIH que celles qui habitent en milieu rural ($p < 0,05$). Les femmes éduquées sont aussi en moyenne disproportionnellement plus citadines que leurs consœurs moins éduquées, ce qui explique que le type de résidence contribue à faire basculer l'effet positif de la scolarité sur le statut sérologique.

À noter que dans le modèle final, la région n'a pas d'effet significatif sur la séropositivité. Lorsque le type de résidence et les variables sociodémographiques sont pris en compte, l'effet significatif de la région noté dans l'analyse bivariée disparaît.

Enfin, dans ce modèle final, les effets des variables ayant trait au profil sociodémographique sont toujours significatifs même s'ils perdent de leur importance.

Ainsi, l'effet de l'âge est moins prononcé même si les 20-24 ans ($p < 0,01$) et les 25-29 ($p < 0,05$) ans sont toujours significativement liés. La religion est toujours significative,

avec une seule catégorie significative, soit être animiste, d'une autre religion ou de n'avoir aucune religion ($p < 0,01$). L'effet du statut socioéconomique demeure quant à lui fort et significatif ($p < 0,01$). L'effet des variables comportementales reste lui aussi inchangé et le nombre d'années d'exposition au risque hors union ainsi que le nombre de partenaires augmente les probabilités de la contamination au VIH.

Les résultats de la régression logistique confirment que c'est la combinaison de plusieurs facteurs qui expliquent l'effet positif, et apparemment paradoxal, du niveau de scolarité sur la séropositivité. On constate que le profil des femmes (leur âge, leur statut socioéconomique et, dans une moindre mesure, leur religion) joue un rôle important, mais pas déterminant dans l'explication de la relation niveau de scolarité/VIH.

À la lecture des résultats rencontrés lors de ces analyses, il est possible de faire certains parallèles avec la littérature mentionnée précédemment. Certains auteurs, tels que Berner-Rodereda et Hons (2007) et Tsafack Temah (2008), mentionnent que les facteurs sociaux, psychologiques et physiologiques font en sorte que les risques de contracter le virus sont plus élevés chez les individus en bas âge, comparativement aux populations plus âgées. Ceux-ci adopteraient des comportements plus à risque que leur homologue plus âgé. Par le biais de nos analyses, nous constatons effectivement que les jeunes sont grandement touchés par le virus. Lors de cette recherche, il a été constaté que toutes les catégories d'âge sont significatives, du moins lors de l'entrée de la variable au modèle 2, et que se sont les plus âgées qui ont les catégories avec le seuil de significativité le moins fort. Ceci concorde avec la littérature et met en évidence la vulnérabilité des jeunes face au VIH/SIDA. Les jeunes femmes ont plus de chance de contracter le virus du VIH que les autres.

Dans la littérature recensée, l'effet du statut socioéconomique semblait quant à lui avoir un effet mitigé sur la séropositivité. Certaines études démontrant qu'un haut niveau

socioéconomique pouvait en quelque sorte protéger, surtout chez les femmes, du virus du VIH. Par contre, il a été mentionné que la situation est différente au Cameroun (Tasfack Temah, 2008). Malgré un haut statut socio-économique, les femmes qui sont en relation ne sont pas toujours en mesure de gérer leur argent comme elles le souhaitent. Rwenge (1998) mentionne que lorsqu'elles sont insatisfaites économiquement, certaines femmes se tournent vers le sexe commercial pour combler leurs besoins, et ce, surtout lorsqu'elles sont en milieu urbain. Celles-ci sont souvent dépendantes économiquement de leur époux, et donc même si elles se retrouvent dans un quintile de bien-être élevé, elles ne gèrent pas leur argent comme elles le désirent (Rwenge, 1998 et Berner-Rodereda et Hons, 2007). Ceci pourrait expliquer, du moins en partie, pourquoi ce sont les Camerounaises les mieux nanties qui sont les plus atteintes par le VIH. De plus, comme celles qui sont les plus nanties sont majoritairement dans les villes, soit là où le virus est plus présent, leur chance d'être mises en contact avec le virus augmente lorsqu'elles ont de multiples relations. S'additionnant à cela, Smith et coll. (1999) ont constaté que celles qui ont un haut niveau socioéconomique adoptent des comportements qui sont plus à risque en plus de se retrouver dans des lieux où il y a un plus grand nombre d'individus séropositifs. À ce sujet, Hargreaves et Glynn (2002) mentionnent que le style de vie des individus mieux nantis financièrement pouvait être un facteur explicatif de cette situation. De tels éléments peuvent faire en sorte d'expliquer ce qui est vécu au Cameroun et va dans le même sens que les résultats que nous avons obtenus. Il a été ressorti que les Camerounaises les plus scolarisées sont effectivement plus urbaines que les autres ont un plus grand nombre de partenaires sexuelles, etc. De la sorte, les comportements qu'adoptent les femmes mieux nanties ainsi que certains facteurs sociodémographiques qui les caractérisent pourraient expliquer, du moins en partie, cette relation entre le quintile de bien-être et la séropositivité, ce qui concorde avec nos conclusions.

De plus, au Cameroun, il a été démontré que les filles musulmanes avaient plus de risque de quitter tôt l'école comparativement à celles de confession chrétienne (Zan, 2007). Ayant

un niveau de scolarité moins élevé que les autres et vu qu'au Cameroun ce sont les plus scolarisées qui sont les plus atteintes par le VIH/SIDA, il est logique de constater que la prévalence soit la plus faible chez les musulmanes. En fait, tel que nous le mentionnions lors des précédentes analyses, ce sont les Camerounaises qui adhèrent aux nouvelles religions qui ont le plus fort taux de séropositivité, ce qui expliquerait pourquoi ce sont ces femmes qui sont le plus fortement corrélées lors de l'analyse. Malgré tout, les différents auteurs mentionnés antérieurement n'arrivaient pas à des conclusions univoques quant à l'effet de la religion sur la séropositivité. Dans le cadre de notre recherche, nous constatons qu'il y a un effet de la religion dans la relation étudiée, mais que celui-ci est de moindre importance lorsque comparé à l'âge et au statut socioéconomique. Tout comme les auteurs, nous constatons un impact de la religion, mais cet impact ne représente qu'une infime partie de l'explication quant à la transmission du VIH.

D'ailleurs, on remarque que ce sont les variables comportementales qui ont un effet plus important et permettent une plus grande variance expliquée. Somme toute, les comportements qu'adoptent les individus plus scolarisés les exposent à de plus grands risques de contamination. Le fait d'avoir un long laps de temps d'exposition entre l'initiation des rapports sexuels et la première union ainsi que le fait d'avoir un grand nombre de partenaires sexuels sont deux variables qui ont un impact important sur la relation étudiée. En effet, les femmes plus scolarisées sont plus exposées au risque, car elles ont en moyenne plus de partenaires sexuels et ont des rapports sexuels hors mariage sur une plus longue période de temps.

Adair (2007) et Bongaarts (2007) démontrèrent que plus le temps entre la première relation sexuelle et l'âge de la première union est grand, plus les chances d'avoir un grand nombre de partenaires sexuels, et donc les chances d'être mis en contact avec le VIH, augmentent. Ceci se voit confirmé pour le Cameroun; ce sont les femmes qui ont le plus long laps de temps entre la première relation et l'entrée en union qui sont les plus atteintes. Comme ce

sont les femmes qui sont les plus scolarisées qui retardent le plus leur entrée dans l'union, et donc qui ont le plus grand nombre de partenaires sexuels, il n'est pas étonnant de constater que ce sont les plus scolarisées qui sont les plus atteintes.

De plus, l'importance du nombre de partenaires dans la transmission du VIH/SIDA a été évoquée antérieurement. L'USAIDS (2008) a démontré que les individus qui ont plus de deux partenaires sexuels augmentent significativement leur chance d'être atteint du virus comparativement à ceux qui n'en ont eu qu'un seul. Plus on a de relation, plus les chances de rencontrer quelqu'un qui est atteint sont importantes. De telles affirmations vont dans le même sens que ce que nous avons pu trouver chez les femmes camerounaises. Celles qui sont le plus touchées par le virus sont effectivement celles qui ont le plus grand nombre de partenaires, et celles qui adoptent majoritairement ce comportement sont aussi celles qui sont les plus scolarisées.

Malgré leur plus haut niveau de scolarité, les femmes scolarisées au niveau secondaire ou plus ne semblent pas adopter les comportements faisant en sorte de se protéger du VIH/SIDA. Même si elles ont plus de connaissances sur la maladie et les façons de s'en protéger, il se peut qu'elles n'aient pas la motivation ou surtout le pouvoir pour changer leur comportement (Barnett & Whiteside, 2002 cités dans Badcock-Walters et coll., 2004), ce qui pourrait expliquer ce qui est vécu au Cameroun.

En ce qui concerne le lieu de résidence, la densité de la population qui caractérise les milieux urbains fait en sorte que la possibilité d'entrer en contact avec quelqu'un qui est porteur du virus est plus importante que dans les milieux ruraux. La forte masse démographique des villes accroît les chances d'être mis en contact avec le virus du VIH/SIDA (Traschel, 2007 ; USAIDS, 2008 et INS et ORC Macro, 2004). C'est ce que l'on perçoit au Cameroun. Les individus plus scolarisés vivant majoritairement en milieu urbain sont plus à même de contracter le virus que les individus en milieu rural, étant donné

le taux plus élevé de séropositifs dans ces milieux. Lors des analyses, l'ajout des variables liées à ce sujet ne permet pas d'expliquer totalement la relation paradoxale. En fait, on constate que l'effet du milieu de résidence peut-être expliqué par l'ajout d'autres facteurs.

En définitive, on constate que c'est une combinaison de facteurs qui fait en sorte que ce sont les femmes plus scolarisées qui sont les plus touchées par le VIH/SIDA. Le fait qu'elles aient un profil sociodémographique différent et qu'elles soient plus urbaines que leurs consœurs moins scolarisées, mais surtout qu'elles aient un temps d'exposition au risque hors union plus long et un nombre de partenaires plus élevé les expose davantage au virus.

Conclusion

Dans un contexte où les individus scolarisés sont souvent les mieux renseignés sur le VIH/SIDA et son mode de propagation et où la scolarisation est souvent vue comme la solution pour enrayer la propagation du virus du VIH/SIDA, les résultats de l'EDS effectuée au Cameroun en 2004 sont surprenants. En effet, les données montrent que, chez les femmes et les hommes camerounais, plus le niveau de scolarité est élevé, plus les chances qu'ils soient atteints du VIH/SIDA sont grandes.

Cette recherche tente de comprendre ce qui explique le haut taux de séropositivité dans la population instruite au Cameroun. Plusieurs résultats intéressants émergent de l'analyse. L'analyse confirme que le lien positif entre le niveau d'instruction et la séropositivité est fort et statistiquement significatif parmi les femmes camerounaises.

Les modèles logistiques hiérarchiques ont permis d'explorer les facteurs expliquant le lien positif entre scolarisation et infection au VIH/SIDA chez les femmes. Les résultats montrent qu'une partie de la relation est expliquée par le profil démographique et économique des femmes plus scolarisées notamment le fait qu'elles soient plus jeunes et qu'elles sont dans les quintiles de bien-être économique le plus élevé. Les trois variables (âge, religion, statut économique), lorsqu'elles sont introduites dans le modèle, font en sorte de diminuer l'effet et la significativité de la variable niveau de scolarité sur la séropositivité, mais si elle demeure tout de même significative.

Les résultats statistiques montrent clairement que le nombre de partenaires sexuels ainsi que la période d'exposition hors mariage plus longue chez les femmes de niveau secondaire ou plus comparé aux autres femmes moins ou pas scolarisées augmente leurs chances d'être exposées au virus. Par ailleurs, la recherche rend compte de l'impact important du lieu de résidence dans la relation entre la scolarisation et la prévalence du VIH. Habiter un milieu urbain fait en sorte d'augmenter les chances d'être mis en contact avec le virus.

Ces résultats suggèrent plusieurs pistes de recherche qui mériteraient d'être approfondies. Selon nous, il serait important d'orienter la réflexion vers les inégalités de genre dans la dynamique du VIH/SIDA au Cameroun. En effet, qu'est-ce qui fait que les femmes les plus scolarisées du Cameroun, malgré l'instruction et les connaissances, adoptent des comportements à risque de contamination du VIH/SIDA ? Pourquoi est-ce que des femmes qui sont instruites, qui connaissent la maladie et ses répercussions, n'agissent pas en fonction de s'en prémunir ? Qu'est-ce qui manque pour que les connaissances aient un impact sur les comportements des femmes les plus instruites ?

Plusieurs études ont montré qu'au Cameroun, notamment en milieu urbain, les filles et les jeunes femmes célibataires scolarisées entretiennent des relations sexuelles multiples par nécessité économique ou dans l'espoir de se faire épouser (Meekers et Calvès, 1997, Calvès 1998; Calvès 2001). « À l'école, les jeunes filles subissent également les abus de certains enseignants (chantage, harcèlement sexuel). Ces enseignants mettent en péril les jeunes filles en leur proposant des notes « sexuellement transmissibles »³ » (Matchinda, 2004, p. 9). Le désir d'amélioration de leur statut, de prouver leur fécondité ou de sceller une relation poussent parfois les femmes célibataires à multiplier les relations sexuelles à risque et les rend plus vulnérables à la contamination au VIH/SIDA (Matchinda, 2004; Calvès 2000). Les inégalités de genre et la subordination structurelle des femmes aux hommes limitent le pouvoir décisionnel des femmes et leur capacité à négocier l'utilisation des préservatifs lors des relations sexuelles. Les pressions sociales, structurelles et économiques que vivent les femmes expliquent parfois que, malgré leurs connaissances du VIH/SIDA et leur niveau de scolarité élevé, elles ne peuvent agir de façon à s'en prémunir. Ces pistes mériteraient d'être creusées afin de mieux comprendre les difficultés que

³ Il arrive, dans certaines situations, que les notes qui sont obtenues soient arbitraires en ce sens que les jeunes femmes ont des relations sexuelles en échange de note. Plus les risques lors de la relation sont grands et plus la note sera élevée.

rencontrent les femmes scolarisées du Cameroun pour mettre en pratique leurs connaissances pour ainsi se protéger contre le virus du VIH/SIDA.

Bibliographie

ADAIR, Timothy, 2007, « HIV status and age at first marriage among women in Cameroon ». Cambridge : *Cambridge University Press*, 40, pp. 743-760

AHO, Joséphine, Anne-Marie Antchouey, Malgorzata Miszkurka, Pernelle Smits et Maryline Sicotte, 2008, « Prise en compte du sexe social dans les interventions en Afrique subsaharienne », <http://www.vih.org/20090727/prise-en-compte-sexe-social-dans-interventions-en-afrique-subsaharienne-3059> page Internet consultée le 30 mars 2010

AINSWORTH, Marthe, Kathleen Beegle et Andrew Nyamete, 1995, *Impact de la scolarisation des femmes sur la fécondité et l'utilisation de la contraception en Afrique sub-saharienne*. Washington : Banque Mondiale, Document de travail No 110, 76 p.

AMINOT, I. et M. N. Damon, 2002, « Régression logistique: intérêt dans l'analyse de données relatives aux pratiques médicales », Paris : *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 33 (2), pp.137-143

ANDERSON, Beutel et Maughan Brown, 2007, « HIV Risk Perceptions and First Intercourse Among Youth in Cape Town, South Africa ». États-Unis : *International Family Planning Perspectives*, 33 (3), pp. 98-105

BADCOCK-WALTERS, Peter, Michael Kelly et Marelize Görgens, 2004, *Does Knowledge equal change?* Paris : UNESCO. 31 p.

Banque Mondiale, 2010, « Données : Cameroun », <http://donnees.banquemondiale.org/pays/cameroun>, page Internet consultée le 30 mars 2010

BARNETT, Tony et Alan Whiteside, 2002, *AIDS in the Twenty-First Century: disease and globalization*, New-York : Édition Palgrave Macmillan, 432 p.

BERNER-RODEREDA, Astrid et B. A. Hons, 2007, *VIH et SIDA en Afrique: une épidémie qui touche les femmes – des réponses qui s'adressent uniquement aux femmes?*, Allemagne : Édition Diakonisches Werk der EKD (Pain pour le Monde), 74 p.

BLANC, Ann K. et Ann A. Way, 1998, « Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries », *Studies in Family Planning*, 29 (2), pp. 106-116

BOADE, Georges, 2007, *Validité des facteurs de risque identifiés au VIH/SIDA. Étude de cas sur le Cameroun*. Montréal : Rapport de recherche sous la direction de Claude Montmarquette, Université de Montréal, Département de sciences économiques, 35 p.

BONGAARTS, John, 2007, « Late marriage and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. » Londres : *Population Studies*, 61 (1), pp. 72-83

CALVÈS, A.E. (1998) “Sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé: les hommes et les femmes ont-ils les mêmes stratégies et motivations ?” Pp. 153-175 in B. Kuate Defo (Ed). *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*. University of Ottawa Press, Ottawa, Canada.

CALVÈS, A-E. (2000). “Premarital Childbearing in urban Cameroon: paternal recognition, child care and financial support.” *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 31 (4) : 443-452.

CARR, D. (1997). *Female Genital Cutting*. Findings from Demographic and Health Surveys Program. Calverton, Maryland, USA, Macro International: 96.

CEA (Commission économique pour l'Afrique), 2004, *La dimension féminine du VIH/SIDA en Afrique*, Addis-Adeba : Septième Conférence régionale africaine sur les femmes : Examen décennal de la mise en œuvre de la Plateforme d'action de Dakar et du Programme d'action de Beijing, 17 p.

CHAIX, Basile et Pierre Chauvin, 2002, « L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de littérature », Paris : *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50 (5), pp. 489-499

CHANGE (Center for Health and Gender Equity), 2000, *Women and HIV/AIDS in the U.S. Global AIDS Strategy*, États-Unis : Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), 4 p.

CHATANI-RIZVI, Nisha. 2006, « Éducation de base et égalité des sexes » UNICEF http://www.unicef.org/french/girlseducation/index_33182.html page Internet consultée le 30 mars 2009

Children on the Brink. A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action, 2004, États-Unis : Document produit conjointement par UNAIDS, UNICEF et USAID, 46 p.

CMH (Commission on Macroeconomics and Health), 2001, *Investing in Health for Economic Development*, États-Unis : Organisation Mondiale de la santé, 213 p.

COOMBE, Carol et Michael J. Kelly, 2001, « Education as a vehicle for combating HIV/AIDS » Genève : *Prospects*, 31 (3), pp. 438 - 445

CRICHTON, Nicola, 2001, « Eating difficulties in stroke patients », Londres : *Journal of Clinical Nursing*, 2 (2), pp. 268-269

David Bloom, David Canning, and Kevin Chan, 2006, *Higher Education and Economic Development in Africa*, Cambridge : Harvard University, 90 p.

DENIS, Bitjaa Kody Z., 2001, « Émergence et survie des langues nationales au Cameroun », <http://www.inst.at/trans/11Nr/kody11.htm> page Internet consultée le 20 mars 2010

Développement et santé, 2003, n°168, <http://devsante.org/IMG/html/doc-10842.html> page Internet consultée le 20 mars 2010

DE WALQUE, Damien, 2002, *How Does Educational Attainment Affect the Risk of Being Infected by HIV/AIDS? Evidence from Uganda and Zambia*, États-Unis : University of Chicago, 85 p.

DE WALQUE, Damien, 2006, « How Does the Impact of an HIV/AIDS Information Campaign Vary with Educational Attainment : Evidence from Rural Uganda. » *Journal of Development Economic*, 84, pp. 686-714

DOUCET, Christine, Claire Durand et Michael Smith, 2008, « Who gets Market Supplements? Gender Differences within a Large Canadian University. » Ottawa : *Revue canadienne d'enseignement supérieur*, 38 (1), pp. 67-103

DORÉ, Isabelle, 2007, *Prévention du paludisme au Burkina Faso : défis et enjeux de la promotion de la moustiquaire imprégnée*, Montréal : Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 130 p.

DURAND, Claire. 2007, *Analyse quantitative avancée SOL6210, Régression logistique*, Montréal : Note de cours, Département de sociologie, Université de Montréal

FERRY, Benoît, 1998, « Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain. » dans *Vivre et penser le Sida en Afrique* de Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Touré, Oxford : Édition Karthala, pp. 237–256

FOX, William, 2006, *Statistiques sociales*, Québec : Les Presses de l'Université Laval, De Boeck Université, 374 p.

GOLDSTEIN, Diane, E., 2004, *Once Upon a Virus: AIDS Legends and Vernacular Risk Perception*. États-Unis : Utah State University Press, 210 p.

GREGSON, Simon, Tom Zhuwau, Roy M. Anderson et Stephen K. Chadiwana, 1998, « Is there evidence for behaviour change in response to AIDS in rural Zimbabwe? » *Social Science and Medicine*, 46 (3), pp. 321-330

GREGSON, Simon., Heather Waddell et Stephen Chadiwana, 2001, « School Education and HIV Control in Sub-Saharan Africa : From Discord to Harmony ? » *Journal of International Development*, 13 (4), pp. 467-485

HARGREAVES, James R. et Judith R. Glynn, 2002, « Educational attainment and HIV-I infection in developing countries : a systematic review. » *Tropical Medicine and International Health*, 7 (6), pp.489-498

HOSMER, David W. et Stanley Lemoshow, 1989, *Applied Logistic Regression*, États-Unis; Édition John Wiley & Sons, 307 p.

INS (Institut national de la statistique), 2001, *Deuxième enquête camerounaise auprès des ménages. Pauvreté et éducation au Cameroun en 2001*, République du Cameroun, 7p.

INS et ORC Macro. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro. 324 p.

IRIN, 2010, « Afrique : il ne suffit pas de savoir. » <http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportId=81937> Page Internet consultée le 5 mars 2010

JEJEEBHOY, Shireen J, 1995, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*, Oxford : Clarendon Press, 297 p.

KABLAN, Cléopâtre, Brigit Obrist, Guéladio Cissé, Kaspar Wyss, Ismaïla Touré et Marcel Tanner, 2006, « VIH/SIDA, genre et vulnérabilité », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Hors-série 3. <http://vertigo.revues.org/1844> Page Internet consultée le 19 mars 2010.

KIRAGU, Karungari, Ketan Joshi, M.H.S, et Ruwaida Salem, 2001, « Les jeunes et le VIH/SIDA : Pouvons-nous éviter la catastrophe ? » Baltimore : *Population Reports*, 12

KELLY, M. J., 2000, *The encounter Between HIV/AIDS and Education*, Lusaka : University of Zambia, 36 p.

LAKHANDAI, Manisha et Rati Ram, 2008, « Educational attainment and HIV/AIDS Prevalence a Cross-Country Study » États-Unis : *Economics of Education Review*, 27, pp.14-21

LAUZON, Johanne, 2000, « Afrique : le SIDA mine l'économie. » <http://www.syfia.info/index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=954> page Internet consultée le 22 septembre 2009

LEROY, Valériane, 2004, « L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH/Sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie. » *Sciences sociales et santé*. 22 (3), pp. 71-85

MATCHINDA, Brigitte, 2004, *VIH/SIDA et système éducatif. Fenêtre sur l'éducation. Cameroun*, Bamako ; UNESCO, 79 p.

MBOKO IBARA, Stève Bertrand, 1991, « Sida et Comportements Sexuels des femmes célibataires au Congo », Mémoire de maîtrise. Université de Yaoundé II
http://www.memoireonline.com/08/09/2588/m_Sida-et-Comportements-Sexuels-des-femmes-celibataires-au-Congo16.html page Internet consultée le 2 avril 2010

MEEKERS D. et A.E. CALVÈS.(1997) "Main girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa" *Health Transition Review*, supplément au volume 7 pp. 361-376.

MISHRA, Vinod, Simona Bignami, Robert Greener, Martin Vaessen, Rathavuth Hong, Peter Ghys, Ties Boerma, Ari Van Assche, Shane Khan et Shea Rutstein, 2007, *A study of the association of HIV infection with wealth in sub-Saharan Africa*. États-Unis ; DHS working papers, USAID, 31, 67 p.

MOSOKO, Jembia J., Isaac B. Macauley, Anne-Cecile B. Zoungkanyi, Assumpta Bella et Sinata Koulla-Shiro, 2007, « Human Immunodeficiency Virus Infection and Associated Factors among Specific Population Subgroups in Cameroon. » *AIDS Behav*, 13, pp. 277-287

Nations Unies, 2002, *VIH/SIDA : sensibilisation et évolution des comportements*. New-York ; Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Nations Unies, 6 p.

NJIALE, Pierre Marie. 2005, « Éducation, religion, laïcité. Quels enjeux pour les politiques éducatives? Quels enjeux pour l'éducation comparée? » <http://afecinfo.free.fr/ERL05/textes/pdf/73-Njjiale.pdf> page Internet consultée le 20 mars 2010

ONUSIDA, 1999, « Fact Sheet on differences in HIV spread in African cities. » http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub03/lusaka99_fr.html page Internet consultée le 15 juin 2009

ONUSIDA, 2000, *The relationship between sexual behavior and level of education in developing countries*. Suisse ; UNAIDS, 3p.

ONUSIDA, 2004, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, Genève, Suisse, 236 p.

ONUSIDA, 2007, *Le point sur l'épidémie du sida*, Genève, Suisse, 60 p.

ONUSIDA, 2008, *Rapport sur l'épidémie du SIDA*. Genève, Suisse, 362 p.

ONUSIDA, 2009, *Le point sur l'épidémie du SIDA*, Genève, Suisse, 100 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1995, *Le Sida, images de l'épidémie*, Suisse, 152 p.

NORUŠIS, Marija J., 1994, *SPSS Advanced Statistics 6.1*, États-Unis ; SPSS Inc. 606 p.

PAM (Programme alimentaire mondial), 2006, *Literature Review on the Impact of Education Level on HIV/AIDS Prevalence Rates*. Rome, 15 p.

PAM (Programme alimentaire mondial), 2007, *Sécurité alimentaire, VIH et morbidité au Cameroun, Analyse de la sécurité et alimentaire et de la vulnérabilité*, Rome, 16 p.

Panapress, 2007, « Pour un changement dans la scolarisation en Afrique » <http://www.tamanrasset.net/article.pdf.971/pour-un-changement-dans-la-scolarisation-en-afrique.pdf> page Internet consultée le 20 mars 2010

REMY, G., C. M'Biaga, R. Migliani, J.P. Louis, A. Terbucq, F. Jabot, M. Roux et H. Geroyannis, 1996, « Dynamique socio-géographique de l'infection a VIH 1 en Afrique centrale. Régions de Batouri (Cameroun) – Berbarati (Centrafrique). » *Médecine d'Afrique Noire*, 43, pp. 452-457

RWENGE MBURANO, Jean-Robert, 1998, « Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse », dans *Vivre et penser le Sida en Afrique*, de Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Toure, Édition Codesria, Karthala et Ird, France, p. 217-236.

SEIDEL, Gill, 1996, « La représentation des femmes dans le discours sur le sida en Afrique sub-saharienne. » *Mots*, 49, pp. 48-70

SIDANET, 2008, « Incidence du vécu et des représentations du VIH/SIDA sur l'éducation des filles au Cameroun. » http://sidanet.refer.org/webapps/komplete/index.php?KTURL=mod_article.html&page=1076 page Internet consultée le 21 février 2009

SIEGFRIED, Nandi, 2003, « Le nonoxynol-9 dans la prévention de la contamination vaginale d'une IST d'une femme par un homme : Commentaire de la BSG. » Genève ; Bibliothèque de Santé Génésique de l'Organisation mondiale de la Santé.

http://apps.who.int/rhl/rti_sti/nscom2/fr/index.html page Internet consultée le 31 mars 2009

SILGA, Eloi, 2008, « Étude des déterminants de la forte incidence des IST dans le district sanitaire de koupéla. » http://www.memoireonline.com/10/09/2756/m_Etude-des-determinants-de-la-forte-incidence-des-IST-dans-le-district-sanitaire-de-koupeacut7.html page Internet consultée 20 mars 2009

SMITH, Jennifer, Fred Nalagoda, Maria J. Wawer, David Serwadda, Nelson Sewankambo, Joseph Konde-Lule, Tom Lutalo, Chuanjun Li et Ronald H. Gray, 1999, « Education attainment as a predictor of HIV risk in rural Uganda : results from a population-based study. » *International journal of STD and AIDS*, 10, pp. 452-459

TDR (Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases), 2005, *Mettre la recherche en santé au service des plus démunis. Progrès de la recherche 2003-2004. Recherche concernant les maladies tropicales*, Genève ; Programme spécial de recherche et de développement concernant les maladies tropicales UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS Dix-septième Rapport du Programme, 100 p.

TRACHSEL, Susanne, 2007, *Les femmes instruites : des personnes vulnérables face au VIH/SIDA? Le cas des Camerounaises*. Montréal : Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 112 p.

TRINITAPOLI, Jenny et Mark D. Regnerus, 2006, « Religion and HIV Risk Behaviors Among Married Men : Initial Results from a Study in Rural Sub-Saharan Africa. » *Journal for the scientific study of religion*, 45 (4), pp. 505-528

TSAFACK TEMAH, Chrystelle, 2008, *The role of income and gender inequalities in the spread of the HIV/AIDS epidemic : evidence from sub-saharan Africa*, France : Thèse de Doctorat en Science Économiques, Université d'Auvergne Clermont-Fernand I, 257 p.

USAID, 2008, *HIV Prevalence Estimates from the Demographic and Health Surveys*. États-Unis, 21 p.

VANDERMOORTELE, Jan et Enrique Delamonica, 2000, « The « Education Vaccine » Against HIV » *Current Issues in Comparative Education*, 3 (1), pp. 6-13

WOLFENSON, James D., 2000, *Résumé analytique de l'éducation et VIH/SIDA : une fenêtre d'espoir*. Communication au Conseil de Sécurité des Nations Unies, 6 p.

ZAN, Lonkila Moussa, 2007, *Appartenance socioculturelle et scolarisation des enfants au Burkina Faso*, Yaoundé : Mémoire de maîtrise, Université de Yaoundé II, <http://memoireonline.free.fr/08/09/2647/Appartenance-socioculturelle-et-scolarisation-des-enfants-au-Burkina-Faso.html> page Internet consultée le 12 septembre 2

