



LES ANNALES DE L'IFORD

VOL. 16 N^{os} 1-2

DECEMBRE 1993



REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE

PAR

L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

Directeur de la Publication : Prof. D. M. SALA-DIAKANDA
Secrétariat de la rédaction : E. NGWE
Administration et diffusion : E. NGWE

COMITE DE LECTURE

Président : Daniel M. SALA-DIAKANDA

Membres : Ahmed BAHRI	AKA KOUAME
Amadi BETBOUT	Samson B. LAMLENN
Richard DACKAM-N.	Cheik MBACKE
Jean-Louis DONGMO	Emmanuel NGWE
EVINA AKAM	NZITA KIKHELA
Philippe FARGUES	Alberto PALLONI
Francis GENDREAU	Etienne Van de WALLE
Hubert GERARD	Jean WAKAM

I.FO.R.D.
Section des Publications
B. P. 1556 YAOUNDE
Telex 8304 KN (PNUD) et 8441 KN (MULPOC)
CAMEROUN

© I. FO. R. D. YAOUNDE
I S B N 2-905327 - 22 - 7

AVIS AUX LECTEURS

Le dernier numéro des Annales de l'IFORD est paru en décembre 1991. Des difficultés essentiellement liées à la restructuration de l'IFORD et à l'insuffisance des articles à publier ont contraint l'Institut à suspendre momentanément la publication de votre revue.

Le numéro que vous avez sous les yeux est double et couvre l'année 1993. Contrairement aux numéros antérieurs, celui-ci renferme uniquement les articles préparés par les chercheurs-stagiaires de l'IFORD. Il s'agit des cinq meilleurs étudiants de la promotion 1991-1993, retenus à l'issue de leur formation pour suivre, pendant un an, le stage d'initiation à la recherche organisé chaque année par l'Institut. Ces articles sont tirés de leur mémoire de fin d'études à l'IFORD et corrigés en vue de leur publication. Ils abordent deux problèmes de population importants qu'on rencontre dans les pays d'Afrique subsaharienne : la santé des populations et les comportements et attitudes en matière de procréation. Quoique toutes ces études ne concernent qu'un seul pays, le Cameroun, il nous a semblé utile de les publier à la fois à cause de l'intérêt des sujets abordés et pour valoriser le travail accompli par de jeunes collègues, ce qui est une façon de les encourager à poursuivre les efforts entrepris.

Nous accueillerons favorablement les réactions des lecteurs sur ce numéro.

La Rédaction

LES ANNALES DE L'IFORD

VOL. 16 N^{os} 1-2

DECEMBRE 1993

SOMMAIRE

Gervais BENINGUISSE :	Approvisionnement en eau et assainissement : effets sur la morbidité des enfants par maladies diarrhéiques 9
Hélène KAMGNO :	Rôle, statut de la femme et SIDA : cas du village de Mindourou dans l'Est-Cameroun 33
Kisimba NGOY :	Attitudes et comportements des couples face à la planification familiale : identification des facteurs 59
Ferdinand NGUEYAP :	Maladies, symptômes de maladie et recours thérapeutiques dans le département du Mayo-Danay (Cameroun) : une évaluation indirecte de la situation sanitaire 87
Richmond TIEMOKO :	Caractéristiques et déterminants des comportements reproducteurs dans un village de l'Est du Cameroun (cas de Nyabi) 117

REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE

PAR

L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

RESUMES

Gervais BENINGUISSE : APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT : EFFETS SUR LA MORBIDITE DES ENFANTS PAR MALADIES DIARRHEIQUES

La diarrhée constitue un important problème de santé au Cameroun. Elle est la première cause des décès des enfants de moins de 5 ans. L'analyse des facteurs de cette pathologie montre que l'approvisionnement en eau et l'assainissement ont un impact sur la morbidité par diarrhée mais pas de façon directe comme dans une relation de cause à effet. Cette relation est influencée par la région de résidence. La prévalence diarrhéique dépend fortement du niveau d'instruction de la mère, de la vaccination contre la rougeole et l'âge de l'enfant. S'agissant de ce dernier facteur, les épisodes diarrhéiques diminuent au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente, mais sont rares chez le nourrisson de moins de six mois. Ces résultats montrent qu'il est possible de faire de la prévention peu coûteuse et à grande échelle moyennant des mesures telles que le recours à l'allaitement maternel, la vaccination contre la rougeole, l'utilisation hygiénique des toilettes, en évitant de contaminer l'eau. S'agissant de la lutte contre les conséquences des maladies diarrhéiques, il convient d'encourager l'utilisation des différentes thérapies de réhydratation par voie orale (TRO).

Hélène KAMGNO : ROLE, STATUT DE LA FEMME ET SIDA : CAS DU VILLAGE DE MINDOUROU DANS L'EST-CAMEROUN.

Le problème du SIDA se trouve parmi les problèmes actuels de santé les plus préoccupants. Il n'existe ni vaccin, ni traitement pour cette maladie. Devant cette situation, afin de mettre en place des programmes de prévention efficaces, la connaissance des facteurs de propagation s'avère nécessaire et indispensable. Certains de ces facteurs sont liés au rôle et au statut de la femme, notamment : son faible niveau d'instruction qui limite son accessibilité à certaines informations, son activité essentiellement agricole qui ne lui procure pas un revenu suffisant pour l'acquisition des moyens de prévention, sa position au sein de la famille qui ne lui donne pas droit à la parole en matière de fécondité et de sexualité... Cet article distingue trois "statuts" pour la femme et montre que les connaissances, les comportements et les attitudes des femmes vis-à-vis du SIDA diffèrent selon leurs "statuts". Il est donc indispensable de tenir compte du rôle et du statut de la femme dans les programmes de lutte contre le SIDA.

Kishimba NGOY : ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES COUPLES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE : IDENTIFICATION DES FACTEURS.

Pour amener les couples à pratiquer les méthodes de planification familiale, il est nécessaire de savoir les facteurs qui déterminent leurs attitudes et comportements face à la planification familiale. A partir d'une analyse multivariée utilisant le modèle logit-linéaire, cet article met en exergue l'influence du niveau d'instruction du couple, de la religion, des émissions de radio, de la discussion sur le nombre d'enfants au sein du couple et du milieu de résidence, sur l'attitude et le comportement du couple face à la planification familiale.

Ferdinand NGUEYAP : MALADIES, SYMPTOMES DE MALADIE ET RECOURS THERAPEUTIQUES DANS LE DEPARTEMENT DU MAYO-DANAY (CAMEROUN) : UNE EVALUATION INDIRECTE DE LA SITUATION SANITAIRE.

En dépit de l'objectif de l'OMS d'instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et des efforts fournis par le Gouvernement camerounais, les populations du département du Mayo-Danay (Extrême-Nord du Cameroun) souffrent encore de nombreuses maladies dont les plus importantes sont le paludisme, la bilharziose, les helminthiases, les affections digestives, visuelles ou cutanées. Peu de malades ont recours à un traitement ; ceux qui se soignent pratiquent l'automédication et fréquentent peu le dispensaire, la case de santé et l'hôpital. Le recours au traitement moderne est fortement influencé par l'étiologie de la maladie et la présence d'un personnel médical qualifié. D'autres problèmes sanitaires tels que les difficultés d'accès à l'eau potable et l'absence d'un personnel médical qualifié existent. Ces résultats intéressants sont donnés par une enquête réalisée auprès d'un échantillon d'écoliers, de maîtres et de responsables communautaires. Cette enquête montre enfin que les populations établissent bien le bulletin de santé de leur région.

Richmond TIEMOKO : CARACTERISTIQUES ET DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS REPRODUCTEURS DANS UN VILLAGE DE L'EST DU CAMEROUN (CAS DE NYABI).

La fécondité au Cameroun demeure encore élevée. Cette situation est le résultat des comportements pronatalistes de la population et surtout de celle du milieu rural. Malgré la quasi stabilité du niveau de la fécondité, n'y a-t-il pas des changements dans les comportements reproducteurs des ruraux comme on en observe chez les citadins ? C'est à cette question que cet article tente de répondre en étudiant un village (NYABI) de la province de l'EST, l'une des provinces les moins développées du pays. Il en ressort que :

- la reproduction se réalise dans un contexte de domination masculine ;

- *la fécondité demeure précoce, mais on observe de plus en plus une tendance chez les jeunes à dissocier la sexualité de la nuptialité et de la procréation mais sans pratique contraceptive par ignorance ;*
- *la polygynie modérée (2 épouses) est approuvée par les hommes et par les femmes pour des raisons sociales et économiques.*

Dans la recherche des facteurs des deux types de fécondité (masculine et féminine) l'étude montre que le profil matrimonial, la scolarisation, la durée des unions et la structure familiale sont les plus importants. Mais si les deux types de fécondité sont sous l'influence des mêmes facteurs, le sens des relations n'est pas toujours identique.

APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT : EFFETS SUR LA MORBIDITE DES ENFANTS PAR MALADIES DIARRHEIQUES AU CAMEROUN

par

Gervais BENINGUISSE

L'être humain est soumis à l'inévitable contrainte qu'est la mort. Néanmoins, en "contrôlant" son environnement, entre autres stratégies, il essaie d'en retarder l'occurrence. Selon les économistes, l'homme est un facteur irremplaçable du développement d'un pays. Pour qu'il puisse remplir sa mission, il faut qu'il jouisse d'une bonne santé. Elément social par excellence et facteur important de production, d'investissement et de consommation, la bonne santé de la population est un bien rare sans lequel le développement économique du pays est compromis.

Au 19^e siècle et au début du 20^e, "la révolution dans les conditions d'hygiène a joué un rôle fondamental dans la diminution des maladies infectieuses et la mortalité qui en découle dans les pays industrialisés" (Mc KEOM et RECORD, 1962 ; PRESTON et VAN de WALLE, 1978, cité par BRISCOE et al, 1986). Dans les niveaux de morbidité et de mortalité qui sévissent encore dans les pays en développement en général et d'Afrique en particulier, la mortalité des enfants tient une place importante attribuable essentiellement à la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires.

On a supposé en général que l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pourrait jouer un rôle important dans la réduction des taux élevés de morbidité et de mortalité que connaissent de nombreux pays en développement. Cet effet présumé sur la santé a motivé les Nations Unies à proclamer la période 1981-1990 "Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement", ce qui signifiait qu'au cours de celle-ci les Etats membres s'attacheraient tout particulièrement à fournir de l'eau potable et de bonnes conditions d'assainissement à toute la population. Pourtant l'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'en 1990 40 % de la population urbaine et 63 % de la population rurale d'Afrique, au sud du Sahara, n'a pas accès à une quantité d'eau de qualité "potable" dans un périmètre facilement accessible à pied et encore moins à des installations sanitaires (Unicef, 1993).

On estime d'ailleurs que 80 % de toutes les maladies dans le monde sont associés à de l'eau impure ou "non potable" (AGBOLA dans BRISCOE et al, 1987). Parmi les principales maladies infectieuses qui frappent les populations du tiers-monde, les maladies diarrhéiques sont responsables de plus de cas de morbidité (3 à 4 millions) et de mortalité générale (5 à

10 millions) (WALSH et WARREN, dans BRISCOE et al, 1987). Les enfants constituent la couche sociale la plus exposée aux maladies diarrhéiques dont les principales causes et les décès qu'elles entraînent sont l'ignorance et la pauvreté. Car l'exposition et la faculté de résistance à ces maladies dépendent fortement des conditions économiques, socioculturelles, écologiques, d'une part, et de l'observation des mesures d'hygiène et de salubrité, d'autre part. Les maladies diarrhéiques peuvent être un facteur de mortalité directe ou bien souvent de surmortalité par le désordre qu'elles ajoutent en s'associant à d'autres pathologies (rougeole, pneumonie...).

La diarrhée constitue un important problème de santé publique au Cameroun. D'après les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), elle est la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans. Au moins un cas de maladies diarrhéiques est vu en moyenne chaque jour dans chaque formation sanitaire (KEUZETA et al, 1987) imposant une charge économique considérable aux services de santé tant par le taux d'occupation des lits en pédiatrie (1/3 par mois) que par le coût des traitements de réhydratation.

Nul doute que dans la plupart des pays en développement, les statistiques de morbidité et de mortalité selon la cause de décès sont défectueuses. Lorsqu'elles existent, et dans le meilleur des cas, elles ne rendent compte que d'une faible portion des affections et des causes des décès. Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC).

I - REVUE DE LA LITTERATURE

I - Manifestations cliniques des maladies diarrhéiques

Les maladies diarrhéiques et infections intestinales se manifestent à travers une gamme variée d'affections : "choléra, fièvres typhoïdes, empoisonnements alimentaires, salmonelloses, shigelloses, amibiases et autres infections intestinales dus à des agents pathogènes spécifiés ou non, appartiennent tous à ce groupe de maladies" (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989).

Les maladies diarrhéiques peuvent avoir plusieurs causes étiologiques : virales (rotavirus), bactériennes (*escherichia coli* ou *shigella dysenteriae*), parasitaires (*entamoeba histolytica* ou *gardia lamblia*), malnutritionnelles ou autres. Ces germes, responsables de l'infection, se multiplient généralement dans l'intestin et y produisent des toxines. Celles-ci perturbent le fonctionnement normal des intestins et provoquent une diminution de la capacité de transfert de l'eau et des éléments nutritifs vers le flux sanguin à travers la paroi intestinale, aboutissant ainsi à la déshydratation du malade. Ces éléments nutritifs sont éliminés de l'organisme sous forme de selles fréquentes et fluides par rapport au comportement habituel de l'individu (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989).

Les infections intestinales et les maladies diarrhéiques se diffusent généralement à travers la nourriture ou l'eau contaminée, un manque d'hygiène dans la façon de manger, les ustensiles mal lavés. La contamination peut également se faire par contact direct de personne à personne (main, bouche), ou par contact avec les objets souillés.

Cliniquement la gravité de la maladie peut se présenter, selon MORLEY (cité par GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989), à travers trois grands groupes de situation :

- La première situation concerne les cas les moins graves et affecte particulièrement les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit de coliques durant 1 à 2 jours avec perte de selles liquides mais sans signe morbide majeur, les symptômes disparaissant spontanément. Ce type de malaise peut se présenter sans qu'aucun cas d'agents pathogènes cités plus haut ne soit en cause.
- La deuxième situation est beaucoup plus grave mais moins fréquente. Ici, l'irruption de la maladie est brutale. Les selles fluides ou semi-liquides fréquentes peuvent aller de 3 à 20 par jour. Dans bien des cas on y trouve du sang ou du mucus. Généralement on constate une

légère fièvre et des crampes intestinales. Elle peut se conjuguer avec une affection des voies respiratoires.

- La troisième situation se rencontre généralement chez les enfants mal nourris. Ici, la diarrhée peut durer un mois ou plus et tendre même à devenir chronique.

Les diarrhées des deux dernières situations conduisent à la déshydratation.

2 - Facteurs de la morbidité et de la mortalité par maladies diarrhéiques

a) L'approvisionnement en eau et l'assainissement

Grâce à la bactériologie moderne, qui a élucidé le mécanisme des maladies transmissibles par voie hydrique, il n'y a plus de doute aujourd'hui sur les effets nuisibles d'une eau insalubre.

Afin de clarifier le rapport entre l'approvisionnement en eau et l'incidence de plusieurs maladies, CAIRNCROSS (cité par JOOP GARSEN, 1989) a proposé de classer ces maladies en deux catégories. La première catégorie est celle des "waterborne diseases". Elle regroupe les maladies causées par un agent pathogène qui utilise l'eau comme habitat principal pendant une période essentielle de sa vie. Des exemples de telles maladies sont : la schistosomiase, l'ankylostomiase et le paludisme. La deuxième catégorie est celle des "waterbased diseases". Ces maladies, dites d'infections intestinales ou parasitaires, sont liées à la qualité de l'eau. Ce sont le typhus, la dysenterie, les diarrhées infectieuses, la draconculose, le choléra, etc. Elles sont le résultat d'une contamination de l'eau par une substance utilisant l'eau comme porteur (généralement les fèces), suite à l'insalubrité provoquée par la non-évacuation des déchets solides et liquides aux alentours des logements, à l'insuffisance de l'assainissement à l'intérieur, au manque de système de raccordement aux égouts, etc.

Le type d'installations sanitaires (indicateur de l'assainissement) intervient également dans l'incidence des maladies diarrhéiques à travers les conditions d'hygiène du milieu qui sont un facteur de contamination de l'eau. La contamination peut se faire par la rouille et l'infiltration des agents pathogènes dans les tuyaux de canalisation lorsqu'ils existent et par la proximité des puisards et fosses septiques par rapport aux puits. L'eau des puits peut également être contaminée suite à l'infiltration par le ruissellement des eaux usées domestiques (eau de vaisselle, de lessive). L'évacuation hygiénique des excréta joue donc un rôle absolument fondamental car, "dans la plupart des maladies liées à l'eau ou à l'insalubrité, l'organisme pathogène est présent dans les matières fécales ou les urines des sujets infectés" (Chronique OMS n° 6, vol. 38, 1984). Si les excréta humains sont

évacués en évitant tout contact entre matières fécales, insectes, animaux et êtres humains, les occasions de transmission s'en trouvent grandement réduites.

Plusieurs études ont montré la place de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les différences de morbidité et de mortalité par maladies diarrhéiques. Ainsi, en Haïti, une forte prévalence des maladies diarrhéiques était associée à une réduction de l'accès à l'eau potable pendant les périodes de pénurie d'eau (THACKER et al, cité par GAMINIRATNE, 1991).

Afin d'évaluer l'ampleur des diarrhées infantiles dans une région du Cameroun, une étude sur la morbidité-mortalité a été entreprise par l'OCEAC dans l'ancienne province du Centre-Sud (KEUZETA et al, 1984). D'après cette étude, les villes sans adduction d'eau (Nanga-Eboko, Monatéle, Akonolinga) et celles dont l'approvisionnement en eau (eau courante, eau de borne fontaine) était interrompu avaient plus d'épisodes diarrhéiques. La plupart des puits de ces villes étaient situés en aval et les latrines au sommet des collines. L'eau des pluies pouvait entraîner beaucoup de coliformes vers ces puits, exposant ainsi ces derniers au risque de contamination. Par contre, des villages avec de récentes adductions d'eau potable avaient vu les fréquences de diarrhées diminuer significativement (Ndengue, Biba, Nkoemvon dans le département du Ntem).

D'après l'EDS du Sénégal, la qualité et la disponibilité de l'eau ont un impact sur les maladies diarrhéiques des enfants par le biais de la consommation, la préparation des aliments, l'hygiène personnelle et l'hygiène dans le ménage.

Après avoir construit un indicateur de la qualité de l'eau et un indicateur de la quantité d'eau, EL-HADJI MALICK DIAME et al (1990) ont montré que les enfants vivant dans les ménages disposant d'eau de bonne qualité (eau traitée) et d'une source interne d'approvisionnement avaient la prévalence diarrhéique la plus faible par rapport aux autres. Rappelons que la qualité de l'eau se réfère à l'eau traitée ou l'eau non traitée. La catégorie "eau non traitée" comprend l'eau provenant des puits (sans pompe et non protégés), marigots, rivières et autres.

La disponibilité (quantité) de l'eau fait la distinction entre l'approvisionnement intérieur (interior water supply) et l'approvisionnement extérieur (exterior water supply). La logique qui sous-tend cette division est que l'eau est facilement accessible à l'intérieur du logement, sa disponibilité n'est pas limitée. Par contre, si l'eau doit provenir de l'extérieur, sa quantité sera insuffisante, les ressources étant limitées (EL-HADJI MALICK DIAME et al, 1986). L'étude de la relation entre le type d'installations sani-

taires et la morbidité par diarrhée dans ce même pays montre que les enfants des ménages ne disposant d'aucune installation sanitaire ont une forte prévalence diarrhéique par rapport aux autres.

b) L'influence des saisons

Certaines études ont montré que les incidences diarrhéiques sont soumises à des variations saisonnières.

D'après une étude réalisée à Keneba, en Gambie, la prévalence des maladies diarrhéiques est deux fois plus élevée durant la saison des pluies (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989). "Les diarrhées sont fréquentes surtout au cours des mois d'avril et mai pendant la petite saison des pluies et durant la grande saison pluvieuse (septembre, octobre et novembre)", d'après l'EMIJ, à Yaoundé (V. GAIGBE TOGBE, 1986). Ce résultat confirme celui de l'enquête réalisée par l'OCEAC et selon laquelle les diarrhées sont plus fréquentes lors des transitions des saisons et surtout lorsqu'on passe de la saison sèche à la saison pluvieuse (KEUZETA et al, 1984).

La forte poussée des maladies diarrhéiques pendant les saisons pluvieuses est due probablement aux toxines produites par les bactéries *E. coli* et *campylobacter* et surtout à la détérioration hygiénique de l'environnement alimentaire (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989). L'ampleur des maladies diarrhéiques devient significative dans les régions ne disposant pas de latrines et où l'approvisionnement en eau se fait à partir des puits non protégés.

c) Le type d'habitat

Le type d'habitat est généralement admis comme étant un indicateur pertinent du statut socio-économique et a par conséquent un impact sur la santé. Il s'agit notamment de l'impact sur l'environnement intérieur et sur l'environnement extérieur immédiat, ce que HARDOY et SATTERTHWAITTE (1983) appellent "indoor environment" et "neighbourhood environment". Les ménages pauvres vivent généralement dans de mauvaises conditions hygiéniques et dans des logements ne disposant pas d'infrastructures nécessaires à la satisfaction des besoins divers tels que l'eau courante, les toilettes, le système d'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères, etc. Ces logements sont généralement aussi densément habités compte tenu du nombre élevé de membres des ménages qui contrastent avec les espaces étroits qu'ils occupent. Ces conditions d'habitat sont favorables au développement des micro-organismes pathogènes et augmentent ainsi les risques d'exposition aux maladies infectieuses parmi lesquelles les maladies diarrhéiques.

Deux indicateurs de la qualité de l'habitat sont déjà apparus dans

plusieurs enquêtes comme étant en relation avec la prévalence des diarrhées. Il s'agit du type de sol et du nombre de personnes par pièce.

C'est ainsi que l'EDS du Sénégal a relevé que la prévalence de la diarrhée était plus élevée chez les enfants résidant dans les habitations de type traditionnel (sol en terre battue, plancher en brique, etc.) que chez ceux résidant dans les habitations de type moderne (DIAME et al, 1991).

L'étude de Kirkos en Ethiopie a également montré que "dans les habitations où le sol est fait en terre battue les enfants ont plus de diarrhée que là où le sol est fait de ciment ou de bois". De même la prévalence est plus forte lorsque le nombre de personnes par pièce atteint ou excède 3 que lorsqu'il est en dessous de 3 (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989).

d) L'éducation des parents

Considérée comme variable socioculturelle, l'éducation des parents a un impact sur la morbidité par diarrhée à travers la connaissance et l'application des règles d'hygiène, les pratiques d'allaitement et de sevrage, l'interprétation des symptômes, la réaction des parents face à la maladie (recours thérapeutiques). L'éducation des parents peut également agir sur la morbidité par diarrhée des enfants à travers les variables socio-économiques. A ce titre, cette variable est considérée comme un indicateur de niveau économique.

Certains auteurs pensent qu'une part importante de la différence de morbidité et de mortalité entre les zones urbaines et les zones rurales proviendrait des différences de niveau de scolarisation. John CALDWELL (cité par C. MBACKE et V. de WALLE, 1989) pense pour sa part que le niveau d'instruction joue le rôle de catalyseur assurant un emploi optimal des services de santé. Il pense que les parents instruits font un usage des services de santé plus que les parents illettrés et protègent ainsi mieux leurs enfants.

L'instruction du père et celle de la mère sont apparus comme de bons prédicteurs de la morbidité diarrhéique (après élimination des effets dus à d'autres variables) à Kirkos (Ethiopie). A Kirkos, en effet, où une enquête transversale sur un échantillon de 390 enfants de moins de 5 ans a été réalisée, il a été découvert que les enfants ont moins de diarrhées dans les familles où les parents ont un bon niveau d'instruction que dans celles où les parents ne sont pas instruits (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989).

e) L'hygiène corporelle et l'hygiène dans le ménage

L'observation des règles d'hygiène élémentaires tant au niveau de l'individu (se laver les mains avant et après les repas, par exemple) qu'au niveau du ménage revêt une importance capitale dans la lutte contre les

maladies diarrhéiques. Car l'effet positif de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sur la santé dépend aussi de l'usage qu'en font les bénéficiaires de l'eau et des installations d'assainissement. "Une bonne hygiène d'utilisation doit accompagner les avantages de certaines sources comme l'eau courante, la borne fontaine, etc." (DACKAM, 1990).

L'étude de Kirkos (Ethiopie) citée plus haut a montré que la prévalence des diarrhées est moins forte dans les familles disposant de latrines privées que dans celles où les enfants utilisent des latrines communes à plusieurs familles (après élimination des effets des autres variables). De même les familles s'approvisionnant en eau à un robinet privé sont moins exposées que les familles utilisant une arrivée d'eau publique.

f) L'allaitement maternel, l'état nutritionnel et l'alimentation

Les pratiques alimentaires constituent un des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants, qui affecte à son tour la morbidité et la mortalité de ces enfants. La qualité des aliments de sevrage joue un rôle très important dans la concomitance entre le ralentissement de la croissance et la prévalence diarrhéique observés chez l'enfant généralement à partir de l'âge de six mois. Lorsque les aliments sont contaminés, cela entraîne une dégradation de l'état nutritionnel de l'enfant et provoque des incidences diarrhéiques. La contamination des aliments semble s'accroître avec la durée d'entreposage des aliments après la cuisson (EVBANK et al, 1986).

Les avantages de l'allaitement maternel ne sont plus à démontrer :

- le lait maternel est hygiéniquement sûr par rapport aux aliments de substitution qui, en l'absence de réfrigération et dans les milieux d'hygiène douteux, sont de conservation difficile et donc de contamination rapide ;
- le lait maternel constitue une source importante de protéines ; il est donc l'aliment le mieux adapté aux besoins du nourrisson (BABA TRAORE et al, 1990) ;
- parce que le lait maternel est stérile et qu'il transmet les anticorps de la mère ainsi que tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans leurs premiers mois d'existence, il évite les déficiences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et autres maladies. "Le colostrum que contient le lait jaunâtre et transparent sécrété par la mère pendant les premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant protège le nourrisson contre les infections les plus courantes. Au cours des six premiers mois de la vie, le lait de la mère suffit aux besoins nutritionnels de l'enfant" (DACKAM, op. cit.).

Quelques études ont montré que l'allaitement exclusif au sein diminue les risques de diarrhées chez l'enfant. En Colombie, par exemple, une étude a montré que l'incidence de la diarrhée est de 25 % chez les enfants allaités exclusivement au sein, 54 % pour ceux qui ont eu un allaitement mixte et 73 % pour les enfants nourris exclusivement au biberon (BABA TRAORE et al, 1990). Une analyse de l'impact de l'allaitement sur la diarrhée a été faite au Mali (TRAORE et al, 1990). D'après les résultats, la diarrhée est plus fréquente chez les enfants de 6-11 mois (45 %) suivis des enfants de moins de 6 mois (30,4 %) et enfin de ceux de 12 mois et plus (25,8 %). Parmi les enfants de 0-5 mois, la diarrhée est moins présente chez ceux qui sont exclusivement allaités au sein. La prévalence diarrhéique augmente progressivement chaque fois qu'un nouvel aliment est introduit dans l'alimentation. La prévalence la plus élevée se retrouve au sein des enfants qui reçoivent des aliments solides. Ces résultats montrent l'inconvénient de l'introduction trop précoce des aliments secondaires.

g) Le rôle de la vaccination

L'OMS, dans son programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, préconise la vaccination contre la rougeole comme l'une des mesures de prévention peu coûteuses et à grande échelle (Unicef, 1993). Il se dégage de cette mesure un effet présumé de la vaccination contre la rougeole sur le risque de diarrhée. Nous n'avons cependant pas rencontré d'études réalisées confirmant l'effet de la vaccination contre la rougeole sur le risque de diarrhée.

h) Les croyances et les comportements des mères

Des études ont montré que, dans les sociétés traditionnelles, il ne suffit pas d'informer les femmes, à travers les programmes de promotion de santé, sur le caractère facilement évitable des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles pour que leur comportement soit modifié. "En fait, l'explication du hiatus entre connaissance et comportement doit être examiné dans le contexte des déterminants culturels et sociaux des soins infantiles et du traitement des maladies" (FEYISETAN et ADEOKUN, 1989). Cette situation devient préoccupante lorsqu'on se pose la question de savoir pourquoi tant d'enfants meurent encore aujourd'hui de causes de décès théoriquement évitables comme la diarrhée dans les pays en développement. La réponse à cette question se trouverait en partie dans les systèmes de croyance en vigueur vis-à-vis de la maladie. Car, "à moins que les gens n'aient une claire conception des mécanismes pathogènes et ne soient convaincus de l'efficacité de la prévention ou du traitement des maladies, aussi simples et accessibles qu'ils soient, les moyens mis en œuvre risquent de n'avoir que des effets limités sur la morbidité et la mortalité" (FEYISETAN et ADEOKUN, 1989).

Il ressort de ce que nous venons de dire que le choix fait par une mère, par des mesures préventives ou curatives à l'encontre de la diarrhée de son enfant, dépend de l'idée qu'elle se fait de l'étiologie de cette maladie. Cette perception des causes peut peser sur le délai avec lequel le diagnostic est posé et sur celui du recours thérapeutique.

Deux études anthropologiques réalisées au Swaziland et au Kenya (GINNEKEN et TEUNISSEN, 1989) ont montré que les croyances et les perceptions des mères à l'égard des maladies diarrhéiques ne correspondent pas aux descriptions scientifiquement reconnues.

D'après l'étude de Swaziland, les mères ne s'imaginent pas que l'eau ou les matières fécales peuvent jouer un rôle dans la transmission des maladies diarrhéiques. Une diarrhée simple (sans complication) est perçue comme une maladie naturelle pouvant être due aux poussées dentaires du bébé ; celle-ci est alors soignée par les herbes. Lorsque cette diarrhée se complique, on pense qu'il s'agit d'un signe de maladie infantile grave, d'origine non naturelle, révélée par plusieurs symptômes tels que la dépression de la fontanelle ou les vomissements qui s'ajoutent aux selles fréquentes. Aucun de ces symptômes (et notamment la dépression de la fontanelle) n'est perçu comme le signe d'une déshydratation. Le recours thérapeutique est généralement un guérisseur qui donne alors souvent un lavement au bébé.

A Machakos (Kenya) l'enquête auprès des mères a permis d'établir que la diarrhée est généralement classée parmi les maladies de Dieu ou maladies naturelles. Les mères pensent qu'elle est commune durant les percées dentaires, le sevrage, la période de reptation et au moment des premiers pas de l'enfant. Cette diarrhée, associée à des stades de développement de l'enfant, est couramment appelée "diarrhée dentaire". Le traitement de ce type de diarrhée consiste en une incision de la gencive, après quoi on y applique une préparation d'herbes indigènes. Lorsque la diarrhée ne peut être qualifiée de dentaire, elle est supposée prendre une forme dangereuse. Cette forme, dite pathologique, est également traitée par des herbes et conduit même souvent au dispensaire et à l'hôpital. Ce qui semble le plus inquiétant, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des deux formes de diarrhée, c'est que l'enfant est mis en diète totale, on lui supprime toute alimentation en eau, en lait ou même en nourriture solide. D'après cette étude, 60 % des mères supprimeraient le lait et l'eau en cas d'épisode diarrhéique. Tout ceci augmente le risque de décès de l'enfant.

II - METHODOLOGIE

1 - Problématique et objectifs

Le problème qui nous préoccupe ici est né du constat suivant : d'après les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC 1991), la diarrhée est la pathologie la plus meurtrière parmi les principales causes des maladies de l'enfance (BENINGUISSE, 1993). Pourtant l'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires adéquates a connu une amélioration depuis 1976. En effet, l'indice d'eau potable (pourcentage de la population ayant accès à l'eau courante ou l'eau de borne fontaine) est passé de 22 % en 1976 à 31 % en 1987. De même le pourcentage des ménages disposant de toilettes modernes (avec chasse d'eau) est passé de 2 % en 1976 à 7 % en 1987. Celui des ménages utilisant des latrines est passé de 70 % en 1976 à 87 % en 1987 (BENINGUISSE, 1993).

Cette situation nous semble paradoxale (la relation positive entre l'amélioration de l'assainissement et de l'accès à l'eau potable étant bien connue) et nous amène à nous poser la question de savoir si l'approvisionnement en eau et l'assainissement jouent, dans le cas du Cameroun, un rôle déterminant dans la morbidité par diarrhée, et dans quelle mesure ce rôle respecte les disparités existant entre le milieu ou la région de résidence au niveau de l'accès à l'eau potable et de l'assainissement.

L'étude vise principalement à analyser et à mesurer les effets des facteurs socio-économiques et sanitaires tels que l'approvisionnement en eau et l'assainissement sur la morbidité par diarrhée, et à dégager le rôle joué par certaines variables telles que l'âge de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, le milieu et la région de résidence, l'immunisation de l'enfant contre la rougeole.

2 - Hypothèses

Nous postulons que l'amélioration de l'accès à l'eau potable contribue substantiellement à la réduction de la morbidité des enfants par diarrhée. Toutefois nous prétendons que d'autres variables telles que le niveau d'instruction de la mère, l'âge de l'enfant, l'immunisation de l'enfant (vaccination contre la rougeole) ; le milieu et la région de résidence interviennent également. Aussi pensons-nous que la qualité des installations sanitaires a une influence sur la morbidité par diarrhée. Ces hypothèses peuvent se décomposer comme suit :

H1. La prévalence diarrhéique varie de façon significative selon la source d'approvisionnement en eau et le type d'installations sanitaires.

- H2.** La prévalence diarrhéique est d'autant plus faible que le niveau d'instruction de la mère est élevé.
- H3.** Les épisodes diarrhéiques diminuent au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente, mais sont rares chez le nourrisson de moins de six mois.
- H4.** Les enfants vaccinés contre la rougeole sont moins que les autres exposés à la diarrhée.
- H5.** La prévalence diarrhéique connaît des variations régionales significatives. Elles sont plus fortes en milieu rural moins approvisionné en eau potable qu'en milieu urbain.

3 - Méthode d'analyse

Dans le but de tester les hypothèses, nous appliquerons aux données le modèle de dépendance de régression logistique (nos deux variables dépendantes étant dichotomiques), afin de dégager l'influence explicative de chaque variable indépendante sur la variable dépendante. La variable dépendante du modèle est la morbidité par diarrhée (le fait d'avoir eu ou non la diarrhée durant les deux dernières semaines avant l'enquête). Les variables indépendantes qui figureront dans le modèle sont : l'âge de l'enfant, la vaccination contre la rougeole, le mode d'approvisionnement en eau, le type d'aisance, le niveau d'instruction de la mère, le milieu et la région de résidence.

Le choix du modèle de régression logistique se justifie par la nature des variables (les variables dépendantes sont dichotomiques), leur structure et les objectifs de l'étude. Cette méthode a été préférée à l'Analyse de Classification Multiple (ACM) parce qu'elle nous permettra d'évaluer les risques relatifs associés aux variables dépendantes à un niveau d'analyse individuel qui est le niveau requis pour l'identification des facteurs. L'ACM au contraire, qui ne s'applique mieux qu'à une analyse au niveau contextuel, ne fournit que les écarts de proportion par rapport à la moyenne générale. Les résultats du modèle de régression logistique seront obtenus à partir du logiciel d'analyse STATA.

Avant d'aborder l'approche explicative, nous ferons auparavant une description des relations entre ces variables.

4 - Qualité des données

Rappelons que les données utilisées proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC, 1991). Celles-ci, recueillies par le biais de l'historique des naissances, présentent généralement certaines limites méthodologiques et sont souvent entachées de

certaines erreurs d'enregistrement. Pour recueillir les informations sur la santé (prévalence des maladies) en général et la diarrhée en particulier, on a posé les questions aux femmes survivantes âgées de 15-49 ans au moment de l'enquête. Dans la mesure où on ne dispose pas d'information sur l'état de santé des enfants dont la mère est actuellement décédée, la prévalence s'en trouve affectée dans le cas où les enfants "orphelins de mère" seraient en nombre important (ce qui est certainement le cas). (B. BARRERE, 1992 - 1).

La qualité des données peut également être affectée par :

- les erreurs de déclarations dues à une mauvaise appréciation de la période de référence (effet télescopique),
- les mauvaises déclarations des dates de naissance des enfants survivants. Nous sommes d'accord avec BARRERE (1992 - 2) que ce type d'erreurs, bien que n'affectant pas les niveaux de morbidité par diarrhée de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peut tout de même entraîner une sous-estimation de la morbidité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête) et, par conséquent, une surestimation de la morbidité de l'intervalle précédent (par exemple 5-9 ans avant l'enquête) (0-4 ans avant l'enquête). La période de référence de l'enquête étant relativement courte, on peut supposer que les dates de naissance sont relativement bien déclarées car l'effet de mémoire n'intervient pas beaucoup.

Si nous nous intéressons à la fiabilité des données recueillies, nous sommes heureux de constater que beaucoup d'efforts ont été faits dans ce sens. En effet, la collecte des données sur la prévalence de la diarrhée a été faite sur la base d'une période de référence (durant les deux dernières semaines précédant l'enquête et durant les dernières 24 h précédant l'interview, lorsque l'enfant avait eu la diarrhée durant les deux dernières semaines) et compte tenu de la durée ou fraction de temps passée dans l'état diarrhéique. Cependant, nous pensons qu'une question sur le nombre d'épisodes diarrhéiques durant la période de référence aurait permis de mesurer la morbidité diarrhéique de façon plus complète, non seulement en terme de prévalence (durée passée dans l'état diarrhéique) mais aussi en terme d'incidence (nombre d'épisodes diarrhéiques).

La détermination des niveaux de morbidité par diarrhée dépend, non seulement des méthodes de mesure adoptées, mais aussi de la définition du concept de diarrhée. Il n'a pas été tenu compte à proprement parler d'une définition de la diarrhée pour la collecte des données. Il a été supposé que généralement les mères savent ce qu'est la diarrhée. Pour celles qui déclaraient ne rien savoir, l'enquêtrice était autorisée à leur dire

qu'il s'agit de "trois selles liquides par jour ou plus". Il apparaît tout à fait évident que cette explication n'étant pas donnée systématiquement à toutes les femmes, les questions concernant la diarrhée ne mesurent que les perceptions des mères à l'égard de cette maladie. Ceci a sans doute des répercussions sur la qualité des données :

- décompte des seuls cas de diarrhée graves ou décompte de tous les cas de diarrhée mêmes bénins ;
- décompte des seuls cas de diarrhée simple ou décompte de tous les cas de diarrhée y compris ceux accompagnant d'autres maladies infectieuses telle que la rougeole.

III - MESURE DES EFFETS DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT SUR LA MORBIDITE PAR MALADIES DIARRHEIQUES

1. Les concepts

Avant d'analyser les résultats, il convient d'apporter des précisions au sujet des principaux concepts qui sont au centre de cette étude.

a) Approvisionnement en eau

Il s'agit de la principale source où le ménage se ravitaille en eau destinée à la boisson. Le but de la question sur l'approvisionnement en eau est d'estimer la qualité de l'eau utilisée pour boire. Lorsque la source variait selon la saison, l'on enregistrait celle utilisée à l'époque de l'enquête.

b) Assainissement

Le terme assainissement fait généralement référence au drainage des eaux usées ou souillées, à l'évacuation hygiénique des excréta et des ordures (ménagères et industrielles). Dans l'étude, l'assainissement sera saisi par le type d'installation "type d'aisance" dans les recensements et enquêtes réalisés au Cameroun, l'objectif étant de mesurer la qualité du système sanitaire du ménage. L'assainissement constitue tout comme l'approvisionnement en eau un facteur important pour le contrôle des maladies diarrhéiques et autres maladies infectieuses, et l'amélioration de la santé. Les différents types d'installations sanitaires sont :

- La chasse d'eau qui correspond au genre de toilettes où l'eau chasse les déchets dans les canalisations, que l'eau provienne d'un robinet ou versée avec des seaux. C'est le type le plus sain ;
- Les latrines correspondent à un trou creusé dans la terre. Si le trou est protégé et isolé des toilettes, on dira qu'il s'agit de latrines aménagées, dans le cas contraire on parle de latrines sommaires. Ce type comporte des risques dus notamment à l'expansion des odeurs et des mouches ;

- Le ménage sera considéré comme n'ayant pas de toilettes lorsque l'enquête déclare "qu'ils vont dans la nature" ou "en plein air" (ciel ouvert), ou "à la rivière". C'est le type le plus dangereux puisqu'il expose directement à la contamination.

2. Description

L'examen des tableaux 1, 2 et 3 aboutit aux constatations suivantes :

- Il existe une relation statistiquement significative au seuil de 5 % entre le mode d'approvisionnement en eau et la morbidité par diarrhée. Le contrôle de cette relation révèle une influence du niveau d'instruction de la mère et de la région de résidence (la relation semble plus poussée au sein des campagnes) : les enfants issus des ménages ayant l'eau courante chez eux ont la plus faible prévalence diarrhéique tandis que la plus élevée se retrouve chez ceux issus des ménages s'approvisionnant en eau de puits, sources, rivières, marigots. Cependant, aucune association prédictive n'a été trouvée entre ces deux variables.
- Au seuil de 5 % il existe une relation significative entre le type d'aisance et la morbidité par diarrhée, mais celle-ci semble être influencée par le niveau d'instruction de la mère (surtout au sein des enfants dont les mères sont de niveau secondaire ou plus) : les enfants issus des ménages n'ayant pas de toilettes et utilisant les rivières, le ciel ouvert, comme mode d'aisance ont la prévalence diarrhéique la plus forte, suivis des enfants issus des ménages utilisant les latrines. Toutefois, aucune relation prédictive n'a été trouvée entre ces deux variables.
- Il existe une relation (significative au seuil de 5 %) et une association prédictive entre le niveau d'instruction et la morbidité par diarrhée. En effet, la prévalence diarrhéique diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente.
- Il existe une relation (significative au seuil de 5 %) entre l'âge et la prévalence diarrhéique. Les épisodes diarrhéiques sont rares chez le nourrisson de moins de 6 mois, puis augmentent de façon critique jusqu'à 23 mois avant de décliner par la suite à mesure que l'âge augmente.
- Sur la base du test de X^2 nous n'avons pas trouvé de relation significative (au seuil de 5 %) entre la vaccination contre la rougeole et la morbidité par diarrhée. Cependant il existe une association prédictive entre ces deux variables.
- La prévalence diarrhéique varie de façon significative (à 5 %) selon la région de résidence, cependant aucune association prédictive n'existe entre ces deux variables : la prévalence la plus élevée est observée au sein des enfants des autres villes, suivis des enfants des campagnes. Les enfants de Yaoundé / Douala sont moins touchés par la diarrhée.

L'approche descriptive a permis en définitive de nous rendre compte des interdépendances entre les variables, c'est-à-dire d'établir l'existence ou non des relations entre les variables indépendantes et la morbidité par diarrhée sans pour autant préciser le sens de ces relations. Ceci constitue une étape préliminaire avant l'explication.

Tableau 1 : Pourcentage des enfants ayant eu ou non la diarrhée durant les deux dernières semaines avant l'enquête selon certaines caractéristiques, EDSC 1991.

Caractéristiques	Diarrhée durant les deux dernières semaines		
	oui	non	N
Approvisionnement en eau *			
- Eau courante	13,4	86,6	585
- borne fontaine	18,8	83,2	591
- Autres	19,1	80,9	1980
Type d'aisance **			
- Chasse d'eau	10,6	89,4	190
- Latrines	17,8	82,2	2530
- Autres	19,3	80,7	437
Niveau d'instruction de la mère *			
- Sans niveau	21,8	78,2	1314
- Primaire	14,7	85,3	1215
- Secondaire ou plus	14,3	85,7	627
Age de l'enfant (en mois) *			
- < 6	7,3	92,7	291
- 6 - 11	28,4	71,6	375
- 12 - 23	28,2	71,8	663
- 24 - 35	20,5	79,5	605
- 36 - 47	12,2	87,8	642
- 48 - 59	7,5	92,5	581
Vaccination contre la rougeole ***			
- Vacciné	16,2	83,8	1554
- Non vacciné	18,9	81,1	1603
Région de résidence *			
- Yaoundé/Doula	11,2	88,8	433
- Autres Villes	20,5	79,5	747
- Campagnes	17,9	82,1	1977
Provinces *			
- Est	31,8	68,2	203
- Nord	25,6	74,4	310
- Extrême-nord	24,3	75,7	702
- Adamaoua	18,4	81,6	168
- Sud	18,1	81,9	94
- Ouest	14,1	85,9	307
- Littoral	13,3	86,7	304
- Nord-Ouest	10,6	89,4	299
- Centre	10,2	89,8	558
- Sud-Ouest	9,7	90,3	211

* Significatif à 1 %

** Significatif à 5 %

*** Significatif à 10 %

Tableau 2 : Coefficients LAMBDA de mesure des associations prédictives entre les variables indépendantes (L) et la morbidité par diarrhée (C).

Variables indépendantes	diarrhée durant les deux dernières semaines	
	LAMBDA (C/L)	LAMBDA (C/L)
- Approvisionnement en eau	0,000	0,000
- Type d'aisance	0,000	0,000
- Niveau d'instruction de la mère	0,000	0,008
- Age de l'enfant	0,000	0,035
- Vaccination contre la rougeole	0,000	0,020
- Région de résidence	0,000	0,000

Tableau 3 : Pourcentage des enfants ayant eu la diarrhée durant les deux dernières semaines avant l'enquête selon le mode d'approvisionnement en eau et le type d'aisance, EDSC 1991.

Caractéristique	Diarrhée durant les deux dernières semaines					
	Niveau d'instruction de la mère			Région de résidence		
	SN	PR	SE	Ydé/D	AV	CAMP
Approvisionnement en eau			**			**
- Eau courante	19,8	12,0	11,1	8,2	18,4	10,0
- Borne fontaine	20,4	15,5	13,4	15,9	21,6	12,4
- Autres	22,4	14,5	21,0	13,9	21,9	19,0
Type d'aisance			**			
- Chasse d'eau	26,2	6,6	10,5	7,5	13,9	11,1
- Latrines	21,9	14,6	15,0	12,2	21,0	17,7
- Autres	20,9	14,5	28,0	10,9	30,0	18,8

** Significatif à 5 %

3. Essai d'explication : la régression logistique

L'adéquation ou le pouvoir explicatif peut s'apprécier par le pseudo R² mais, compte tenu de ses limites ¹, nous utiliserons le test de convenance ou d'adaptation du modèle aux données (goodness-of-fit test), et la valeur de l'aire située au-dessous de la courbe des caractéristiques opérationnelles d'acceptation (Receiver operating Characteristics) qui est une mesure du pouvoir de prédiction du modèle. Pour le test de convenance, plus le seuil de signification du KHI-DEUX du test "Goodness-of-fit" est proche de 1, plus le modèle convient ou est adapté aux données. Pour l'indice de mesure du pouvoir de prédiction du modèle, lorsque sa valeur est de 0,5 le pouvoir explicatif du modèle est parfait.

1. La mesure du coefficient de détermination par le pseudo R² comporte des biais liés à la nature des variables (variable dépendante dichotomique).

La valeur de l'aire située au-dessous de la courbe de ROC nous indique que le modèle d'explication de la morbidité par diarrhée par les variables indépendantes du modèle est de 66 % (soit 16 % d'explication des variations). Il peut être considéré comme étant faible. Cela voudrait dire que certaines autres variables susceptibles d'expliquer la morbidité par diarrhée n'ont pas été introduites dans le modèle (modèle non saturé). De même, on observe que le seuil de signification du test de convenance est proche de 0 (0,0349), ce qui signifie que le modèle de prédiction de la morbidité par diarrhée n'est pas adéquat. Mais le test du X² sur l'ensemble des paramètres du modèle est significatif au 1/1000 (0,000), ce modèle peut être considéré comme acceptable. Nous allons pour cela faire l'interprétation en dégagant l'influence de chaque variable indépendante sur la morbidité par diarrhée. Il ressort des résultats que :

- le mode d'approvisionnement en eau n'explique pas la prévalence diarrhéique de façon significative au seuil de 5 % lorsqu'on tient compte de la région de résidence. Cependant, en considérant le milieu de résidence la valeur explicative ne devient significative au seuil indiqué que dans le groupe des ménages ayant l'eau courante chez eux. On peut remarquer tout de même que les enfants des ménages ayant l'eau courante chez eux, et ceux des ménages s'approvisionnant en eau de borne fontaine, ont moins d'épisodes diarrhéiques que les enfants des ménages buvant l'eau des puits, sources, rivières, marigots. La prévalence diarrhéique la plus faible se retrouve dans les ménages ayant l'eau courante ;
- le type d'aisance n'explique pas significativement à 5 % la morbidité par diarrhée bien qu'on puisse néanmoins observer que les enfants des ménages disposant des toilettes modernes (avec chasse d'eau) ont un risque de diarrhée plus faible que ceux des ménages utilisant des latrines, tandis que les enfants des ménages ne disposant pas de toilettes (ciel ouvert, rivières, etc.) ont le risque de diarrhée le plus élevé ;
- la région et le milieu de résidence n'expliquent pas significativement au seuil de 5 % la prévalence diarrhéique. Mais on observe que les enfants de Yaoundé/Douala ont moins de diarrhée que les enfants des campagnes, le risque le plus élevé se trouvant chez les enfants des autres villes. Mais les enfants du milieu urbain ont globalement un peu plus d'épisodes diarrhéiques que les enfants du milieu rural ;
- la vaccination contre la rougeole explique significativement la prévalence diarrhéique au seuil de 5 %. Les enfants vaccinés contre la rougeole courent un risque de diarrhée plus faible que les enfants non vaccinés ;
- le niveau d'instruction de la mère explique la prévalence diarrhéique au seuil de signification de 5 %. On peut remarquer que les enfants des mères non instruites ont un risque de diarrhée plus élevé que les enfants

des mères ayant un minimum d'instruction (primaire). Parmi les enfants des mères instruites, ceux issus des mères ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus ont un risque de diarrhée un peu moins élevé (cependant non significatif au seuil de 5 %) que ceux des mères ayant le niveau d'instruction primaire ;

- l'âge de l'enfant explique significativement à 5 % la prévalence diarrhéique. En effet la prévalence diarrhéique diminue au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente.

Tableau 4 : Variables indépendantes introduites dans le modèle.

Variables mères	Xi	Variables indépendantes	Variables de référence
Approvisionnement en eau	Eau 1 Eau 2	Eau courante Eau de borne fontaine	Eau de puits, rivières sources, marigots
Type d'aisance	Toil 1 Toil 3	Toilettes avec chasse d'eau Autres (ciel ouvert, rivières, etc.)	Latrines
Milieu de résidence	Mil 2	Milieu rural	Milieu urbain
Région de résidence	Local 1 Local 2	Yaoundé/Douala Autres villes	Campagnes
Vaccination rougeole	Vac 1	Enfants vaccinés contre la rougeole	enfants non vaccinés
Instruction de la mère (plus haut niveau d'étude)	Instr 1 Instr 3	Sans niveau Secondaire ou plus	Primaire
Age de l'enfant **	âge	âge de l'enfant à l'enquête	

** Variable quantitative

La variable dépendante est désignée dans le modèle par diarrhée.

Régression 1 : La région de résidence et le plus haut niveau d'étude de la mère sont inclus dans l'équation de régression.

Logit Estimates					Number of obs = 2979	
Log Likelihood = -1276.4582					chi 2 (10) = 129.92	
					Prob > chi 2 = 0.0000	
					Pseudo R2 = 0.0484	
diar	Odds Ratio	Std. Err.	t	p> t	[95 % Conf.	Intervall]
eau 1	7149696	1269323	-1.890	0.059	5047875	1012666
eau 2	9040518	1292044	-0.706	0.480	6831141	1196446
toil 1	6683087	1670291	-1.612	0.107	4094045	1090942
toil 3	1026471	1622854	0.165	0.869	7528652	1399509
local 1	8092599	1397189	-1.226	0.220	576858	1135291
local 2	1267477	1765095	1.702	0.089	9646149	1.665431
vac 1	7008531	0804948	-3.095	0.002	5595321	8778676
instr 1	1535328	1849251	3.560	0.000	1212371	1944316
instr 3	1041482	1512903	0.280	0.780	7833447	1384684
âge	7165508	0274858	-8.689	0.000	6646347	7725221

Régression 2 : La région de résidence est remplacée par le milieu de résidence

Logit Estimates					Number of obs = 2979	
Log Likelihood = -1280.3658					chi 2 (10) = 122.10	
					Prob > chi 2 = 0.0000	
					Pseudo R2 = 0.0455	
diar	Odds Ratio	Std. Err.	t	p> t	[95 % Conf.	Intervall]
eau 1	6755567	1193306	-2.220	0.026	4777987	9551658
eau 2	9071905	1295044	-0.682	0.495	6857059	1200215
toil 1	6596096	1645329	-1.668	0.095	4044625	1075711
toil 3	102842	1627162	0.177	0.859	7541189	1402495
mil 2	9119065	1194939	-0.704	0.482	7052876	1179056
vac 1	7071262	810816	-3.022	0.003	5647497	8853967
instr 1	1645654	1946451	4.212	0.000	1305027	2075188
instr 3	9821703	1410316	-0.125	0.900	7411603	13015151
âge	7170114	027432	-8.695	0.000	665192	7728677

Tableau 5 : Quelques mesures de prédiction du modèle (Résultats presque identiques pour les deux équations de régression)

Logistic estimates for diar, goodness-of-fit test		
no. of observations	=	2979
no. of covariate patterns	=	296
Pearson chi 2 (286)	=	330.85
p>chi 2	=	0.0349
logistic estimates for diar		
Area under ROC curve = 0.6596		

CONCLUSION

L'analyse a montré que l'approvisionnement en eau et l'assainissement agissent sur la morbidité par diarrhée mais pas de façon directe comme dans une relation de cause à effet. Cette relation est influencée par la région de résidence. Ceci conduit au rejet de l'hypothèse H1. On a tout de même remarqué que les enfants des ménages ayant l'eau courante chez eux et ceux disposant de toilettes modernes ont un risque de morbidité par diarrhée plus faible que les autres. Cependant, il n'a pas été trouvé de relation statistiquement significative entre ces deux variables, et la morbidité par diarrhée. Un résultat analogue a été trouvé au Sri Lanka par GAMINIRATNE (1991). L'absence de relation causale statistiquement significative (à 5 %) entre l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la morbidité par diarrhée peut s'expliquer par le fait qu'il ne suffit pas de disposer d'une source d'approvisionnement en eau de bonne qualité (comme l'eau courante, l'eau de borne fontaine publique, etc.) et des installations sanitaires modernes pour être à l'abri d'une affection diarrhéique, il faudrait en plus

les accompagner par une bonne hygiène d'utilisation. GAMINIRATNE signale d'ailleurs que les pratiques hygiéniques peuvent enrayer les effets nuisibles des sources d'eau contaminées (par exemple, bouillir l'eau avant de la boire). Nous sommes d'accord avec DACKAM (1990) qu'on pourrait obtenir une mesure plus précise de la relation entre l'approvisionnement en eau et la morbidité par diarrhée sur la base d'une combinaison entre source d'approvisionnement en eau et conditions de conservation (surtout pour les ménages utilisant l'eau des bornes fontaines ou celle du robinet du voisin ayant l'eau courante).

La prévalence des maladies diarrhéiques est très dépendante (au seuil de signification de 5 %) des variables telles que : le niveau d'instruction de la mère, la vaccination contre la rougeole et l'âge de l'enfant. Ceci conduit à la confirmation des hypothèses H2, H3 et H4.

La morbidité par diarrhée n'est pas directement liée à la région et au milieu de résidence. Ces deux dernières variables n'agissent qu'en tant que facteur de différenciation. D'où le rejet de l'hypothèse H5. En effet, les enfants du milieu urbain sont plus affectés par la diarrhée que les enfants du milieu rural. Cependant, en considérant la région de résidence, on a constaté que les enfants des autres villes ont le risque de diarrhée le plus élevé, suivis des enfants du milieu rural et enfin ceux de Yaoundé/Douala.

Compte tenu de l'importance du problème de santé publique que constituent les maladies diarrhéiques au Cameroun, la lutte contre ces affections doit être globale et plurisectorielle au regard du caractère multifactoriel de leurs origines. Toute stratégie de lutte contre les maladies diarrhéiques doit accorder une priorité renouvelée à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, ainsi qu'à l'éducation des parents, en mettant à leur disposition des informations leur permettant, non seulement d'éviter des maladies à leurs enfants, mais aussi de s'informer sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquide donnée aux enfants pendant les épisodes diarrhéiques. Il est possible de faire de la prévention peu coûteuse et à grande échelle moyennant des mesures telles que le recours à l'allaitement maternel, la vaccination contre la rougeole, l'utilisation hygiénique des toilettes, en évitant de contaminer l'eau et en se lavant les mains avant de toucher aux aliments. S'agissant de la lutte contre les conséquences des maladies diarrhéiques, il convient d'encourager l'utilisation des différentes thérapies de réhydratation par voie orale (TRO).

En définitive, beaucoup reste à faire pour une analyse approfondie des déterminants des principales pathologies létales de l'enfance en général et de la diarrhée en particulier. Des recherches futures viseraient notamment à hiérarchiser les facteurs susceptibles d'agir sur la morbidité

par diarrhée, compte tenu de leurs risques différentiels, afin de n'en retenir que les plus discriminants. De plus, certains autres facteurs dont il n'a pas été tenu compte dans cette étude et qui sont susceptibles d'expliquer la morbidité par diarrhée pourraient être envisagés dans les études futures : les pratiques hygiéniques, les conditions de conservation de l'eau, la qualité de l'alimentation de l'enfant, l'incapacité financière d'accéder aux services de santé, le type d'habitat (après avoir fait une typologie). Il s'avère en somme nécessaire de construire des modèles épidémiologiques dans la perspective de rendre compte de la dynamique des affections en Afrique en général et au Cameroun en particulier.

QUELQUES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARRERE B., "*Santé de la mère et de l'enfant*", in BALEPA M., FOTSO M. BARRERE B., Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991 (Rapport principal), Direction Nationale du 2^e RGPH / Macro International Inc, Columbia, Maryland USA, 1992, pp 95-113 (1).

BARRERE B., "*Mortalité des enfants de moins de cinq ans*" in BALEPA M., FOTSO M., BARRERE B., Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991 (Rapport principal), Direction Nationale du 2^e RGPH / Macro International Inc, Columbia, Maryland USA, 1992, pp 131-135 (2).

BENINGUISSE G. "*Approvisionnement en eau et assainissement : effets sur la morbidité et la mortalité des enfants par maladies diarrhéiques. Le cas du Cameroun*", mémoire de DED, IFORD 1993, 96p.

BOERMA J. T., "*Causes des décès des enfants*", in BALEPA M., FOTSO M., BARRERE B., Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991 (Rapport principal), Direction Nationale du 2^e RGPH / Macro International Inc, Columbia, Maryland USA, 1992, pp 143-151 .

BRISCOE J., FEACHEM R. G., et RIAMAN M. M., *Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène*, CRDI, Canada 1986, 84 p.

CVJETANOVIC B., "*Influence de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sur le niveau de santé*", in VHO (statistiques sanitaires mondiales) Approvisionnement en eau saine et assainissement : conditions préalables de la santé pour tous, vol. 39 - n° 1, Genève 1986, pp 105-117.

DACKAM Ngatchou R., *L'éducation de la mère et la mortalité des enfants en Afrique*, Cahiers de l'IFORD n° 2, mars 1990, 160p.

EWBANK D. HENIN R. et KEKOVOLE J., "*Intégration de la recherche démographique et épidémiologique au Kenya*", in Nations Unies, Les causes des changements et des différences de mortalité dans les pays en développement, New York, 1986, pp 39-101.

FEYISETAN J. et ADEOKUN L., "*Les effets des soins et des thérapeutiques infantiles*", in PISON G. Van de WALLE E. et SALA-DIAKANDA M. (eds), Mortalité et société en Afrique, PUF, Paris, 1989, pp 169-193.

GAIGBE Togbe V., *Mortalité infantile à Yaoundé. Une étude des saisonnalités*, mémoire DEA, Paris, Juin 1986, 179 p.

GAMINIRATNE K. H. W., "*Socio-economic and behavioural determinants of Diarrhoeal morbidity among children in Sri Lanka*", in Demographic and

Health Surveys World Conference, Washington, DC August 5-7 1991, vol. 1, pp 757-784.

GARSSEN Joop, "*Analyse descriptive des rapports entre quelques variables biologiques, démographiques et socio-économiques, et la mortalité infantile à Yaoundé*" (EMIJ vol.3, tome 3) travaux et documents de l'IFORD, Juin 1987, 109 p.

GINNEKEN Jeroen K. V., "*Childhood diarrhoea morbidity and treatment practices patterns : a comparaison of results of Demographic and Health Surveys with epidemiologic surveys*", in Demographic and Health Surveys World conference, Washington, DC August 5-7 1991, vol. 1, pp 745-756.

GINNEKEN Jeroen K. V. et TEUNISSEN A. W., "*La morbidité et la mortalité par diarrhée*", in PISON G. Van de WALLE E. et SALA-DIAKANDA M. (eds), Mortalité et société en Afrique, PUF, Paris, 1989, pp 169-193.

HARDOY Jorge, SATTERTWAITE, "*La vie des pauvres*", in PEUPLES (revue de population et environnement) vol. 10, n° 1, Sénégal, 1993, pp 21-23.

KEUZETA J. J., MERLIN M., JOSSE R., MOUANDO V. et KOUKA-BEMBA, "*Morbidité et mortalité infantiles par maladies diarrhéiques en Afrique Centrale*" (séminaire sur mortalité et société en Afrique au sud du Sahara du 19 au 23 octobre 1987, Cameroun), UIESP-IFORD, Yaoundé 1987, 18p.

KEUZETA J. J., MERLIN M., KOUKA-BEMBA, SENTILHES L., "*Quelques aspects de la mortalité dans quelques villes des Etats membres de l'OCEAC à partir des enquêtes de mortalité-morbidité par maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans*", in Bulletin de Liaison OCEAC hors série (15^e conférence technique de l'OCEAC du 19 au 23 novembre 1984), première partie, pp 53-65.

KUATE Defo B., *Mortalité infanto-juvénile à Yaoundé. Essai d'approche causale*, mémoire DEA, Paris, juin 1986, 290 p.

MALICK Diame (El-Hadji), NDIAYE Salif, AIREY P., "*Diarrhoeal morbidity among young children findings from Demographic and Health Survey of Senegal 1986*", in ALLAN G. Hill (editor), Determinants of health and mortality in Africa, DHS IRD/Macro Systems, Inc, Columbia, Maryland USA, April 1990, pp 47-72.

TRAORE Baba, TRAORE Mamadou, CAMPBELL Oona, "*Etude des effets de l'allaitement sur la morbidité diarrhéique, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants au Mali*", in ALLAN G. Hill (editor), Determinants of health and mortality in Africa, DHS IRD/Macro systems, Inc, columnia Maryland USA, April 1990, pp 73-96.

ROLE, STATUT DE LA FEMME ET SIDA : CAS DU VILLAGE DE MINDOUROU A L'EST-CAMEROUN

par

Hélène KAMGNO

De nos jours, le SIDA (Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis) est l'un des problèmes de santé les plus graves. C'est une maladie létale qui se propage à un rythme inquiétant. Les premiers cas de SIDA ont été identifiés aux Etats-Unis en 1979¹. Chaque année, les statistiques de l'OMS s'alourdissent. En septembre 1990, on dénombrait dans le monde entier 283 010 cas de SIDA. En janvier 1992, ce nombre était de 450 000 cas, soit une augmentation de 59 % du nombre de personnes atteintes de cette terrible maladie².

L'Afrique est particulièrement touchée par cette maladie. Sur une estimation de 9 à 11 millions de cas d'infection à VIH (Virus de l'Immuno-déficience Humaine, agent causal du SIDA) dans le monde depuis le dépistage de l'épidémie, on compterait 6,5 millions pour la seule région de l'Afrique au Sud du Sahara³.

Pour le cas du Cameroun, selon les résultats de la Conférence internationale sur le SIDA en Afrique (Yaoundé, décembre 1992), on estimait à 2103 le nombre de cas de SIDA au Cameroun, avec 1200 cas développés au cours de l'année 1992. En 1985-1986, ce nombre n'atteignait pas 24⁴. D'après le rapport du Ministère de la Santé Publique (VIH Surveillance Report, novembre 1992), l'infection à VIH au Cameroun touche particulièrement la province de l'Est (3 % de séroprévalence pour la population rurale)⁵.

Toutes ces indications montrent combien est importante dans le monde et en Afrique la pandémie du SIDA. De plus, comme il n'existe pas encore de remède, ni de vaccin contre cette maladie, le seul moyen de lutte reste la prévention. Afin de mettre en place des mesures de prévention, il est indispensable de connaître les facteurs de propagation de la maladie, surtout en milieu rural qui, jusqu'ici, reste le moins étudié et le plus difficile à atteindre.

1. Jean Piel : "SIDA : l'offensive mondiale" *Croissance : le monde en développement*, n° 349, mai 1992.

2. Le Courrier, n° 126, mars-avril 1991 : "SIDA : l'état actuel de l'épidémie."

3. Le Courrier, op.cit.

4. 7^e Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique, programme final et livre des résumés, Challenge Graphic Vision, Yaoundé, 1992.

5. Rapport des premiers résultats de l'enquête sur les facteurs socio-démographiques et culturels en milieu rural camerounais : CERPAA, IFORD, février 1993, Yaoundé.

Le présent article est tiré de "l'Etude des facteurs sociodémographiques et culturels de la propagation du SIDA en milieu rural camerounais". Son objectif est d'identifier les attitudes et comportements de la population vivant en milieu rural à l'égard du SIDA, afin de mieux adapter les programmes de prévention du SIDA. Afin d'atteindre cet objectif, une enquête a été réalisée conjointement par l'IFORD et le CERPAA du 24-12-92 au 24-01-93 dans cinq villages de la province de l'Est-Cameroun. Cet article s'intéresse au cas de l'un de ces villages, le village de Mindourou.

Nous nous intéressons, en particulier, aux facteurs liés au rôle et statut de la femme, dans le but de voir dans quelle mesure on peut mieux intégrer la femme dans les programmes de lutte contre le SIDA. En effet, étant donné que le rôle et le statut de la femme constituent un des facteurs importants pour l'évolution de toute société, il semble pertinent d'examiner les relations entre, d'une part, le rôle et le statut de la femme et, d'autre part, la propagation du SIDA. En particulier, il se pose la question de savoir si le rôle et le statut de la femme ont une influence sur la propagation du SIDA. Dans l'affirmative, quels en sont les éléments explicatifs ?

La première partie de cette étude est consacrée à une brève revue de la littérature, à la présentation de la zone étudiée et à l'évaluation des données. Dans la deuxième partie, sont présentés la méthodologie et les résultats de l'étude.

I - GENERALITES

1. Définition du rôle et du statut de la femme

a) Rôle de la femme

MENDRAS définit le rôle d'un individu comme un ensemble d'attentes que les autres ont à son égard⁶. Ainsi, les autres pouvant avoir plusieurs attentes à l'égard d'un individu, ce dernier peut donc avoir plusieurs rôles. On distingue trois types de rôles (attentes) : nécessaires, obligatoires et facultatifs.

En ce qui concerne la femme, on distingue en général sept rôles : maternel, économique, domestique, conjugal, familial, communautaire, individuel.

b) Statut de la femme

Contrairement au rôle, le statut est l'un des concepts des plus difficiles à définir. Il est avant tout social.

6. MENDRAS : "Eléments de sociologie", Armand Colin, Collection U, 1975.

- D'après le dictionnaire Petit Robert, le statut est un état, une situation de fait dans la société.
- ASSOGBA (1991) estime que cette définition peut s'adapter au cas du statut de la femme. Ainsi, le statut de la femme peut être assimilable à son état de femme ou à sa "situation d'être femme dans le groupe social". Cependant, l'auteur remarque que cette définition est insuffisante par le fait qu'elle manque de précision⁷.
- MENDRAS (1967) définit le "statut" comme le jeu des différents rôles sociaux remplis par un individu, ou la recombinaison de ses positions. En quelque sorte, c'est la position des positions. Cette définition précise davantage le contenu sociologique du statut. Appliqué au cas de la femme, on se rapproche beaucoup plus de la théorie des sept rôles de la femme citée plus haut.
- BOUDON et BOURICAUD (1986) proposent une définition du statut en ces termes: "l'expression du statut désigne la position qu'un individu occupe dans un groupe, ou qu'un groupe occupe dans une société". En d'autres termes, le statut est défini comme l'ensemble des relations égalitaires et hiérarchiques qu'un individu entretient avec les autres membres de son groupe. A travers cette définition qui semble plus précise, on perçoit son aspect à la fois multivarié, hiérarchisé et dynamique. Pour le cas de la femme, ces aspects sont bien mis en évidence dans ses sept rôles.

Ainsi, d'après ces différentes définitions, rôle et statut sont liés, un individu ou un groupe acquiert par ses différents rôles un certain statut. Par exemple, une femme mariée améliore non seulement son statut, mais joue aussi ses rôles d'épouse et de mère une fois qu'elle a accouché. Dans le cadre de ce travail, on va les considérer comme tels et en faire une seule variable agrégée à partir de diverses composantes qui seront définies plus loin. En effet, en procédant ainsi, on aura une vue plus synthétique en prenant les diverses composantes que les uns et les autres utilisent séparément pour définir le statut ou le rôle de la femme.

2. Etudes en rapport avec le rôle et le statut de la femme

La plupart des recherches en rapport avec le rôle et le statut de la femme concernent la fécondité. Beaucoup d'auteurs étudient le rôle et le statut de la femme comme proche déterminant des niveaux de fécondité, une amélioration de son rôle et de son statut ayant un impact négatif sur la fécondité (SCHULTZ, 1974 ; ASSOGBA, 1991).

7. ASSOGBA : "Statut de la femme : une variable explicative de la dynamique démographique", Organisation Internationale du Travail, Genève, 1991.

D'autres auteurs utilisent le rôle et le statut de la femme comme variable à expliquer. Pour cela, ils tentent de montrer qu'une politique en matière de population peut avoir une influence sur la condition féminine. Une tentative en ce sens a été faite lors du séminaire sur "les interactions entre la condition de la femme et les phénomènes démographiques", organisé à Lomé (TOGO) en 1992. Qu'en est-il des relations entre le rôle et le statut de la femme et le SIDA? tel est l'objet de la section suivante. Mais auparavant, il importe de signaler qu'en ce qui concerne le rôle et le statut de la femme dans la zone objet de cette étude, comme partout ailleurs en Afrique, la femme occupe une position sociale inférieure par rapport à l'homme, elle n'a aucun pouvoir de décision au sein de la famille. OPPONG (1988) constate qu'en Afrique, la femme est toujours à la fois épouse, mère et travailleuse (agricole principalement) à l'intérieur comme à l'extérieur du ménage. L'Est-Cameroun ne fait pas exception (COPET-ROUGER, 1985 ; GESCHIERE, 1985).

En Afrique, les femmes sont particulièrement vulnérables à l'épidémie à cause de leur statut d'infériorité dans la société qui les rend peu aptes à se protéger. En effet, elles ont rarement voix au chapitre dans le domaine de la sexualité et n'ont pas le même accès que les hommes à l'information, aux services sociaux, etc. De plus, elles font l'objet de certaines pratiques traditionnelles (excision, scarification, etc.) qui les exposent beaucoup plus au risque de contamination.

Devant cette situation de la femme qui la rend plus vulnérable au SIDA, des efforts sont faits pour étudier l'impact du SIDA sur son statut socio-économique (problématique inverse de la nôtre). C'est ainsi que, de nos jours, il existe une Association des femmes africaines face au SIDA (SWAA : Society for Women and AIDS in Africa) qui a des antennes dans la plupart de nos pays. Une antenne existe d'ailleurs au Cameroun. Les organismes internationaux organisent également des conférences internationales sur la femme et le SIDA en Afrique ; la troisième du genre s'est tenue à Yaoundé en novembre 1991.

Au lieu de continuer à insister sur le mode de transmission comme on l'a fait jusqu'ici, l'attention est désormais beaucoup plus portée sur la recherche des moyens d'éviter le SIDA. En effet, les études montrent que la contamination est essentiellement d'origine sexuelle, et il est difficile de changer les comportements sexuels. Or, avant de chercher à modifier les comportements, il faut d'abord les connaître, ainsi que leurs déterminants. C'est ainsi qu'on organise de plus en plus des enquêtes "Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques" (C.A.C.P.). Et c'est ici que les sciences sociales occupent une place de choix dans les études sur le SIDA. Ce qu'on reproche à ces enquêtes c'est leur caractère descriptif, avec des résultats difficilement comparables. Afin de permettre la comparaison, l'OMS a

proposé un formulaire unique de questionnaire pour ces enquêtes. A la septième conférence internationale sur le SIDA (Florence, Italie, du 16 au 21 juin 1991), on dénombrait environ 60 pays dans lesquels des enquêtes de ce type ont déjà été réalisées.

Il importe de signaler que, malgré le fait que le mal n'ait pas encore de remède, des efforts sont faits dans ce sens : un médicament appelé Kemrou a été expérimenté au Kenya, l'AZT prolonge la durée de vie du malade de 1 à 3 ans dans les pays développés (Courrier n° 126, mars-avril 1991).

3. Présentation du village

Mindourou est un village situé dans la province de l'Est-Cameroun, département de la Kadey, arrondissement de Ndélélé. Il se situe sur l'axe Batouri-Kenzou à environ 150 km de Batouri et s'étend sur une superficie de 2,5 kilomètres carrés environ. Pour y accéder en venant de Batouri, on traverse un pont sur la Kadey : en venant de Kenzou, on emprunte un bac manuel sur la Kadey. C'est donc un village enclavé (par rapport à l'axe Batouri-Kenzou), caractéristique de toute la province de l'Est, car cette province souffre d'un manque notable d'infrastructures routières.

Le village de Mindourou se caractérise par une hétérogénéité ethnique (Kako, les originaires, qui représentent environ 66 % de la population, Gbaya, Maka, Badjoué, Baganto, Ewondo, Foulbé et Haoussa) qui s'explique par la présence de la scierie qui attire beaucoup "d'étrangers" pour des raisons d'emploi. C'est ce qui explique d'ailleurs la croissance rapide de la population qui est passée de 739 habitants en avril 1976 (Recensement Général de la Population et de l'Habitat) à environ 3883 habitants en décembre 1992 (résultat de l'enquête), soit un taux moyen annuel d'accroissement de l'ordre de 11 %. En référence à la constatation suivante de Thérèse LOCOH : " en Afrique de l'Est, la progression du SIDA suit les itinéraires qu'empruntent les migrants..."⁸, cas observé aussi en Afrique de l'Ouest, on peut prétendre que la présence des migrants peut favoriser la propagation du SIDA dans la zone.

Par ailleurs, l'Est du Cameroun est une région faiblement scolarisée dans l'ensemble. En 1976, le taux de scolarisation de 6 à 14 ans était de 67,1 %. Le village de Mindourou ne fait pas exception : 22 % des femmes interrogées sont non scolarisées, 66 % ont le niveau primaire, aucune n'a dépassé le cap de la classe de troisième ; 6 % et 65 % des hommes inter-

8. Thérèse LOCOH : *L'action en matière de population et la promotion de la condition féminine en Afrique de l'Ouest*. In, *Condition de la femme et population, le cas de l'Afrique francophone*, CEPED, 1992, p. 9.

rogés sont respectivement non scolarisés et de niveau primaire. Le village dispose néanmoins de deux écoles primaires (publique et catholique).

Les études antérieures ont montré que la province de l'Est est une zone de sous-fécondité. Parmi les facteurs de cette sous-fécondité, on a entre autres la précocité de l'âge au mariage, la grande mobilité conjugale, la liberté sexuelle, la prostitution et les maladies sexuellement transmissibles.⁹

Mis à part les employés de la scierie, la majorité de la population, surtout féminine, a une activité essentiellement agricole, destinée surtout à l'alimentation de la famille. A cela, s'ajoute le problème de l'insuffisance des équipements communautaires de santé. En effet, bien que Mindourou présente une situation meilleure que celle des villages voisins avec la présence de deux centres de santé (public et catholique) et une infirmerie (de la scierie), ces centres ne disposent pas de médicaments, encore moins de certains matériels d'analyse médicale.

Dans le village, il existe beaucoup de pratiques d'incision pour le traitement de certaines maladies : rhumatisme, mal de dos, entorse, etc.

Au regard de ces caractéristiques, l'Est en général, Mindourou en particulier, est une zone exposée non seulement au SIDA, mais aussi aux autres maladies sexuellement transmissibles.

4. Les données utilisées

Comme on l'a dit plus haut, les données utilisées sont issues de l'enquête sociodémographique en milieu rural camerounais réalisée conjointement par l'IFORD et le CERPAA du 24-12-92 au 24-01-93 dans cinq villages (Niabi, Lolo, Banga, Kambélé et Mindourou) de la province de l'Est.

Les données sont essentiellement issues des questionnaires ménage et individuels femme auprès d'un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans révolus appartenant à ces ménages. Pour obtenir ces ménages, des groupes de ménages ont été constitués selon leur taille. Dans chaque strate, un tirage aléatoire par grappes (la grappe étant le ménage) sans remise à probabilité égale a été fait. Le pas de tirage dans chaque strate s'obtient par le rapport du nombre de ménages de la strate sur le nombre de ménages à tirer dans la strate.

Les données quantitatives du questionnaire individuel ont été approfondies par les données de la fiche qualitative ménage et des entretiens individuels, de groupes, auprès des informateurs privilégiés.

9. AKA Doré : *Comportement sexuel, connaissances et attitudes vis-à-vis du risque d'infection par le virus du SIDA dans les villes moyennes africaines (cas de Bertoua-Cameroun)*, IFORD, Yaoundé, sept. 1991.

L'évaluation des données porte sur la structure par âge et par sexe, en utilisant les données du questionnaire ménage.

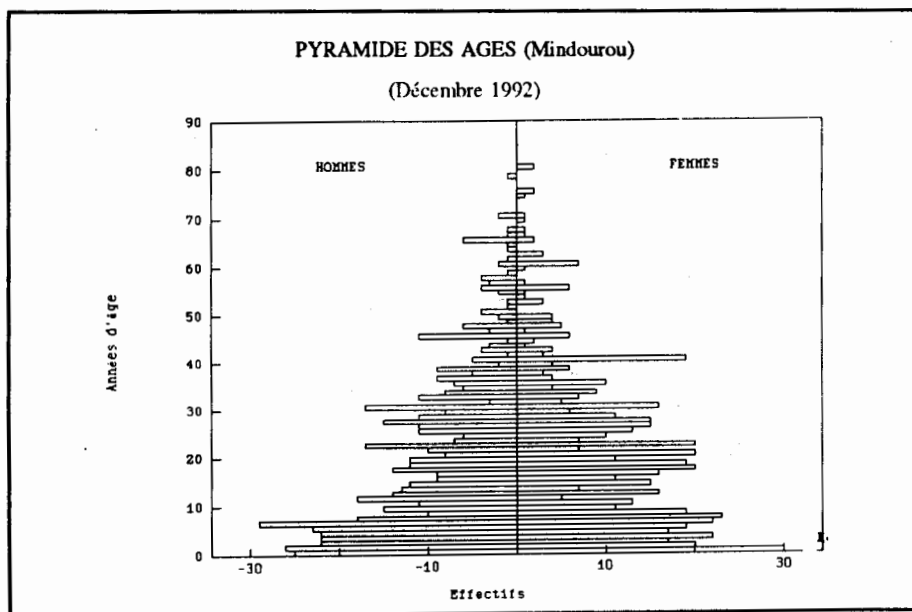
En guise de rappel, précisons que le taux de sondage était de 30,7 %, rapport proche de celui de la population totale du village qui est de 97,61 %.

La pyramide des âges (figure 1) a une base élargie et s'amenuise progressivement avec l'âge. Cette allure est caractéristique d'une population jeune. On observe des distorsions au niveau de certains âges. Ce qui s'explique par une préférence à certains âges. En calculant les indices de préférence, notamment ceux de Wipple et de Myers, on trouve les résultats du tableau 1.

L'indice de Wipple est supérieur à 100 quel que soit le sexe ; il y a donc attraction au niveau des âges se terminant par 0 et 5. Mais les mauvaises déclarations proviennent beaucoup plus des femmes que des hommes.

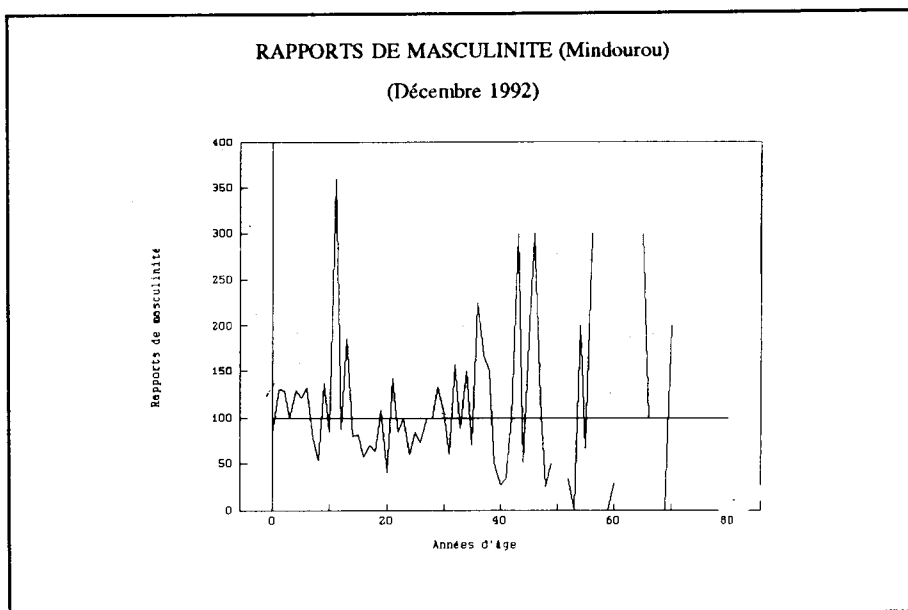
L'indice de Myers révèle le même constat. En fait, le calcul de cet indice montre qu'il y a attraction au niveau des âges terminés par 0, 2, 5 et 7, attraction très forte chez les femmes pour des âges terminés par 0, et répulsion pour les autres.

Figure 1.



Source : Questionnaire ménage de l'enquête sur les facteurs sociodémographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

Figure 2.



Source : Questionnaire ménage de l'enquête sur les facteurs sociodémographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

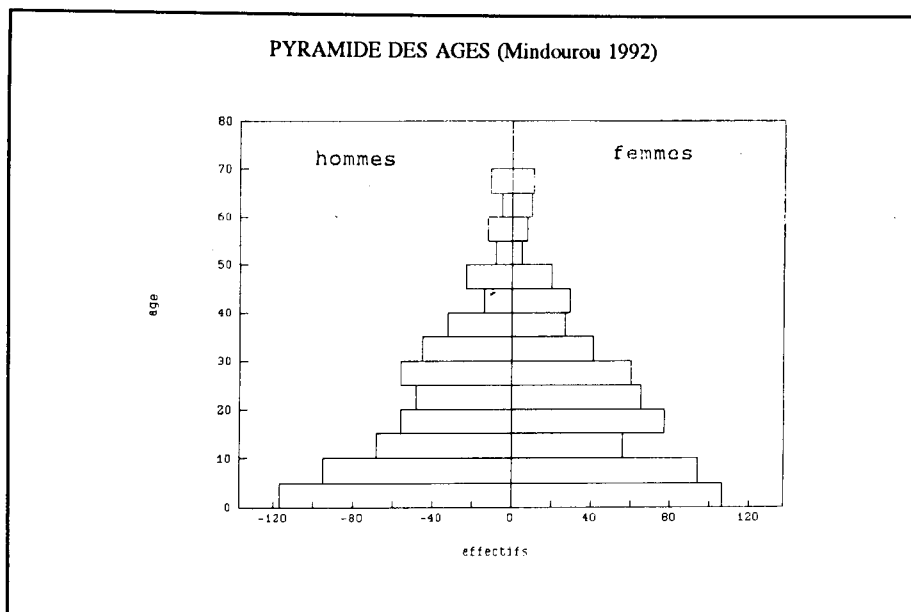
Tableau 1 : Les indices de Wipple et de Myers en pourcentage.

Sexe	Indice de Wipple	Indice de Myers
Masculin	126,27	23,4
Féminin	143,91	31,2
Total	133,66	27,1

Source : Questionnaire ménage de l'enquête sur les facteurs sociodémographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

En passant aux groupes d'âges quinquennaux, nous obtenons la pyramide des âges et les courbes des figures 3 et 4.

Figure 3.

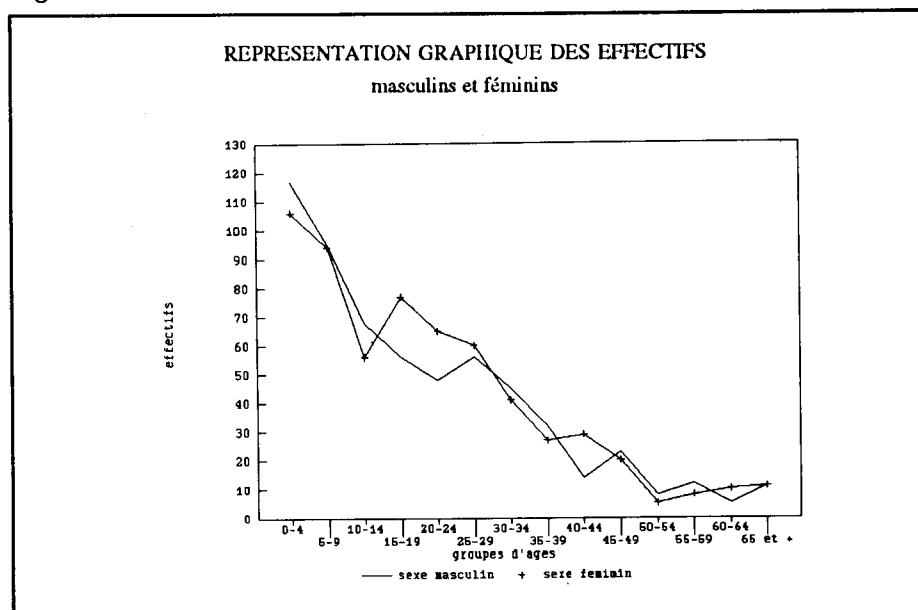


Source : Questionnaire ménage de l'enquête sur les facteurs sociodémographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

La base de cette pyramide reste élargie. Entre 10 et 25 ans pour le sexe masculin et entre 10 et 15 ans pour le sexe féminin, on observe un sous-effectif. Ceci s'explique par le départ des jeunes en ville pour des raisons de scolarisation.

Entre 25 et 40 ans, il y a une légère augmentation des effectifs masculins. Ceci peut être dû à la présence des immigrants qui viennent travailler à la scierie. Le même constat se situe entre 15 et 35 ans au niveau des effectifs féminins, ceci s'explique par les mêmes raisons que ci-dessus car les travailleurs viennent avec leurs épouses et, étant donné que certains sont polygames, cet effet est beaucoup plus accentué chez les femmes.

Figure 4.



Source : Questionnaire ménage de l'enquête sur les facteurs sociodémographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

La figure 4 révèle les mêmes tendances que la pyramide.

Avant 10 ans, on observe un léger sureffectif des hommes. Ceci est vraisemblable car à la naissance, le rapport de masculinité est en général supérieur à 100. Ce n'est qu'après que le rapport de masculinité diminue à cause de la surmortalité masculine.

Entre 15 et 30 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, traduisant là encore le départ des jeunes en ville pour des raisons de scolarisation ; les filles, ne pouvant pas continuer aussi longtemps leurs études, retournent plus tôt au village. Entre 45 et 60 ans, c'est le phénomène inverse, même si l'écart est peu important. En effet, au cours de la période de procréation, les femmes sont exposées à des hauts risques de mortalité. Celles qui ont atteint l'âge de 45 ans survivent en général plus longtemps, tandis que les hommes, exposés à leur tour à des risques de mortalité élevés aux âges où ils sont actifs, meurent plus, ce qui fait qu'après 60 ans, les femmes sont en nombre supérieur aux hommes.

Il importe de rappeler que le rapport de masculinité était égal à 97,61 hommes pour 100 femmes, résultat proche de celui du recensement de 1987 qui était de 97 et 96 hommes pour 100 femmes pour l'ensemble du pays et le secteur rural de la province de l'Est respectivement. De plus, le

rapport de masculinité est de 97,20 pour l'échantillon, alors qu'il est de 97,61 pour l'ensemble de la population. On peut dire que l'échantillon est représentatif du point de vue de la structure par sexe. Malgré des préférences pour certains âges, notamment les âges terminés par 0 et 5, dans l'ensemble les données sur la structure par âge et par sexe ont été assez bien déclarées. Il n'est donc pas nécessaire de faire un ajustement.

II - METHODOLOGIE ET RESULTATS

L'objectif de cette étude est de voir si le rôle et le statut de la femme peuvent avoir un impact sur la propagation du SIDA en milieu rural. Un certain nombre d'éléments considérés comme des postulats ont été pris en compte, à savoir qu'il existe trois principaux modes de transmission du SIDA : sexuelle, sanguine, périnatale.

Nous considérons par ailleurs que :

- Le multipartenariat, la non-utilisation du condom lors des rapports sexuels "incertains", les rapports sexuels avec des partenaires dont on ne connaît pas le passé sanitaire ou sexuel, favorisent la transmission sexuelle.
- les transfusions sanguines non contrôlées, l'utilisation des seringues à usages multiples, l'utilisation des instruments souillés pour des pratiques d'actes médicaux, favorisent la transmission sanguine.

Partant de ces postulats, l'étude essaie de voir si le rôle et le statut de la femme peuvent avoir une influence sur ces facteurs, directement ou indirectement, à travers son niveau de connaissances sur le SIDA ou son niveau d'éducation sanitaire. Ainsi, les hypothèses suivantes ont été posées :

a) Hypothèse principale

Le rôle et le statut de la femme ont une influence sur la propagation du SIDA.

b) Hypothèses secondaires

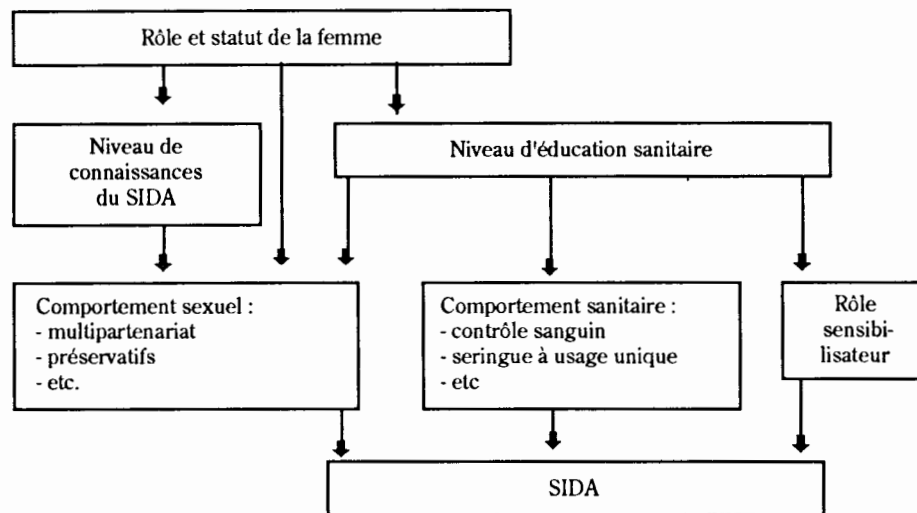
- Le rôle et le statut de la femme ont une influence sur son niveau de connaissances du SIDA, lequel niveau peut être ou non favorable à la propagation du SIDA, dans la mesure où il peut avoir un impact sur son comportement vis-à-vis de la maladie.
- Le rôle et le statut de la femme ont une influence sur ses attitudes et comportements vis-à-vis du SIDA, soit directement à travers les échanges sexuels, soit indirectement à travers le niveau d'éducation

sanitaire de la femme qui peut entraîner une modification de son comportement sexuel (multipartenariat, utilisation des préservatifs,...) ou sanitaire (utilisation des seringues à usage unique, exigence du contrôle sanguin avant transfusion, ...).

- Le rôle et le statut de la femme peuvent avoir un impact sur son niveau d'éducation sanitaire, lui conférer une "audience" auprès de la population. Ce qui lui permet de participer plus à la sensibilisation des autres vis-à-vis du SIDA.

Ces hypothèses peuvent être synthétisées par le schéma suivant :

Schéma des variables intermédiaires entre le rôle et le statut de la femme et la propagation du SIDA.



Ce schéma s'inspire de celui qui a été établi par Yves CHARBIT et Myriam de LOENZIEEN pour le cas du Sénégal en 1991.¹⁰

Le rôle et le statut de la femme sont en fait liés, et les chercheurs ont tendance de nos jours à en faire une seule variable. C'est ce que ce travail essaie de faire en construisant une variable composite "rôle et statut" de la femme à partir de plusieurs composantes. Ces composantes figurent dans le tableau suivant :

10. Yves CHARBIT et Myriam de LOENZIEEN : *Attitudes et comportements de la population rurale sénégalaise face au SIDA, pré-enquête réalisée dans le village de Ngoumsane (région de Thiès)*, CERPA, Paris 1991.

Tableau 2 : Les composantes du rôle et statut de la femme.

Composantes	Indicateurs
Fécondité	nombre total d'enfants nés vivants
	pratique contraceptive
	nombre d'enfants nés hors d'union
Niveau d'instruction	dernière classe achevée
Nuptialité	âge au premier mariage ou au premier partenariat régulier
	nature de l'union
	nombre d'unions
Milieu de socialisation	ethnie
	religion
	migration
	appartenance à un groupement de femmes
Activité	activité principale
Age	en années révolues

1. Analyse du rôle et statut de la femme

Chaque composante a d'abord été analysée à travers les études antérieures et les observations sur le terrain.

Il ressort de cette analyse que la position de la femme demeure inférieure à celle de l'homme. C'est ce dernier qui est le principal centre de décision au sein de la famille : seulement 5 % des ménages interrogés ont une femme pour centre de décision. Ces ménages sont ceux où la femme est divorcée ou bien ceux où le mari est décédé et où les enfants sont encore mineurs.

Le niveau d'éducation de la femme reste très faible. Comme le montre le tableau 3, 21,8 % des femmes interrogées sont non scolarisées, 11,3 % ont fait l'enseignement secondaire, aucune n'a dépassé le cap de la classe de troisième. Par ailleurs, 52 % des femmes interrogées (tableau 4) ne savent pas du tout lire. Ce faible niveau d'éducation ne leur réserve pour seules activités que l'agriculture (51,3 %), le petit commerce (26,9 %) et le ménage (18,8 %) (tableau 4).

Tableau 3 : Répartition des femmes interrogées selon leur niveau d'instruction.

Niveau	Effectif	Pourcentage
non scolarisée	60	21,8
CP1-CE2	107	38,9
CM1-CM2	77	28,0
6è-5è	31	11,3
Total	275	100

Tableau 4 : Répartition des femmes interrogées selon leur niveau d'alphabétisation.

Niveau d'alphabétisation	Effectif	Pourcentage
Lit facilement	83	30,2
Lit difficilement	49	17,8
Ne lit pas du tout	143	52,0
Total	275	100

Tableau 5: Répartition des femmes interrogées selon leur activité.

Activité	Effectif	Pourcentage
Agriculture	141	51,3
Commerce	74	26,9
Elève	8	2,9
Ménage	52	18,8
Total	275	100

Source : Questionnaire individuel de l'enquête sur les facteurs socio-démographiques et culturels en milieu rural camerounais (décembre 1992 - janvier 1993).

La nuptialité est relativement précoce : l'âge moyen au premier mariage ou partenariat régulier pour les femmes interrogées est de 16,45 ans. Le tableau 6 montre que 60 % des femmes interrogées ont eu leur premier mariage ou partenariat régulier avant 18 ans.

Tableau 6 : Répartition des femmes selon l'âge au premier mariage ou partenariat régulier.

Age au premier mariage ou partenariat régulier	Effectif	Pourcentage
Non concernées	20	7,3
9 - 17	165	60,0
18 - 22	85	30,9
23 et plus	5	1,8
Total	275	100

Les observations sur le terrain confirment les caractéristiques d'instabilité matrimoniale (tableau 7) et de sous-fécondité de l'Est-Cameroun : 55 % des femmes interrogées ont connu plus d'une union, 17,39 %, 19,05 % et 15 % des femmes des groupes d'âges 35-39, 40-44 et 45-49 respectivement sont nullipares (tableau 8).

Tableau 7 : Répartition des femmes ayant déjà connu au moins une union selon le nombre d'unions.

Nombre d'unions	Effectif	Pourcentage
1	113	45,0
2	99	39,5
3 et plus	39	15,5
Total	251	100

Tableau 8 : Répartition des femmes nullipares par groupes d'âges au moment de l'enquête.

Groupes d'âges	Effectif des femmes	Effectif des femmes nullipares	Pourcentage des femmes nullipares
15-19	57	32	57,89
20-24	61	12	19,67
25-29	48	5	10,42
30-34	45	4	8,89
35-39	23	4	17,39
40-44	21	4	19,05
45-49	20	3	15,00
Total	275	65	

Pour ce qui est du milieu de socialisation, 71,3 % des femmes interrogées n'ont jamais séjourné en ville, l'ethnie majoritaire ce sont les Kako (67,3 %), mais on y retrouve d'autres ethnies telles que les Foulbé, les Bamiléké, les Ewondo, les Baganto, les Fons, etc. ; la religion chrétienne est dominante (95 %).

A partir de ces composantes, une analyse factorielle des correspondances multiples a été entreprise. Elle a permis d'établir des liens entre les différentes variables modalités et de définir un certains nombre de facteurs à partir desquels une classification des femmes a été faite.

En effet, après l'analyse factorielle, sept facteurs ont été retenus, ils expliquent 62,45 % de l'inertie totale. A partir de ces facteurs, une classification ascendante des femmes par la méthode des voisins réductibles a été entreprise. Ce qui a permis d'obtenir trois groupes de femmes. Ces groupes constituent en fait les modalités de la variable composite "rôle et statut" de la femme, appelées respectivement statut 1, 2 et 3 avec les caractéristiques suivantes :

- 7,3 % des femmes interrogées sont du statut 1. Ce sont des femmes relativement jeunes, célibataires, nullipares, scolarisées ;
- Dans le statut 2, on retrouve plus de la moitié (60 %) des femmes interrogées. Les femmes de ce statut sont en général non scolarisées ou ont un niveau d'instruction compris entre le CP1 et le CE2 et ne savent pas du tout lire. Elles sont pour la plupart en fin de vie féconde et ont une fécondité relativement faible (la parité moyenne est de 2,81 par femme). Elles sont caractérisées par une absence de pratique contraceptive. Nous pouvons parler d'une caractéristique de sous-fécondité de ce statut. Ce groupe est aussi caractérisé par une précocité et une instabilité matrimoniale. Les femmes de ce statut sont agricultrices ou commerçantes. Ce sont en général des femmes qui n'ont jamais séjourné en ville. Elles sont membres des ethnies originaires de la province de l'Est : Kako, Maka, Gbaya ou Badjoué (87 %) ;
- Le statut 3 regroupe le tiers (32,7 %) des femmes interrogées. Ce sont des femmes scolarisées et qui savent lire. Elles sont en pleine vie féconde et ont une parité supérieure à celle du statut 2 (la parité moyenne est de 3,71 enfants par femme). Elles ont déjà pratiqué la contraception. Ce sont en général des femmes en union monogame et qui sont à leur première union. Elles ont une nuptialité relativement tardive et stable par rapport à celles du statut 2. Beaucoup d'entre elles ont déjà séjourné au moins une fois en ville. Elles sont ménagères ou commerçantes. La majorité des femmes, membre d'une ethnie étrangère à la province de l'Est, appartient à ce statut.

Une variable composite "rôle et statut de la femme" à trois modalités a été ainsi définie. On peut se demander si ce regroupement est pertinent si l'on veut étudier l'influence du rôle et du statut de la femme sur la propagation du SIDA.

2. Rôle, statut de la femme et SIDA

La variable définie précédemment a été utilisée comme variable explicative des connaissances des femmes sur le SIDA, ainsi que de leurs attitudes et comportements vis-à-vis du SIDA. Pour cela, la méthode de régression logistique a été utilisée.

Pour mesurer les connaissances des femmes sur le SIDA, les variables suivantes ont été utilisées :

- la connaissance de l'existence du SIDA,
- la connaissance du mode de transmission du SIDA,
- la connaissance de méthodes de prévention du SIDA,

- la connaissance des préservatifs,
- la connaissance de l'impossibilité de guérir le SIDA.

Pour les attitudes, les variables suivantes ont été utilisées :

- la prise de conscience du SIDA,
- le genre de comportement pouvant éviter d'attraper le SIDA,
- le test pour le dépistage du VIH,
- le souhait d'être informé sur le SIDA.

Enfin, pour les comportements, les variables suivantes ont été utilisées :

- le nombre total de partenaires,
- le nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois,
- l'utilisation des préservatifs.

Dans l'ensemble, le niveau de connaissances des femmes sur le SIDA est très faible. Malgré le fait que la majorité (85 %) des femmes connaissent l'existence du SIDA, les pourcentages pour la connaissance de l'impossibilité de guérir le SIDA, la connaissance des préservatifs, la connaissance du condom comme méthode de prévention, sont respectivement de 4 %, 43,6 %, 12 %. Pour les modes de transmission, le mode le plus cité est la transmission par les rapports sexuels : 68 % des femmes qui ont déjà entendu parler du SIDA citent ce mode. Les autres modes considérés comme bonnes réponses (transmission mère-enfant, par le sang, par les seringues usagées) sont cités par une faible proportion de femmes (5 %) qui mentionnent d'abord les rapports sexuels. Parmi ces femmes qui ont déjà entendu parler du SIDA, 28 % ne connaissent aucun mode de transmission. Par contre, certaines citent comme mode de transmission : l'échange de siège, d'habits, etc. Les femmes ont été donc réparties selon qu'elles citent au moins un mode correct de transmission ou non, tout en supposant que celles qui n'ont jamais entendu parlé du SIDA ne connaissent pas non plus le mode de transmission (cette supposition sera valable pour toutes les autres variables). Ce qui a abouti aux résultats contenus dans le tableau suivant :

Tableau 9 : Répartition des femmes interrogées selon la connaissance des modes de transmission du SIDA.

Modes de transmission	Effectif	Pourcentage
Mode correct	161	58,5
Mauvais ou ne sait pas	114	41,5
Total	275	100

Beaucoup de femmes n'ont pas encore pris conscience du danger que représente le SIDA pour la santé de la population : seulement 16,7 % des femmes interrogées citent spontanément le SIDA parmi les problèmes de santé les plus graves. Quant à l'information sur le SIDA, il existe encore beaucoup de femmes (30 %) qui ne souhaitent pas recevoir des informations sur le SIDA. Pour elles, le SIDA est une "mauvaise maladie" dont elles n'aiment pas parler. Cette attitude reflète, non seulement le faible niveau de connaissance sur le SIDA, mais aussi le sentiment de peur à l'égard de la maladie. Dans l'ensemble, l'attitude générale à l'égard de la maladie est de l'éviter par tous les moyens. Le comportement le plus connu pour éviter le SIDA c'est la fidélité à un seul partenaire (51 %).

Les comportements sont à risque d'infection par le VIH. 93,1 % des femmes interrogées n'ont jamais utilisé les préservatifs. Par ailleurs, 74 % ont déjà eu plus d'un partenaire. Seulement 6 % des femmes interrogées ont eu un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est très faible et ne semble pas refléter la réalité. En effet, la question sur le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois était très délicate, surtout pour les femmes mariées qui, en disant la vérité, trahissaient en quelque sorte leur infidélité. Par contre, pour le nombre total de partenaires, c'était très facile pour une femme de citer le nombre en référence à ses nombreuses unions. Dans l'ensemble, le comportement sexuel observé est favorable à la propagation du SIDA. On peut aussi noter que le comportement médical, par exemple l'utilisation des seringues à usages multiples dans les centres de santé du village expose à la contamination par le SIDA. Il y a aussi certaines pratiques traditionnelles dans le village qui exposent au risque d'infection par le VIH. On peut citer à cet égard le traitement de certaines maladies telles que la sorcellerie, les "ampoules" qui nécessite des incisions.

Le rôle sensibilisateur de la femme est presque inexistant. La variable pouvant permettre de mesurer le rôle sensibilisateur de la femme dans le questionnaire individuel est la variable "sources d'information sur le SIDA". Deux femmes seulement sur les 234 qui connaissent l'existence du SIDA ont déjà reçu des informations sur le SIDA d'une monitrice ou d'un groupement de femmes. Ce qui veut dire que les associations des

femmes du village ne tiennent pas lieu de source d'information sur le SIDA.

Au regard de ce qui précède, on peut dire que dans l'ensemble, le niveau de connaissance des femmes sur le SIDA est très faible, leurs attitudes et comportements sont à risque d'infection par le VIH. Toutefois, il ressort des analyses de régression faites que le "rôle et statut" de la femme peut avoir une influence sur son niveau de connaissances sur le SIDA, ainsi que sur ses attitudes et comportements vis-à-vis du SIDA, notamment sur la connaissance des modes de transmission et des méthodes et comportements préventifs, sur la prise de conscience du danger que représente le SIDA, sur l'attitude par rapport au test de dépistage du VIH. A cet effet, le statut 2 semble plus défavorisé que les statuts 1 et 3, le statut 1 étant intermédiaire entre les statuts 2 et 3. Les composantes qui semblent les plus pertinentes dans le rôle et statut de la femme pour expliquer la position défavorisée du statut 2 sont : les niveaux d'instruction et d'alphabétisation, le milieu de socialisation, l'activité économique et l'âge. La position favorisée des femmes du statut 3 par rapport à celles du statut 1 s'explique surtout par l'âge. Ces dernières étant relativement jeunes n'ont pas encore assez d'expérience pour certaines pratiques (sexuelles, mobilité, etc.)

En dernière analyse, on peut dire que le "rôle et statut" inférieur de la femme peut être un facteur favorable à la propagation du SIDA et donc un frein à la réussite des programmes de lutte contre ce mal. En effet :

- son faible niveau d'instruction limite son accessibilité à certaines informations sur le SIDA,
- son activité essentiellement agricole ne lui procure pas un revenu suffisant pour acquérir les moyens nécessaires de lutte contre le SIDA,
- sa position au sein de la famille ne lui donne pas droit à la parole en matière de fécondité et de sexualité. Elle doit avoir autant d'enfants que possible et c'est l'homme qui décide de l'utilisation des préservatifs,
- le milieu même dans lequel elle vit (rural) n'est pas suffisamment doté d'infrastructures (communication, santé, éducation, etc.) et limite ainsi son accès à l'information et à certains moyens de lutte contre le SIDA, etc.

Ainsi, on peut suggérer que les organismes de lutte contre le SIDA, à défaut de mener conjointement des actions visant à l'amélioration de la condition de la femme, doivent tout au moins travailler en collaboration avec les organismes qui visent la promotion de la femme. Comme l'a déclaré M. Jacques du GUERNY, de la Division de la promotion de la femme de l'organisation des Nations Unies, "donner aux femmes la possibilité

de jouir pleinement de leurs droits en tant qu'êtres humains peut être un bon remède préventif contre le SIDA en l'absence de vaccin ou de traitement " ¹¹. Il est important de rappeler que les organismes de promotion de la femme ont entre autres pour objectif :

- la généralisation de l'éducation féminine ;
- la libéralisation de l'activité économique féminine ;
- l'égalité d'accès à l'information et aux services de santé ;
- la liberté d'expression de la femme au sein de la famille ;
- l'allègement du fardeau que représente une forte fécondité pour les femmes, etc.

En plus de ces actions pour l'amélioration du rôle et statut de la femme, les programmes de lutte contre le SIDA devraient mettre l'accent sur la sensibilisation de la population afin de la convaincre de changer son comportement (aussi bien sexuel que sanitaire). Ainsi les actions suivantes pourront être menées :

- introduction des enseignements sur le SIDA dans les programmes d'études des écoles et collèges ;
- organisation des campagnes de sensibilisation par des équipes mobiles, les lieux propices pouvant être les centres de santé, les marchés hebdomadaires, les associations de femmes, etc. ;
- mise à la disposition de la population si possible des préservatifs et des seringues à usage unique à un prix dérisoire ou gratuitement ;
- introduction dans les programmes de planification familiale d'une rubrique sur le SIDA montrant les rapports entre une forte fécondité et le risque d'infection par le VIH, ainsi que l'importance des préservatifs en tant que contraceptifs et moyen de prévention contre le SIDA ;
- recrutement et formation des volontaires qui pourront sensibiliser la population, car parfois le message ne passe pas quand on est en présence d'un étranger. Pour ce, il est intéressant de faire un recrutement mixte du point de vue sexe : les hommes devront sensibiliser les hommes et les femmes autant, après formation. Ceci est très important car les hommes sont souvent réticents quand leurs épouses doivent recevoir des informations (surtout en matière de sexualité) d'un homme. Et même pour la femme, le recrutement ne doit pas être fait au hasard, il faut surtout prendre en formation les femmes les mieux écoutées dans

11. Famille et Développement, n° 56, janvier 1991 : "Le SIDA et le statut de la femme", extrait de OMS, Information n° 149, octobre 1990.

la société, les femmes en qui les autres auront confiance. On peut citer pour illustrer ce propos l'exemple des femmes tchadiennes qui refusent de recevoir, d'une femme célibataire, des leçons sur la reconnaissance et la prévention des six maladies couvertes par le programme élargi de vaccination. Pour elles, cette dernière sans enfants et sans mari ne pouvait rien leur apprendre d'intéressant ¹².

Comme limite à cette étude, des résultats plus significatifs auraient été obtenus si on avait disposé de certaines données, notamment celles relatives à l'éducation sanitaire des femmes interrogées, celles relatives aux caractéristiques de leurs parents et de leurs conjoints telles que leur activité économique, leur niveau d'instruction, etc. Il y a aussi le problème de l'homogénéité du milieu (essentiellement rural) et de la taille de l'échantillon (275 femmes interrogées). Ainsi, il serait tout à fait intéressant de mener une autre étude en tenant compte de tous ces paramètres.

12. Gaspard GAHIZI : *"promouvoir la condition féminine : les Tchadiennes s'organisent"*. In Famille et Développement, n° 56, janvier 1991.

BIBLIOGRAPHIE

AKA Dore : *"Comportement sexuel, connaissances et attitudes vis-à-vis du risque d'infection par le virus du SIDA dans les villes moyennes africaines (cas de Bertoua-Cameroun)"*, IFORD, Yaoundé, septembre 1991, 105 pages.

ASSOGBA MENSAH Laurent : *"Statut de la femme : une variable explicative de la dynamique démographique"*, Organisation Internationale du Travail, Genève, 1991.

ALIX Adrien, CAYEMITES Michel, BERGEVIN Yves : *"Le SIDA en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population"*, in Cahiers Santé, n° 1, Vol 1, avril 1991, pp 59-67.

BURNIAM : *"Notes on Gbaya history"*, in Colloques Internationaux du C.N.R.S., n° 551, contribution de la recherche ethnographique à l'histoire des civilisations du Cameroun, pp 121-130.

C.E.P.E.D. : *"Condition de la femme et population : cas de l'Afrique Francophone"*, Cedex, 1992, 109 pages.

CHARBIT Yves, de LOENZIEN Myriam, MBOUF : *"Facteurs sociodémographiques et culturels de la propagation du SIDA en milieu rural sénégalais : région de Kaolack"*, in Septième Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique, programme final et livre des résumés, Challenge Graphics Vision, Yaoundé, 1992, pp 211.

COPET-ROUGER Elisabeth : *"Contrôle masculin, exclusivité féminine, dans la société patrilinéaire"*, in Femmes du Cameroun, mères pacifiques, femmes rebelles, de BARDIER J.-C., O.R.S.T.O.M., Karthala, Paris, 1985, pp 153-180.

COPET-ROUGER Elisabeth : *"Les kaka"*, in Colloques Internationaux du C.N.R.S., n° 551, contribution de la recherche ethnographique à l'histoire des civilisations du Cameroun, pp 511-516.

CRAUSER Jean-Pierre, Hevatopoulos Yannis, SARNIN Philippe : *"Guide pratique d'analyse des données"*, les Editions d'Organisation, Paris, 1989 pp 1 - 134.

EVINA AKAM, HOUEHOUBE Antoine, RAFALIMANANA Hanta : *"Enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances (C.A.P.C.) relatives au SIDA, provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest Cameroun. Rapport préliminaire"*, I.F.O.R.D., Yaoundé, 1990.

Extrait de O.M.S. Information n° 149, octobre 1990, in Famille et Développement, n° 56, janvier 1991.

GAHIBI Gaspard : *"Promouvoir la condition féminine : les Tchadiennes s'organisent"*, in Famille et Développement, n° 56, janvier 1991.

GESCHIERE Peter : *"La visite des belles-mères chez les Maka, une rébellion contre les hommes ?"* in Femmes du Cameroun, mères pacifiques, femmes rebelles, de BARDIER, J.-C., O.R.S.T.O.M., Karthela, Paris, 1985, pp 193-318.

LOUIS Henry : *"Dictionnaire démographique multilingue"*, volume français, deuxième édition, Editions Ordina, Paris, 1981.

HILBERTH John : *"The Gbaya"*, in Studia ethnographica upsaliensia, U.P.P.S.A.L.A., 1973, 98 pages.

JULEMONT : *"Statut de la femme et position de l'enfant, autonomie ou complémentarité : la contraception comme variable intermédiaire"*, in Conférence on women's position and demographic change in the course of development, 1988.

MENDRAS Henri : *"Éléments de sociologie"*, Armand Colin, Collection U, Paris, 1975, 262 pages.

De LAGARDE Jean : *"Initiation à l'analyse des données"*, Bordas, Paris, 1983, 157 pages.

MENGUE Ango : *"L'Est camerounais : une géographie du sous-développement et de la marginalité"*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Bordeaux, 1982.

MERSON : directeur du P.M.S. : *"Le SIDA est un problème de développement, pas seulement de santé"*, in Le Courrier, n° 126, mars-avril 1991, pp 50-52.

MPEMBELE SALA-DIAKANDA : *"Approche ethnique des phénomènes démographiques : cas du Zaïre"*, Gabay, Librairie-éditeur S.A., Louvain-la-Neuve, Recherches démographiques, Cahier n° 4, novembre 1980, 433 pages.

MUTIMURA et al. : *"Processus d'intégration de la femme dans la lutte contre le SIDA au RWANDA"*, in Septième Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique, programme final et livre des résumés, Challenge Graphics Vision, Yaoundé, 1992, p 129.

National Academic Press, Washington, D.C. : *"AIDS in Sud-Sahara Africa, Summary of a planning meeting"*, 1992.

NGANARE KOMSE Jonas : *"Fécondité différentielle à Bertoua (Cameroun)"*, IFORD, Yaoundé 1991, 66 pages plus annexes.

NKOWANE Benjamin : "*SIDA : l'état actuel de l'épidémie*", in le Courrier, n° 126, mars-avril 1991, pp 43-46.

OPPONG Christine : "*Les femmes en Afrique : des épouses, des mères et des travailleuses*", in Population et société en Afrique au Sud du Sahara (chapitre 15), dirigé par TABUTIN, D., l'Harmattan, Paris, 1988, pp 421-440.

PIEL Jean : "*SIDA, l'offensive mondiale*", in Croissance : le monde en développement, n° 349, mai 1992.

PRESSAT Roland : "*Dictionnaire de Démographie*", P.U.F., 1^{re} édition, 1979.

TCHUPO Jean-Pierre et al. : "*Pratiques sexuelles des prostitués de Douala et de leurs clients*", in 7^e Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique, programme final et livre des résumés, Challenge Graphics Vision, Yaoundé, 1992, pp 195.

United Nations/World Health Organisation : "*The AIDS epidemic and its demographic consequences*", Manufactured in the United States of America, 1991.

VOLLE Michel : "*Analyses des données*", 3^e édition, Economica, Paris, 1985, 323 pages.

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES COUPLES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CAMEROUN : IDENTIFICATION DES FACTEURS

par

Kinshimba Ngoy

Depuis la conférence mondiale sur la population qui s'est tenue à Mexico en 1984, les pays africains ont reconnu la nécessité d'adopter des politiques visant l'équilibre entre l'accroissement démographique et la croissance économique. En ce qui concerne le Cameroun, la politique de population reconnaît le droit des couples de décider librement de la taille de leur famille et insiste sur la parenté responsable¹. En vue d'aider les couples à planifier leurs naissances, des centres de planification familiale ont été installés dans certaines villes, notamment Yaoundé et Douala. Mais l'avenir de la fécondité dépend des changements socio-économiques et des actions concrètes à mener dans le domaine de la planification familiale, dont l'efficacité requiert une meilleure connaissance des déterminants de la fécondité.

A l'heure actuelle, les études portant sur les déterminants de la fécondité sont abondantes. Avec DAVIS et BLAKE on distingue les composantes immédiates qui ont une influence directe sur la fécondité des femmes, et les composantes socioculturelles et économiques qui n'ont qu'un impact indirect sur la fécondité en agissant sur les variables intermédiaires. BONGAARTS et POTTER (1983) ont montré que la proportion des personnes mariées, la contraception, la pratique de l'avortement et l'infécondabilité (liée à l'allaitement) sont les principaux facteurs proches de la fécondité. Ces facteurs, variant d'une société à l'autre, expliquent essentiellement les différences de fécondité entre populations en Afrique.

La plupart des études qui se sont intéressées aux déterminants de la fécondité des mariages en Afrique se sont basées sur les caractéristiques de la femme. Mais la fécondité des mariages est en partie influencée par les caractéristiques individuelles des maris, leurs préférences en matière de procréation, leurs attitudes et opinions face à la planification familiale. Comme le note RAINWATER², "il y a préférence pour une famille nombreuse lorsque les relations conjugales sont plus ou moins affectées par une ségrégation, lorsque les enfants et le foyer sont les valeurs fondamentales" ; concernant la pratique contraceptive, l'auteur fait remarquer que l'efficacité de celle-ci augmente progressivement chez le couple quand

1. *Déclaration de la politique nationale de population*, 1993, page 3.

2. Cité par FAWCETT J.-T. "Psychologie et population", page 43.

diminue la ségrégation des rôles dans les relations conjugales. La famille est le cadre idéal d'analyse des facteurs de la fécondité des mariages.

Le présent article s'articule autour de deux questions principales ; quels sont les facteurs qui influencent l'attitude des couples face à la planification familiale ? Quels sont les facteurs sur lesquels on peut intervenir pour inciter les couples à pratiquer les méthodes contraceptives ?

Par ailleurs, dans le contexte socioculturel africain et camerounais en particulier, peut-on affirmer que dans un couple le pouvoir de décision en ce qui concerne la descendance dépend largement du mari ? Nous tentons de répondre à ces questions par la suite.

Cette étude s'appuie sur les données de l'enquête démographique et de santé au Cameroun (EDSC) réalisée en 1991.

1 - APPROCHE METHODOLOGIQUE

Nous prendrons comme unité d'analyse le couple (mari-femme). Dans cette étude, "vivre en union"³ signifie que le couple est resté ensemble avec l'intention d'avoir une relation stable qu'il y ait eu ou non une cérémonie civile, religieuse ou coutumière. Si une femme a vécu avec un ami pendant un an et si elle n'a eu avec lui que des relations occasionnelles sans jamais vivre avec lui, on considère qu'elle n'a jamais vécu en union.

L'attitude et le comportement du couple face à la planification familiale feront référence à la fois aux méthodes contraceptives modernes et traditionnelles. Les méthodes modernes comprennent la pilule, le DIU ou stérilet, l'injection, les spermicides (diaphragme, mousse, gelée), le condom ou préservatif masculin, la stérilisation féminine (ligature des trompes), la stérilisation masculine (vasectomie). Tandis que les méthodes traditionnelles comprennent la continence périodique, l'abstinence prolongée, le retrait, les herbes, les écorces, etc.

Examinons à présent le schéma d'analyse du comportement procréateur des couples.

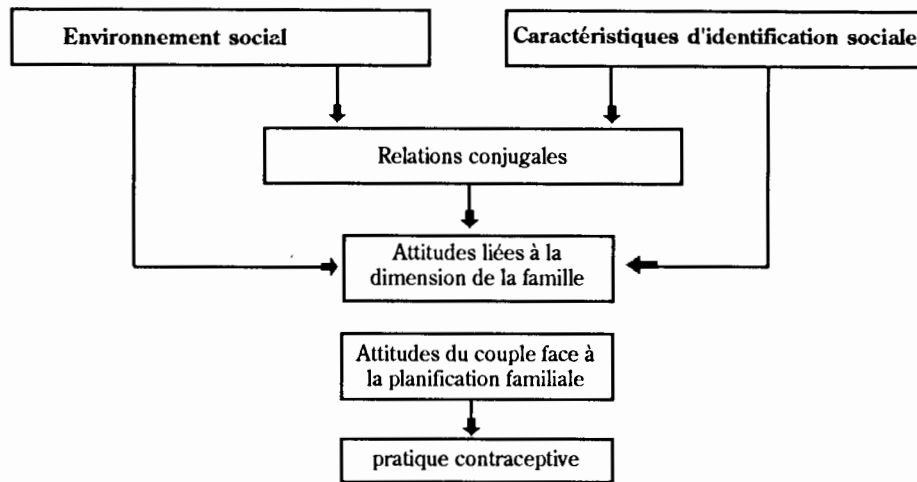
Schéma analytique

Nous nous proposons d'identifier les caractéristiques économiques et socioculturelles du couple susceptibles de faire varier son attitude et

3. Définition adoptée dans la méthodologie de collecte de l'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC).

son comportement face à l'utilisation des méthodes de planification familiale. Ainsi fixé, cet objectif suppose que la fécondité répond à l'initiative du couple. Une politique de population peut influencer le comportement du couple de manière directe par la promotion des programmes de planification familiale et de façon indirecte en influençant l'acquisition de ses caractéristiques d'identification sociale.

Notre schéma d'analyse du comportement des couples face à la planification familiale se présente comme suit :



Ce schéma nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

Hypothèses

1. L'environnement social dans lequel vit le couple a un impact sur son attitude et son comportement face à la planification familiale.

En d'autres termes :

a) le milieu de résidence du couple influence son attitude face à la planification familiale et à la pratique contraceptive des époux.

b) Les émissions (Santé pour tous, Femme/santé, Féminine line etc.) présentées à la radio et à la télévision influencent l'attitude du couple face à la planification familiale et à la pratique contraceptive des conjoints. Un couple qui suit de telles émissions a plus de chances d'approuver et de pratiquer les méthodes de planification familiale que celui qui ne suit aucune émission.

2. Les relations conjugales marquées par la coopération entre les conjoints (entretiens et discussions sur le nombre d'enfants, le type d'union, etc.) favorisent l'utilisation des méthodes de planification familiale.

3. Les caractéristiques d'identification sociale (la religion, le niveau d'instruction, l'âge, la parité, l'occupation) influencent le comportement des couples face à la planification familiale.

Les variables de l'étude

Les variables retenues dans cette étude se regroupent en trois ; les variables d'identification sociale, les variables liées à l'environnement social et les variables liées au comportement.

Variables d'identification sociale

Compte tenu des informations disponibles dans la base des données, nous avons retenu pour les deux conjoints l'âge, la parité, le niveau d'instruction, la religion et l'occupation.

Le niveau d'instruction est une variable importante dans l'analyse du comportement procréateur. L'instruction met l'individu face à d'autres modes de pensée, de raisonnement ou de valeurs. Elle joue un rôle important dans la transformation du milieu socioculturel et agit sur le comportement des individus (EVINA AKAM, 1990). Il a été montré que l'instruction et l'urbanisation sont liées positivement à l'utilisation de la contraception au Nigeria (CALDWELL et AL, 1981), en Egypte (ELDEEB, 1983) au Kenya et au Lesotho (MHLOYI, 1984)⁴.

En ce qui concerne la religion, trois groupes sont principalement rencontrés au Cameroun : il s'agit des catholiques, des protestants et des musulmans. D'autres religions existent, notamment les animistes à l'Extrême-Nord. De part leurs idéologies pronatalistes, ces principaux groupes religieux exercent une influence positive sur le comportement procréateur des individus. La fécondité différentielle observée entre ces religions (le cas de la Côte-d'Ivoire) découle de l'interaction des variables socio-économiques (CHAMIE, 1981, cité par O. ADEGBOLA, 1988). En particulier, la religion catholique n'autorise pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes pour éviter ou retarder une grossesse, mais elle autorise la planification familiale par l'utilisation des méthodes traditionnelles telles que l'abstinence. RWENGE M. (1992) observe que la religion a une influence sur le comportement des femmes béninoises mariées en matière d'abstinence post-partum. Mais face à l'ethnie et à d'autres facteurs, la religion pratiquée par la femme perd sensiblement sa force de prédiction.

L'âge est également une variable pouvant influencer le comportement procréateur des couples. Sur un échantillon de travailleurs camerounais,

4. Cités par Etienne et Françoise Van de WALLE (1988).

KOUTON E. note que l'âge, le niveau d'instruction, la prise en charge des dépenses de frais de scolarité ont une influence significative sur la pratique contraceptive.

Variables liées à l'environnement social

Nous avons considéré dans ce groupe les variables qui décrivent le milieu socioculturel du couple. Il s'agit de la résidence de la femme pendant l'enfance, la résidence actuelle du couple, les émissions à la radio et à la télévision.

En tant que lieu de socialisation de l'individu, le milieu de résidence (urbain/rural) influence le comportement procréateur de l'individu à travers la nuptialité, la contraception, etc. Mais "les acquis du milieu de socialisation peuvent se modifier avec le changement de résidence au cours de la vie féconde de la femme" (EVINA AKAM, 1990).

Pris isolément, le milieu de résidence (urbain/rural) ne détermine peut-être pas le comportement des individus compte tenu de la définition même des concepts urbain/rural⁵. Selon ces définitions, la distinction des modes de vie urbaine et rurale n'est pas évidente. Il serait utile de prendre en compte l'exposition à la télévision, à la radio et aux journaux qui, en facilitant les échanges culturels et l'influence de la modernisation déterminent les modes de vie en milieu urbain.

Variables liées au comportement

Nous avons considéré dans ce groupe les variables qui décrivent les attitudes face à la planification familiale et le comportement contraceptif. Ainsi nous avons retenu :

- pour la femme : l'attitude face à la planification familiale, la pratique contraceptive, le type d'union, le nombre de coépouses, le rang de l'épouse, la parité atteinte et la parité désirée ;
- pour l'homme : l'attitude face à la planification familiale, la pratique contraceptive, le type d'union, le nombre d'épouses, la parité atteinte et la parité désirée.

En plus de ces variables, nous avons retenu pour les deux conjoints la discussion sur le nombre d'enfants.

Suivant le système de partage de nuits, fréquent chez les polygames, le type d'union est une variable importante et susceptible d'influencer la pratique contraceptive du couple en allongeant la durée d'abstinence sexuelle. On constate, avec les données de l'enquête nationale

5. Dans le cadre de l'EDSC on retrouve en milieu urbain, les villes de Yaoundé et Douala et les autres villes ayant au moins 5000 habitants.

sur la fécondité de 1978, que l'utilisation des méthodes contraceptives au Cameroun est plus élevée dans les ménages monogames que dans les ménages polygames.

Le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés sont également des variables importantes à prendre en compte dans l'étude de l'attitude face à la planification familiale et de l'utilisation des méthodes contraceptives. Les femmes sans enfants utilisent moins la contraception que les autres femmes (Nations Unies, 1986). Au Nigeria, FAROOQ (1985) a montré que les femmes ayant atteint leur nombre d'enfants désirés pratiquent plus la contraception que celles n'ayant pas encore atteint leur parité désirée.

Méthode d'analyse

Le modèle statistique d'analyse retenu pour expliquer les variations de l'attitude des couples face à la planification familiale et pour prédire les variations de la pratique contraceptive des conjoints est le modèle logit-linéaire. Deux critères justifient ce choix :

1. Les objectifs de l'étude, à savoir :
 - identifier parmi les variables retenues dans notre schéma d'analyse les facteurs explicatifs des variations de l'attitude des couples face à la planification familiale,
 - déterminer les variables permettant de prédire les variations de la pratique contraceptive des conjoints.

Ainsi fixés ces objectifs nous obligent à dépasser les simples relations que peut révéler le test d'association du khi-deux.

2. La nature des variables : les variables dépendantes et indépendantes sont non métriques.

Paramètres descriptifs du modèle logit-linéaire

Nous présentons brièvement les principaux résultats du modèle qui nous serviront dans l'interprétation des résultats.

Considérons deux variables qualitatives A et B où A est une variable dichotomique et B une variable polytomique à j modalités. Par définition des logits⁶. On a :

$$\text{Logit (j)} = W_0 + W_j$$

6. Le modèle logit-linéaire est déduit du modèle log-linéaire. Ces deux modèles décrivent tous des tableaux de contingence.

Les coefficients W_0 et W_j sont semblables aux coefficients d'une régression linéaire. W_j représente par son signe et par sa grandeur le sens et l'intensité de la relation entre la modalité j de la variable indépendante et le phénomène étudié après contrôle des autres variables indépendantes. Les résultats du modèle logit-linéaire peuvent s'interpréter à partir du coefficient W_j ou à partir des probabilités déduites de W_j .

Le test de la signification du coefficient W_j se fait à l'aide de la valeur standard Z_j , transformée du coefficient W_j . Z_j suit la loi normale centrée réduite.

L'interprétation peut se faire à partir du risque relatif symbolisé par $R_{i/j}$. Ce risque est approché par :

$$R_{i/j} = \frac{P_i}{1 - P_i} \times \frac{1 - P_j}{P_j}$$

Dans un modèle logit-linéaire, cette approximation du risque relatif dans la sous-population qui se caractérise par la modalité i si celle définie par la modalité j sert de référence devient :

$$R_{i/j} = \exp(W_0 - W_j)$$

Cette notion traduit le risque encouru par un individu appartenant à la modalité i d'une caractéristique donnée par rapport à son congénère se situant dans la modalité j vis-à-vis de l'événement étudié, quand tous les autres antécédents sont supposés les mêmes par ailleurs.

Valeur prédictive

- Le coefficient de détermination multiple entre les coefficients W et les paramètres du modèle s'exprime par :

$$R^2 = (L^2(H_0) - L^2(H_1)) / L^2(H_0)$$

où $L^2(H_0)$ et $L^2(H_1)$ indiquent respectivement le likelihood-ratio statistic du modèle nul, c'est-à-dire du modèle ne comprenant pour tout autre effet que u_0 et H_1 le modèle spécifié. $L^2(H_0)$ mesure la variation totale due aux effets d'interaction pris en considération.

$L^2(H_0)$ et $L^2(H_1) - L^2(H_1)$ sont respectivement les variances non prédite et prédite par le modèle H_1 .

- Si on considère à la place de H_0 le modèle H_{i-1} avec $(i-1)$ termes, on obtient le coefficient de détermination partielle entre les logits de j et le i ème paramètre quand tous les autres caractères déjà présents dans le modèle sont statistiquement contrôlés. Il se définit alors l'expression :

$$\text{Variation de } R^2 = (L^2(H_{i-1}) - L^2(H_i)) / L^2(H_0)$$

Ce coefficient exprime la réduction proportionnelle de l'indétermination des logits de j en termes de la variance résiduelle de $H_{i,1}$, provoqué par le i ème terme ajouté dans $H_{i,1}$.

2. FACTEURS DE L'ATTITUDE DES COUPLES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'attitude des couples face à la planification familiale a été déterminée grâce à la question suivante, qui a été posée à la femme et au mari : "Etes-vous d'accord que des couples utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?" Les deux époux ont été interrogés séparément.

Parmi les variables retenues dans le schéma d'analyse nous avons choisi celles dont l'influence sur la variable dépendante se maintient après contrôle des autres variables. Ce choix a été fait en deux étapes :

- La première étape a consisté à écarter toutes les variables dont les modalités n'ont pas d'effets significatifs sur la variable dépendante, nous nous sommes basé sur les résultats du modèle logit-linéaire simple en regardant la signification des coefficients W_i .
- La deuxième étape a consisté à examiner les effets d'interaction entre variables pour la spécification du modèle et les effets intrinsèques des variables indépendantes sur la variable dépendante ; le test d'association partielle s'est fait à partir du modèle log-linéaire hiérarchique.

Ceci nous a amené à retenir la religion du couple, le niveau d'instruction du couple, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition à la radio dont l'influence s'est avérée significative en présence des autres variables.

Résultats des analyses bivariées

Comme l'indique le tableau 1, dans 23,1 % des couples interrogés à l'EDSC, les deux conjoints ont une attitude favorable à la planification familiale. Dans plus de la moitié des couples interrogés (54,0) le mari et la femme désapprouvent l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans 22,9 % des couples les deux conjoints ne sont pas du même avis.

Tableau 1 : Répartition des couples (en %) selon le niveau d'instruction, la religion, l'occupation du mari, l'exposition à la radio et la discussion d'enfants.

Variables d'identification sociale	Attitudes des couples face à la planification familiale						
	Mari et femme d'accord	Mari et femme pas d'accord	Mari d'accord femme non	femme d'accord mari non	Total	Effectif	%
1. Niveau d'instruction du couple							
- Mari et femme aucun	3,8	83,0	8,4	4,8	100	426	47,4
- Mari aucun, femme primaire	10,3	59,2	11,7	18,8	100	30	3,3
- Mari primaire, femme aucun	11,4	54,3	21,5	12,8	100	89	9,9
- Mari et femme primaire	31,2	26,7	8,3	33,8	100	124	13,8
- Mari primaire, femme second.plus	60,6	17,5	3,3	18,6	100	32	3,6
- Mari secondaire, femme aucun	26,9	38,3	25,2	9,6	100	22	2,5
- Mari secondaire, femme primaire	58,6	18,6	13,6	9,2	100	92	10,2
- Mari second., Femme second. plus	68,6	1,0	4,7	25,7	100	63	7,0
- Mari supérieur, femme prim. plus	85,8	0,0	9,0	5,2	100	21	2,3
2. Religion du couple							
- Catholique	44,3	24,1	10,4	21,1	100	176	19,6
- Protestante	34,2	40,2	10,2	15,4	100	193	21,5
- Musulmane	7,2	74,0	13,5	5,3	100	232	25,8
- Religions différentes	16,1	64,7	7,8	11,4	100	298	33,1
3. Occupation du mari							
- Commerce	31,1	54,3	5,4	9,2	100	50	5,6
- Agriculture	9,5	69,5	9,4	11,6	100	519	57,7
- Administration et services	43,7	29,3	12,4	14,6	100	330	36,7
4. Exposition à la Radio							
- Femme / Santé	52,9	21,2	7,9	18,0	100	113	12,4
- Santé pour tous	57,9	16,7	11,4	13,9	100	47	5,2
- Autres émissions	40,6	24,7	14,3	20,5	100	160	17,8
- Aucune émission	9,8	71,4	9,6	9,2	100	579	64,4
5. Discussion sur le nombre d'enfants							
- Oui	55,9	21,8	6,7	15,7	100	200	22,2
- Non	13,7	63,2	11,3	11,8	100	699	77,8
Ensemble	23,1	54,0	10,3	12,6	100	899	100,0

Niveau d'instruction du couple

Notre échantillon se caractérise par une forte proportion de couples sans niveau d'instruction (47,4 %) et au sein desquels les deux partenaires désapprouvent largement (dans 83,0 % des couples) l'utilisation des méthodes de planification familiale. Cette concordance des points de vue se retrouve aussi fréquemment chez les couples où l'un des partenaires est sans niveau d'instruction et l'autre de niveau primaire. Par contre, c'est dans les couples instruits que les deux partenaires approuvent l'utilisation des méthodes contraceptives. Il s'agit surtout des couples où l'un des conjoints a le niveau secondaire ou plus.

Religion du couple

Les différences d'attitudes en matière de planification familiale sont assez sensibles entre les religions. L'attitude la plus défavorable à l'utilisation des méthodes de planification familiale se rencontre fréquemment dans les couples musulmans (74,0 %) et aussi dans les couples où les deux conjoints sont de religions différentes (64,7 %). C'est parmi les couples catholiques qu'on observe la proportion la plus élevée (44,3 %) des couples qui approuvent l'utilisation des méthodes de planification familiale, la proportion la plus faible (7,2 %) se trouve parmi les couples musulmans.

Les protestants se caractérisent par une prédominance des couples (40,2 %) où les deux partenaires désapprouvent l'utilisation des méthodes contraceptives. Toutefois, parmi eux une proportion importante (34,2 %) des couples sont favorables à la planification familiale.

Les religions catholique et protestante n'autorisent pas la pratique contraceptive moderne, étant donné leur fondement sur l'enseignement de Christ. Elles permettent la planification familiale par l'utilisation des méthodes traditionnelles telles que l'abstinence et la continence périodique. Ceci expliquerait les proportions élevées des couples favorables à la planification familiale ⁷.

Occupation du mari

Une variation différentielle de l'attitude des couples face à la planification familiale apparaît selon les catégories socioprofessionnelles. Les agriculteurs et les commerçants se caractérisent en général par une attitude défavorable à la planification familiale : 69,5 % et 54,3 % des couples désapprouvent l'utilisation des méthodes contraceptives. La proportion la plus faible (9,5 %) des couples qui approuvent l'utilisation des méthodes de planification familiale s'observe parmi les agriculteurs. Les couples au sein desquels les maris travaillent dans l'administration se caractérisent par une attitude plus favorable à la planification familiale.

La majorité des couples étudiés sont en milieu rural où l'agriculture est l'activité prédominante. La population rurale est généralement attachée à la culture de haute fécondité pour raison de main-d'œuvre agricole.

Emissions de radio

Les émissions diffusées par la radio exercent une influence positive sur le comportement des couples face à la planification familiale. C'est parmi les couples exposés à la radio que l'on rencontre une proportion

7. L'attitude des couples face à la planification familiale a été recueillie sans distinction des méthodes traditionnelles et modernes.

importante de ceux qui sont favorables à la planification familiale. Mais cette proportion est importante parmi les couples qui suivent les émissions "Femme/Santé" (52,9%) et les émissions "Santé pour tous" (57,9%).

L'utilisation de la radio est un moyen efficace pour éduquer la population en matière de planification familiale. Cependant, un effort doit être fait pour vulgariser les moyens de communication. En effet, dans 64,4 % des couples de notre échantillon les femmes ne suivent aucune émission à la radio et parmi eux bon nombre (71,4%) désapprouvent l'utilisation des méthodes de planification familiale.

Discussion sur le nombre d'enfants

Dans 22,2 % des couples, proportion non négligeable, les deux conjoints discutent sur le nombre d'enfants. Ceci témoigne que la femme participe de plus en plus à la prise de décision sur la descendance de la famille. La discussion entre conjoints sur le nombre d'enfants a effectivement un impact sur l'attitude des couples face à la planification familiale. Ainsi qu'on l'observe sur le tableau 2, 55,9 % des couples ont une attitude favorable à la planification familiale parmi les couples où les deux partenaires ont déjà discuté sur le nombre d'enfants. A l'opposé, la majorité des couples (63,2 %) n'approuvent pas l'utilisation des méthodes de planification familiale parmi les couples où la discussion sur le nombre d'enfants n'a pas eu lieu.

Examinons à présent les résultats du modèle logit-linéaire.

Présentation des résultats du modèle logit-linéaire

Une politique de planification doit amener les deux partenaires à approuver et à pratiquer les méthodes pour éviter ou retarder une grossesse. Ainsi l'aspect le plus important à étudier serait la recherche des facteurs qui favorisent l'approbation de la planification familiale par les deux conjoints. La variable à expliquer prend alors deux modalités :

- Le couple approuve la planification familiale, c'est-à-dire que les deux partenaires sont d'accord pour l'utilisation des méthodes pour retarder ou éviter une grossesse ;
- Le couple n'approuve pas la planification familiale, c'est le cas des couples où au moins l'un des partenaires désapprouve l'utilisation des méthodes contraceptives.

A cause de la faiblesse des effectifs pour certaines modalités des variables explicatives, nous avons procédé au regroupement des modalités pour lesquelles les couples ont la même attitude. Ainsi les résultats du modèle logit-linéaire se présente dans le tableau 2.

Tableau 2 : Résultats du modèle logit-linéaire de la probabilité pour un couple d'approuver la planification familiale.

Variables Explicatives	Effets principaux W_i des modalités sur l'attitude des couples face à la PF					
	H_0	H_1	H_2	H_3	H_4	H_5
W_0	- 1,214	- 0,966	- 0,612	- 0,660	- 0,466	- 0,518
1. Religion du couple						
- Catholique		+0,730	+0,792	+0,764	+0,676	+0,596
- Protestante		+0,282	- 0,074	- 0,076	- 0,058	- 0,014
- Musulmane / Religions différentes		+1,012	- 0,718	- 0,688	- 0,618	- 0,582
2. Niveau d'instruction du couple						
- Aucun / primaire			- 1,274	- 1,094	- 0,960	- 0,804
- secondaire ou plus			+1,274	+1,094	+0,960	+0,804
3. Occupation du mari						
- Agriculture				- 0,472	- 0,406	- 0,286
- Commerce / Admin. et autres services				+0,472	+0,406	+0,286
4. Discussion sur le nombre d'enfants						
- Oui					+0,652	+0,624
- Non					- 0,652	- 0,624
5. Exposition à la Radio						
- Oui						+0,516
- Non						- 0,516
Degré de liberté	47	45	44	43	42	41
paramètre en L^2 de l'ajustement	417,9	328,5	152,2	131,8	96,1	75,1
Apport en L^2 de l'ajustement		89,4	176,3	20,4	35,7	21,0
Seuil de signification		0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
R^2		0,214	0,636	0,685	0,770	0,820
variation de R^2		0,214	0,537	0,134	0,271	0,219

* L'effet souligné est non significatif

Nous avons construit plusieurs modèles H_i ($i = 0, \dots, 5$) permettant d'évaluer l'apport des variables dans l'explication de l'attitude des couples face à l'utilisation des méthodes de planification familiale. L'interprétation des résultats se fera à partir des effets principaux des variables, de risques relatifs, et de la contribution des variables à l'explication de la variable dépendante.

Effets principaux des variables

Le tableau 2 présente les effets principaux W_i des modalités des variables explicatives. Dans chaque modèle H_i nous avons en première ligne le coefficient W_0 qui représente le logit de la proportion estimée des couples ayant une attitude favorable à l'utilisation des méthodes de

planification familiale et dans les lignes suivantes les coefficients W_i qui indiquent par leur signe et grandeur le sens et l'intensité de la relation entre les différentes caractéristiques du couple et l'attitude face à la planification familiale.

Pour une modalité d'une variable explicative donnée, le passage du modèle H_i au modèle H_{i+1} montre l'évolution de la relation entre cette modalité et la variable explicative.

a) Religion

Dans le modèle H_5 nous avons les effets intrinsèques de toutes les variables indépendantes. La relation entre l'attitude du couple face à la planification familiale et l'appartenance à une religion varie d'une religion à l'autre. Elle est positive (+0,596) pour les couples catholiques et elle est négative (-0,582) pour les couples musulmans et ceux où les deux partenaires sont de religions différentes. Parmi les couples protestants cette relation n'est pas significative (-0,014). Cela traduit en fait une attitude de plus en plus favorable à la planification familiale chez les couples catholiques.

En terme de risque la probabilité qu'un couple catholique approuve l'utilisation de méthodes contraceptives est de 0,519. Pour un couple musulman ou un couple où les deux partenaires sont de religions différentes, cette probabilité est de 0,250.

Partant du modèle H_1 au modèle H_5 nous pouvons suivre l'évolution de la relation entre l'appartenance à une religion donnée et l'attitude du couple au fur et à mesure qu'on introduit les autres caractéristiques du couple. Par rapport au modèle H_1 , le modèle H_5 montre une diminution de 18,4 % de l'effet de l'appartenance du couple à la religion catholique et une diminution de 42,5 % de l'effet de l'appartenance du couple à la religion musulmane ou aux religions différentes pour les deux partenaires. En terme de risque un couple catholique a une probabilité de 0,441 d'approuver la planification familiale dans le modèle H_1 . En tenant compte des autres variables explicatives dans le modèle H_5 , cette probabilité passe à 0,519. Un couple musulman ou celui où les deux partenaires sont de religions différentes a une probabilité de 0,121 d'approuver la planification familiale dans le modèle H_1 . La prise en compte des autres caractéristiques, à savoir le niveau d'instruction, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition à la radio, élève cette probabilité à 0,250.

b) Niveau d'instruction du couple

L'influence du niveau d'instruction du couple sur l'attitude face à la planification familiale est remarquable. Dans notre échantillon nous observons une relation négative (dans le modèle H_5 -0,804) pour les couples ayant au plus le niveau primaire et une relation positive (dans H_5 +0,804) pour les couples de niveau secondaire ou plus.

En nous référant au modèle H_5 , la probabilité qu'un couple ayant le niveau primaire au plus approuve la planification familiale est de 0,210. Cette probabilité est plus faible que celle qu'a un couple de niveau secondaire ou plus (0,571).

Le passage du modèle H_2 au modèle H_5 avec la prise en compte de l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition à la radio modifie la probabilité d'approuver la planification familiale. Pour un couple de niveau primaire au plus ce risque passe de 0,132 à 0,210 tandis que pour un couple de niveau secondaire ou plus ce risque passe de 0,660 à 0,570.

c) Occupation du mari

Cette variable comprend trois modalités : l'agriculture, le commerce et l'administration / autres services.

La relation avec l'attitude du couple est négative (-0,286) pour l'agriculture. En revanche, elle est positive (+0,286) pour le commerce et l'administration / autres services.

Lorsqu'on passe du modèle H_3 au modèle H_5 l'effet d'appartenance au groupe des agriculteurs augmente de 39,4 % et celui de l'appartenance au groupe des commerçants et fonctionnaires diminue de 39,4 %. La probabilité d'approuver la planification familiale passe de 0,244 à 0,309 pour les agriculteurs et de 0,453 à 0,442 pour les commerçants et fonctionnaires.

d) Discussion sur le nombre d'enfants

La discussion sur le nombre d'enfants a une influence favorable (+ 0,624) sur l'attitude du couple face à la planification familiale. La probabilité d'approuver les méthodes de planification familiale pour un couple où les deux partenaires discutent sur le nombre d'enfants est de 0,526. Par contre, un couple où les deux partenaires ne discutent pas sur le nombre d'enfants cette probabilité est de 0,242.

Le passage du modèle H_4 au modèle H_5 entraîne une diminution de 4,29 % de l'effet de la discussion sur le nombre d'enfants. Le risque d'approuver les méthodes de planification familiale passe de 0,546 à 0,526 pour le couple où a lieu la discussion sur le nombre d'enfants.

e) Exposition à la radio

Nous observons également à travers notre échantillon un effet favorable (+0,516) de l'exposition à la radio sur l'attitude du couple face à la planification familiale. La probabilité pour un couple où la femme suit des émissions à la radio d'approuver la planification familiale est de 0,500 ; celle d'un couple où la femme ne suit aucune émission à la radio est de 0,262.

Risque relatif de l'attitude des couples face à la planification familiale

Le tableau 3 présente les risques relatifs de l'attitude des couples face à la planification familiale. Ces risques ont été calculés à partir des résultats du modèle logit-linéaire présentés dans le tableau 2.

Tableau 3 : Risques relatifs de l'attitude des couples face à la planification familiale.

Variables explicatives	Risque relatif de l'attitude des couples face à la planification familiale
1. Religion du couple	
- Catholique	2,08
- Protestante	1,48
- Musulmane / Religions différentes	1,00
2. Niveau d'instruction du couple	
- Aucun / primaire	1,00
- secondaire ou plus	2,71
3. Occupation du mari	
- Agriculture	1,00
- Commerce / Admin. et autres services	1,43
4. Discussion sur le nombre d'enfants	
- Oui	2,18
- Non	1,00
5. Exposition à la Radio	
- Oui	1,90
- Non	1,00

Pour deux couples de religions différentes et ayant les caractéristiques identiques concernant le niveau d'instruction, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition de la femme à la radio ; le couple catholique a 108 % fois plus de chances d'approuver les méthodes de planification familiale que le couple musulman et le couple où les deux partenaires sont de religions différentes ; le couple protestant a 48 % fois plus de chances d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale que le couple musulman et celui où les deux partenaires sont de religions différentes.

Un couple de niveau d'instruction secondaire ou plus a 171 % fois plus de chances d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale que celui ayant au plus le niveau primaire ; les deux couples ayant des caractéristiques semblables concernant la religion, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants, l'exposition de la femme à la radio.

Un couple où le mari a pour occupation le commerce, l'administra-

tion ou les autres services a 43 % fois plus de chances d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale lorsque les deux conjoints ont la même religion, le même niveau d'instruction, le même comportement en matière de discussion sur le nombre d'enfants, l'exposition de la femme à la télévision.

La discussion sur le nombre d'enfants entraîne une différence remarquable de risques d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale pour deux couples ayant le même niveau d'instruction et les mêmes comportements en matière de religion et d'exposition de la femme à la radio. Un couple où les deux partenaires discutent sur le nombre d'enfants a 118 % fois plus de chances d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale que celui où la discussion n'a pas lieu. Ce résultat montre que dans le contexte camerounais le pouvoir de décision sur la descendance de la famille *ne dépend pas largement du mari*, la femme participe aussi à la prise de décision.

L'exposition de la femme à la radio entraîne également un risque différentiel non négligeable entre deux couples ayant les mêmes caractéristiques concernant la religion, le niveau d'instruction, l'occupation du mari et la discussion sur le nombre d'enfants. Le couple où la femme suit des émissions à la radio a 90 % fois plus de chances d'approuver l'utilisation des méthodes de planification familiale que celui où la femme ne suit aucune émission à la radio.

Contribution des variables à l'explication de l'attitude des couples face à la planification familiale

Les cinq variables retenues dans le modèle dont les résultats sont présentés dans le tableau 2 expliquent globalement 82,0 % des variations de l'attitude des couples face à la planification familiale. Nous pouvons retenir sur la base de notre échantillon que la religion du couple, le niveau d'instruction du couple, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition de la femme à la télévision comme les déterminants de l'attitude des couples face à la planification familiale. Pour la réussite du programme de planification familiale au Cameroun une attention particulière devrait être accordée à ces variables.

Le niveau d'instruction du couple surpasse toutes les autres variables sur le plan de la réduction de l'indétermination de l'attitude des couples face à la planification familiale. Il réduit de 53,7 % la proportion de la variance non expliquée. Ensuite viennent la discussion sur le nombre d'enfants, l'exposition de la femme à la radio et la religion du couple, qui réduisent l'indétermination respectivement de 27,1 %, 21,9 % et 21,4 %. L'occupation du mari vient en dernière position en réduisant l'indétermination de 13,4 %.

3. FACTEURS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DES CONJOINTS

Lors de l'EDSC on s'est intéressé à l'utilisation passée et actuelle des méthodes de planification par le mari et la femme. Ainsi, en ce qui concerne l'utilisation passée on a demandé à la femme : "Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte ?" et au mari on a demandé : "Avez-vous jamais, vous ou votre (vos) épouse(s) / femme(s), utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse ?"

Les réponses recueillies à ces questions ont permis de connaître si, au sein d'un couple, les deux partenaires ont déjà pratiqué les méthodes de planification familiale. Les deux partenaires ont été interrogés séparément et la pratique contraceptive se rapporte à leur vie passée en union et hors union.

Nous voulons faire ressortir les caractéristiques du couple permettant de prédire la pratique contraceptive des conjoints. Le cas qui nous intéresse est celui où les deux partenaires ont déjà utilisé les méthodes de planification familiale dans leur vie. La variable dépendante est donc dichotomique.

De même que pour l'attitude des couples nous avons retenu parmi les variables de notre cadre théorique celles dont l'influence sur la pratique contraceptive est significative⁸ après contrôle des autres variables. Il s'agit des variables suivantes : religion du couple, niveau d'instruction du couple, milieu de résidence, exposition à la radio, discussion sur le nombre d'enfants.

Résultats des analyses bivariées

Le tableau 4 montre que dans 24,1 % des couples les deux partenaires ont déjà pratiqué les méthodes de planification familiale. Examinons les aspects différentiels de cette pratique contraceptive des conjoints.

Niveau d'instruction du couple

Parmi les couples sans niveau d'instruction, qui constituent près de la moitié (47,4 %) de notre échantillon, dans 5,5 % seulement des cas les

8. Résultats des modèles logit-linéaire simple et log-linéaire.

deux partenaires ont tous deux utilisé une méthode de planification familiale. Cette tendance se retrouve également chez les couples où l'un des conjoints est sans niveau d'instruction. En effet, parmi les couples où la femme est sans niveau d'instruction on ne retrouve que 10,6 % et 14,4 % des couples où les deux partenaires ont pratiqué les méthodes de planification familiale lorsque les maris ont respectivement les niveaux primaire et secondaire. Par contre, on constate que parmi les couples d'instruits dont l'un des conjoints a au moins le niveau secondaire, la majorité des conjoints ont déjà pratiqué la contraception. Le niveau d'instruction du couple semble avoir une influence sur la pratique contraceptive des conjoints. Lorsque le couple est instruit il est probable que les deux partenaires aient déjà pratiqué les méthodes contraceptives.

Tableau 4 : Répartition des couples selon la pratique des conjoints, le niveau d'instruction du couple, la religion du couple, le milieu de résidence, l'exposition à la radio et la discussion sur le nombre d'enfants.

Variables d'identification sociale	Pratique contraceptive des conjoints				
	Ont tous pratiqué	n'ont pas tous pratiqué	Total	Effectif	%
1. Niveau d'instruction du couple					
- Femme et homme aucun	5,5	94,5	100	426	47,4
- Femme primaire, homme aucun	13,1	86,9	100	30	3,3
- Femme aucun, homme primaire	10,6	89,4	100	89	9,9
- Femme et homme primaire	37,4	62,6	100	124	13,8
- Femme second.plus, homme prim.	56,0	44,0	100	32	3,6
- Femme aucun, homme secondaire	14,4	85,6	100	22	2,5
- Femme primaire, homme second.	53,8	46,2	100	92	10,2
- Femme second. plus, homme sec.	71,1	28,9	100	63	7,0
- Femme prim. plus, homme sup.	88,4	11,6	100	21	2,3
2. Religion du couple					
- Catholique	45,1	54,9	100	176	19,6
- Protestante	34,9	65,1	100	193	21,5
- Musulmane	8,9	91,1	100	232	25,8
- Religions différentes	16,6	83,4	100	298	33,1
3. Résidence du couple					
- Urbain Yaoundé/Douala	65,6	34,4	100	102	11,3
- Autres villes	19,0	81,0	100	205	22,8
- Campagne	18,7	81,3	100	592	65,9
4. Emissions de Radio					
- Femme / Santé	57,5	42,5	100	160	17,8
- autres émissions	39,2	60,8	100	160	17,8
- Aucune émission	10,7	89,3	100	579	64,4
5. Discussion sur le nombre d'enfants					
- Oui	52,5	47,5	100	200	22,2
- Non	15,7	84,3	100	699	77,8
Ensemble	24,1	75,9	100	899	100,0

Religion du couple

L'influence de la religion s'observe à travers les proportions des couples au sein desquels les deux partenaires ont déjà pratiqué les méthodes contraceptives. C'est parmi les couples musulmans et les couples où les deux partenaires n'ont pas la même religion que l'on retrouve de faibles proportions des couples où les deux partenaires ont utilisé les méthodes de planification familiale : 8,9 % et 91,1 % respectivement. Par contre, parmi les couples catholiques et protestants on retrouve respectivement 45,1 % et 34,9 % des couples où les deux partenaires ont eu à pratiquer les méthodes de planification familiale.

Milieu de résidence du couple

Parmi les couples résidant dans le milieu urbain de Yaoundé/Douala, dans la majorité des couples (65,6 %) les deux partenaires ont déjà utilisé les méthodes de planification familiale, contrairement à ce qu'on observe dans les couples résidant dans les autres villes et dans la campagne où, dans 19,0 % et 18,7 % des couples respectivement, les deux partenaires ont déjà utilisé les méthodes de planification familiale.

Emission de radio

L'influence des émissions à la radio sur la pratique contraceptive apparaît à travers les pourcentages des couples selon les émissions suivies par la femme. C'est parmi les couples où la femme suit les émissions Femme/santé qu'on retrouve une grande proportion des couples où les deux partenaires ont utilisé des méthodes pour retarder ou éviter une grossesse. La proportion la plus faible (10,7 %) s'observe parmi les couples où les femmes ne suivent aucune émission à la radio.

Discussion sur le nombre d'enfants

C'est parmi les couples où les deux partenaires discutent sur le nombre d'enfants qu'on observe une grande proportion (52,5 %) des couples où les deux partenaires ont déjà utilisé les méthodes de planification familiale. Dans 77,8 % des couples où la discussion n'a pas encore eu lieu, on retrouve 15,7 % seulement des couples au sein desquels les deux conjoints ont déjà pratiqué les méthodes contraceptives. L'influence de cette variable montre que la femme participe de plus en plus à la prise de décision sur la descendance de la famille.

Examinons maintenant les résultats du modèle logit-linéaire.

Présentation des résultats du modèle logit-linéaire

De même que pour l'attitude des couples, nous construisons plusieurs modèles H_i ($i=0, \dots, 5$) permettant d'évaluer l'apport des variables

indépendantes dans l'explication de la pratique contraceptive des conjoints. Les effets d'interaction constatés entre variables n'ont pas été pris en compte du fait de leur faible contribution à l'explication de la variable dépendante. Nous analyserons les résultats à partir des effets principaux des variables, des risques relatifs et de la contribution des variables à l'explication de la pratique contraceptive de la femme

Effets principaux des variables explicatives

Les coefficients W_i présentés dans le tableau 5 représentent par leur signe et grandeur le sens et l'intensité de la relation entre les différentes caractéristiques du couple et la pratique contraceptive des conjoints.

Nous suivons l'évolution de cette relation en ligne du tableau 5 lorsqu'on passe du modèle H_1 au modèle H_{i+1} en introduisant une nouvelle variable.

a) Religion du couple

Le modèle H_5 donne les résultats finals de la régression logit. La relation entre l'appartenance à une religion et la pratique contraceptive est positive pour les couples catholiques (-0,544) et négative pour les couples musulmans et ceux où les deux partenaires n'ont pas la même religion (- 0,618). Parmi les couples protestants la relation est non significative (-0,074). Le sens de la relation constaté entre la pratique contraceptive des conjoints et l'appartenance à une religion donnée est pratiquement le même que celui obtenu entre l'attitude du couple face à la planification familiale et l'appartenance à une religion donnée.

Le passage du modèle H_1 au modèle H_5 avec l'introduction de la religion du couple, du niveau d'instruction, de la résidence du couple, de l'exposition à la radio et de la discussion sur le nombre d'enfants, modifie l'intensité de la relation. Dans le modèle H_1 , sous l'hypothèse que l'influence des variables introduites pour passer au modèle H_5 est nulle, l'intensité de la relation, l'appartenance à la religion catholique est de 0,722 et celle avec l'appartenance au couple musulman est -0,974. Dans le modèle H_5 nous admettons que les autres variables ont une influence significative sur la pratique contraceptive des conjoints et l'intensité de la relation est de +0,544 pour le couple catholique et -0,618 pour le couple musulman ou celui où les deux partenaires ne sont pas d'une même religion.

b) Niveau d'instruction du couple

Dans le modèle final (H_5), la relation entre la pratique contraceptive de la femme et le niveau d'instruction du couple est négative (-0,704) pour les couples ayant au plus le niveau primaire, et positive (+0,704) pour les couples de niveau secondaire ou plus. Les partenaires des couples ayant

le niveau secondaire ou plus ont tendance à pratiquer la contraception tandis que ceux des couples ayant au plus le niveau primaire pratiquent de moins en moins les méthodes de planification familiale.

Lorsqu'on passe du modèle H_2 au modèle H_5 en prenant en compte la résidence du couple, l'exposition à la radio et la discussion sur le nombre d'enfants, l'effet du niveau d'instruction passe de -1,148 pour le couple de niveau primaire au plus et de +1,148 pour le couple de niveau secondaire ou plus à -0,704 et à 0,704 respectivement.

c) Milieu de résidence du couple

Le milieu de résidence du couple exerce une influence sur la pratique contraceptive. Dans le modèle H_5 cet effet est positif pour les conjoints qui résident en milieu urbain de Yaoundé/Douala, et il est négatif pour ceux qui résident dans les autres villes ou à la campagne. Ces relations peuvent s'expliquer par le fait que la campagne de sensibilisation pour la planification familiale est beaucoup plus développée à Yaoundé et à Douala qu'ailleurs.

d) Exposition à la radio

Sur notre échantillon l'exposition à la radio a une influence positive sur la pratique contraceptive. Son effet dans le modèle final est de +0,546 pour le couple qui suit des émissions à la radio. Pour celui qui ne suit aucune émission à la radio, l'effet est de -0,546. En supposant que la discussion sur le nombre d'enfants n'intervient pas, l'effet de l'exposition à la radio est de +0,578 (modèle H_4).

e) Discussion sur le nombre d'enfants

L'effet de la discussion sur le nombre d'enfants est favorable sur la pratique contraceptive des conjoints (+0,428). Dans un couple où les deux partenaires ne discutent pas sur le nombre d'enfants la relation avec la pratique contraceptive est négative (-0,428).

Risques relatifs de la pratique contraceptive des conjoints

Le tableau 6 présente les risques relatifs de la pratique contraceptive des conjoints selon les différentes caractéristiques du couple.

Sachant que deux couples ont des caractéristiques identiques concernant le niveau d'instruction, le nombre d'enfants supplémentaires désirés par la femme, l'exposition de la femme à la radio et la discussion sur le nombre d'enfants, les couples catholique et protestant ont respectivement 220 % et 100 % fois plus de chances d'avoir les deux conjoints qui ont déjà utilisé les méthodes contraceptives que le couple musulman ou

celui où les deux partenaires sont de religions différentes. Leur attitude de plus en plus favorable à l'approbation de la planification familiale justifient ce risque élevé de pratique contraceptive.

En considérant le niveau d'instruction, un couple de niveau secondaire ou plus a 309 % fois plus de chances d'avoir les deux conjoints qui ont déjà pratiqué la contraception que le couple dont le niveau est le primaire au plus ; en supposant que les deux couples ont des caractéristiques semblables pour le reste des variables explicatives du modèle.

Deux couples présentant des caractéristiques semblables en dehors de leur résidence actuelle ; celui qui réside en milieu urbain de Yaoundé et Douala a 120 % fois plus de chances d'avoir les deux partenaires ayant déjà pratiqué la contraception que celui qui ne réside pas en milieu urbain de Yaoundé et Douala.

Par ailleurs, deux couples présentant des caractéristiques identiques en dehors de l'exposition à la radio, celui où la femme suit des émissions à la radio a 198 % fois plus de chances d'avoir les deux conjoints qui ont déjà pratiqué les méthodes contraceptives que celui où la femme ne suit aucune émission à la radio.

Enfin, la discussion sur le nombre d'enfants a un effet favorable sur la pratique contraceptive de la femme. En effet, deux couples ayant des caractéristiques identiques en dehors de la discussion sur le nombre d'enfants, celui où les deux partenaires discutent sur le nombre d'enfants a 135 % fois plus de chances d'avoir les deux partenaires qui ont déjà pratiqué les méthodes de planification familiale que celui où cette discussion n'a pas lieu.

Contribution des variables à la prédiction des variations de la pratique contraceptive des conjoints

Globalement, nos variables explicatives expliquent 86,7 % de variations de la pratique contraceptive. La variation résiduelle (46,067) n'est pas significative au seuil de 5 %. Cela atteste que l'ajustement des données au modèle est bon. Nous pouvons donc retenir la religion du couple, le niveau d'instruction du couple, la résidence du couple, l'exposition de la femme à la radio et la discussion entre conjoints sur le nombre d'enfants comme les facteurs de la pratique contraceptive des conjoints. A partir de ces variables on peut identifier les couples qui peuvent facilement adhérer au programme de planification familiale.

Suivant la réduction de l'indétermination, le niveau d'instruction du couple surpasse les autres variables avec une réduction de 57,3 %. Elle est suivie de l'exposition à la radio qui réduit de 33,5 %, de la discussion sur le

nombre d'enfants (25,1 %), de la religion (24,9 %) et de la résidence du couple dont la réduction est la plus faible (9,1 %).

Nous pouvons alors retenir ces variables comme les déterminants de la pratique contraceptive des femmes en union.

Tableau 5 : Résultats du modèle logit-linéaire de la probabilité pour les conjoints d'avoir déjà pratiqué la contraception.

Variables prédictive	Effets principaux W_i des modalités sur pratique contraceptive des conjoints					
	H_0	H_1	H_2	H_3	H_4	H_5
W_0	-1,162	-0,914	-0,566	-0,212	-0,356	-0,258
1. Religion du couple						
- Catholique		+0,722	+0,754	+0,684	+0,588	+0,544
- Protestante		+0,252	<u>-0,062</u>	<u>+0,018</u>	<u>+0,080</u>	<u>+0,074</u>
- Musulmane / Religions différentes		-0,974	-0,692	-0,702	-0,668	-0,618
2. Niveau d'instruction du couple						
- Aucun / primaire			-1,148	-1,006	-0,796	-0,704
- secondaire et plus			+1,148	+1,006	+0,796	+0,704
3. Résidence du couple						
- Urbain Yaoundé et Douala				+0,570	+0,442	+0,394
- autres villes et campagne				-0,570	-0,442	-0,394
4. Exposition à la radio						
- Oui					+0,578	+0,546
- Non					-0,578	-0,546
5. Discussion sur le nombre d'enfant						
- Oui						+0,428
- Non						-0,428
Degré de liberté	46	44	43	42	41	40
paramètre en L^2 de l'ajustement	345,330	259,248	110,621	92,498	61,509	46,067
Seuil de signification	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Apport en L^2		86,082	148,627	18,123	30,989	15,442
R^2		0,249	0,680	0,732	0,822	0,867
variation de R^2		0,249	0,573	0,164	0,335	0,251

* Souligné : effet non significatif au seuil de 5 %

Tableau 6 : Approximation des risques de la pratique contraceptive des conjoints.

Variables prédictives	Risque relatif de la pratique contraceptive des conjoints
1. Religion du couple	
- Catholique	3,20
- Protestante	2,00
- Musulmane / Religions différentes	1,00
2. Niveau d'instruction du couple	
- Aucun / primaire	1,00
- secondaire et plus	4,09
3. Résidence du couple	
- Urbain Yaoundé / Douala	2,20
- Autres villes et campagne	1,00
4. Exposition à la Radio	
- Oui	2,20
- Non	1,00
5. Discussion sur le nombre d'enfants	
- Oui	2,35
- Non	1,00

CONCLUSION

Pour rendre compte de l'effet propre de chaque variable et de sa contribution à l'explication de l'attitude des couples face à la planification familiale ou à la prédiction de la pratique contraceptive des conjoints, nous avons procédé à des analyses multivariées qui nous ont permis d'identifier :

1. pour l'attitude des couples face à la planification familiale cinq facteurs explicatifs, à savoir la religion du couple, le niveau d'instruction du couple, l'occupation du mari, la discussion sur le nombre d'enfants et l'exposition de la femme à la radio, qui expliquent dans l'ensemble 82,0 % des variations du phénomène étudié ;

2. pour la pratique contraceptive des conjoints, les variables prédictives, à savoir la religion du couple, le niveau d'instruction du couple, le milieu de résidence du couple, l'exposition de la femme à la radio et la discussion sur le nombre d'enfants qui prédisent dans l'ensemble 86,7 % des variations du phénomène.

En ce qui concerne la religion, les couples catholiques se caractérisent en général par une attitude favorable à la planification familiale et les

conjoint pratiquent généralement les méthodes contraceptives par opposition aux couples musulmans ou ceux dans lesquels les deux partenaires n'ont pas la même religion. Identifié comme facteur d'attitude des couples face à la planification familiale, le niveau d'instruction joue également le même rôle pour la pratique contraceptive des conjoints. C'est dans les couples de niveau d'instruction primaire au plus que l'on rencontre généralement les deux partenaires n'ayant jamais pratiqué la contraception. Et les deux conjoints sont généralement défavorables à la planification familiale. S'agissant de l'occupation du mari, les couples au sein desquels les maris travaillent dans l'agriculture désapprouvent de façon générale la planification familiale, contrairement à ceux dans lesquels les maris ont pour occupation principale commerce / administration ou autres services.

Selon le milieu de résidence du couple, nous remarquons de façon générale que c'est dans les couples résidant dans le milieu urbain de Yaoundé / Douala que les deux partenaires ont déjà utilisé les méthodes de planification familiale. En revanche, c'est dans les couples résidant dans les autres villes ou dans la campagne que, généralement, les deux partenaires n'ont jamais utilisé les méthodes de planification familiale.

Enfin, l'exposition à la radio et la discussion sur le nombre d'enfants ont un impact sur la pratique contraceptive des conjoints. On rencontre généralement les partenaires ayant déjà pratiqué la contraception dans les couples au sein desquels la femme est exposée à la radio ou les deux partenaires ont déjà discuté sur le nombre d'enfants.

L'influence de la religion du couple, du niveau d'instruction du couple, du milieu de résidence du couple, de l'exposition à la radio et de la discussion sur le nombre d'enfants sur le comportement du couple face à la planification familiale : toute action future du programme de planification familiale devra s'appuyer sur ces facteurs en vue d'inciter les couples à pratiquer les méthodes contraceptives.

BIBLIOGRAPHIE

- ADEGBOLA O. (1988), "*Religion and reproduction of sub-saharan Africa*", in Congrès Africain de Population, vol.2, Dakar, page 2.2.1.
- ADEGUNDA S. KOMBA et KAMRORA C. (1988), "*Fertility reduction due to non-mariage and lactation ; a case study of kbaka district, Tanzanie*", in African Population Conference, Dakar.
- BONGAARTS J. and FRANK O. (1988), "*Biological and behavioral déterminants of exceptional fertility levels in Africa and West Asia*", in African Population Conference, vol 2, Dakar, 1988.
- EVINA AKAM (1990), *Infécondité et sous-fécondité : évolution et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, UCL, Thèse de doctorat, 295 pages.
- FAWCETT J.-T. (1970), *Psychologie et population*, Population council, New York.
- GERARD H. (1979), *Sociologie de la population*, UCL, faculté des sciences économiques, sociales et politiques, notes de cours Demo 3120, 247 pages.
- GOURIEROUX Christian (1984) *Econométrie des variables qualitatives*, Ed. Economica, Paris, 430 pages.
- KNOKE David et PETER J. (1990), *Log-linéar models, série : quantitative Applications in Social Science*, Sage publication.
- KOUTON F. Etienne (1991), *Faits et attitudes relatifs à la procréation au Cameroun*, Mémoire de DED, IFORD, Yaoundé, 120 pages.
- KOUTON F. Etienne (1992), *Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin*, Mémoire de DEA, Sorbonne, 174 pages.
- LOCOH Th. et WOLFSON M. (1989), *La fécondité en Afrique : niveaux, facteurs et politiques en matière de planification familiale. Bilan critique et propositions pour des actions concertées*, ENSEA, Abidjan, 72 pages.
- ORSTOM, *Contribution des démographes de l'ORSTOM au 20^e Congrès international de la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population*, Florence, 5-12 juin 1985, 179 pages.
- République du Cameroun (1983), *Enquête Nationale sur la Fécondité 1978*, vol. 1 : Analyse des principaux résultats, Ministère de l'économie et du plan, 165 pages.

République du Cameroun (1992), *Enquête Démographique et de Santé*, Cameroun 1991, Direction Nationale du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Yaoundé, 285 pages.

RWENGE M. (1992), *Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin. Examen par les variables intermédiaires*, Mémoires de DEA, Sorbonne, 173 pages.

VAN de WALLE E. and Van de WALLE F. (1988) : "*Les pratiques traditionnelles et modernes d'espacement ou d'arrêt de la fécondité*". In TABUTIN Dominique (Ed.) *populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Editions l'Harmattan, Paris 1988.

MALADIES, SYMPTOMES DE MALADIE ET RECOURS THERAPEUTIQUES DANS LE DEPARTEMENT DU MAYO DANAY (CAMEROUN) : UNE EVALUATION INDIRECTE DE LA SITUATION SANITAIRE

par

Ferdinand NGUEYAP

Cet article est tiré d'une étude réalisée dans le cadre du mémoire du Diplôme d'Etudes Démographiques (DED) dont l'objectif était d'identifier les principaux symptômes de maladie et les maladies dont souffrent les populations du Mayo Danay¹. Les points essentiels de cette étude sont succinctement exposés ici : la méthodologie, les niveaux et les variables différentielles de la morbidité, évaluée ici par les maladies et les symptômes et à leurs modes de traitement, un essai de caractérisation de ces maladies et de prédiction des recours thérapeutiques.

I - PROPOS GENERAL ET METHODOLOGIE

Intérêt de l'étude

L'OMS s'est fixé comme principal objectif social, l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 sur la base de l'élément clé que sont les soins de santé primaires (Alma Ata, 1979). Ce faisant, la communauté internationale et les Etats ont déployé des efforts pour améliorer la santé des populations. L'Afrique est cependant non seulement le continent où les populations ont le moins de chance de vivre longtemps, l'espérance de vie y étant la plus faible, mais celui où on vit le moins en bonne santé. Les populations africaines souffrent de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires dont la plus meurtrière de toutes est le paludisme. Au Cameroun, en général, et dans le département du Mayo Danay, en particulier, les populations font face à de nombreux problèmes sanitaires marqués ces deux dernières années par des reprises cholériques, désormais épisodiques dans le Mayo Danay. Les victimes de ces épidémies sont nombreuses dans une population qui a déjà le niveau de mortalité le plus élevé du pays². Les dommages économiques, sanitaires et physiques de ces

1. NGUEYAP F. "Symptômes, maladies et recours thérapeutiques : un essai de diagnostic individuel et communautaire dans le département du Mayo Danay (Extrême-Nord Cameroun)" ; mémoire de DED, IFORD, juillet 1993, 160 p. multigr.

2. 24 pour mille en 1976 contre 20,4 pour le pays (FARGUES, 1988). En 1991 la province avait un niveau de mortalité infanto-juvénile de 199,2 pour mille contre 144,1 pour l'ensemble du pays ; ces taux étant encore plus faibles pour les grandes métropoles et les autres régions du pays (Sources : Enquête Démographique et de Santé 1991).

maladies sont bien connus (KEUZETA, 1991 ; WALTISPERGER, 1988). D'où l'intérêt de l'évaluation de la situation sanitaire des populations de cette région par l'identification des maladies, des symptômes de maladie et leurs modes de traitement³ ; évaluation qui dépasse bien vite, et de beaucoup, le cadre restreint de cette partie du Cameroun et rejoint la situation globale de l'Afrique, particulièrement celle au sud du Sahara, par les analyses présentées et les conclusions auxquelles l'on aboutit.

Cadre de l'étude

L'étude se déroule, comme nous l'avons déjà mentionné, dans l'Extrême-Nord du Cameroun, à environ 1500 km de Yaoundé, plus précisément dans le département du Mayo Danay. Milieu soudano-sahélien, le Mayo Danay couvre une superficie de 5260 km² où la mauvaise distribution, l'irrégularité et l'insuffisance interannuelles et saisonnières des précipitations sont corrigées par les eaux, très souvent des crues, du Logone. Ce département occupe une partie de la vallée du Logone, l'autre étant tchadienne. Cette région est appelée "grand yaéré" ou plaine inondée et, quelquefois, malgré la sécheresse, la population doit faire face aux excès de l'eau⁴.

Au recensement de 1987, la zone d'étude comptait environ 356 471 habitants et apparaissait comme l'une des plus densément peuplées du pays. 87 pour cent de cette population vivait dans les zones rurales. La majeure partie de celle-ci se livre à la riziculture, à la pêche et à l'élevage à la faveur de la plaine inondée, des cours d'eau saisonniers et des crues du Logone, et de grandes étendues d'herbes en saison pluvieuse. Les principales cultures sont le mil, le riz et quelques tubercules dont l'importance varie, sauf pour les trois premières citées, en fonction des habitudes alimentaires des 5 grands groupes ethniques majoritaires de la région : Mousgoum, Massa, Toupouri, Mousseye et Peul. Ces caractéristiques culturelles, tout comme la faiblesse de l'offre des services éducatifs, influencent la scolarisation formelle dont les taux sont dans l'ensemble faibles⁵, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, mais plus élevés chez les garçons que chez les filles (The Tchile Nange Group, 1991).

On ne peut conclure la présentation des caractéristiques de la région susceptibles d'avoir une influence sur la santé des populations sans évoquer l'offre des soins de santé modernes. Des études récentes montrent que la répartition des structures sanitaires est inégale, mais à un bon niveau si on considère l'ensemble du pays (NGUEYAP, 1993 ; the Tchile Nange Group, 1991). Cette offre sanitaire est le fait des missions chrétiennes.

3. Objet de cette étude.

4. Des inondations y ont causé il y a quelques années de nombreux dommages dont des pertes importantes en vies humaines.

5. Les niveaux des taux sont néanmoins à la hausse ces dernières années.

nes, de l'Etat et des projets de développement économique, notamment la SEMRY (Société d'Expansion et de Modernisation de la Riziculture de Yagoua) dont les initiateurs, avertis du côté néfaste que peuvent avoir des projets basés sur l'utilisation prolongée des eaux stagnantes⁶ sur le développement des maladies parasitaires et infectieuses liées à la riziculture, par exemple, ont initié un important volet social, préventif et curatif des maladies (ROUPSARD, 1983).

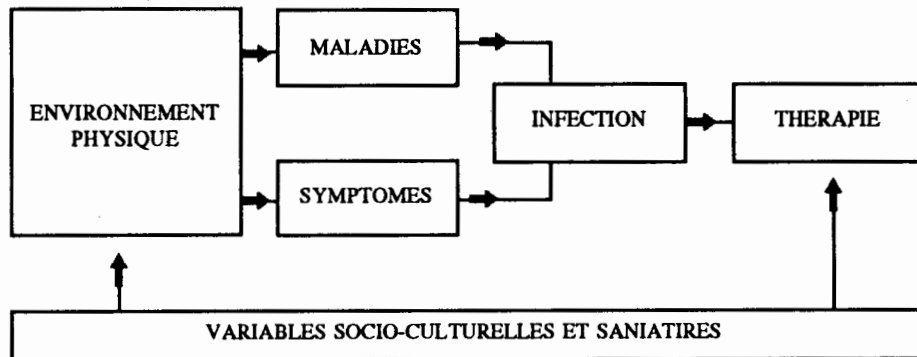
Tel est, présenté sommairement, le cadre de cette étude basée sur les données du projet TDR/SER, dirigé par l'IFORD et intitulé "Identification of high risk communities for urinary schistosomiasis : a multi-country study".

Approche méthodologique

Cette étude se propose d'évaluer la situation sanitaire de ces populations en répondant aux questions suivantes : quels sont les symptômes de maladie et les maladies dont souffrent cette population ? Quelles sont les caractéristiques susceptibles d'éclairer sur l'importance de ces maladies ? Comment se soigne-t-on et pourquoi utilise-t-on tel ou tel mode de traitement ? Quelles pourraient être les implications politiques des situations observées ?

L'hypothèse de base est que le milieu dans lequel les individus vivent, ainsi que leurs caractéristiques individuelles influencent les maladies et le traitement de ces maladies. Cette hypothèse de base, et celles qui en découlent, sont schématisées sur le cadre d'analyse ci-dessous représenté, adapté de celui d'Alan HILL sur la différenciation des taux de mortalité infantile et la perception de la maladie au Mali central (1985).

Figure 1. : Schéma analytique des maladies et de la thérapie.



Source : Adapté de HILL et al.

6. Les cas des barrages d'Assouan sur le Nil, à grande échelle, et de Bamendjing au Cameroun, constituent des exemples de projets de développement dont les répercussions néfastes sur la santé des populations environnantes ne sont plus à démontrer.

Ce schéma analytique implique que la maladie et son traitement doivent être analysés à trois niveaux. Un niveau contextuel qui prend en compte les caractéristiques sanitaires et physiques du milieu. Les variables considérées à ce niveau sont l'appartenance ethnique, le milieu d'habitat, l'offre sanitaire, l'approvisionnement en eau potable. Les variables individuelles concernent l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, etc. Ces caractéristiques socioculturelles, sanitaires et économiques déterminent la santé des individus et le recours à un type de traitement en cas d'infection.

Pour soumettre ces hypothèses à l'observation empirique, l'étude utilisera principalement des données de "l'étude socio-économique et biomédicale de la schistosomiase urinaire au Cameroun" réalisée par l'IFORD et l'OCEAC. Il s'agissait dans cette étude de répliquer une expérience menée en Tanzanie en 1988 (LENGELER, 1990 ; 1991) permettant d'identifier des zones à risque à partir des questionnaires administrés dans les écoles primaires, auprès des élèves et des enseignants. Dans le cadre qui nous concerne, deux types de questionnaires ont été administrés. Le premier était destiné aux élèves de classes de CE2 et de CM1 de l'ensemble du département, 8281 élèves dans 106 écoles, l'autre à 502 enseignants dans 100 écoles (Tchile Nange Group, 1991 ; SALANAVE, 1991 ; NGUEYAP, 1993). La population cible était constituée des enfants de 10 à 14 ans, groupe pour lequel la bilharziose urinaire est très caractérisée par son symptôme principal à savoir le "sang dans les urines".

Le questionnaire-élève comportait une liste de 12 symptômes et 9 maladies, le traitement et le lieu où le traitement a été prescrit. Les enseignants demandaient à chaque enfant s'il avait eu tel symptôme ou telle maladie dans les 15 jours précédant l'enquête et, dans l'affirmative, s'il s'était soigné et le lieu où le traitement a été prescrit. Chose importante, à cette étape de l'étude personne, en dehors des chercheurs, ne savait que l'enquête concernait la bilharziose et l'étude était présentée comme une recherche sur la santé des élèves en général. Le second questionnaire, destiné aux enseignants, comportait un classement des 6 principaux symptômes et des 6 principales maladies dont souffrent les élèves. D'autres questions devant permettre de cerner l'environnement sanitaire du village venaient compléter le questionnaire : disponibilité des services de santé moderne ou traditionnelle, les modes d'approvisionnement en eau, la perception de la maladie et le milieu de résidence (Tchile Nange Group, 1991).

L'évaluation qualitative et quantitative (NGUEYAP, 1993) de ces données a montré qu'elles étaient de bonne qualité et pouvaient permettre l'évaluation de la situation sanitaire des populations malgré les limites

imposées par les groupes d'âge choisis⁷. Un autre risque était celui de la bonne connaissance par les populations des maladies et des symptômes dont elles parlent. Il a été prouvé que la technique du diagnostic verbal ne reflétait pas suffisamment les résultats du diagnostic médical. Les prévalences établies suivant la première méthode pouvant être sous- (ou sur) évaluées selon les cas (DACKAM, 1987). Des parents ont quelques fois déclaré, par exemple, que le décès de leur enfant était dû à la rougeole et affirmaient, en même temps, que cet enfant avait souffert de la rougeole un ou deux ans avant sa mort !

Concernant la bilharziose, la technique du diagnostic individuel et communautaire, plus connue sous le nom de "diagnostic verbal", s'est avérée acceptable. En effet, l'équipe de recherche avait établi des corrélations de 0,7 et des tests de spécificités de 90 pour 100 entre les niveaux de prévalence tels que établis par le diagnostic par questionnaires, à partir des questions sur les symptômes de la bilharziose ou sur la bilharziose), et les tests parasitologiques, filtration des urines, bandelettes réactives, KATO (Tchile Nange Group, 1991 ; SALANAVE, 1991 ; NGUEYAP, 1993)⁸. A partir de ce résultat, nous avons supposé, *ceteris paribus*, que ce qui était vrai pour la bilharziose et ses symptômes l'était aussi pour les autres maladies. Si des réserves peuvent continuer à être émises sur le diagnostic verbal, on peut signaler que cela n'enlève rien à notre préoccupation car, si les populations posent mal le diagnostic, et c'est bien le contraire comme on le verra dans ce travail, au moins elles expriment par là ce qu'elles croient être leurs principaux problèmes de santé. C'est avec ce postulat que nous amorçons l'étude des maladies, des symptômes et des recours thérapeutiques.

II - MALADIES ET SYMPTOMES DE MALADIE LES PLUS COURANTS

1. Importance des maladies infectieuses et parasitaires

Les tableaux 2 et 3 montrent que les symptômes de maladie les plus importants, par la prévalence et la proportion des malades, sont le mal de tête, le mal de ventre, la fièvre, les douleurs en urinant, le sang dans les urines. Les maladies les plus importantes sont le paludisme, la bilharziose ou schistosomiase, les helminthiases, les maladies de la peau et les diarrhées. Certains taux de prévalence sont très élevés, et nous n'avons

7. On doit remarquer que les résultats sont généralisables à l'ensemble de la population de cette région. D'une part, parce que la méthodologie a été élaborée de façon à identifier, à partir des problèmes sanitaires d'un groupe cible, ceux de la communauté. D'autre part, le questionnaire communautaire dont les résultats corroborent suffisamment ceux des élèves, permet de saisir l'environnement sanitaire des populations de la région.

8. Le lecteur pourra consulter l'ouvrage de Christian LENGELE (1990) qui est la référence pour tous les travaux postérieurs tentant à vérifier ce résultat.

retenu parmi les maladies ou symptômes importants que celles ou ceux dont la prévalence est élevée. Certains niveaux de prévalence peuvent atteindre localement 60 à 85 pour 100. Le tableau 2 montre que les responsables communautaires, ici les maîtres, établissent clairement la fiche médicale de leur région. Ils montrent, par le classement établi, l'importance de certaines maladies qui ne menacent pas beaucoup notre population de référence, notamment les diarrhées et la rougeole. L'importance de ces maladies ou symptômes a été établie dans d'autres régions d'Afrique (WALTISPERGER, 1988, RANDALL et al, 1985). L'interrogation qui vient à l'esprit immédiatement est celle de savoir si la situation observée est homogène dans l'ensemble de la région. D'où la nécessité d'approcher les différentiels de la prévalence des maladies ou des symptômes qui peut, en outre, déjà éclairer sur l'influence de certaines caractéristiques.

2. Variations différentielles de la prévalence des maladies ou des symptômes

Des études antérieures ont montré l'influence de certains facteurs sur l'importance des maladies. Certains auteurs insistent sur l'influence du milieu naturel sur les maladies ou les symptômes. Ils abordent, par exemple, la variation saisonnière (GAIGBE, 1988 ; FARGUES et al, 1989), l'impact du relief, notamment les zones marécageuses et humides (HILDERBRANT, 1985) sur la situation morbide. L'importance des structures biologiques, des caractéristiques démographiques, sanitaires, sociales et comportementales est aussi mise en relief. On insiste sur la différence entre les sexes de la mortalité et de la morbidité, les filles étant plus exposées que les garçons (LOCOH et al, 1989) ; l'attitude des malades ou de leurs parents face aux personnes malades (PISON, 1989) ; la taille de la population et surtout la promiscuité qui est un facteur de propagation des maladies (AABY, 1989) ; l'offre et la pratique des soins (AKOTO, 1985 ; Van LERBERGHE et al, 1988 ; ADEOKUN, 1989, Van de WALLE et al, 1989) ⁹.

Faute des données adéquates, on ne pourra pas tester toutes ces hypothèses dans cette étude. Les variables retenues pour l'analyse différentielle de la prévalence des maladies ou des symptômes sont d'ordre socio-économique (il s'agit du milieu d'habitat (ville ou campagne), du lieu de résidence à l'enquête, notamment les unités administratives que sont les arrondissements qui offrent différemment les services économiques et sanitaires)¹⁰, sociodémographique (âge, sexe, niveau d'instruction) et socioculturel (appartenance ethnique).

9. Ces auteurs figurent dans PISON et al, 1989.

10. La création des structures administratives aboutit très souvent à la mise sur pied des structures administratives, économiques, sanitaires et politiques dans le cadre du souci de rapprocher l'administration des administrés. Le département du Mayo Danay possède les arrondissements suivants : Yagoua, Guéré, Kaélé, Kar Hay, Maga.

Les tableaux 1 (a et b) et suivants montrent que les populations des régions rizicoles et marécageuses (Maga, Yagoua) notamment, et les groupes ethniques qui y résident (Massa et Mousgoum) sont les plus touchés par les maladies et les symptômes étudiés. Leurs niveaux de

Tableau 1 (a et b) : Taux de prévalence des symptômes de maladie (a) et de maladie (b) dans le département du Mayo Danay (en %).

(a)

Symptômes	Arrondissements				Total	
	Maga	Yagoua	Kar Hay	Guéré	%	Effectifs
fièvre	30,5	34,7	22,3	25,6	27,9	8281
mal de tête	65,8	72,3	51,1	62,6	61,2	8281
toux	29,7	29,8	24	29,1	27,2	8281
démangeaisons	19	30	15,6	18,4	20,8	8281
mal de ventre	51,3	56,9	27,1	41,3	41,8	8281
articulations	24,3	23,4	16,2	11,3	19,5	8281
sang dans les urines	33	33,2	29,5	33	31,5	8281
amaigrissement	24,8	27,4	22,2	14,4	23,7	8281
douleurs et pissant	36,1	38,9	30,2	28,8	33,8	8281
diarrhée	25,4	32	22,9	21,1	26	8281
sang dans les selles	17,5	17,3	7,5	8,3	12,4	8281
jaunisse	12,1	14,5	3,4	8,7	8,8	8281

(b)

Maladies	Arrondissements				Total	
	Maga	Yagoua	Kar Hay	Guéré	%	Effectifs
paludisme	46,6	59,2	47,9	47,1	51	8281
peau	18	22,6	12,9	11,6	16,7	8281
rougeole	3,8	6	3,7	5,7	4,6	8281
bilharziose	32,9	37,8	31,7	34,9	34	8281
vers	28,4	34	18,4	18	29,9	8281
filaires	19,9	10,2	6,4	5,4	10,4	8281
yeux	25,8	29,9	14,8	19,7	21,8	8281
grippe	10,3	17,2	10,6	8,3	12,3	8281
digestifs	25,7	35	16,1	19,7	23,8	8281

Tableau 2 : Classement des 6 maladies et symptômes de maladie les plus importants par les maîtres.

Rang	Maladies	Symptômes
1	paludisme	Mal de tête
2	bilharziose	Fièvre
3	helminthiases	Mal de ventre
5	diarrhée	Diarrhée
5	pb peau	Toux
7	maladies des yeux	-
7	pb alimentaires	-

Source : The Tchile Nange Group p. 27

Tableau 3 (a et b) : Taux de prévalence par symptôme (a) et par maladie (b) selon l'âge.

(a)

Symptômes	Age									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
fièvre	26,7	24,8	26,4	30,6	29,2	29	24,5	23,2	15,8	11,1
mal de tête	50	59,4	62,6	60,7	61,8	63,4	99,2	60	47,4	33,3
toux	24	24,6	28,3	26	28	29,4	24,2	25,9	36,8	22,2
démangeaisons	16,2	18,6	19,9	20,1	22,5	24,1	22,5	19,4	18,4	10
mal de ventre	43,8	39,5	44,1	40,2	43,3	41,5	42,1	38,6	50	40
articulations	5,6	18,2	18,2	18,6	19,7	24,5	22,5	24,7	23,7	-
sang dans les urines	33,3	27,9	30	29,3	32,7	34,6	35,6	34,1	31,6	60
amaigrissement	22,2	23,5	22,5	24,2	24,1	23,5	23,6	24,7	15,8	33,3
douleurs et pissant	45,1	29,8	32,2	32,8	35,8	36,5	35,2	32,4	36,8	70
diarrhée	36,1	25,2	27	24,8	26,2	27,1	23,1	25,9	34,2	11,1
sang dans les selles	9,7	12,4	13,7	11,8	12,2	12,7	12,6	10	5,3	-
jaunisse	5	7,6	9,7	8,3	8,9	9,5	10	10,7	13,2	-

(b)

Maladies	Age									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
paludisme	42	49	49	50	51	56	54	60	43	33
peau	14	16	15	17	16	19	21	21	19	30
rougeole	1	4,3	6	4	5	5	4	5,4	10	-
bilharziose	31	30	32	32	36	38	36	40	52	50
vers	31	20	24	26	27	27	24	22	24	-
filaires	10	9	8	8	9	8	10	10	3	-
yeux	27	23	21	20	2	25	21	15	11	11
grippe	11	7	12	12	4	13	13	12	14	-
digestifs	21	20	24	23	23	25	25	24	34	11

Tableau 4 (a et b) : Taux de prévalence des symptômes de maladie (a) et des maladies (b) selon le sexe, le lieu de résidence urbain-rural, et le niveau d'instruction (en %).

(a)

Symptômes	Niveau d'instr.		Lieu de résid.		Sexe	
	CE2	CM1	Rural	Urbain	Hom.	Fem.
fièvre	29,5	26,1	34,9	27,3	27,5	29,5
mal de tête	63,4	59	74,9	56,4	60,7	63,8
toux	29,1	25,1	28,7	26	27,3	27,2
démangeaisons	22,1	19,3	33,5	15,5	21,7	17,6
mal de ventre	42,7	40,9	58,7	43,7	42,7	39,5
articulations	20,6	18,4	27,4	9,2	20,4	18
sang dans les urines	31,8	31,3	36,7	19,1	36,6	16,3
amaigrissement	24,4	22,9	28,7	18,4	23,7	24,3
douleurs en pissant	34,5	33,2	41,7	25,9	37,5	22,3
diarrhée	27,4	24,4	33,5	21,7	26,1	24,6
sang dans les selles	13,6	11,2	18,8	10	13,2	9,7
jaunisse	9,8	7,7	17,5	4,7	9,2	8,2

(b)

Maladies	Niveau d'instr.		Lieu de résid.		Sexe	
	CE2	CM1	Rural	Urbain	Hom.	Fem.
paludisme	50,1	52	59,9	50,4	49,2	55,1
peau	16,8	16,6	25	11,6	17,4	14,1
rougeole	4,5	4,5	6,8	2,4	4,5	4,5
bilharziose	34,4	33,5	40,5	22,3	38,2	20,1
vers	36,6	23,1	34	24,5	24,9	25,5
filaires	9,1	7,6	11,7	4,3	22	21,1
yeux	23,3	20,2	30,4	20,7	12,2	13,2
grippe	13,7	10,8	16,5	13,9	24,4	23,3
digestifs	25	22,5	38,5	17,2	8,6	8,6

Tableau 5 (a et b) : Taux de prévalence des maladies (a) et des symptômes (b) selon l'appartenance ethnique (en %).

(a)

Maladies	Groupes ethniques				
	Massa	Toupouri	Mousgoum	Peul	Mousseye
paludisme	45,8	43,7	57,5	54,9	41,4
peau	18,1	9,5	20,2	18,9	10,3
rougeole	3,5	3,4	5,6	4,1	4,9
bilharziose	33,2	30,2	33,6	33,7	37,7
vers	28,5	15,7	30,2	22,9	15,2
filaires	11,1	5,4	9,2	8,1	3,4
yeux	25,9	13,2	26,5	17,3	18,7
grippe	10,4	6,2	15,6	18,4	4,7
digestifs	26,7	11,7	30,3	23,6	18,9

(b)

Symptômes	Groupes ethniques				
	Massa	Toupouri	Mousgoum	Peul	Mousseye
fièvre	29,6	19,1	32,9	27,1	20,9
mal de tête	66,7	48,7	69,5	55	53,8
toux	29,2	21,4	28,2	28,2	24,5
démangeaisons	19	14	26,9	18,3	19,5
mal de ventre	52,2	23,4	53	33,4	34,5
articulations	24,8	12,5	20,3	22,7	11,6
sang dans les urines	33,2	27,6	31,2	32,5	29,6
amaigrissement	23,9	16,7	24,1	32	18,5
douleurs en pissant	36,7	27,7	35,5	34	26,2
diarrhée	25,5	20,6	29,4	26,5	17
sang dans les selles	17,3	6,3	15,5	9,7	7,3
jaunisse	11,7	2,7	13,5	4,4	7,3

prévalence, élevés et parfois excessifs, sont largement supérieurs à ceux des autres groupes ou régions. Les ruraux et les hommes paraissent plus

affectés que les citadins et les femmes¹¹. Le niveau d'instruction est aussi très discriminant. Les élèves du niveau CM1 sont moins affectés que les élèves du niveau CE2 ; pour ces derniers, les taux de prévalence sont plus élevés. Cela est le résultat, d'une part, de la connaissance des maladies, ce qui permet de les éviter, car les premiers cités ont à leur programme d'enseignement des notions sur les maladies, leurs modes de transmission, leur traitement et leur prophylaxie. D'autre part, de la qualité différentielle des déclarations selon l'âge car, plus l'âge est élevé, meilleure est la connaissance. Pourtant, l'analyse de la prévalence selon l'âge des patients montre non seulement que plus l'âge augmente plus le niveau de prévalence des maladies et ou des symptômes augmente¹², mais aussi la conjonction, chez un même individu ou groupe d'individus, d'un ensemble microbien, viral et parasitaire. Ce résultat peut être confirmé par les résultats de la recherche des proximités entre maladies et/ou les symptômes faite à l'aide de l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM). Avant d'y arriver, les résultats montrent que les caractéristiques individuelles et du milieu influencent les maladies dans cette région. Le test du X^2 , au seuil de signification de 1 %, permet de dire qu'il existe une étroite relation entre toutes les variables considérées et la prévalence des maladies ou des symptômes (NGUEYAP, 1993).

Au demeurant, les caractéristiques environnementales, socio-économiques, socioculturelles et démographiques influencent la prédisposition au risque d'infection. La présence prolongée des eaux stagnantes, marécageuses (ROUPSARD, 1983), l'inégale répartition des infrastructures sanitaires et socio-économiques entre villes et campagnes et entre les unités administratives, les pratiques culturelles dont l'appartenance ethnique est le moule principal, constituent autant de variables de différenciation des états morbides en Afrique, et le Mayo Danay en offre l'éclatante illustration.

3. Détermination des proximités entre maladies, entre symptômes et entre maladies et symptômes.

L'une des hypothèses de cette étude est que plusieurs maladies ou symptômes sont interdépendants. HILDERBRANT (1985) a montré, par exemple, que la fièvre et le mal de tête apparaissent généralement

11. On peut émettre des réserves en tenant compte des rapports de masculinité et de ruralité qui sont très déséquilibrés dans notre échantillon.

12. Ce qui est apparemment contradictoire au premier résultat trouvé si on ne tient pas compte de l'effet de l'éducation, car les élèves du CE2 sont, en principe, plus jeunes que ceux du CM1 compte tenu du nombre d'années passés à l'école.

de façon concomitante. La meilleure technique qui nous permet de tester cette hypothèse est l'analyse factorielle de correspondances multiples (AFCM). Cette technique de description permet de visualiser les proximités entre les points-symptômes et les points-maladies. Les points variables terminés par 1 représentent les individus ayant été malades, les points terminés par 0 étant le contraire. L'interprétation des graphiques consiste à relever les dissemblances et ressemblances ; un point-symptôme, par exemple, est d'autant plus lié à un autre qu'ils sont proches l'un de l'autre. Inversement, un point-symptôme éloigné des autres présente un profil différent. Les points-symptômes situés à la périphérie du graphique sont considérés comme des symptômes marginaux dans la population, tandis que ceux situés au centre du plan factoriel seront considérés comme des "symptômes sans surprise", très courants dans la population.

Les plans factoriels présentent d'un côté le regroupement ou la différenciation des symptômes du paludisme, de la bilharziose, des maladies de la digestion. Ces points-symptômes sont fortement corrélés au point-maladie sur le troisième plan considéré. Les groupes de maladie qui se dégagent sont : la bilharziose, le paludisme, les maladies de la digestion et la filariose. On en conclut que, généralement dans cette région, les malades ne souffrent pas d'une seule maladie, mais de plusieurs à la fois.

La situation morbide est une véritable préoccupation. Avant d'aborder les actions à entreprendre, voyons quels sont les attitudes et les comportements face aux maladies et aux symptômes.

III - TRAITEMENT DES MALADIES ET DES SYMPTÔMES

Comment se soignent les personnes malades en cas de maladie ? Telle est l'interrogation principale de ce paragraphe. On sait que la thérapie est influencée non seulement par la maladie ou sa gravité mais aussi par les caractéristiques individuelles et par la perception que les différentes communautés ont de la maladie. UCHE (1988) a montré que le type de recours thérapeutique dépend tout aussi bien de la connaissance de la maladie que du système de valeurs traditionnelles qui peuvent, parfois, être opposées à la médecine moderne ou occidentale.

1. Perception des maladies et des symptômes

La fiche médicale de la région était bien établie par les responsables communautaires. Le cas est particulièrement intéressant pour la bilharziose. L'existence du mot schistosomiase dans les langues locales montre à quel point cette maladie est connue des populations, en particulier son principal symptôme, le "sang dans les urines" (Tchile Nange Group, 1991 ; SALANAVE, 1991 ; NGUEYAP, 1993).

Par contre, les modes de transmission et les moyens de lutte ne sont pas toujours bien connus et compris par la population. Généralement, l'étiologie traditionnelle distingue en Afrique les maladies naturelles qui sont celles causées par les germes, les maladies surnaturelles qui proviennent des dieux, des esprits ou de la magie, les maladies mixtes qui sont à la fois interprétées comme étant naturelles et surnaturelles (UCHE, 1988 ; AKOTO, 1993). Le paludisme ou fièvre, les maladies de la digestion ou du "péril fécal", les maladies des yeux sont classées parmi les maladies dites naturelles. La rougeole, la diarrhée, les maux de tête, et le mal d'estomac sont d'origine mixte tandis que la folie, les convulsions, la paralysie, la pneumonie sont souvent considérées comme des maladies surnaturelles. Selon cette classification des maladies, la plupart des maladies ou des symptômes de notre échantillon sont mixtes ou naturels ; étiologie qui influence beaucoup les attitudes et les comportements des populations face aux problèmes de santé.

2. Le traitement des maladies¹³

Le tableau 6 (a et b), montre que généralement les malades se soignent très peu. Une distinction nette peut être faite entre deux groupes de maladies ou des symptômes. D'un côté les maladies ou les symptômes dont la prévalence de traitement est supérieur à 50 % ; dans ce premier groupe on rangera la jaunisse, le mal de tête et la fièvre pour les symptômes ; la rougeole, le paludisme et les problèmes des yeux pour les maladies. L'autre groupe, plus important, est celui des maladies ou des symptômes peu traités. Cela montre bien que la gravité du mal, notamment sa létalité incite beaucoup au traitement ; la prévalence du traitement de la rougeole et du paludisme corrobore suffisamment ce propos.

Tableau 6 (a et b) : Traitement des symptômes (a) et des maladies (b) en %.

(a)

Maladies	Effectifs			Taux de traitement (en %)
	Total	Mal. soig.	ND	
paludisme	4147	2673	92	65,9
peau	1329	630	20	48,1
rougeole	362	252	9	71,4
bilharziose	2719	875	84	33,2
vers	1977	710	53	36,9
filaires	663	198	23	30,9
yeux	1730	1067	34	62,9
grippe	974	327	22	34,3
digestifs	1887	680	54	37,1

13. Se soigner ou se traiter signifient la prise d'un médicament quelconque prescrit ou non, adéquat ou non pendant la maladie.

(b)

Symptômes	Effectifs			Taux de traitement (en %)
	Total	Mal. soig.	ND	
fièvre	2230	1146	42	52,4
mal de tête	4984	3066	93	62,7
toux	2180	871	48	40,9
démangeaisons	1664	684	46	42,3
mal de ventre	3374	1616	73	49
articulations	1561	462	51	30,6
sang dans les urines	2541	771	68	31,1
amaigrissement	1892	393	94	21,9
douleurs et pissant	2716	755	85	28,7
diarrhée	2073	969	44	47,8
sang dans les selles	989	307	41	32,4
jaunisse	704	443	25	65,2

La faible létalité de la schistosomiase expliquerait aussi sa situation, mais on ne peut oublier que les populations de la région la classent comme une maladie surnaturelle¹⁴. Cette létalité et ces croyances étiologiques influencent aussi les types de soins appliqués en cas de maladie, comme nous le verrons dans le paragraphe qui suit.

3. Les types de recours thérapeutiques

Pendant l'enquête, des questions ont été posées sur le traitement et les lieux de prescription de traitement des symptômes et maladies répertoriés. Les lieux de traitements possibles, à savoir : le guérisseur traditionnel, la case santé, le dispensaire et l'hôpital étaient soigneusement distingués. Cette partie est consacrée aux types de soins reçus. Il ne s'agit pas de type de médicaments appliqués, mais d'une nomenclature faite des soins modernes (case santé¹⁵, dispensaire, hôpital), des soins traditionnels (guérisseur) et des soins mixtes (traitement à la maison ou automédication parfois composée des médicaments traditionnels et modernes que les patients prennent simultanément ou les uns à la suite des autres). Le tableau 7 (a et b) permet de distinguer trois types de recours thérapeutiques en fonction du taux de fréquentation des malades¹⁶ : l'automédication, le traitement au dispensaire et à l'hôpital, la case santé et le guérisseur traditionnel.

Parmi les malades qui se soignent, plus de la moitié pratique le traitement à la maison ou l'automédication. Ceci confirme le fait que ce

14. Son principal symptôme, "le sang dans les urines", est appelé ici urines du soleil. En réalité les urines sont plus foncées et la transmission de la maladie plus importante en saison sèche. Les populations pensent pour cela que cette maladie serait liée aux saisons (Tchile Nange Group, 1991).

15. Case santé signifie case de santé.

16. Il s'agit du pourcentage des malades traités qui ont recours à ce type de traitement.

genre de traitement a toujours été pratiqué en Afrique. "Les adultes connaissent en général des plantes qu'il faut mâcher, piler, mélanger à de l'eau puis boire ou appliquer à des parties douloureuses du corps... Avec la médecine occidentale, sont apparus les boutiques et les colporteurs de médicaments... Dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara, les boutiques de médicaments sont bien plus nombreuses que les pharmacies agréées" (UCHE, 1988).

Les dispensaires et les hôpitaux sont des structures assez bien fréquentées, après l'automédication. Il faut cependant noter sur les tableaux évoqués leurs faibles taux de fréquentation, parfois le tiers de ceux de l'automédication. Même si ces taux varient en fonction des maladies ou des symptômes, ils sont faibles, et davantage pour la jaunisse et la schistosomiase qui sont des maladies surnaturelles ¹⁷.

Tableau 7 (a et b) : Types de recours thérapeutiques selon les symptômes (a) et les maladies (b).

(a)

Symptômes	Taux de soins					Effectif
	maison	guérisseur	case santé	dispensaire	hôpital	
fièvre	68,5	3,1	3,8	14,8	9,7	1146 (100)
mal de tête	65	2	7,8	15,4	9,8	3066 (100)
toux	65,7	5,3	4,6	13,5	10,9	871 (100)
démangeaisons	56,8	8,4	1,8	13	20	684 (100)
mal au ventre	61,9	4,4	5,2	16,5	12	1616 (100)
articulations	45,9	13,3	2,5	12,7	25,6	462 (100)
sang dans les urines	49,8	13	2,1	16,3	18,8	771 (100)
amaigrissement	73,2	11,1	1,4	12,7	16,2	393 (100)
douleurs en pissant	52,2	11,2	1,9	16,2	18,5	755 (100)
diarrhée	59,1	3,5	7	13,9	16,5	969 (100)
sang dans les selles	53	4,6	3,3	17,5	21,5	307 (100)
jaunisse	62,2	24,9	0,7	4,6	7,6	443 (100)

(b)

Maladies	Taux de soins					Effectif
	maison	guérisseur	case santé	dispensaire	hôpital	
paludisme	55,9	1,9	8,6	19,9	13,7	2673 (100)
peau	58,1	7,1	3,1	11	20,8	630 (100)
rougeole	60,2	14,9	0,8	11,2	12,9	252 (100)
bilharziose	49,8	11,8	4,2	15,3	18,8	875 (100)
vers	49,4	8,1	1,3	20,1	21,1	710 (100)
filaires	63	5,2	0,5	10,9	20,3	198 (100)
yeux	59,9	2,3	7,8	19,6	10,5	1067 (100)
grippe	67,8	2,5	5,1	12	12,7	327 (100)
troubles digestifs	62,9	7,1	2,4	13,1	14,5	680 (100)

17. La jaunisse ou hépatite virale B est une maladie dont une rumeur insistante au Cameroun indique qu'elle ne peut se soigner dans les structures de soins occidentaux et que les malades qui y vont précipitent plutôt leur mort par les piqûres et autres médicaments.

La case santé et le guérisseur traditionnel sont des structures de soins abandonnées par les patients. Cela tient, d'une part, au mauvais équipement et fonctionnement de la première qui est pourtant la clé de voûte des soins de santé primaires. Et, d'autre part, au recul de la médecine traditionnelle, car partout où l'on dispose des statistiques récentes, le constat est presque unanime : on préfère la médecine scientifique pour la plupart des maladies ; même si pour la bilharziose et la jaunisse, maladies naturelles, les taux de fréquentation des malades y sont plus élevés.

Le tableau 8 (a et b) montre, pour le cas spécifique du paludisme et de la bilharziose, les variations différentielles de la fréquentation des structures de soins selon les variables culturelles (ethnie), démographiques (âge, sexe), socio-économiques (niveau d'instruction, lieu de résidence). L'influence culturelle est particulièrement forte pour le recours aux soins modernes ; nous y reviendrons au chapitre suivant par une analyse de dépendance.

Tableau 8 (a et b) : Types de thérapie de la bilharziose (a) et du paludisme (b) selon les caractéristiques des enquêtés en pourcentage.

(a)

Caratéristiques	maison	guérisseur	case santé	dispensaire	hôpital	Effectif
SEXE						
Hommes	50,4	12,3	3,9	13,5	17,5	675
Femmes	44,7	7,8	1,4	19,1	24,8	141
LIEU DE RESIDENCE						
Rural	49,2	11,8	4,4	15,5	16,6	811
Urbain	42,2	7,8	0	7,8	40,6	64
ARRONDISSEMENTS						
Maga	59,9	8,6	3,4	6,8	20,5	117
Yagoua	45,3	9,2	0,9	13,3	31	316
Karhay	49	14	7,1	17,4	0,7	392
Guéré	42	14	2	26	10	50
NIVEAU D'INSTRUCTION						
CE2	48,3	13,6	1,3	12,5	20,8	447
CM2	49,1	9,3	7	17,5	15,9	428
ETHNIE						
Massa	56,3	7,9	3,2	7,9	23,8	126
Toupouri	46,2	14,3	9,4	17,8	7,3	286
Mousgoum	11,6	11	0,1	11,3	28,4	310
Peul	13,2	13,2	0,9	16	12,3	106
Mousseye	4,3	4,3	2,1	38,3	17	47
GROUPES D'AGE						
9-10	52,4	13,78	2,2	10	18,1	271
11-12	47,1	12,1	3,2	17,5	18,1	348
13-14	40,5	9,7	8,1	20	20,5	185
15-16	60	5,7	11,4	8,6	14,3	35

(b)

Caractéristiques	maison	guérisseur	case santé	dispensaire	hôpital	Effectif
SEXE						
Hommes	58,4	2,1	7,7	19,9	10,4	1788
Femmes	49,7	1,8	8,4	19,2	20,3	728
LIEU DE RESIDENCE						
Rural	55,4	2,1	9,4	20,9	10,9	2350
Urbain	53,9	0,6	1,2	10,8	32,8	323
ARRONDISSEMENTS						
Maga	62,2	3,1	5,7	14,7	10,2	423
Yagoua	57,9	1,1	2	19,7	18,2	997
Karhay	48,4	2,4	16,4	19,3	12,3	1098
Guéré	57,1	0,6	1,3	36,4	1,9	154
NIVEAU D'INSTRUCTION						
CE2	55,7	1,8	7,3	21	13	1375
CM2	54,7	2	9,7	18,3	14,2	1298
ETHNIE						
Massa	66,2	2,9	5,6	14,6	10,4	444
Toupouri	50,2	2,7	18,4	19,1	18	664
Mousgoum	57,4	1,1	0,9	21,8	17,6	1012
Peul	45,6	1,8	13,4	19,6	18,9	434
Mousseye	58,8	0,8	10,1	23,5	3,4	119
GROUPES D'AGE						
9-10	57,3	2,3	6,1	21,4	1,3	879
11-12	53,8	1,8	8,1	19,8	15,4	1139
13-14	50,4	1,4	12,2	20	14,7	490
15-16	51,3	3,8	20,5	9	15,4	78

IV - ESSAI DE CARACTÉRISATION DES MALADIES ET PREDICTION DES RECOURS THERAPEUTIQUES

La maladie n'est pas, en effet, cette absence de bien-être physique et mental, mais un fait social d'une grande richesse qui ne peut être appréhendé que replacé dans son contexte. Les caractéristiques individuelles, sanitaires et environnementales expliquent une situation sanitaire médiocre observée ici. Il est des déterminants de la maladie bien connus en Afrique dont l'eau et le personnel sanitaire ne sont pas des moindres.

1. Problème d'eau et de personnel sanitaire

Les responsables communautaires ont classé de 1 à 7, d'une part, les modes de ravitaillement en eau les plus utilisés dans leur village et, d'autre part, les structures de soins, modernes ou traditionnels, les plus proches du village : 1 représente le mode le plus utilisé tandis que 7 est la modalité la moins présente. Les tableaux 9 et 10 donnent les résultats obtenus.

Tableau 9 : Pourcentage des maîtres suivant l'effectif du personnel médical dans leur village.

Effectif du Personnel	Pourcentage des maîtres			
	guérisseur	case santé	dispensaire	hôpital
0	11	35	22	40
1	11	13	7	10
2	17	12	17	4
3	16	8	16	15
4	15	12	8	5
5	10	6	8	9
6	9	4	6	3
7	3	1	4	6
8	3	5	5	4
9	6	2	1	1
10	0	1	0	0
11	0	1	2	0
12	1	0	2	1
13	1	0	1	1
14	0	0	1	1
TOTAL	100 (502)	100 (502)	100 (502)	100

Tableau 10 : Classement des modes de ravitaillement en eau dans les villages par les maîtres (à chaque rang correspond un pourcentage des maîtres).

Rang	Modes de ravitaillement						
	robinet	sources	marigots	puits	bornes f.	ruisseaux	lac
1	0	0	8	73	8	7	3
2	6	2	42	16	15	14	8
3	5	1	30	9	7	24	15
4	3	13	11	2	9	20	21
5	7	22	5	0	16	7	16
6	17	10	00	0	14	7	9
7	25	18	0	0	4	1	8
nsp	37	34	4	0	27	20	20
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100
eff	502	502	502	502	502	502	502

Si les pouvoirs publics et privés ont beaucoup à leur actif dans ces domaines d'eau et de personnel médical, il convient de ne pas dissimuler les carences dont le département du Mayo Danay est une parfaite illustration. La rareté de l'eau courante, bornes fontaines, robinets ou sources, est remarquable. Les modes de ravitaillement en eau les plus utilisés sont les marigots, les ruisseaux, les puits, les lacs dont la qualité douteuse de leur eau est désormais légendaire. D'heureuses exceptions existent, c'est le cas des puits, mais une frange importante de la population se ravitaille en eau dans les mares !

L'accessibilité est l'un des facteurs qui conditionnent le recours aux soins. Ici nous prendrons en compte la distance par rapport à la structure de soins. On observe d'emblée des disparités dans l'accessibilité aux structures de soins. Le personnel médical est limité quel que soit le type de soins ; les structures de soins traditionnels ou les guérisseurs restent prépondérants. Il n'est pas de village qui n'ait pas son guérisseur. Les soins modernes, par contre, sont peu développés. La case de santé tout comme l'hôpital sont rares, contrairement aux dispensaires qui sont relativement plus nombreux. Les efforts pour cette région ne privilégient pas la case de santé qui est le gage d'une participation communautaire à la lutte et à la prévention des maladies ; maladies dont nous allons à présent regarder le comportement face aux infrastructures sanitaires et aux modes d'approvisionnement en eau.

2. Essai de caractérisation des maladies

Les caractéristiques individuelles sont matérialisées par les points de 3 premières lettres de la modalité de chaque variable. Les points-maladies sont aussi les 3 premières lettres de la maladie en question terminés par 1 ou 0 selon que l'individu a eu ou non cette maladie. Le graphique 1 montre que les caractéristiques individuelles n'influencent pas énormément les maladies. Il convient cependant de noter des proximités entre les points-variables représentant, d'une part, le paludisme, la rougeole et la bilharziose et, d'autre part, le milieu rural et le sexe masculin. On peut penser que ces maladies sont plus présentes parmi les hommes, surtout ruraux. Il y a surtout une absence de différenciation nette du fait de la localisation de la presque totalité des points-variables au centre du plan factoriel. Qu'en est-il des variables communautaires ?

Les variables communautaires, le lieu d'approvisionnement en eau et le personnel médical existant dans le village, sont représentées, sur le plan factoriel, par 3 lettres et se terminent par 0 s'il y a absence de cette structure (ou du moins le personnel) dans le village ; par 1 s'il existe de 1 à 5 agents exerçant dans cette structure au village, et par 25 pour plus de 5 agents. Les modes de ravitaillement en eau les plus utilisés se terminent par 1 et par 0 selon qu'ils sont les plus courants ou non dans le village. Les maladies¹⁸, matérialisées par les 3 premières lettres, se terminent soit par 0, 1 ou 3 selon que le village est moins touché, à risque élevé ou très élevé respectivement de maladie. La réflexion est faite dans ce cas au niveau communautaire. Ceci dit, regardons les graphiques.

L'absence quasi-totale des sources modernes de ravitaillement en eau et l'insuffisance du personnel médical sont remarquables. Le graphique 1 présente trois profils-types : des fortes prévalences de maladie, des niveaux de prévalence moyens ou élevés et de faibles niveaux de prévalence.

18. Nous avons calculé la prévalence de chaque maladie par village, et avons effectué les regroupements nécessaires selon le niveau de prévalence de la maladie et la moyenne régionale.

d'instruction toutes les autres variables sont discriminantes (NGUEYAP, 1993). Mais dans la perspective d'une proposition des éléments d'une stratégie de lutte contre les maladies et d'un programme de santé, il convient d'en extraire un minimum de variables à influencer. Cela justifie amplement une analyse multivariée.

Malgré les spécificités des maladies abordées, les variables communautaires, plus que les caractéristiques individuelles, favorisent le recours au traitement moderne des maladies²¹. Il n'y a plus de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le traitement dans les structures de soins modernes. Par ailleurs, la présence dans le village des tradi-praticiens, des agents médicaux exerçant à la case santé n'influencent pas le traitement de ces maladies dans les structures de soins modernes.

Il faut remarquer qu'entre les ruraux et les citadins il n'y a pas de différence en ce qui concerne le traitement du paludisme ou de la bilharziose. Ce résultat était déjà observé au niveau de l'analyse bivariée et nous l'avons maintenue dans cette analyse pour essayer de voir quelle signification elle aurait en présence d'autres variables. Le niveau d'instruction des élèves n'est pas ici un facteur déterminant des recours thérapeutiques. Cela tient au fait que, généralement en matière de soins de santé pour les adolescents, ce sont les parents qui décident ; mais aussi du fait que dans notre échantillon, la différence de niveau d'instruction entre les élèves du niveau CE1 et du niveau CM1 n'est que de deux années ; tous ces élèves sont au cycle primaire. Pourtant, d'après une étude ivoirienne, "l'instruction semble augmenter les possibilités de choix, renforçant tout à la fois la confiance faite aux deux types de médecine" (UCHE, op cit, p. 94). Dans ce cas, on peut penser que deux années d'études supplémentaires, au niveau primaire, n'influencent pas le traitement des maladies dans les structures de soins modernes. Remarquons que cette absence de signification peut s'expliquer par l'âge des patients, adolescents encore sous l'influence des parents. La médecine traditionnelle et la case santé n'influencent pas elles non plus le recours au traitement en cas de maladie. La population rejette ces structures de soins, nous l'avons déjà vu et expliqué. Disons simplement, pour ne pas nous répéter, que la case santé, qui est pourtant un pilier des soins de santé primaires, doit être améliorée de façon à fournir aux populations les services acceptés et adéquats.

Les variables significatives

Au seuil de signification de 1 %, le test de STUDENT nous permet de conclure qu'entre le nombre de personnel médical exerçant à l'hôpital

21. Voir l'influence de la qualité et de la quantité du personnel médical approchées dans ce cas par le personnel hospitalier.

(nbrhopit), l'âge, l'appartenance à l'arrondissement de Maga et le traitement des maladies dans les services de santé modernes, il y a une liaison très étroite. Le personnel médical des hôpitaux est un facteur déterminant du recours aux soins dans les services de santé. En d'autres termes, un agent de santé supplémentaire, exerçant dans un hôpital, augmente de 20 % la chance de ne pas pratiquer l'automédication mais plutôt de recourir aux soins modernes. Au demeurant, la présence d'un hôpital près du village, c'est-à-dire une structure de soins avec un minimum d'équipement et de personnel suffisamment qualifié, est un facteur essentiel du recours aux soins médicaux adéquats.

En ce qui concerne l'âge, plus on avance en âge, plus la chance de recourir aux soins modernes augmente. On peut penser que cette variable qui fait disparaître dans le modèle la relation entre le niveau d'instruction et le traitement car, d'une part, plus l'âge augmente, plus le niveau d'instruction des élèves est susceptible d'augmenter, *ceteris paribus*, du moins dans notre échantillon et, d'autre part, plus l'âge augmente, plus la tutelle des parents, qui pratiquent pour leurs enfants l'automédication, est moins forte.

L'arrondissement de Maga est très différent des autres arrondissements en matière de recours thérapeutiques. Le seul fait pour les malades de vivre dans cette localité augmente de 80 % au moins la chance de ne pas recourir à l'automédication. Ce résultat illustre bien les nombreux efforts fournis par le projet SEMRY pour doter la région des structures de soins modernes. Tel que les résultats le montrent, il a un avantage sur le milieu urbain (Yagoua) qui n'a aucune influence sur le traitement des maladies. Ceci réaffirme l'assertion selon laquelle la présence des structures de soins équipées est un facteur essentiel du traitement des maladies, même si ces dernières présentent des spécificités.

Les spécificités du traitement du paludisme

Le traitement du paludisme est aussi influencé par les variables telles que l'appartenance ethnique, la localité de résidence et le nombre d'agents exerçant dans un dispensaire. Le test de STUDENT au seuil fixé permet de rejeter l'hypothèse nulle pour ces variables. Le fait d'appartenir aux ethnies toupouri et peul augmente la chance de se soigner dans les services de santé par rapport à l'ethnie mousgoum. L'incidence de ces variables est très forte ; les risques relatifs sont très élevés, nous l'avons observé. Ce qui n'est pas toujours le cas pour le traitement de la bilharziose.

Les spécificités du traitement de la bilharziose

De nombreuses variables introduites dans le modèle ont peu

d'influence sur ce traitement. Le test de STUDENT au seuil de 5 %, permet de rejeter l'hypothèse nulle pour la variable ethnie 5 (mousseye) seulement, si nous excluons les variables déjà retenues à la section précédente. Re-marquons que, pour les populations, cette maladie est d'origine surnaturelle. C'est ce qui expliquerait le peu d'influence des caractéristiques individuelles sur son traitement. Seuls les Mousseye ont ici un comportement différent. Ils ont 70% de chance de moins que les Mougoum, ethnie de référence, de recourir aux soins modernes en cas de bilharziose. S'agit-il des croyances ou de l'influence de la proximité des structures de soins ? Nous ne disposons pas d'informations suffisantes pour tirer une conclusion à ce sujet.

Pour conclure cette partie, on peut dire que de toutes les variables introduites dans le modèle, seules celles relatives au lieu de résidence et au niveau d'instruction sont apparues sans effet sur le traitement des maladies, que se soit au niveau de l'analyse bivariée ou multivariée. Les autres variables, par contre, très significatives dans l'analyse logistique simple, ont vu leur influence sur le recours au traitement moderne disparaître dans le cadre de l'analyse multivariée. Entrent dans cette catégorie le nombre d'agents de santé (case santé) et de tradi-praticiens, l'appartenance à certaines ethnies. Les variables les plus influentes sur le traitement des maladies sont le nombre de personnel de santé exerçant à l'hôpital, l'âge et le fait d'habiter l'arrondissement de Maga.

Ces résultats montrent qu'à l'état actuel, *ceteris paribus*, si l'on veut que les malades du département du Mayo Danay se dirigent de plus en plus vers les structures de soins modernes, il faut augmenter les structures de soins équipées, mais surtout le personnel médical qualifié. En effet, le médecin d'origine roumaine de l'hôpital adventiste de Batouri, qui a exercé pendant six années à l'hôpital adventiste de Yagoua, nous a affirmé que la fréquentation de sa structure sanitaire par les populations, lors de son séjour dans cette zone, fluctuait en fonction de sa présence ou non dans la ville de Yagoua. Il nous rappelait alors que les patients savaient, pendant qu'il prenait ses vacances, que le "docteur" était absent, et ils ne venaient pas à l'hôpital. Cette anecdote confirme le rôle déterminant de la présence d'un personnel médical qualifié sur la fréquentation des structures de soins de santé.

CONCLUSION

Basée sur les données de l'enquête sur la schistosomiase au Cameroun, réalisée par l'IFORD et l'OCEAC en 1991, cette étude a permis de mettre en relief les spécificités des maladies et des recours thérapeutiques dans la région du Mayo Danay. Les maladies infectieuses et parasitaires sont les plus importantes et les plus courantes. La prévalence de ces maladies ou de leurs symptômes varie en fonction des caractéristiques individuelles, sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles abordées. Les maladies sont très peu traitées, et ceux des malades qui ont recours à un traitement pratiquent, pour plus de la moitié, l'automédication, tandis qu'une infime partie seulement se dirige vers les dispensaires et les hôpitaux. Le guérisseur traditionnel et la case santé sont peu fréquentés par les malades. Les fortes prévalences de maladie sont étroitement liées aux conditions hygiéniques, sanitaires et d'approvisionnement en eau, qui sont ici précaires et difficiles. Abordant enfin l'explication du traitement des maladies (paludisme et schistosomiase), l'importance, la qualité et la proximité du personnel médical, approximées par l'hôpital, sont apparus comme des facteurs fondamentaux de recours aux soins modernes en cas de maladie.

Cette étude suscite quelques réflexions. Disons plutôt, en citant AKOTO, que si "l'on vit dans un environnement insalubre, si l'on connaît la malnutrition, si l'on ne peut fréquenter les hôpitaux et si l'on ne s'enferme pas dans sa tradition, c'est souvent à cause de la pauvreté. Nous pensons ainsi que tout programme sanitaire ne peut pas se concevoir et se réaliser indépendamment des conditions de vie des populations" (AKOTO, 1985). Pour éviter que les soins de santé ne soient plus contestés par la population (l'exemple de la case santé), l'on doit développer une politique sanitaire basée sur "la participation communautaire à la lutte et au contrôle des maladies" (TDR/SER, 1992). Ce rôle accru de la communauté villageoise devrait s'articuler autour des points suivants :

- L'urgence d'entreprendre une action curative en profondeur dans les villages les plus touchés par les maladies ;
- l'équipement des villages en sources de ravitaillement en eau potable ;
- les populations peuvent servir de "sentinelle de surveillance", elles connaissent d'ailleurs assez bien leurs maladies les plus importantes ;
- la désaffection pour la case santé ne doit pas être cause de désespoir, mais plutôt un sujet de préoccupation. Pour être fréquentée par les malades, elle doit être non seulement accessible, mais aussi équipée en personnel et en médicaments ;

- Les associations de développement, aujourd'hui courantes dans chaque village, chaque arrondissement, chaque département du Cameroun, doivent prendre en charge la gestion, l'équipement des cases santé ou, du moins, développer un aspect sanitaire dans leurs projets de développement socio-économique et culturel ;
- l'éducation sanitaire est indispensable ; les paysans doivent connaître les causes des maladies les plus courantes, leurs modes de transmission, leurs vecteurs et les moyens de lutte contre ces maladies souvent évitables !

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

AABY P., 1989 - *La promiscuité, un facteur déterminant de la mortalité par rougeole*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M. (eds), Mortalité et société en Afrique, PUF, Paris, pp 295-324.

AKOTO ELIWO M., 1985 - *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques, causes et déterminants* ; Département de Démographie, Louvain, Ciaco Editeur, 273 p.

AKOTO ELIWO M., 1993 - *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire* ; Département de Démographie UCL, Louvain-la-Neuve, Academica.

AKOTO ELIWO M., HILL A., 1988 - *Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants*. TABUTIN D. ; Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara ; Harmattan, Paris, pp 309-334.

AKOTO ELIWO M., TABUTIN D., 1989 - *Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M. (eds), Mortalité et société en Afrique, PUF, Paris.

BEAUVILAIN A., 1983a - *Un élevage résiduel : les taurins du Nord-Cameroun*. Revue de géographie du Cameroun, vol 4, n° 1, Yaoundé, pp 39-44.

BEAUVILAIN A., 1983b - *Evolution démographique et faits migratoires dans les cantons Guisseye, Mousseye et Bougoudoum*. Revue de géographie du Cameroun, vol. 4, n° 1, Yaoundé, pp 45-53.

DACKAM NGATCHOU R., 1988 - *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique tropicale* ; Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris 1, 449 p + annexes.

FARGUES P., 1988 - *La transition démographique africaine, bilan depuis 1950 et perspectives*. TABUTIN D. ; Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara ; Harmattan, Paris, pp 73-110.

FARGUES P., NASSOUR O., 1989 - *Les variations saisonnières de la mortalité en ville : le cas de Bamako de 1974 à 1985*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 99-120.

GAIGBE TOGBE V., 1988 - *Saisonnalités et causes de décès infantiles à Yaoundé*. Les Annales de l'IFORD, Iford, Yaoundé, pp 97-126, vol 12, n° 2.

GARINE I. (de), 1981 - *Contribution à l'histoire de Mayo Danay (Massa, Toupouri, Mousseye et mousgoum)*. Contribution de la recherche ethnologique à l'histoire des civilisations ; CNRS, Paris, vol 1, pp 171-186.

GINNEKEN J.-V., TEUNISSEN A., 1989 - *La morbidité et la mortalité par diarrhée*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 169-194.

HILDERBRAND K., HILL A.-G., RANDALL S., Van den EERENBEEFT, 1985 - *Mortalité des enfants et soins qui leur sont accordés en milieu rural au Mali*. HILL A., JEMAL Y., THIAM A.; Population, santé et nutrition au Sahel ; LSHTM, London, pp 161-194.

HILDERBRAND K., 1985 - *Composantes et contraintes saisonnières chez les peuls du Séno-mango dans le Mali central*. HILL A., JEMAL Y., THIAM A., Population, santé et nutrition au Sahel ; LSHTM, London, pp 273-310.

HILL A.-G., JEMAL Y., THIAM A., *Population, santé et nutrition au Sahel* ; LSHTM, London, 430 p.

KASEJE D., 1989 - *Le paludisme : prévention, traitement et influence sur la mortalité : le cas du Kenya*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 195-220.

KEUZETA J.J. et al., 1988 - *Morbidité et mortalité infantiles par maladies diarrhéiques en Afrique Centrale*. Annales de l'IFORD, vol 12, n° 1, pp 69-88.

LENGELER C., 1989 - *Individual and community diagnosis of urinary schistosomiasis and their relevance for disease control ; a study in an endemic area of southern Tanzania* ; BSBS, Basel, 200 p.

LENGELER C., SALA-DIAKANDA D. M., TANNER M., 1992 - *Using questionnaire through an existing administrative system : A new approach to health interviews surveys*. Health Policy and Planning, A journal of Health development, Oxford University Press, vol. 7, n° 1 : 10-21.

Van LERBERGHE W., PANGU K. A., 1988 - *Les politiques de santé et de nutrition*. TABUTIN D. ; Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara ; Harmattan, Paris, pp 355-368.

LOCOH T., GBENYON K., 1989 - *Les différences de mortalité entre garçons et filles*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 221-244.

MBACKE C., Van de WALLE E., 1989 - *Les facteurs socio-économiques et l'influence de la fréquentation des services de santé*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 67-84.

MATA L., 1985 - *La lutte contre les maladies diarrhéiques, le cas du Costa Rica*. VALLIN J. ; LOPEZ P. ; La lutte contre la mort ; PUF, Paris, pp 53-76.

MOLINEAUX L., 1985 - *La lutte contre les maladies parasitaires : le problème du paludisme, notamment en Afrique*. VALLIN J. ; LOPEZ P. ; La lutte contre la mort ; PUF, Paris, pp 11-40

MOSLEY H., 1985 - *Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques*. VALLIN J. ; LOPEZ P. ; La lutte contre la mort ; PUF, Paris, pp 105-136.

NGUEYAP F., 1993 - *Symptômes, maladies et recours thérapeutiques : un essai de diagnostic individuel et communautaire dans le département du Mayo Danay (Province de l'Extrême-Nord du Cameroun)* ; Mémoire de DED, IFORD, Yaoundé, 170 p. multigr.

NGUEYAP F., 1993 - *Essai de prédiction de recours thérapeutiques dans une région semi-rurale du Cameroun* ; IFORD, 32 p.

PISON G., 1989 - *Jumeaux : fréquence, statut social et mortalité*. PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, pp 245-270.

PISON G., Van de WALLE E., SALA-DIAKANDA M., 1989 - Mortalité et société en Afrique ; PUF, Paris, 467 p.

ROUPSARD M., 1983 - *La riziculture irriguée dans les plaines du Logone*. Revue de géographie du Cameroun ; Yaoundé.

SALANAVE B., 1991 - *Identification des communautés à haut risque de bilharziose urinaire dans le département du Mayo Danay (Extrême-Nord du Cameroun)*. Annales de l'IFORD, vol 15, 1, Yaoundé.

SALANAVE B., DESFONTAINE M., MAHOME N., DACKAM NGATCHOU R., 1993 - *Identification des communautés à haut risque de bilharziose urinaire au Cameroun* ; Les Cahiers de l'IFORD, n° 6.

WHO-TDR/SER-SUBGROUP, 1989 - *Identification of high communities for urinary schistosomiasis : a multi-country study* ; Avant-projet de recherche photocopié, Kadoma, 36 p.

TDR/SER, 1992 - Ressources paper n° 1.

THE TCHILE NANGE GROUP, 1991 - *Identification des communautés à haut risque de bilharziose urinaire : une étude multinationale, Rapport final Cameroun* ; IFORD/OCEAC, Yaoundé, 57 p. + annexes.

WALTISPERGER D., 1988 - *Les tendances et les causes de la mortalité*. TABUTIN D., Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara ; Harmattan, Paris, pp 279-308.

**CARACTERISTIQUES ET DETERMINANTS
DES COMPORTEMENTS REPRODUCTEURS
DANS UN VILLAGE DE L'EST DU CAMEROUN
(CAS DE NYABI)**

par

Richmond TIEMOKO

Le Cameroun, à l'instar de la plupart des pays africains, a un rythme de croissance élevé de sa population (2,9 % selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1987). Cette croissance est le résultat d'une mortalité en baisse bien que forte et d'une fécondité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité est de 5,8 enfants par femme¹. Selon les résultats du recensement de 1987, la fécondité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain et les ruraux constituent la majorité (62,7 %) de la population du Cameroun.

La mise en œuvre de la politique nationale de population fondée sur la "parenté responsable" nécessite une bonne connaissance des phénomènes démographiques et surtout de la fécondité. La fécondité en milieu rural revêt un intérêt particulier pour les raisons déjà évoquées. La fécondité est un phénomène démographique mais aussi et surtout un phénomène social. Ainsi donc, elle s'inscrit dans une stratégie à la fois individuelle, familiale et collective. En effet, comme le notent CANTRELLE et FERRY(1979, 317), "si la mortalité est un phénomène biologique obligatoire, la fécondité ne l'est pas exclusivement car un système de valeurs la sous-tend de toute façon". Beaucoup d'autres auteurs ont étudié ce phénomène, certains pour le décrire et d'autres pour l'expliquer. Mais concernant la province de l'Est du Cameroun, peu d'études s'y sont consacrées. Il ressort de ces études que la province de l'Est est l'une des provinces touchées par l'infécondité et où la pratique contraceptive est encore très faible. Selon COPET (1985) et HILBETH (1973), chez les Gbaya et les Maka, ethnies qui peuplent la zone, la filiation est patrilinéaire et la vie se déroule dans un contexte de domination masculine. Ces auteurs notent que la fécondité est très valorisée si bien que "la femme est prêtée à une autre famille (dans le cadre du mariage) pour remplir une certaine fonction."

Il s'agit dans cette étude de caractériser les comportements reproductifs des hommes et des femmes du village de NYABI et de rechercher les déterminants de leur fécondité.

1. Deuxième recensement général de la population et de l'habitat.

L'étude aborde trois points. Le premier concerne la méthodologie adoptée et les données utilisées. Le deuxième porte sur la présentation du village et des comportements reproducteurs de la population. Dans le troisième point est abordée la recherche des facteurs de la fécondité.

I. METHODOLOGIE ET DONNEES UTILISEES

1.1 Méthodologie

L'objectif de cette étude est de décrire et de rechercher les déterminants du comportement procréateur des habitants de Nyabi. Pour cela, nous procédons d'abord à une analyse par sexe puis à une comparaison entre les deux sous-populations. Dans la description nous avons constitué trois groupes de générations et ce pour tenir compte de l'effet du temps : La jeune génération (ou les jeunes) est l'ensemble des personnes de moins de 25 ans ; la génération des adultes qui comprend les femmes de 25 à 34 ans et les hommes de 25 à 39 ans ; la "vieille" génération constituée des femmes de 35 ans ou plus et les hommes de 40 ans ou plus. Cette division tient compte à la fois de l'écart d'âge moyen entre conjoints et de l'évolution de la fécondité selon l'âge.

Les déterminants seront recherchés parmi les variables d'identification sociale et les variables de comportement disponibles dans notre base de données. Le premier groupe de variables comprend la religion, l'ethnie, le sexe, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et la structure du ménage. En effet, nombre d'auteurs (GERARD et LORIAUX, 1989 ; EVINA AKAM, 1992 ; SALA-DIAKANDA, 1981 ; LOCOH, 1988 et 1989 ; CANTRELLE et FERRY, 1979) reconnaissent l'importance de ces variables dans la réalisation du risque de procréer. Compte tenu de la forte association entre l'ethnie et la religion dans ce village, nous utiliserons l'effet combiné de ces deux variables à travers la nouvelle variable *religion-ethnie* comme nous le verrons plus loin.

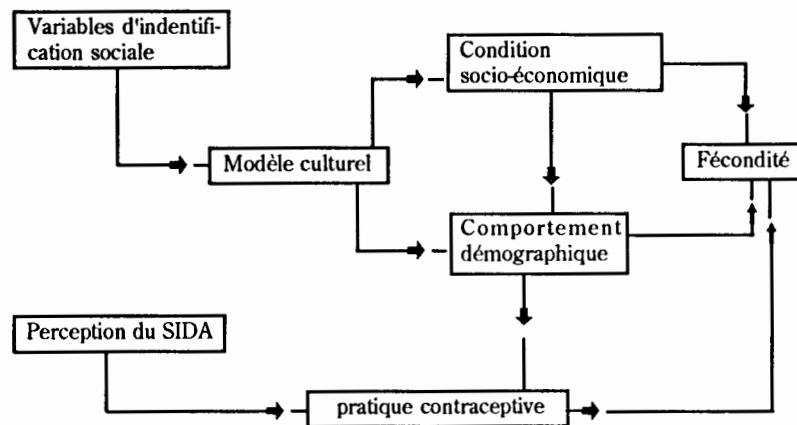
Quant aux variables comportementales ou "variables intermédiaires", selon les termes de BONGAARTS (1978), elles déterminent le risque de procréer. On retrouve dans ce groupe l'âge au premier rapport sexuel, l'âge d'entrée en union, le nombre de partenaires réguliers, la connaissance et la pratique contraceptive, *le profil matrimonial* et la migration en relation avec les centres urbains ou les pays étrangers. Signalons que cette étude s'intéresse à la fécondité, exprimée par la parité atteinte tant pour les hommes que les femmes. Ainsi l'état matrimonial en tant que caractéristique du moment ne peut à lui seul permettre une bonne approche de la fécondité réalisée, d'où le recours au parcours matrimonial ou profil

matrimonial. Cette variable renseigne sur la mobilité conjugale et le régime matrimonial puisqu'elle renferme les différentes unions contractées et les types d'unions (monogamique ou polygamique) vécus.

La recherche des facteurs repose sur les hypothèses suivantes :

- H1 : La connaissance et plus encore la pratique des méthodes contraceptives modernes restent faibles et n'ont pas d'effet sur la fécondité réalisée (hypothèse de fécondité naturelle).
- H2 : Parmi les variables retenues, le comportement matrimonial est le facteur intermédiaire et crucial de la fécondité réalisée dans ce village. Selon BONGAARTS, la durée d'allaitement est un facteur déterminant de la fécondité dans toutes les sociétés où la pratique contraceptive est faible. Mais malheureusement cette variable nous fait défaut.

Figure 1 : Schéma d'analyse de la fécondité et de la pratique de la contraception moderne.



1.2 Données utilisées

Les données de cette étude proviennent essentiellement de l'enquête sociodémographique en milieu rural camerounais réalisée de décembre 1992 à janvier 1993 par le Centre de Recherche sur les Populations Africaines et Asiatiques (CERPAA) de l'université de Paris V, en collaboration avec l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) de Yaoundé. C'est une enquête sur le SIDA qui vise la mise en évidence des facteurs de diffusion du SIDA et les attitudes à l'égard de cette maladie en milieu rural camerounais.

La collecte des données s'est faite à partir d'un questionnaire, de fiches qualitatives et d'entretiens tant individuels que de groupes. Vu l'importance des cas de SIDA dus à la transmission sexuelle (75 pour cent

selon PIOT cité par de LOENZIEN, 1992), les informations recueillies donnent une large vue sur le comportement sexuel et reproductif de la population ; ce qui nous permet de faire cette étude.

L'enquête par questionnaire à Nyabi concerne un échantillon de 272 personnes dont 148 femmes âgées de 15 à 49 ans et 124 hommes âgés de 18 à 55 ans. Il s'agit d'un sondage stratifié, autopondéré à tirage automatique par grappe ; les types de ménages étant les strates et les ménages étant les grappes.² 18 entretiens individuels et 4 focus-groups ont été réalisés dans ce village.

Que peut-on retenir de la qualité des données ?

- Au niveau des âges : les déclarations d'âge sont entachées d'erreurs. Si nous considérons l'âge exact (date de naissance donnée en mois et année), seulement 8 % des enquêtés des deux sexes ont fourni cette précision. Mais ce sont tous des hommes puisqu'aucune femme interrogée n'a donné (déclaration ou avec document officiel) la précision. L'indice de Whipple est de 1,28, 1,29 et 1,28 respectivement pour les populations masculine, féminine et totale ; cet indice varie entre 0 (aucune préférence) et 5 (tous les âges terminent par 0 ou 5). La valeur 14,84 de l'indice de Myers montre que les données sont d'une qualité assez bonne.
- Au niveau de la fécondité : les données sont acceptables bien que la mesure de parité d'un homme soit difficile. En effet, la fécondité biologique de celui-ci n'est pas toujours bien connue et il faudrait ajouter à cela l'existence probable d'une fécondité sociale (Tiémoko, 1993). La parité moyenne de 8,2 enfants pour les femmes de 45 - 49 ans et 7,82³ pour les hommes de 50 - 54 ans. Notons que les données qualitatives sont plus difficiles à évaluer.

L'ajustement des données n'est donc pas nécessaire. Cherchons à comprendre ce qui caractérise le contexte de la procréation des habitants de Nyabi.

II - CARACTERISTIQUES DU COMPORTEMENT PROCREATEUR A NYABI

Nous nous intéresserons aux caractéristiques de la population relatives à la sexualité, à la nuptialité et à la connaissance et/ou la pratique des méthodes contraceptives. Avant cela une connaissance sommaire de la zone d'étude est importante.

2. Pour plus de précision, voir Tiémoko (1993, pp. 24-25).

3. Cette parité moyenne est 9,71 si on inclut le seul homme ayant 32 naissances vivantes.

2.1 Caractéristiques essentielles du village de Nyabi

Présentation générale

Nyabi est un village de la commune de Batouri situé à 45 km de la ville Batouri. Il est situé sur l'axe Batouri - Berbérati (RCA). Village non enclavé, Nyabi bénéficie d'un certain nombre d'infrastructures (marché construit, deux mosquées et deux églises, un service assez récent d'état civil) qui rythment l'activité de la population. Toutes choses égales par ailleurs, c'est la preuve d'une importante vie religieuse ou du moins de l'importance de la religion de cette agglomération.

L'éducation n'est pas en reste dans ce village : deux bâtiments de trois classes abritent les six cours du primaire dispensés par trois instituteurs. Il existe également des cours d'enseignement coranique dispensés à domicile par trois marabouts. La disponibilité des structures pour autant que l'éducation formelle est concernée n'est pas le signe de l'adhésion de la population à l'instruction. Les conditions difficiles de travail dans cette école (deux cours par classe, manque de matériels de travail, retard ou non-rémunération des enseignants) ne sont pas de nature à encourager ou favoriser la scolarisation. Aussi, comme le font remarquer le directeur et l'instituteur communal, *"les parents (la plupart) ne trouvent pas d'intérêt pour l'école et n'hésitent pas à retirer les enfants des classes pendant les périodes de travail (à partir de janvier)"*⁴. L'existence de l'éducation coranique influence la fréquentation scolaire, tout au moins celle des enfants Foulbé. Cette situation pourrait s'aggraver si l'idée du vieux Foulbé interrogé était partagée par beaucoup de parents. En effet, notre interlocuteur soutient : *"L'école coranique est meilleure parce que lorsqu'un enfant y réussit et devient donc un grand marabout, ses parents, lui et sa famille auront le salut céleste et aussi la réussite terrestre tandis que l'éducation formelle ne garantit que le bonheur terrestre"*⁵, hypothétique avec la montée du chômage. Ces différentes conceptions et difficultés pourraient agir négativement sur l'instruction.

L'économie est dominée par le secteur primaire, notamment l'agriculture et l'élevage. L'agriculture concerne aussi bien les cultures de rentes (tabac, café et cacao) que les cultures vivrières (manioc, arachide, patate douce, maïs et banane). Le commerce demeure néanmoins l'un des secteurs clés de cette économie puisque le village dispose de trois jours de marché hebdomadaire. Il s'agit donc d'une économie essentiellement dépendante de la main-d'œuvre dont la qualification au sens de formation moderne n'est pas indispensable.

4. Entretien des informateurs privilégiés.

5. Entretien d'un Foulbé musulman de 47 ans.

Caractéristiques démographiques et socioculturelles

D'une population totale de 1.238 habitants, le village de Nyabi est un lieu où cohabitent les chrétiens (adventistes qui sont les plus nombreux, catholiques et presbytériens) et les musulmans. Ces deux religions sont si importantes dans le village que l'animisme est presque inexistant selon les enquêtés.

Nyabi est également un village d'immigration puisque, initialement peuplé de Gbaya, il comporte aujourd'hui 38 pour cent de migrants essentiellement foubés venus du Nord.

Structure par sexe et âge de la population

La structure par sexe et âge de la population est la résultante des différents phénomènes démographiques. L'importance de la composition par sexe et par âge n'est plus à démontrer car la modification de la structure est difficile à gérer (SALA-DIAKANDA, 1992).

L'exploitation des questionnaires montre que la population de Nyabi est jeune. Les enfants de moins de 10 ans représentent plus du tiers de la population (36 %) et près d'une personne sur deux a moins de 15 ans (48,9 %). Il s'ensuit qu'en moyenne les individus ont 19,9 ans et l'âge médian est 15 ans. Une telle structure reflète une fécondité et une mortalité élevées.

La répartition par sexe donne un léger avantage à la population féminine. En effet, la population masculine ne constitue que 49,1 % de la population totale.

Ce sont les implications de cette structure qu'il convient de souligner ici. Si au niveau micro (la famille) la forte proportion des jeunes n'est pas toujours ressentie comme un problème, peut-être parce que l'entrée en activité est précoce, au niveau collectif une population très jeune engendre des frais sociaux, notamment pour la santé, l'éducation et l'emploi.

Au niveau démographique, avec une structure jeune et à majorité féminine, les femmes en âge de procréer constitueront pendant longtemps encore une proportion non négligeable de la population totale et par conséquent la natalité restera encore élevée (SALA-DIAKANDA, 1992).

Scolarisation

L'instruction est un facteur important de la baisse de la fécondité comme le révèle la littérature. En effet, la scolarisation est un élément d'acculturation qui fournit donc au scolarisé d'autres valeurs. Les résultats du questionnaire ménages indiquent que seulement la moitié (50,2 %) des

personnes âgées de six ans et plus ont été à l'école formelle et 21,3 pour cent ont été à l'école coranique. Les femmes sont moins scolarisées que les hommes. Par ailleurs, le niveau d'instruction est bas puisque la plupart des scolarisés n'ont pas franchi le cours élémentaire deuxième année.

2.2 Caractéristiques du comportement reproducteur

La sexualité

L'âge au premier rapport sexuel

Le premier rapport sexuel constitue l'événement comportemental origine de la fécondité, mais le risque ne devient effectif qu'après la réalisation de l'événement origine biologique (la première menstruation pour la fille et la puberté chez l'homme). L'âge au premier rapport sexuel donne une idée du caractère précoce ou tardif de la fécondité dite naturelle.

Dans la plupart des sociétés africaines l'acte sexuel est réservé aux adultes et le début de sa pratique peut être soumis à des cérémonies (nuit nuptiale) ou au passage des rites initiatiques tels la circoncision et l'excision chez les DAN de la Côte-d'Ivoire. Dans tous les cas la sexualité a une signification dans chaque société et est liée à la maturité des individus. C'est à ce titre que le jeune de Nyabi parlant de son premier acte sexuel à ses pairs dit : *"J'ai goûté à la chose des grands"*⁶.

La sexualité est précoce à Nyabi puisque le premier rapport sexuel a lieu en moyenne avant le quinzième anniversaire chez les filles et le dix-huitième anniversaire chez les hommes. L'âge moyen au premier rapport sexuel est 14,4 ans chez les femmes et 17,8 ans chez les hommes. Le fait que 90 pour cent des femmes et des hommes interrogés ont vécu l'événement respectivement avant 18 ans et avant 20 ans, confirme encore le caractère précoce de la sexualité. Cette caractéristique du comportement sexuel reste quasi invariable selon les ethnies, la religion et même la scolarisation. On pourrait se demander si ce comportement a toujours prévalu dans ce village ou non. Pour ce faire nous analysons l'âge au premier rapport sexuel dans le temps, c'est-à-dire suivant les groupes de générations. Le tableau 1 suivant fournit l'évolution de l'âge d'entrée en sexualité.

Il ressort de ce tableau un constat général : le rajeunissement de la primosexualité pour tous les sexes. Il apparaît, cependant, des différences dans le calendrier au niveau des deux sexes.

6. Focus group de six jeunes gbaya âgés de 18 à 25 ans.

Dans la population féminine on constate, en plus du rajeunissement, un étalage de la distribution vers la droite (âge 20-22 ans) signe de l'entrée en union tardive. Alors qu'avant 20 ans la vieille génération dans sa totalité a vécu l'événement, il n'en est pas de même pour les deux autres générations. Dans ces dernières, en effet, certains membres, contrairement à la majorité, préfèrent attendre d'avoir 20 ans.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon l'âge d'entrée en sexualité et la génération.

Génération	Age au premier rapport sexuel							Total
	Sexe	<15 ans	15-17 ans	18-19 ans	20-22 ans	23-24 ans	25 et +	
Jeune* <25 ans	F	50,8	30,5	1,8	1,9	*	*	100,0
	M	36,4	48,5	7,1	2,0	*	*	100,0
25-35 ans Adulte 25-39 ans	F	55,3	38,0	2,1	4,3	0,0	0,0	100,0
	M	15,9	40,9	20,5	18,2	4,5	0,0	100,0
35 ans et + Vieille 40 ans et +	F	42,5	50,0	7,5	0,0	0,0	0,0	100,0
	M	8,6	22,9	22,9	25,7	2,8	17,1	100,0

* Tous les membres de cette génération n'ont pas encore subi l'événement.

Le rajeunissement est plus remarquable dans la population masculine. Avant 18 ans à peine, une personne sur trois de la vieille génération a accompli l'acte contre environ trois personnes sur cinq (56,8 %) et au moins quatre personnes sur cinq (87,8 %) respectivement dans les générations adulte et jeune.

Le rajeunissement de l'entrée en sexualité est-il lié au rajeunissement de la nuptialité ou a-t-il une signification sociologique ? Des analyses plus fines et éventuellement d'autres recherches pourront aider à répondre. Pour Ghislaine JULEMONT (1981), la sexualité pratiquée par les jeunes a pour finalité l'affirmation de soi et pourrait correspondre à un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte. Dans tous les cas, les implications de cette évolution de la sexualité pourraient être considérables tant sur la fécondité que sur la santé (la propagation du SIDA).

Le stock de partenaires sexuels

Le terme stock de partenaires sexuels se réfère au nombre de partenaires sexuels acquis depuis l'entrée en sexualité. Cette variable pourrait bien nous renseigner sur le "vagabondage sexuel" ou, de façon positive, sur le multipartenariat. Il est à signaler que notre échantillon comporte huit filles et deux garçons encore vierges à la date de l'enquête.

Sous réserve de l'exactitude des déclarations, les femmes connaissent très peu de partenaires sexuels durant leur vie sexuelle. Sur les 140 femmes, en effet, seulement 7 (soit 5 %) ont connu plus de deux hommes et 62 pour cent n'ont connu qu'un seul partenaire. A l'exception d'une seule femme qui a eu sept partenaires, toutes les femmes interrogées et ayant eu au moins un rapport sexuel n'ont eu au plus que trois partenaires.

La situation est différente dans la population masculine où seulement 17,2 pour cent des enquêtés ont connu au maximum trois femmes. Le phénomène du multipartenariat semble être du domaine masculin, car en moyenne les hommes ont un stock de 17 partenaires et le mode de la distribution du stock de partenaires est 10. Signalons que 22 pour cent des enquêtés déclarent ne plus se souvenir de stocks tandis que certains affirment donner un nombre minimum. C'est dire que le phénomène est important dans cette population.

Ces résultats, bien qu'imprécis à cause de la différence de la période d'exposition, suggèrent quelques interrogations. Si les femmes ont connu moins de partenaires et les hommes en ont eues beaucoup plus, alors il y a là une inadéquation entre l'offre et la demande. Deux solutions non exclusives sont envisageables : soit que les femmes, compte tenu des normes et valeurs sociales rattachées à la condition féminine, ne déclarent pas leur stock exact (pour éviter de paraître "une femme de dehors" qui signifie à Nyabi femme célibataire ou prostituée), et les hommes (par orgueil ?) surestiment leur stock ou soit la migration aide les hommes à combler la demande excédentaire.

Pour résoudre le problème de la période indéfinie évoquée plus haut nous analysons à présent le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois.

Le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois

Ce nombre renseigne sur le multipartenariat sexuel mais aussi (et peut-être surtout) sur la fidélité pour les mariés et l'abstinence sexuelle.

Sur les 140 femmes ayant eu le premier rapport sexuel 23, soit 16,4 pour cent, se sont abstenues au cours de l'année précédant l'enquête, 107 (soit 74,4 pour cent) n'ont eu qu'un seul partenaire qui est généralement le conjoint et seulement 7 ont eu au moins trois partenaires. Ce résultat confirme que le multipartenariat sexuel est très peu développé chez les femmes.

Comme il fallait s'y attendre la situation est autre chez les hommes ne serait-ce que par la polygynie. En effet, 35 pour cent des hommes enquêtés et ayant eu leur premier acte sexuel ont connu deux à cinq

partenaires sexuelles pendant les douze mois qui ont précédé l'enquête. Il y en a (4 pour cent) qui ont eu plus de six partenaires. Néanmoins l'abstinence n'est pas dans ce village une exclusivité féminine puisque 8 pour cent des hommes enquêtés l'ont pratiquée au cours de la période.

Ces résultats montrent bien que le multipartenariat sexuel est du domaine essentiellement masculin. Dans un contexte de prévalence de maladies sexuellement transmissibles et de menace du SIDA, comme celui de la province de l'Est (EVINA AKAM, 1990 ; de LOENZIEN, 1992), un tel comportement n'est pas sans influence aussi bien sur la santé que sur la fécondité.

Ce comportement n'est pas du tout une mesure des relations extraconjugales et pour qu'il en soit une il faut tenir compte de l'état matrimonial et du nombre de partenaires réguliers.

La nuptialité

La reproduction et la sexualité humaine se réalisent dans un cadre social régi par les normes et valeurs sociales. L'union, c'est-à-dire le mariage, est le cadre par excellence de la sexualité et surtout de la fécondité. En effet, J.P. OMBOLO (1990) et MOUTOME-EKAMBI (1991) montrent que la principale fonction du mariage est le contrôle de la sexualité à travers l'interdit d'inceste. Ces mêmes auteurs soulignent que "les sociétés définissent à travers le jeu du permis et de l'interdit les modalités d'une sexualité socialement approuvée". Dans une société en mutation le mariage reste-t-il le cadre de la sexualité ou y a-t-il une tendance à la dissociation de la sexualité et de la nuptialité ?

Initiation à la vie conjugale

La vie conjugale est une étape importante de la vie des individus, vu les différentes fonctions du mariage. Pour saisir l'ampleur de l'union, celle susceptible d'agir sur la fécondité, nous avons considéré le partenariat sexuel régulier. Le manuel de l'enquêteur définit le partenaire régulier d'une personne enquêtée comme tout individu avec qui elle a eu des relations sexuelles pendant au moins six mois ou qu'elle a l'intention de garder comme partenaire sexuel pendant au moins six mois. Le phénomène de partenariat régulier tel que défini est une initiation à la vie conjugale.

Le tableau 2 montre une initiation précoce des individus à la vie conjugale. Chez les hommes l'âge modal est 18 ans tandis que l'âge médian se situe à 20 ans. En moyenne les hommes de Nyabi ont une partenaire régulière à 21 ans, soit environ 4 ans après le premier rapport sexuel. De même que pour le premier rapport sexuel les femmes ont une initiation précoce à l'union par rapport aux hommes. En effet, elles ont en

moyenne leur premier partenaire régulier à 15,8 ans, soit un an environ après l'entrée en sexualité. A l'instar de la première sexualité, l'âge de possession d'un (e) partenaire régulier(ière) est-il en évolution ?

Tableau 2 : Distributions des enquêtés selon le sexe, la génération et l'âge au premier partenariat régulier.

Génération	Sexe	Age au premier partenaire régulier (ière)												Total	
		<15		15 - 17		18 - 19		20 - 22		23 - 24		25 - 29			
Jeune	F	22	41,5	24	45,3	5	9,4	0	1,9	01	1,9	00	0,0	53	100
	M	12	36,4	10	30,3	8	24	3	9,0	00	0,0	00	0,0	33	100
Adulte	F	20	42,6	19	40,4	2	4,3	6	13	00	0,0	0	0,0	47	100
	M	6	13,3	8	17,8	10	22	13	30	3	6,7	5	11	45	100
Vieille	F	15	37,5	21	52,5	3	7,5	00	0,0	00	0,0	00	0,0	40	100
	M	1	2,4	2	4,8	6	14	9	21	3	7	21	50	42	100

Ces résultats confirment le rajeunissement de l'âge au premier partenaire régulier. Sous réserve d'une qualité de déclaration indépendante de l'âge (l'hypothèse très forte), on peut dire que les jeunes générations s'initient de façon précoce aux relations sexuelles à l'union par rapport à leur aînée.

La comparaison entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge de possession du premier partenaire régulier donne les résultats suivants :

Dans la population féminine, la période du premier rapport sexuel correspond à l'âge de possession de partenaire régulier, en d'autres termes le premier rapport sexuel s'effectue en général avec le partenaire régulier ; néanmoins, environ une fille sur cinq (18,6 %) attendra plus tard pour avoir un partenaire régulier. Cette attente ne dure pas plus de deux ans, car ce dernier cas ne concerne que 4,2 % de la population féminine ; au niveau des hommes, la situation est un peu différente. Ceux-ci ont tendance à avoir une partenaire régulière un peu plus tard par rapport au début de l'activité sexuelle. Cette attente est en moyenne supérieure à deux ans. Néanmoins, ceux qui débute l'activité sexuelle plus tard, c'est-à-dire à partir de 20 ans, n'attendent plus pour avoir une partenaire régulière. C'est dire donc qu'ils entrent en union. Ces résultats conduisent à des hypothèses : plus l'activité sexuelle masculine est précoce, plus l'individu est exposé au risque de vagabondage sexuel, mais aussi plus l'individu dissocie la sexualité et la nuptialité.

Pour mieux rendre compte de la sexualité pré-nuptiale il faudra comparer l'âge au premier rapport sexuel et l'âge d'entrée en union (tableau 3).

Tableau 3 : Distribution (fréquence absolue) des enquêtés selon le sexe, l'âge au premier rapport sexuel et l'âge d'entrée en union.

Age d'entrée en 1 ^{ère} union	Sexe	Age au premier rapport sexuel						Total
		<15 ans	15-17 ans	18-19 ans	20-22 ans	23-24 ans	25 et +	
Moins de 15 ans	M	6	8	3		1		18
	F	59	2					61
15-17	M	9	11					20
	F	8	52					60
18-19	M	5	11	8				24
	F	1	3	6				10
20-22	M	2	8	4				14
	F	1	1		3			5
23-24	M	0	1	1		1		3
	F	0	1	0	0			1
25 et +	M	1	3	4	5	1	6	20
	F	0	0	1	0			1

Signalons que le tableau comporte des chiffres non nuls dans le triangle supérieur correspondant aux individus dont l'union a précédé la sexualité pour les groupes d'âges considérés. A priori une différence d'âge de deux ans (entre le premier mariage et le premier acte sexuel) paraît incroyable, mais le contexte sociodémographique permet de la comprendre. En effet, cet écart est à mettre au compte du mariage des impubères ou des erreurs de collecte (dans le cas des hommes notamment). Le mariage des impubères consiste à marier les enfants dès leur jeune âge, voire dès leur naissance, en versant la dot et en mettant à leur bras le bracelet de mariage (OMBOLO, 1990). Il s'agit surtout des filles, et lorsqu'elles atteignent l'âge nubile elles rejoignent leur époux qui peut être un jeune ou un adulte. Ainsi les deux conjoints peuvent se considérer comme mariés avant même l'acte sexuel. Comme nous le verrons plus loin, c'est là la preuve du contrôle de la reproduction.

Examinons maintenant le triangle inférieur. Les éléments de la diagonale indiquent les individus dont l'union et le premier acte sexuel se situent dans la même tranche d'âge. On pourrait dire en extrapolant qu'il s'agit des personnes qui n'ont pas connu la sexualité pré-nuptiale. L'inégalité entre l'homme et la femme se manifeste ici aussi. Car, parmi les enquêtés ayant eu leur premier rapport sexuel et la première union, au moins 4 femmes sur 5 soit 85,7 pour cent n'ont effectué l'acte sexuel que

dans l'union contre seulement 1 homme sur 4 (26,8 %). La majorité des enquêtés (62,5 %) connaît le phénomène de la sexualité préuptiale.

Structure matrimoniale

Dans la population enquêtée et âgée de 15 ans ou plus, on dénombre 20 pour cent de célibataires, 4,9 pour cent de divorcés, 3,9 pour cent de veufs, 2,2 pour cent de séparés et 69 pour cent de mariés. Les monogames représentent 43,3 pour cent de la population contre 25,7 pour cent pour les polygames.

Une analyse par sexe montre que parmi les femmes de 15 ans et plus, seulement 11,5 pour cent déclarent n'avoir jamais été en union ; 42,2 pour cent sont en union monogame et 32,7 pour cent sont en union polygame. Les hommes célibataires dans la population masculine de 18 ans et plus constituent 22 pour cent de la population tandis qu'environ un homme sur deux de 18 ans ou plus est monogame. Les polygames représentent 19,7 pour cent. Mais il s'agit essentiellement de la polygynie de deux épouses puisque les bigames constituent 81,8 pour cent des polygames.

La première union et ses caractéristiques

La fécondité des unions est dans presque toutes les sociétés la plus importante et c'est, certainement, ce qui explique l'intérêt porté à l'étude de la fécondité légitime. Par ailleurs, la sexualité préuptiale est proscrite dans la plupart des sociétés traditionnelles. Et même si dans certaines sociétés, comme celle des BETI du Cameroun, le jeune est autorisé à tester sa vitalité génitale auprès des coépouses de sa mère avant son mariage (OMBOLO, 1991), il reste que l'union demeure le lieu par excellence de la sexualité et la procréation du moins en ce qui concerne l'Afrique des villages.

Par ailleurs, les ethnologues reconnaissent plusieurs fonctions sociales au mariage dont le contrôle des relations sexuelles. MOUTOME EKAMBI (1991) ajoute que "si le mariage, produit de la régulation sociale d'une sexualité approuvée, tient une si grande place dans l'organisation des sociétés c'est qu'il fonde la famille et garantit la reproduction de l'ordre social et sa stabilité". La recherche de la sexualité et surtout de la fécondité approuvée d'une société est perceptible dans les caractéristiques de la première union.

1) L'âge d'entrée en union

Le souci d'un peuple de contrôler la sexualité et la fécondité s'imprime dans l'âge au premier mariage. En outre, plus cet âge est bas

plus on pourrait penser à la prohibition de la sexualité et la fécondité pré-nuptiale dans cette société.

L'âge d'entrée en première union est assez bas en général, mais il l'est plus encore pour la population féminine. En effet, dans cette dernière les non-célibataires sont entrées en union pour la première fois en moyenne à 14,9 ans contre 21,3 ans chez les hommes.

Ces résultats ne sont point surprenants pour un milieu où la scolarisation est assez faible et le niveau d'instruction bas. Car, selon HAMADI BETBOUT (1991), la scolarisation est un facteur assez important de l'âge au premier mariage. Cette situation favorise la fécondité. Analysons maintenant les acteurs de cette nuptialité précoce.

2) Le niveau de décision du premier mariage

Le caractère général de la nuptialité dans ce village démontre l'importance de celle-ci dans la vie des individus et de la collectivité. Le mariage symbolise la maturité et la responsabilité de l'individu. C'est sans doute la raison pour laquelle à Nyabi le chef doit être polygame pour demeurer marié en cas de rupture d'une de ses unions. A cet égard, l'exemple du chef actuel qui, bien que chrétien catholique (la religion chrétienne prescrit la monogamie), est devenu polygame de quatre épouses après son accession au pouvoir est significatif.

Pour saisir les acteurs ou décideurs des unions, l'enquête est conviée à répondre à la question "qui a décidé de votre mariage ?" Il faut entendre par cette question qui a pris la première initiative. L'objectif était de saisir le mariage (l'union) à initiative directe, c'est-à-dire celle dont l'initiative émane des deux ou de l'un des intervenants et le mariage à l'initiative indirecte ou celui dont l'initiative est du ressort des autres membres de la collectivité. Ce dernier cas d'union est très souvent désigné par mariage forcé. Mais ce terme "forcé" nous semble être le fruit d'un jugement de valeur abusif et donc le terme "à initiative indirecte" ou "mariage arrangé" lui est préférable.

Lors de la collecte, nous nous sommes heurtés à la complexité du processus de mariage dans la société traditionnelle. Pour la population, le décideur du mariage c'est celui (ou ceux) qui autorise(ent) le mariage et l'initiative individuelle n'est rien sans l'accord de certaines composantes sociétales. A ce propos, MOUTOME-EKAMBI (1985), analysant la vision du choix du conjoint chez 500 élèves, écrit : "les élèves estiment que la décision de contracter tel mariage avec tel conjoint relève de leur choix", mais "ce dernier est généralement soumis à l'appréciation des parents". L'auteur, se basant sur l'observation des faits quotidiens, ajoute que ces réponses relèvent de schèmes occidentaux et d'images intellectualisées

d'un mariage conçu sur le modèle occidental et qu'en définitive "la décision ultime revient bien encore aux familles". Si donc en milieu urbain la famille est impliquée dans le processus du mariage, combien à plus forte raison son rôle sera-t-il déterminant dans la nuptialité des villages. C'est pourquoi la première réponse reçue est du genre : "c'est le marabout, c'est ma famille ou c'est la famille du (de la) partenaire". Pour l'individu enquêté ce sont ceux-là qui ont accepté de recevoir ou de donner le (la) partenaire. Cela montre comment l'individu volontairement s'efface devant la société. Ce comportement pourrait s'expliquer entre autres par le système de compensation matrimoniale ou dot et l'importance de l'alliance.

Cela dit, pour contourner les difficultés, nous avons très souvent posé plusieurs questions et les résultats sont les suivants : sur l'ensemble des hommes enquêtés et ayant contracté une première union, 26,4 pour cent ont eu une décision unilatérale de leur mariage, 11,0 pour cent ont décidé avec leur conjointe, tandis que pour 3,0 pour cent d'entre eux la décision est venue de la femme. Plus de la moitié des premières unions (59,6 %) sont à initiative indirecte. Signalons l'importance du mariage décidé par la famille de la femme (26,4 %). Par ailleurs, la plupart des non-célibataires (70,8 %) ont connu leur femme bien avant le mariage. Bien entendu, comme le précise le manuel de l'enquêteur, il ne s'agit pas d'une connaissance sexuelle.

Le même cas de figure se retrouve chez les femmes non célibataires. Seulement 11,0 pour cent de ces unions sont à initiative directe (5,5 % des non célibataires ont décidé de leur union) et 89,0 pour cent à initiative indirecte. Egalement, la plupart d'entre elles connaissaient leur partenaire avant leur union mais pas autant que dans la population masculine. Cette situation se comprend mieux avec les entretiens. En effet, le chef musulman soutient que pour les Mbororo la jeune fille ne connaît pas bien les hommes et n'est donc pas en mesure de se choisir un bon mari conformément aux normes et valeurs de la famille. C'est à ses unions ultérieures - pour autant qu'il en existe - qu'elle intervient activement dans la prise de décision.

L'importance de la nuptialité et de la fécondité est si forte dans la société que la décision du mariage est prise de concert. C'est également la preuve du contrôle de la fonction de reproduction des jeunes par les anciens (LocOH, 1988). La précocité du mariage est sans doute à mettre en rapport avec l'intervention remarquable des familles et des autorités religieuses pour contrôler la sexualité. Par ailleurs, "en mariant leurs filles précocement, ils (les anciens) maximisent le temps de reproduction, nouent des alliances avec d'autres lignages et acquièrent une compensation matrimoniale qui servira à acquérir des jeunes femmes pour leurs fils" (LocOH, 1988).

Mais, comme il fallait s'y attendre, l'action de la modernisation (par le biais de l'instruction et de la migration) commence à se faire sentir au niveau des jeunes générations. Ces dernières sont plus actives dans la prise de décision de leur union. Néanmoins, il serait imprudent de prévoir la disparition du mariage à initiative indirecte, car "il devient difficile pour un individu de résister longtemps aux assauts de ceux qui sont chargés ou qui se chargent de veiller au respect des principes de la famille" (DONADJE, 1992).

3) *Survie de la première union*

La survie de la première union peut nous renseigner déjà sur la mobilité conjugale.

Sur l'ensemble des hommes non célibataires, la moitié (50,9 %) a rompu la première union très souvent à la suite des incompréhensions dans le couple, de la fuite de la femme (divorce unilatéral) ou de l'opposition des parents.

Dans la société Gbaya le divorce est à l'initiative des femmes. COPET-ROUGIER (1985) rapporte qu'un homme ne peut facilement répudier sa femme mais que c'est plutôt elle qui décide de partir. C'est dire que "la mobilité conjugale est une arme aux mains des femmes" (ЛОСОН, 1988). Ainsi à Nyabi 41,3 pour cent des femmes non célibataires ont rompu leur première union et très souvent à cause des mésententes avec le mari, de l'infidélité de l'homme ou du décès du mari. Dans tous les cas c'est la preuve d'une utilisation assez fréquente de leur "arme". Eu égard à la survie de la première union, il est indiqué de considérer le parcours matrimonial.

Le profil matrimonial

Le profil matrimonial traduit le parcours matrimonial de l'individu. Il renseigne également sur la mobilité conjugale et le régime matrimonial.

1) Répartition selon le profil matrimonial

Compte tenu de la taille assez faible des échantillons, les groupes suivants ont été formés en nous inspirant du regroupement de DONADJE (1992).

- *Les monogames stables* (MOSTAB) : Ce sont ceux qui n'ont connu qu'une seule union en régime monogame.
- *Les polygames stables* (POSTAB) : Il s'agit de ceux qui, une fois ayant connu le régime polygame, ne sont plus jamais revenus au régime monogame au niveau des unions ultérieures.

- *Les instables (INSTAB)* : Ce groupe concerne tous les non-célibataires qui ne sont pas dans les deux groupes précédents. Il s'agit notamment de ceux qui ont connu plusieurs unions monogames, de ceux qui sont passés de régime monogame au régime polygame puis sont revenus au régime monogame.
- *Les célibataires (CELIB)* sont ceux qui n'ont jamais été en union.

Le tableau 4 montre l'importance de la mobilité conjugale. Seulement 37,8 pour cent des femmes et 40,3 pour cent des hommes enquêtés ont connu une seule union monogame. La polygynie reste importante : plus de 38,5 pour cent des femmes et 21,8 pour cent des hommes ont vécu ce régime.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon le sexe et le profil matrimonial.

SEXE	Profil matrimonial								ENSEMBLE	
	Mono stab		Poly stab		Instab		Célibat			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Femmes	56	37,8	57	38,5	25	16,9	10	6,8	148	100,0
Hommes	50	40,3	27	21,8	31	25,0	16	12,9	124	100,0

Les polygames stables et les instables donnent une idée, certes assez vague, de la mobilité matrimoniale. Par ailleurs, les femmes non célibataires ont contracté en moyenne 1,5 unions.

La polygynie est un comportement démographique dont l'influence sur la fécondité n'est pas encore bien déterminée (SALA-DIAKANDA, 1981 et DONADJE, 1992). Quoi qu'il en soit la polygynie sévira encore pendant longtemps puisque c'est une stratégie masculine (DONADJE, 1992), que la plupart des femmes interrogées à Nyabi ne désapprouvent guère. En effet, les raisons qu'elles invoquent sont multiples. Les femmes Mbororo pensent qu'il n'est pas bon d'être seule "*car, en cas d'absence ou de maladie, il n'y a personne pour s'occuper des enfants et du mari, et ce dernier sortira comme il veut*". Pour les femmes Gbaya, en plus des raisons sociales, elles désirent se faire aider dans les travaux agricoles.

Examinons à présent les caractéristiques démographiques associées au profil matrimonial.

2) Caractérisation du profil matrimonial

L'application de l'analyse discriminante aux données fournit les

7. Focus group et entretiens individuels des femmes Mbororo.

résultats suivants. Quel que soit le sexe considéré, les polygames stables sont plus âgés, ont une parité élevée et l'écart d'âge moyen entre les conjoints est plus élevé. Les polygames stables femmes sont entrées en union un peu plus tôt que les autres femmes non célibataires. Par contre, les hommes polygames stables entrent en union tardivement par rapport aux monogames et aux instables (tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques du profil matrimonial.

Profil matri.	Age		Tenv		Nbre union		Ecagem		Age1un	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Celib	17	18	0	2	0	0				
Monstab	25	34	3,1	3,0	1,0	1,0	19,0	5,7	15,1	22
Instab	30	35	2,8	3,1	2,4	2,8	15,5	12,2	15,2	20
Postab	32	39	4,6	9,0	1,5	3,2	17,5	14,9	14,6	29

Note : TENV - Total Enfants nés vivants ou parité atteinte
 ECAGEM - écart d'âge moyen entre conjoints
 AGE1UN - Age à la première union

Deux fonctions permettent de discriminer les profils. Ces deux fonctions expliquent 94,2 % et 94,3 % de la variance respectivement pour le modèle féminin et pour le modèle masculin. Dans la population féminine, l'âge d'entrée en première union, l'écart d'âge moyen entre les conjoints et le nombre d'unions permettent de déterminer le profil matrimonial, tandis que chez les hommes ce sont plutôt le nombre d'unions et la parité atteinte qui définissent les profils. Ainsi les femmes polygames stables sont homogènes au niveau de l'âge d'entrée en union qui, du reste, est assez faible et de leur jeunesse par rapport à leurs conjoints. Les hommes de ce groupe sont généralement âgés, ils ont beaucoup d'unions et une forte parité.

Le profil monogame stable se caractérise chez les femmes par une certaine jeunesse, un écart d'âge moyen élevé, une entrée relativement tardive en première union et une parité moins élevée. Chez les hommes, la parité bien qu'assez faible est très variée et les époux ont un écart d'âge faible avec leurs conjointes.

Les femmes instables ont eu plus d'unions que les autres (c'est évident !) et elles ne sont guère homogènes au niveau de l'écart d'âge

moyen et de l'entrée en première union. Elles sont assez vieilles avec une parité faible. Quant aux hommes, le nombre d'unions est élevé mais très variable ; la parité est relativement élevée parce que peut-être ils entrent en union assez tôt. L'écart d'âge est aussi élevé.

2.3 La contraception

Le risque de conception est la résultante des caractéristiques biologiques et sociales et/ou comportementales. Nous nous intéressons dans cette partie aux variables comportementales.

Connaissance des méthodes contraceptives

La connaissance, ici, se réfère à la prévalence des informations sur la contraception traditionnelle et moderne. Autrement dit, il s'agit d'avoir entendu parler d'une méthode contraceptive. En effet, une personne enquêtée est considérée comme connaissant une méthode contraceptive si elle la cite spontanément ou si elle répond oui à la question : Avez-vous entendu parler de... ? (l'enquêteur lui cite et décrit la méthode en question). Il apparaît clairement que le terme connaissance n'est pas approprié (mais nous le maintenons) car entendre parler ne signifie pas connaître.

Sur cette base, l'exploitation des réponses donne une bonne connaissance des méthodes (sans distinction d'efficacité) par la population puisqu'environ une personne sur deux connaît au moins une méthode. C'est aussi un domaine où l'inégalité des sexes apparaît puisque les hommes sont plus informés que les femmes, du moins ils le disent (77 % contre 32 %).

La pratique de la contraception

Entre la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives il y a souvent un fossé d'autant plus grand qu'en milieu traditionnel cette pratique signifie refuser ou retarder le don de Dieu et des ancêtres. Le contexte religieux (l'Islam et la religion chrétienne) et l'emprise de la coutume pronataliste ne sont pas de nature à favoriser la pratique d'une méthode contraceptive moderne. Les différents entretiens, dont quelques-uns sont rapportés ici, nous éclairent sur l'idée que la population a de la contraception. Quand on affirme partout que "nous voulons des enfants et nous voulons toujours des enfants", on est en droit de penser que la contraception est une affaire de ceux qui n'aiment pas les enfants.

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que seulement 14,8 pour cent des enquêtés aient pratiqué une quelconque méthode contraceptive. Ce résultat est encore plus faible lorsqu'on retient uniquement les méthodes efficaces : 4 pour cent des enquêtés, 8,9 pour cent des hommes et seulement 0,7 pour cent des femmes.

A entendre la population enquêtée, le mépris pour ces méthodes apparaît clairement. C'est ainsi qu'une femme Mbororo raconte : "*Moi je n'aime pas les méthodes contraceptives. Je ne les utiliserai jamais et je ne les conseillerai jamais à quelqu'un*"⁸. De même les hommes refusent la contraception parce qu'ils veulent des enfants.

Signalons que le condom est la méthode moderne la plus connue, mais les hommes ne sont pas prêts à l'utiliser.

La connaissance du cycle menstruel

Dans cette étude est considérée comme connaissant le cycle menstruel toute personne qui répond "au milieu du cycle" à la question : "Au cours de son cycle menstruel quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte lorsqu'elle a des relations sexuelles ?" Sur cette base moins de 2 pour cent des enquêtés connaissent la période à haut risque de conception. Un seul homme sur 124 connaît cette période contre 4 femmes sur 148. La majorité des femmes (2 sur 3) est convaincue que le risque est maximum au début du cycle.

Les résultats obtenus confirment dans une certaine mesure les études antérieures. Il y a une évolution des comportements sexuel et matrimonial dans un contexte marqué par l'inégalité entre les sexes et la domination masculine. Par ailleurs, la très faible prévalence de la contraception et le désir d'une descendance nombreuse exprimée par la population montre bien qu'il s'agit d'un contexte de fécondité naturelle. Il va s'en dire qu'il faudra chercher les déterminants de la fécondité en dehors des pratiques contraceptives.

III. ANALYSE EXPLICATIVE DE LA FECONDITE

Dans cette partie il s'agit de l'analyse classique de la fécondité. Précisons que l'approche longitudinale consiste pour DONADJE (1992) en l'utilisation de l'indice masculin de fécondité défini comme le rapport de la parité atteinte et du nombre total d'année-femmes. Prenant en compte la durée totale de toutes les unions contractées, nous pensons que l'analyse classique aboutit par le contrôle de cette durée à l'analyse longitudinale.

Cette partie de l'étude cherche à expliquer la fécondité réalisée mesurée par la parité atteinte. C'est dire que la variable dépendante est quantitative continue et les variables indépendantes sont quantitatives pour les unes et qualitatives pour les autres. Compte tenu de ces contrain-

8. Entretien individuel.

tes imposées par les variables, deux techniques s'offrent à nous : la régression multiple et l'Analyse de Classification Multiple (ACM) connue sous le sigle anglo-saxon MCA. Bien que basées toutes deux sur le modèle additif, la première suppose une relation linéaire qu'elle vise à rendre compte, contrairement à la MCA qui ne postule a priori aucune forme à la relation étudiée. Cette hypothèse de linéarité nous semble assez forte dans le cas des phénomènes sociaux de sorte que nous préférons pour cette étude l'analyse des classifications multiples. Aussi la régression ne permet pas de saisir l'effet de la modalité de référence sur la variable dépendante.

3.1 La méthode et les variables

Les statistiques de la MCA sont : le grand mean ou moyenne générale de la variable dépendante, η (n) qui mesure les effets bruts, β ou effet net et R^2 qui indique la part de la variance de la variable dépendante due au modèle.

L'Analyse de Classification Multiple qui est une extension de l'analyse de la variance est fournie dans le logiciel SPSS/PC+ par la procédure ANOVA de sorte qu'en plus des statistiques propres de la MCA, le logiciel fournit les tests de signification des différentes variables et covariables. Les covariables ou covariates en SPSS sont les variables quantitatives.

Les facteurs non biologiques de la fécondité sont à chercher parmi les variables suivantes :

- l'âge ;
- l'écart d'âge moyen entre les conjoints. Il s'agit de la différence moyenne d'âges entre un homme et sa partenaire. Nous avons procédé au calcul de cet écart pour chaque individu ayant eu au moins une union. Pour chaque individu non célibataire, il s'agit de la moyenne simple ou moyenne arithmétique des écarts d'âges du couple pour chaque union. Ainsi défini, l'écart d'âge moyen (ECAGEM) demeure bien une variable individuelle ;
- l'âge d'entrée en première union (AGE1UN) ;
- l'âge au premier rapport sexuel (AGE1RS) ;
- la durée des trois dernières migrations (MIG). Il s'agit de la somme des durées de séjour à l'extérieur ;
- le nombre d'enfants décédés.

Ce premier groupe de variables constitue les variables quantitatives continues ou covariables dans le MCA.

Les variables retenues dans la catégorisation des variables en MCA. sont :

- Profil matrimonial :
 - célibataire (CELIB)
 - monogame stable (MOSTA)
 - polygame stable (POSTA)
 - instable (INSTA)
- Religion-ethnie :
 - musulman-foulbé (MUFOULB)
 - chrétien - gbaya (CREGBYA)
 - Autre (AUTRE)
- Structure du ménage :
 - nucléaire simple (NUSD)
 - nucléaire élargi (NUEL)
 - polynucléaire (PONU)
- Connaissance du SIDA :
 - connaît
 - ne connaît pas
- Scolarisation :
 - non scolarisé (NSCOL)
 - coran (CORAN)
 - scolarisé (SCOLA)

La structure du ménage sera assimilée à celle de la famille. Le foyer est ici le couple. Un ménage nucléaire simple est un ménage sans foyer ou avec un foyer y compris le ménage d'un polygame. Le ménage nucléaire élargi sera le ménage nucléaire simple élargi aux colatéraux, ascendants et/ou descendants. Quant au ménage polynucléaire, c'est un ménage à plusieurs foyers (plusieurs époux).

3.2 Des résultats

La fécondité féminine

Au regard des résultats (tableau 6), on peut dire que de façon générale le modèle est bon. Car près de trois quarts de la variance totale de la parité féminine est expliquée par les variables retenues ($R^2=73,4\%$). Ce qui est satisfaisant. Le profil matrimonial est la variable explicative qui détient le pouvoir de différenciation le plus élevé. Il est suivi de la structure du ménage et de la religion-ethnie. Au niveau des covariables, seuls la durée de migration, l'écart d'âge moyen et l'âge d'entrée en sexualité (non significatif) ont des influences négatives sur la réalisation d'une parité élevée. Par contre, le nombre d'enfants décédés est un facteur de hausse de la parité. Il en est de même de l'âge et de la durée d'union dont

Tableau 6 : Les résultats de la MCA de la fécondité féminine

Variables	Significative	Effectif	Eta n	Beta ß
Profil Matrimonial	0,000		0,34	0,12
Célibataire		10	- 3,43	- 1,15
Monogame stable		56	- 0,33	- 0,34
Instable		25	- 0,67	- 0,51
Polygame stable		57	1,22	0,10
Religion-Ethnie	0,124		0,05	0,07
Musulman-foulbé		47	- 0,24	0,13
Chrétien-gbaya		83	0,15	0,20
Autre (hétérogène)		18	- 0,04	0,56
Structure du ménage	0,001		0,16	0,11
Nucléaire simple		55	0,42	0,54
Nucléaire élargi		37	- 1,03	- 0,28
Polynucléaire		56	0,26	- 0,35
Scolarisation	0,000		0,29	0,07
Scolarisée		65	- 0,79	0,25
Non scolarisée		42	1,66	0,33
Ecole coranique		41	- 0,46	- 0,05
Sida	0,000		0,16	0,02
Connait		72	- 0,60	- 0,09
Ne connaît pas		76	0,57	0,08
Coefficient de régression des covariables				
Covar	Coef.	Signif.		
. Age	0,221	0,000		
. Durée	0,346	0,000		
. Ecagem	- 0,008	0,912		
. Age1un	0,103	0,228		
. Endec	1,098	0,000		
. Mig	- 0,023	0,128		
. Age1rs	- 0,014	0,698		
Grand Mean			3,43	
R ² en %			73,7	
R			0,859	

l'augmentation de 4 à 5 ans conduit à une augmentation de la parité d'un enfant.

Le plus curieux est le manque de signification de l'âge d'entrée en union et dans une certaine mesure de l'âge d'entrée en sexualité. C'est probablement l'effet de l'homoscédacité de l'âge d'entrée en union qui n'est significative qu'avec la prise en compte de la durée de l'union, notamment dans un contexte de mobilité conjugale assez remarquable. Examinons à présent les effets bruts (n) et ajustés (β) des différentes modalités des variables explicatives.

Le fait d'être monogame réduit la parité de 0,33 naissances vivantes, mais si l'on fait intervenir les covariables, notamment l'âge, la durée de l'union, la peur de la mortalité des enfants et les autres variables, les monogames ont une parité plus élevée que la moyenne (3,76 contre 3,43).

La situation des polygames stables est remarquable. Les femmes de ce groupe ont 1,22 de plus par rapport à la moyenne générale. Mais cet effet net n'est que de 0,03 soit onze fois plus faible que l'effet net de la monogamie stable. L'instabilité des unions et du régime réduit la parité puisque par rapport aux effets bruts les femmes concernées ont seulement trois naissances vivantes et même moins si nous ne retenons que l'effet net.

Si nous considérons la religion-ethnie dans une analyse centrée sur la statistique β , nous constatons que les non-conformistes qui constituent les hétérogènes ont une fécondité élevée : 0,48 enfants de plus que la moyenne générale. Ce sont sans doute celles qui respectent le moins les procédés traditionnels d'espacement des naissances dont l'abstinence post partum ou qui, par leur degré d'ouverture au changement, s'intéressent à leur santé, notamment aux soins (préventif et curatif) des maladies stérilisantes. Les groupes homogènes sont plus proches de la moyenne, néanmoins, les chrétien-gbaya ont un niveau de fécondité faible par rapport à la moyenne même si l'effet brut leur donne une fécondité élevée contrairement aux musulmans-foulbé.

La structure du ménage entretient une relation positive avec la fécondité puisqu'elle explique 12,1 pour cent de la variation de la parité. La structure nucléaire favorise la forte fécondité puisque les femmes de ce groupe ont en moyenne près d'un enfant de plus par rapport aux autres femmes. Il est probable que les ménages élargis (ménage nucléaire et ménage polynucléaire) soient de taille élevée, de sorte que les individus ne se sentent pas isolés et peuvent même s'approprier socialement des enfants du ménage. De cette façon ils ressentiront moins le besoin (et peut-être le devoir) d'agrandir la famille par la forte procréation comme ce serait le cas de ceux des ménages nucléaires simples. La relation entre les

ménages élargis et la relative faible fécondité n'est probablement pas à sens unique, car la faible fécondité peut causer cette caractéristique du ménage.

La scolarisation des filles conduit à la hausse de leur fécondité. L'éducation formelle des filles leur permet d'avoir un gain net (β) de 0,58 enfants par rapport aux non scolarisées. Par contre, l'école coranique a des effets brut et net négatifs (bien que négligeable en ce qui concerne l'effet net) sur la fécondité. Plus remarquable est la fécondité assez faible des non scolarisées qui ont moins de naissances vivantes par rapport à la tendance générale. Cette situation paradoxale (il est généralement admis que la scolarisation défavorise la forte fécondité) trouve sans doute son explication dans le comportement différentiel, sanitaire et hygiénique, des scolarisées et des non scolarisées. Mais si nous considérons l'effet brut de la scolarisation il est négatif (- 0.79). Cela montre que l'éducation formelle baisse la fécondité, toutes choses n'étant plus égales par ailleurs.

En somme, la scolarisation réduit la fécondité féminine par le retard au mariage et par la même occasion favorise la fécondité par le canal des pratiques sanitaires et hygiéniques. Mais une question demeure. Le niveau d'instruction étant le primaire et en moyenne les cours élémentaires, comment peut-il influencer à la baisse la fécondité ? Une tentative d'explication sera fournie plus loin.

L'accessibilité est l'un des facteurs qui conditionnent le recours aux soins. Ici nous prendrons en compte la distance par rapport à la structure de soins. On observe d'emblée des disparités dans l'accessibilité aux structures de soins. Le personnel médical est limité quel que soit le type de soins traditionnels

La connaissance du SIDA n'a pas pour le moment un effet notable sur la fécondité féminine sans doute parce que la plupart des femmes sont mariées et comme le constate le directeur de l'école primaire du village, le sida n'a pas modifié le comportement sexuel des villageois.

Avant de procéder au rapprochement des facteurs des deux types de fécondité, examinons la fécondité masculine.

La fécondité masculine

La variation de la parité masculine est quasiment expliquée par les effets additifs des variables retenues dans le modèle. En effet, 82,0 pour cent ($R^2=0,820$) de la variance de la parité est expliquée par le modèle qui du reste est significatif même au seuil de 1 pour cent (tableau 7). Il est à signaler également qu'au même seuil de 0,01 l'ensemble des effets des variables reste significatif, de même que celui des covariables.

Tableau 7 : Les résultats de la MCA de la fécondité masculine

Variables	Significative	Effectif	Eta n	Beta ß
Profil Matrimonial	0,000		0,51	0,13
Célibataire		16	-3,68	-0,98
Monogame stable		50	-0,85	-0,29
Instable		30	-0,68	-0,01
Polygame stable		25	4,87	1,23
Religion-Ethnie	0,000		0,16	0,04
Musulman-foulbé		44	-0,45	0,01
Chrétien-gbaya		72	0,51	0,07
Autre (hétérogène)		05	-3,21	0,89
Structure du ménage	0,000		0,21	0,10
Nucléaire simple		54	0,67	0,53
Nucléaire élargi		28	-1,99	-0,86
Polynucléaire		39	0,50	-0,11
Scolarisation	0,000		0,20	0,11
Scolarisée		77	-0,72	0,39
Non scolarisée		15	2,32	0,09
Ecole coranique		29	-0,71	0,97
Sida	0,272		0,07	0,04
Connait		107	-0,13	-0,07
Ne connaît pas		14	0,98	0,51
Coefficient de regression des covariables				
Covar	Coef.	Signif		
. Age	0,168	0,000		
. Durée	0,309	0,000		
. Ecagem	-0,027	0,366		
. Age 1 un	0,084	0,281		
. Endec	1,289	0,000		
. Mig	-0,023	0,900		
. Age1rs	-0,014	0,472		
Grand Mean		3,82		
R ² en %		82,0		
R		0,906		

Considérant les covariables, il apparaît que le nombre d'enfants décédés, la durée des unions et l'âge actuel sont par ordre de grandeur les plus explicatifs. En sus, ces variables sont des facteurs de forte fécondité puisque les coefficients de régression sont positifs. C'est dire que, toutes choses égales par ailleurs, la parité augmente avec l'âge, le nombre d'enfants décédés et la durée des unions. A l'opposé, l'écart d'âge, la durée du séjour et l'âge d'entrée en sexualité ont une influence négative sur la fécondité réalisée. Mais, à l'exception de la migration, cette influence n'est pas significative au seuil de 0,05.

Il ressort des résultats (tableau 7) qu'au niveau des variables le profil matrimonial a le pouvoir explicatif le plus important ($n^2=26\%$) suivi de la structure des ménages (4,41%), de la scolarisation (4,0%) puis de la religion-ethnie (2,56%). C'est dire que la parité d'un homme de Nyabi est dans une large mesure tributaire de son parcours matrimonial et, dans une certaine mesure, de la structure familiale et de sa religion-ethnie.

Au niveau du parcours matrimonial, la monogamie stable et l'instabilité des unions et du régime ont une influence nettement négative sur la fécondité des hommes. Cette influence est plus marquée pour les célibataires (c'est évident) et les monogames stables. En outre, toutes choses égales par ailleurs entendu ici au sens du contrôle des autres variables et covariables du modèle, les polygames stables ont plus d'enfants (1,52) que les monogames stables. Si l'avance brute de 5,72 enfants ($5,72 - 4,87 = 0,85$) des polygames stables sur les monogames stables est compréhensible, il n'est pas de même pour l'avance nette ou du moins a priori. La durée est exprimée en année personne c'est-à-dire qu'une durée d'un an (12 mois) correspond en réalité à 6 mois de vie conjugale du polygame deux épouses et 12 mois pour le monogame stable. Dans cette situation on comprend mal comment, à durée égale, à âge égal bref, après le contrôle des autres variables et covariables, le polygame stable conserve l'avance. C'est peut-être la concurrence entre coépouses mais, là encore, dans un village où personne n'est inconnue pour personne la concurrence existe entre les voisines. Il faudra chercher les explications ailleurs notamment dans les facteurs biologiques. Une explication possible serait aussi l'âge élevé des épouses des polygames. Les instables également ont une avance quoiqu'assez faible sur les monogames stables. Ils ont plus de conjointes que les monogames stables, ce qui réduit la probabilité d'avoir une femme inféconde durant toute la période.

La combinaison de la religion et de l'ethnie n'est pas un facteur de différenciation consistante de la fécondité. En effet, au niveau de l'explication (éta), il n'y a pas de différence remarquable de fécondité entre les hommes musulman-foulbé et les chrétien-gbaya malgré une légère avance des seconds. Mais, considérant les effets bruts, les chrétien-gbaya ont

plus de naissances vivantes que les musulman-foulbé. Les autres (les hétérogènes) ont une fécondité plus faible que les homogènes mais, compte tenu, de leur effectif faible ce résultat est à prendre avec beaucoup de réserves.

La structure du ménage n'est pas sans effet sur le nombre d'enfants nés vivants. En effet, après contrôle des autres variables et covariables, les hommes des ménages nucléaires élargis sont moins féconds que ceux des autres ménages. Leur retard est plus marqué à l'égard de leurs pairs des ménages nucléaires simples (1,39 enfants de moins). Le ménage polynucléaire a un effet négatif sur la fécondité réalisée eu égard au coefficient bêta (β). Mais, sans contrôler les autres variables, on dira que ce ménage favorise la forte fécondité puisque les hommes qui y vivent ont une parité supérieure de 0,5 enfants par rapport à la tendance générale. Ce qui signifie que les hommes des ménages nucléaires simples et des ménages polynucléaires ont a priori la même fécondité, mais la différence vient des autres facteurs. On pourrait penser notamment au contrôle de la reproduction par les aînés puisque ces différents chefs de foyers sont des "frères" au sens sociologique (frères, demi-frères et cousins) ou des parents et des fils. Ces aînés peuvent retarder le mariage ou favoriser le mariage des impubères qui, signalons, entraîne un écart d'âge important entre les conjoints.

La scolarisation demeure un facteur de baisse de la fécondité aussi bien au niveau de l'explication (bêta) qu'au niveau de la prédiction. L'effet net de l'éducation formelle est de - 0,39 alors que l'effet brut vaut - 0,79. C'est dire que l'effet de la scolarisation est renforcé par les autres variables et covariables comme l'âge d'entrée en union, l'écart entre les époux, la durée du séjour à l'extérieur, etc.

Ceux qui ont été à l'école coranique sont les plus féconds, puisqu'ils ont une parité moyenne de 4,78 enfants après contrôle statistique des autres facteurs, contre 3,42 et 3,90 respectivement pour les scolarisés et les non-scolarisés. La même question concernant l'impact négatif de la scolarisation primaire sur la fécondité surgit ici.

Ceux qui connaissent le SIDA ont une parité faible par rapport à ceux qui n'en ont jamais entendu parler. Mais ce n'est sûrement pas l'effet de la peur du SIDA qui normalement se traduirait par la pratique de la contraception ou la fidélité dans le foyer, mais plutôt d'autres variables comme l'état de santé non présentes dans notre modèle.

Fécondité masculine et féminine : approche comparative des facteurs.

Du point de vue des covariables ou des variables quantitatives.

A l'exception de l'entrée en sexualité, toutes les autres covariables agissent dans le même sens sur les deux types de fécondité. C'est dire que dans le souci de la réalisation d'un niveau donné de fécondité de la part du couple, il n'y aura pas a priori de conflit. Mais la fécondité n'est pas le seul objectif des individus et l'affirmation de la puissance masculine en est un. C'est pourquoi ce souci poussera les hommes (et peut-être aussi les femmes) à s'allier aux femmes (aux hommes) plus jeunes (plus âgés) qu'eux (qu'elles). Cet objectif peut être en conflit avec l'objectif de fécondité à travers l'écart d'âge, mais nous doutons fort que les individus en soient conscients. Signalons que l'effet d'un écart d'âge important entre conjoints s'explique par le fait que les conjoints ne traversent pas la période de forte fécondité en même temps. L'homme traverse sa période qui (fort heureusement ?) est plus longue que celle de la femme pendant que la femme traverse la période de forte fécondité des adolescentes. Et lorsque la femme aura l'âge de forte fécondité sans risque (25 - 35 ans) l'homme sera dans le troisième âge. Bien entendu ce schéma est assez caricatural et correspond à un écart d'âge très important qui du reste demeure assez rare.

Du point de vue des variables

1) Le profil matrimonial.

La polygamie stable favorise les deux types de fécondité mais plus encore la fécondité masculine. Cette situation est le fruit de la polygamie modérée. En effet la polygamie dans ce village est essentiellement la bigamie ou au plus la trigamie. D'ailleurs aussi bien les femmes et les hommes répugnent la grande polygamie. En effet, la plupart des femmes interrogées qui acceptent la polygamie limitent le nombre maximum viable à trois épouses. Avec un surplus de la population féminine, surtout des mariables du sexe féminin par rapport à ceux du sexe masculin, et avec l'effet positif de la polygamie sur la parité dans un contexte de légalité de ce régime, il est fort possible que la polygamie sévisse encore et donc la forte fécondité au niveau global. Mais évidemment d'autres facteurs entrent en jeu dans la vie des individus et notamment avec :

- la crise économique qui amenuise le revenu des villageois et donc réduit la possibilité de constitution de la dot ;
- l'influence et l'acquisition d'autres valeurs, l'avenir du régime polygamique est difficile à prévoir.

La monogamie stable est moins avantageuse pour un homme alors

qu'elle permet à la femme de maximiser sa fécondité si tel est l'objectif visé. Quant à l'instabilité des unions et du régime, elle reste défavorable pour la fécondité tant du côté féminin que du côté masculin. Mais l'effet est plus marqué chez l'homme que chez la femme. Il n'est pas inutile de rappeler que cette influence passe par la réduction de la durée des unions et aussi par le risque de contagion des maladies stérilisantes. Et on sait par ailleurs avec EVINA AKAM (1990) que la région de l'Est est l'une des régions qui connaît le plus grand problème de santé ou mieux la région dans laquelle l'infécondité pathologique est élevée.

2) La religion-ethnie

L'influence de l'effet combiné de la religion et de l'ethnie n'a pas un sens défini et dépend également du sexe. Si nous considérons les effets nets, ils sont négligeables chez les hommes tandis que les femmes musulman-foulbé sont plus fécondes que les chrétien-gbaya mais moins que les hétérogènes. Par contre, du point de vue de la prédiction (effet brut β), les individus du groupe musulman-foulbé sont moins féconds que les chrétien-gbaya. Bien entendu le terme effet brut signifie qu'il y a également l'effet des autres variables du modèle.

3) La structure familiale

L'influence de la structure du ménage sur la fécondité après contrôles statistiques des autres facteurs est dans le même sens quel que soit le sexe considéré. Dans les deux cas les ménages élargis (nucléaire ou polynucléaire) sont des facteurs de baisse de la fécondité. Cette situation pourrait s'expliquer entre autre par le contrôle des autres aînés sur l'utilisation des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances dont l'allaitement maternel et l'abstinence post partum et par l'absence de sentiment de solitude ou d'isolation. Mais la structure du ménage est une variable conjoncturelle, et pour bien mesurer l'effet de la structure familiale sur la fécondité il faudrait connaître les structures de ménages habités lors de la constitution de la parité.

4) La scolarisation

Nous l'avons vu, la scolarisation réduit la fécondité aussi bien des hommes que des femmes, même si son effet est plus accentué chez les hommes. Aussi pour les deux sexes cette influence passe par les covariables (âge, durée des unions, l'entrée en union, l'écart d'âge entre conjoints et la mortalité des enfants et la migration). Ces covariables constituent donc les variables intermédiaires entre la scolarisation et la fécondité. Mais le problème qui nous préoccupe est de savoir comment la scolarisation primaire peut avoir un effet réducteur sur la fécondité. La réponse est assez simple. Le cycle primaire ne correspond pas à la tranche

d'âge 5 - 14 ans, mais plutôt à la tranche 5 - 18 ans, voire même 20 ans. Or nous avons vu que la nuptialité est précoce dans ce village surtout au niveau des femmes, l'âge moyen d'entrée en première union est inférieur à 15 ans. Ainsi donc la scolarisation, même primaire, peut retarder l'âge au mariage des hommes et des femmes. L'effet faible de la scolarisation constaté chez les filles par rapport aux hommes est dû au fait que les filles abandonnent les cours plus tôt que les hommes. Et, plus encore, le mariage est même une cause d'abandon des cours de filles.

Cette situation montre bien que le niveau d'instruction n'est pas le seul élément de la scolarisation qui influence la fécondité. En effet, dans les milieux où le niveau d'instruction est bas et la scolarisation faible il est possible que le niveau primaire corresponde au premier cycle de l'enseignement secondaire ne serait-ce qu'au niveau de l'âge. En effet, dans les villes il n'est pas rare de trouver les jeunes de 10 -16 ans au collège qui constituent dans certains cas la majorité, comme il est fréquent d'avoir dans les villages des jeunes de 15-20 ans inscrits à l'école primaire. Le cas d'une fille de section d'initiation au langage (SIL) enceinte, rapporté par le directeur d'école d'un village voisin, est édifiant à ce propos.

Au total, l'âge actuel, l'âge d'entrée en union, la migration, l'écart d'âge entre les conjoints sont des variables intermédiaires des facteurs comme le parcours matrimonial, la scolarisation et la structure familiale. Ces variables n'agissent pas tous dans le même sens sur la fécondité masculine et féminine.

CONCLUSION

La synthèse de quelques recherches sur la région de l'Est du Cameroun et sur la fécondité et nos résultats indiquent bien que toutes les conditions sont réunies pour un régime de fécondité naturelle. L'infécondité et/ou la sous-fécondité tant proclamée pour cette région est en baisse, de sorte que la province de l'Est figure parmi les provinces à forte fécondité.

La reproduction se réalise dans un contexte de domination masculine. Par ailleurs, la fécondité du village de Nyabi n'est nullement contrôlée dans l'objectif de la planification familiale, mais elle subit plutôt le contrôle social qui vise à la conformer aux normes et valeurs en vigueur.

La pratique des méthodes contraceptives est quasi inexistante au sein de la population féminine en particulier. Cette situation s'explique, d'une part, par l'ignorance de la population en matière de méthodes contraceptives, efficaces en particulier et, d'autre part, par la valorisation

de la forte fécondité. Car à Nyabi, "nous, nous aimons les enfants" est presque un refrain attendu lorsque la contraception est évoquée. C'est à croire que la pratique des méthodes contraceptives est, comme on l'entend dire partout, le fait des blancs et assimilés (citadins) qui n'aiment pas le "don de Dieu". Le village de Nyabi est donc un cadre contemporain de fécondité naturelle.

La fécondité masculine et féminine est sous l'influence des mêmes variables comportementales socioculturelles bien qu'à des degrés divers.

La nuptialité demeure de très loin le facteur crucial de la fécondité naturelle. Le parcours matrimonial ou plus exactement le profil matrimonial est la principale source de variation de la fécondité réalisée. L'union polygame stable favorise a priori les deux types de fécondité mais elle a un effet net moindre que celui de la monogamie stable sur la fécondité féminine. La polygamie n'est pratiquement pas défavorable à la forte fécondité dans ce village. Par contre, l'instabilité des unions et du régime est un obstacle à la forte fécondité féminine.

Cette étude a montré que la scolarisation est un facteur de baisse de la fécondité. Mais ce qu'il faut considérer dans un régime de fécondité naturelle, ce n'est pas le niveau d'instruction, mais plutôt l'âge des scolarisés.

La fécondité à Nyabi est une réponse (anticipée) à la forte mortalité, infantile en particulier. La durée totale des unions et l'âge de l'individu sont des facteurs de hausse de la parité, contrairement à l'écart d'âge important entre les conjoints et à un séjour prolongé en milieu urbain et/ou dans un autre pays.

La faible taille de l'échantillon constitue une limitation majeure à cette étude. Par ailleurs, des variables aussi importantes que le nombre de naissances vivantes au cours des douze derniers mois, l'âge à la première maternité et la durée entre la sortie des cours et la première union n'ont pas été saisies, ce qui aurait permis d'élargir l'analyse. Enfin, l'analyse de la fécondité masculine doit prendre en compte l'âge des partenaires régulières.

BIBLIOGRAPHIE

- BETBOUT H. (1990), *"The determinants of age at first marriage in Tunisia 1964-1978"*, Unpublished Master Thesis, Conell University.
- BONGAARTS J. (1978), *"The proximate determinants of natural material fertility"*, in Population council, n° 9, septembre 1982.
- BONGAART J. (1982), *"A framework for analysing the proximate determinants of fertility"*, in Population and development review.
- BONGAART et MENKEN J. (1983), *"The supply of children : a critical essay"* ; New York, the population council.
- CANTRELLE P et FERRY B. (1979), *"Approche de la fécondité naturelle dans les populations contemporaines"*, in LERIDON H. et MENKEN J (éd.), *Fécondité Naturelle*, Ordina Edition, Liège.
- COPET-ROUGIER E., (1985), *"Contrôle masculin, exclusivité féminine dans une société matrilineaire"*, in BARBIER J.-C. (éd.) Femmes du Cameroun, mères pacifiques, femmes rebelles, Paris, Karthala.
- COPET E., *"Les Kaka"*, in colloques internationaux du CNRS, contribution de la recherche ethnologique à l'histoire des civilisations du Cameroun, n° 551.
- CRAUSER J-P, HAVARTOPOULOS Y. et SARNIN P. (1989), *"Guide pratique d'analyse des données"*, les éditions d'Organisation.
- Donadje F. (1992), *"Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin pour une approche des stratégies de reproduction au Bénin"*, thèse de doctorat, UCL, Académia, Louvain-la-Neuve.
- EVINA AKAM (1990), *"Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs : le cas du Cameroun"*. Les cahiers de l'IFORD, n° 1, 281p.
- GERARD H., LORIA LORIAUX M. et BARTIAUX F. (1989), *"Introduction à la sociologie de la population"*, Démo, UCL, 268p.
- HILBETH J. (1973), *The gbaya*, Uppsala, Shida ethnographica Upsaliansia, n° XXXVIII, 98p
- JULEMONT G. (1981), *"Relations sexuelles et contraception. Evolution de leur signification sociale"*, in Population et famille, n° 53, 1981 : 2, pp. 105-129.
- KAUFMAN G. LESTHAEGHE E. et MEEKERS D. (1988), *"Les caractéristiques et tendances du mariage"*, in TABUTIN D. (Ed.) : Population et société en Afrique au sud du sahara, L'Harmattan, pp. 217-247.

LOCOH T. (1988), "*Structures familiales et changements sociaux*", in TABUTIN D. (Ed.) : "Population et société en Afrique au sud Sahara", l'Harmattan.

LOCOH T. (1989), "*La fécondité en Afrique : niveau, facteurs, politiques en matière de planification familiale. Bilan critique et propositions pour des actions concertées*", Document préparé pour l'ENSEA, Abidjan, Novembre 1989.

LOCOH T. (1992), "*Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne*", CEPED, dossier n° 19, Paris, 30 p.

MOUTOME-EKAMBI J. (1991), "*Mariage, concubinage et famille : ordre social pour les uns, anomalie pour les autres*", in A. KOM et L. NGOUE : le code noir et l'Afrique, éditions nouvelles du sud, Ivry.

MOUTOME-EKAMBI J. (1985), "*Le dit des élèves camerounais sur le mariage et la prostitution*", in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, université de Yaoundé, série Sciences Humaines, volume I, n° 1, janvier 1985.

NATIONS UNIES, FNUAP (1988), *Relever le défi démographique*.

NDJIMBATEM N. (1991), "*Infécondité dans la province de l'Est du Cameroun : Le cas de Bertoua*", Mémoire de DED, Iford, Yaoundé.

NGANARE K. J. (1991), "*Fécondité différentielle à Bertoua (Cameroun)*", Mémoire de DED, Iford, Yaoundé.

OIHADIKE O.-P. (1979), "*Socio-économique, culturelle et comportementale des facteurs de variation de la fertilité naturelle*", in LERIDON H. et J. MENKEN. (ed.), *Fécondité naturelle*, Ordina Editions, Liège.

OKORE A.-O. (1985), "*Les répercussions de l'évolution de la mortalité infantile sur la valeur attribuée aux enfants par les parents dans les sociétés paysannes*", in Nations Unies : "*Effet de l'évolution de la mortalité et des différentiels de mortalité*", New York, 133 p.

OMBOLO J.-P. (1990), "*Sexe et société en Afrique noire*", Paris, L'harmattan.

RÉPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN (1990), "*Education des populations à la parenté responsable, Tome I, Déclaration de stratégie*", Ministère des affaires sociales et de la condition féminine.

RÉPUBLIQUE UNIE DU CAMEROUN (1992), "*Enquête démographique de santé au Cameroun 1991*", Direction Nationale du deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

SALA-DIAKANDA M. (1980), *"Approche ethnique des phénomènes démographiques : le cas du Zaïre"*, Département de démographie UCL, Recherches Démographiques, Cahier n° 433.

SALA-DIAKANDA M. (1992), *"Introduction à l'étude de population"*, document pédagogique de l'IFORD.

WAKAM J. (1992), *"De la pertinence des théories "économistes" de fécondité dans le contexte socioculturel camerounais et négro-africain"*, Thèse de doctorat de démographie, UCL, Cabay, libraire-éditeur, Louvain-la-Neuve.

Achevé d'être imprimé sur les Presses de
l'Imprimerie Saint-Paul Yaoundé
le 31 décembre 1994