



**Mémoire Présentée
par Florence
NGIJEMEN**

**UNIVERSITE DE
YAOUNDE I
FACULTE DES LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES**

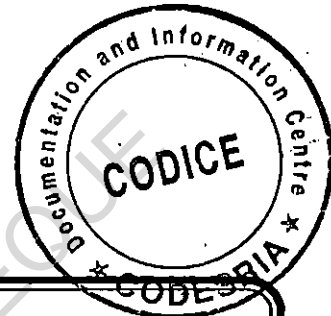
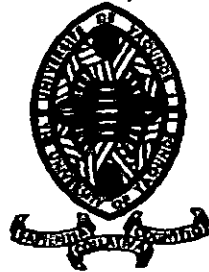
**Acceptabilité du condom féminin chez les
personnes sexuellement actives à
Yaoundé**

2000-2001

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**FACULTE DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES**

**DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE
ET ANTHROPOLOGIE**



**ACCEPTABILITE DU CONDOM
FEMININ CHEZ LES PERSONNES
SEXUELLEMENT ACTIVES
A YAOUNDE**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de

MAITRISE EN SOCIOLOGIE

Par

Florence NGUEMEN
Licenciée en Sociologie

Sous la direction de

Mme Jacqueline MOUTOME EKAMBI
Chargée de cours à l'université de Yaoundé I

Année académique 2000-2001

14.05.02
NGU
13129

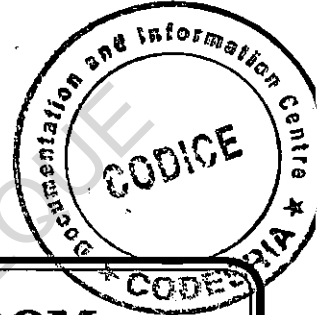
05 OCT. 2006

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

14.05.02
NGU
13129

FACULTE DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE
ET ANTHROPOLOGIE



**ACCEPTABILITE DU CONDOM
FEMININ CHEZ LES PERSONNES
SEXUELLEMENT ACTIVES
A YAOUNDE**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de

MAITRISE EN SOCIOLOGIE

Par

Florence NGUEMEN
Licenciée en Sociologie

Sous la direction de

Mme Jacqueline MOUTOME EKAMBI
Chargée de cours à l'université de Yaoundé I

Année académique 2000-2001

Résumé

Il est de notoriété que de nos jours, les maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA font des ravages au sein de la population active, causant d'énormes pertes à nos pays. Le SIDA particulièrement est qualifié de mal du siècle. En effet, dans le monde entier, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA croit de façon exponentielle. L'Afrique en général, et singulièrement l'Afrique sub-saharienne n'en est pas épargnée; apparaissant même comme la sous-région la plus touchée par le phénomène. Pour sa part, le Cameroun est actuellement dans une phase d'épidémiologie généralisée, avec une séroprévalence qui est passée de 0,5% en 1987 à environ 11% en 2000. Les femmes constituent plus de la moitié de la population infectée. Elles se trouvent ainsi au premier rang des victimes à cause de leur vulnérabilité biologique, culturelle et économique. La méthode barrière disponible pour la prévention était jusque là le condom masculin; mais il s'avère peu accessible à beaucoup de femmes, étant placé sous le « contrôle » masculin. Avec l'avènement du condom féminin censé être « contrôlé » par les femmes, l'on s'est posé beaucoup de questions. En particulier, l'on s'est interrogé sur l'attitude des hommes et des femmes vis-à-vis de ce nouveau produit. C'est ainsi que cette étude s'est fixée pour objectif de mesurer le degré d'acceptabilité du condom féminin auprès des hommes et femmes âgés de 15-49 ans, et de rechercher les facteurs susceptibles de compromettre ou de favoriser son acceptabilité.

Pour y parvenir, nous avons fait recours à une procédure de recherche quantitative de type longitudinale en raison de la nouveauté du produit testé. En effet, seule une utilisation répétée du condom féminin permettrait d'en faire un jugement pertinent. La collecte de données sur le terrain s'est effectuée à l'aide de deux questionnaires standardisés (phase 1 et phase 2) qui ont été administrés sous forme d'interview à des personnes volontaires. L'administration des questionnaires proprement dite a été précédée par une séance d'information individuelle axée sur l'historique, les propriétés et le mode d'utilisation du condom féminin. A l'issue de cette séance d'information, chaque volontaire recevait 06 condoms pour un usage personnel et un rendez-vous était négocié pour la passation du questionnaire de la première phase. A l'issue de celle-ci, les volontaires désireux de continuer l'expérimentation recevaient un second lot de 06 condoms et un autre rendez-vous était convenu pour la seconde et dernière phase de l'enquête.

L'analyse des données ainsi collectées a été essentiellement réalisée sur le logiciel d'analyse des informations épidémiologiques EPI INFO 6. Elle a permis de constater que malgré les préjugés qui se fondent autour du condom féminin, à savoir qu'il favorise le libertinage sexuel en même temps qu'il est capable de provoquer les maladies comme le cancer, les participants à l'étude sont intéressés par le produit et sont dans l'ensemble disposés à en acheter et à en faire usage dans le futur. Les femmes se montrent sensiblement plus engagées dans ces résultats en raison du fait qu'elles considèrent le condom féminin comme un outil de libération. Cependant, cette volonté de genre se heurte encore aux lois sociales qui régissent le comportement individuel en matière de sexualité. Ainsi, compte tenu du poids de décision reconnu socialement aux hommes, leur opposition à l'utilisation du condom féminin apparaît comme un obstacle majeur à son acceptabilité. Viennent ensuite le désir de procréer et le coût du dispositif, comme autres obstacles. En définitive, l'oeuvre de promotion de ce produit devrait donc tenir compte des barrières culturelles, économiques ou sociales auxquelles il reste confronté.

DEDICACE

Je dédie ce travail :

à ma mère, BAKANKEU Rébecca;

à mon père, OUANDJI Esaïe

En remerciement pour tous les sacrifices consentis à mon endroit.

A tous mes neveux et nièces, en témoignage de mon affection
et pour que ceci leur serve d'exemple à dépasser.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Ce Mémoire a été réalisé grâce au soutien financier, matériel, technique et moral de certains Organismes. Nous avons le plaisir de témoigner à ces derniers notre reconnaissance en même temps que nous leur adressons nos sincères remerciements.

Le Programme des Petites Subventions pour la Rédaction des Mémoires et des Thèses du Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA) a primé cette étude en lui accordant un soutien financier ; ce qui a facilité les opérations de collecte, et d'édition du Mémoire. C'est l'occasion pour nous d'exprimer notre profonde gratitude à cette institution, en souhaitant que cette œuvre de promotion de la science puisse se développer davantage.

Dans le cadre de la coopération entre le Forum Camerounais de Psychologie (FOCAP) et la firme américaine The Female Health Company (FHC), cette dernière a gracieusement mis à la disposition du FOCAP des échantillons de condoms féminins ; lesquels ont servi pour notre travail. Que les dirigeants de cette firme acceptent notre reconnaissance.

Aussi tenons nous à remercier sincèrement le Forum Camerounais de Psychologie (FOCAP) pour son appui technique, matérielle et morale durant les différentes phases de la présente recherche.

En dehors de l'encadrement institutionnel dont nous avons bénéficié, certaines personnalités se sont investies en nous apportant une stimulation et une assistance continues. Nous tenons à leur témoigner notre reconnaissance et à leur adresser nos vifs remerciements.

Que notre Directeur de Mémoire, Madame Jacqueline MOUTOME EKAMBI, trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour son sens de rigueur scientifique, pour son appui en ressources documentaires, pour sa disponibilité, mais aussi pour l'esprit de tolérance et de compréhension dont elle a fait preuve, en dépit de ses multiples occupations.

Nos sincères remerciements vont également à tout le personnel enseignant des Départements de Philosophie, Psychologie, Sociologie et Anthropologie pour la formation qu'ils nous ont prodiguée. Nous exprimons particulièrement notre reconnaissance au Dr Flavien NDKONKO qui a bien voulu conduire nos premiers pas dans le monde de la recherche, à Madame Paulette BEAT SONGUE qui n'a ménagé aucun effort pour répondre à nos multiples sollicitations.

Spécifiquement, nous sommes reconnaissante envers Messieurs Joseph KEMMEGNE et Adonis TOUKO qui ont toujours été présents à nos côtés lors des moments difficiles de la recherche.

Que les familles TOUODI et feu TCHAPGANG acceptent nos sincères remerciements pour leur assistance morale.

Nous remercions aussi, Messieurs Paul FOTSING, Sébastien NAMENI, Mademoiselle Bridinette NOUTCHANG pour la stimulation, les conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Nos remerciements vont également à toute la fratrie NDJOMO, en particulier Raymond NDJOMO pour son affection et ses encouragements.

Que nos amis Viviane TCHAMBA, Félicitas NAYAH, Clovis METANG, Samuel NUENTSA, Ernest TOUWA, Simplicie TSAGUE et Bertrand KEMKENG trouvent ici la moisson tant attendue.

Enfin, nous demeurons infiniment reconnaissante à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

	Pages
DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
TABLES DES MATIERES	1
LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION GENERALE	5
0.1 Problématique	6
0.2 Justification du choix du sujet	10
0.3 Intérêt de l'étude	11
0.4 Objectif de l'étude	12
0.5 Plan	12
1ère PARTIE : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIE	13
CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL ...	14
I.1 Considérations théoriques	14
I.1.1 Facteurs d'identification individuelle	15
I.1.2 Facteurs d'identification culturels	16
I.1.3 Facteurs physiques et temporels	17
I.1.4 Facteurs économiques	18
I.2 Schéma conceptuel d'analyse	19
I.3 Hypothèses de recherche	20
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	21
II.1 Cadre de l'étude	21
II.2 Matériel de recherche	22
II.2 Méthode	23
II.3.1 Source des données et outils d'investigation	23
II.3.2 Formation des enquêteurs	24
II.3.3 Méthode de collecte de données de terrain	24

II.4	Analyse des données.....	26
II.5	Difficultés rencontrées.....	26
IIème	PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	29
CHAPITRE III	DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE ET	
	INFORMATION SUR LE CONDOM FEMININ.....	30
III.1	Description de la population d'étude.....	30
III.1.1	Répartition de la population selon l'âge et le sexe	30
III.1.2	Statut matrimonial.....	31
III.1.3	Niveau d'instruction.....	32
III.1.4	Origines sociales.....	33
III.1.5	Appartenance religieuse.....	33
III.1.6	Type d'occupation.....	34
III.2	Informations sur le condom féminin.....	35
III.2.1	Antécédents d'information.....	35
III.2.2	Sources d'information.....	37
III.2.3	Utilité du condom féminin.....	39
CHAPITRE IV :	UTILISATION DU CONDOM FEMININ.....	41
IV.1	Utilisation du condom masculin.....	41
IV.2	Utilisation du condom féminin.....	43
IV.3	Raisons de la non utilisation des condoms.....	46
CHAPITRE V	PERCEPTION DU CONDOM FEMININ.....	48
V.1	Impressions éprouvées au premier contact avec le condom féminin.....	48
V.2	Attitudes à l'égard de l'utilisation du condom.....	49
V.2.1	Facteurs prédisposant à l'utilisation du condom féminin.....	49
V.2.2	Facteurs inhibiteurs de l'utilisation du condom féminin.....	51
V.2.3	Obstacles à l'utilisation future du condom féminin.....	52
V.3	Autres attitudes.....	55
V.3.1	Comparaison entre le condom masculin et le condom féminin : le plaisir procuré par les deux outils.....	55

V.3.2 Préférences entre le condom féminin et le condom masculin.....	57
CHAPITRE VI : PERSPECTIVES RELATIVES A L'UTILISATION DU CONDOM FEMININ.....	63
VI.1 Disposition à utiliser le condom dans le futur.....	63
VI.1.1 Contribution de l'utilisation du condom masculin à l'utilisation future du condom féminin.....	63
VI.1.2 Contribution du facteur sexe.....	64
VI.1.3 Contribution du facteur âge.....	65
VI.2 Quelques données économiques.....	66
VI.2.1 Dispositions à acheter le condom féminin.....	66
VI.2.2 Prix proposé pour l'acquisition du condom féminin.....	67
VI.3 Suggestions des enquêtés.....	68
CHAPITRE VII : VERIFICATION DES HYPOTHESES	72
VII.1 Influence des facteurs socio - démographiques dans l'acceptabilité du condom féminin.....	72
VII.2 Influence des facteurs culturels dans l'acceptabilité du condom féminin.....	74
VII.3 Influence des facteurs temporels dans l'acceptabilité du condom féminin.....	75
VII.4 Influence des facteurs économiques.....	76
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES.....	87

LISTE DES ABREVIATIONS

AIDSCAP :	Aids Control and Prevention Projet
CARE :	Cooperation for American Relief Everywhere
CDC :	Center for Diseases Control
FESADE :	Femme Santé et Développement en Afrique Sub-Saharienne
FHC :	Family Health Company
FHI :	Family Health International
FOCAP :	Forum Camerounais de Psychologie
GND :	Grossesses Non Désirées
IEC :	Information, Education et Communication
IRESCO :	Institut de Recherche et des Etudes de Comportements
MINEFI :	Ministère de l'Economie et des Finances
MINSAP :	Ministère de la Santé P-ublique
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PMUC :	Pari Mutuel Urbain Camerounais
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI :	Population Service International
SIDA :	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
UEPA :	Union pour l'Etude des Populations en Afrique
UNAIDS :	Joined United Nations Programme on HIV/AIDS
VIH :	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
WHO :	World Health Organisation

INTRODUCTION GENERALE

0.1 - Problématique

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) responsable du syndrome de l'immuno-déficience acquise (SIDA) constituent de nos jours un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,4 millions à la fin de l'année 1998. Plus de 2/3 de ces personnes vivent en Afrique au Sud du Sahara et près de 50% d'entre elles sont des femmes (OMS, 1998; UNAIDS, 1998). D'autres statistiques relèvent pour ce qui concerne l'infection à chlamydia, que les femmes sont 6 fois plus affectées que les hommes (JoDean et al, 1998). Ce sont elles qui sont également les victimes des grossesses non désirées, des grossesses extra-utérines, des inflammations pelviennes post-coïtales (JoDean et al, 1998), de la mortalité liée à l'accouchement et des interruptions volontaires de grossesse (Leke, 1998). Les raisons qui expliquent la forte exposition des femmes à ces infections et aux grossesses non désirées sont entre autres leur vulnérabilité biologique, leur subordination économique, sexuelle et culturelle, ainsi que la résistance des hommes à l'utilisation du préservatif masculin (AIDSCAP, 1997).

Dans l'état actuel des stratégies proposées, le moyen le plus efficace de lutte contre la propagation des infections acquises par voie sexuelle est la prévention. En dehors de l'abstinence, la prévention est possible aujourd'hui grâce au préservatif qui représente actuellement l'outil le plus fiable parmi ceux disponibles. Les préservatifs masculins constituent jusqu'à présent la méthode barrière la plus utilisée dans la prévention des MST et du VIH/SIDA. La documentation indique toutefois, qu'en dépit des efforts effectués pour leur promotion, certaines personnes ne les utilisent pas, car ils sont placés sous le contrôle de l'homme. En effet, le port du condom masculin relève dans la plupart des cas de la décision du partenaire sexuel masculin, comme l'indiquent les filles - mères adolescentes dans une enquête réalisée au Cameroun (Touko et al, 1995). Dans le même ordre d'idées, Seidel (1996: 32) montre comment les femmes n'ont que très peu d'emprise sur leur propre vie sexuelle et il aboutit à la conclusion suivant laquelle en matière de prévention:

«le marketing social du préservatif masculin (...) est une solution très partielle dans la mesure où elle est inaccessible à beaucoup de femmes».

Autrement dit, quand bien même certaines femmes voudraient se protéger durant le rapport sexuel au moyen de ce préservatif, leur vœu se heurte souvent à l'opposition de leurs partenaires qui refusent de mettre un condom. Plus grave, la littérature rapporte que ce refus débouche parfois sur des comportements pervers notamment dans le cas de certains hommes qui percent sciemment le condom avant le coït (Gollub, 1999). De plus, des événements traumatisants tels que l'éclatement accidentel du condom masculin pendant le coït ou son blocage involontaire dans le vagin participent des difficultés qui limitent son utilisation (Touko et al, 1993).

Dans la recherche des substituts possibles au condom masculin, les scientifiques ont mis au point une nouvelle barrière : le condom féminin. Ce préservatif est une poche de plastique en polyuréthane souple et solide qui tapisse le vagin et protège le col de l'utérus, le vagin et les organes génitaux extérieurs. Contrairement au condom masculin (fait en latex) qui se détériore plus souvent (taux de déchirure situé entre 2% et 5% (FHI, 1995)), le taux d'éclatement du condom féminin est évalué à moins de 1% (Leeper, 1996; FHI, 1995). De l'avis d'autres experts, ce condom procure la même efficacité dans la prévention des MST que le condom masculin, sinon plus, dans la mesure où il couvre les parties génitales extérieures de la femme et la base du pénis (JoDean et al, 1998). Dans ce sens, une étude a démontré qu'en milieu de prostitution où le condom féminin est disponible à côté du condom masculin, l'incidence moyenne des MST est réduite de 34% en comparaison à un milieu similaire où l'on ne dispose que du condom masculin (UNAIDS, 1997).

A côté de son rôle en tant que barrière contre les MST et les grossesses non désirées (GND), le condom féminin est un outil permettant aux femmes d'acquiescer un certain pouvoir dans la négociation du rapport sexuel et surtout sur la décision de pratiquer un rapport sexuel protégé ou non. Ceci est d'autant plus important que traditionnellement, et notamment dans le contexte culturel africain, la femme est considérée comme une

consommatrice et/ou une réceptrice de l'information sur le sexe. Le condom féminin lui offre donc l'opportunité de dialoguer à propos du sexe et de sa vie sexuelle. Le propos suivant relevé dans des études réalisées dans quatre pays (Indonésie, Mexique, Costa Rica, Sénégal) sous l'égide de l'UNAIDS s'inscrit dans cette optique :

«Amongst other things, women found that introduction of female condom into a relationship gave them an opportunity to communicate about safer sex more successfully than before» (UNAIDS 1997 : 1).

Par ailleurs, il a été noté que même dans l'impossibilité de négocier et/ou de dialoguer avec son partenaire sur la nécessité de faire usage du condom féminin - notamment lorsque celui-ci se trouve en état d'ivresse et tient absolument à avoir une relation sexuelle -, la femme peut tout simplement installer le dispositif à l'insu de l'homme (JoDean et al, 1998); ce qui lui permettra de se protéger et de protéger son partenaire, tout en passant outre l'éventuel refus de celui-ci.

Toutefois, au delà des avantages qu'offre le condom féminin dans la prévention des MST, du VIH/SIDA et des grossesses non désirées, son introduction dans un milieu considéré et son utilisation effective par les populations dépendent d'un certain nombre de facteurs qu'il importe d'explorer. De tels facteurs mis en évidence, permettront d'élaborer des stratégies adéquates d'information et d'éducation de masse. Dans cette perspective, un certain nombre d'études ont été réalisées dans quelques pays, notamment africains, sur l'acceptabilité du condom féminin. On relève dans quelques unes que les taux d'acceptabilité varient sensiblement d'une région à l'autre. En Ouganda, Dithan et al (1996) notent que parmi ceux qui l'ont essayé, plus de 90% des femmes en milieu urbain et 74% de leurs partenaires apprécient le condom féminin. Dans le cadre de son programme de marketing social au Zimbabwe, le 'Population Services International' (FHC, 1997) indique que 56% des hommes et 50% des femmes interviewés sont intéressés par l'utilisation du condom féminin. En Afrique du Sud, 84% des participantes à une étude sur l'acceptabilité sont prêtes à utiliser le condom féminin dans le futur (WHO, 1997). Parmi ces dernières, 47% rapportent que leurs partenaires apprécient le condom féminin. Dans le même ordre

d'idées, les résultats de l'étude menée au Cameroun montrent que la grande majorité des participants (95%) apprécient le produit et le préfèrent même au condom masculin (63%) (Monny-Lobé et al, 1991).

Malgré les taux apparemment élevés de personnes favorables à l'utilisation du condom féminin, relevons toutefois que les études sus citées n'ont souvent concerné que des échantillons limités de la population. Dans la plupart de ces recherches, les prostituées sont les groupes qui ont été les plus fréquemment ciblés. Or, l'on sait que les prostituées entretiennent des relations sexuelles dans le but d'avoir un gain financier; ce qui peut influencer leur jugement par rapport à celui de sujets issus de l'ensemble de la population. Plus encore, elles constituent une population dite « à risque »; de ce fait, leur prise de conscience de la menace du SIDA (maladie incurable) les prédisposerait à entretenir les rapports sexuels protégés plus que le reste de la population. Cependant s'il est vrai comme l'affirme Beat Songue (1993 : 48) que :

« la décision d'utiliser le condom ou pas relève en majeure partie du client, beaucoup plus que de la prostituée qui se plie aux aléas de ses besoins financiers, plus souvent qu'elle ne considère les risques encourus »,

les résultats demeurent assez fragmentaires sur la base de tels échantillons, et ne peuvent par conséquent être utilisés de manière efficiente dans la définition d'un programme de prévention élargi à l'ensemble de la population sexuellement active. On remarque sur un autre plan, que jusqu'à lors la tendance a été de cibler les femmes - cas notamment des études faites au Cameroun, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, et en Ouganda -. Le rôle de l'homme semble avoir été quelque peu ignoré. Pourtant au delà du fait qu'il s'agit du condom féminin, le contexte socioculturel africain privilégie l'homme dans les décisions concernant la vie familiale et sexuelle comme le relève Faleyimu (1999: 1) :

« In our part of the developing world, decision on issues concerning family planning, childbearing, marriage etc, rests on the men, so programmers and Advocates of female-friendly methods must design ways to reach the Men more »

Il importe par conséquent d'inclure les hommes dans les échantillons de recherche afin de mieux se rapprocher des situations réelles d'utilisation de ce produit.

Au total, de nombreuses inconnues existent par rapport au condom féminin, ce qui invite à conduire davantage de travaux de recherche pour aider à élaborer des programmes de promotion de ce nouvel outil de lutte contre les MST, le VIH/SIDA et les grossesses non désirées. Comme le déclarait Cabral (1996: 3), spécialiste des recherches sur le condom féminin du Center for Diseases Control (CDC):

«Determinants of barrier use are complex, we need to know more..., Comprehensive behavioural research is needed» .

La présente recherche répond donc à ce souci et elle se propose de documenter davantage la connaissance sur le condom féminin, en analysant les comportements des hommes et des femmes face à cet outil.

0.2 - Justification du choix de l'étude

A l'issue de la formation reçue au premier cycle à l'Université, nous avons été intéressée par l'idée d'oeuvrer dans le domaine de la recherche, en focalisant les problèmes de santé. C'est pourquoi nous avons intégré en 1995 une équipe de recherche en Sciences Sociales: le Forum Camerounais de Psychologie en abrégé FOCAP, qui mène entre autres des études sur les maladies tropicales et la santé de la reproduction. Dans le cadre des activités de cette institution, nous avons participé à plusieurs enquêtes parmi lesquelles 'l'étude des connaissances, attitudes et pratiques des filles-mères de Yaoundé vis-à-vis du planning familial' réalisée en 1995; la recherche sur 'les MST/SIDA chez les groupes en situation de risque à Douala et dans la province de l'Est', étude finalisée en 1997. Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de prendre activement part à l'opération de collecte de données de l'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-II) de Février à Juin 1997. L'ensemble de ces études se rapporte à la Santé de la Reproduction, domaine qui nous

a toujours fasciné. Dans ces études, une attention particulière est accordée à l'utilisation des condoms masculins, un des outils les plus utilisés dans la planification familiale.

Lorsqu'au cours de nos lectures, nous avons été informée sur l'existence d'un condom féminin, 'reality', nous avons pensé qu'un tel produit, offrirait la possibilité d'opérer un choix par rapport au condom masculin d'existence ancienne et renforcerait en même temps, la lutte jusqu'ici menée contre les MST/SIDA. C'est ainsi que nous avons soumis une demande auprès de la Présidente de la firme de fabrication du condom féminin, the Female Health Company (FHC), qui a accepté de mettre à la disposition du FOCAP des condoms féminins pour servir à la réalisation d'une étude d'acceptabilité. Nous avons à cet effet développé un protocole de recherche en collaboration avec notre Directeur, en vue de la préparation du mémoire de Maîtrise. En définitive, nous voulions apporter notre contribution à la lutte contre les MST/SIDA et les GND par le biais d'une recherche sociale d'une part, et d'autre part, être l'une des pionniers dans le domaine de recherche sur ce nouvel outil dans notre pays, le Cameroun.

0.3 - Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude réside dans la mise en évidence de données permettant de mesurer le niveau d'acceptabilité du condom féminin au Cameroun. Ces informations devraient servir à l'orientation des stratégies de promotion du produit dans le milieu étudié ; ce qui favoriserait la multiplicité de choix des méthodes préventives, avec pour finalité la réduction de la prévalence des MST/VIH/SIDA et des GND. Il nous est paru tout aussi important de documenter la problématique de l'utilisation du condom féminin, contribuant ainsi à en faire un domaine d'investigation scientifique.

0.4 - Objectifs

Cette étude se propose de mesurer l'acceptabilité du condom féminin par la population cible (hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans) et de rechercher les facteurs susceptibles d'influencer son utilisation. Spécifiquement, l'étude vise à :

- Déterminer le niveau d'information de la population cible au sujet du condom féminin.
- Evaluer l'utilisation potentielle du condom féminin par des sujets sexuellement actifs.
- Déterminer les attitudes de la population cible vis-à-vis du condom féminin.

0.5 - Plan

Le présent travail comprend une introduction générale qui présente la problématique de l'étude, la justification du choix du sujet, l'intérêt et les objectifs de l'étude. A la suite de l'introduction, une première partie est consacrée aux considérations d'ordre théoriques et méthodologiques. Cette partie est composée de deux chapitres dont le premier traite des différents facteurs intervenant dans l'acceptabilité du condom féminin. Le deuxième chapitre quant à lui présente la méthodologie qui a servi à la réalisation de cette étude. Il situe notamment le milieu dans lequel s'est déroulé l'étude, décrit le matériel de recherche, les outils d'investigation et présente les étapes de la collecte des données ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain. La deuxième partie du Mémoire qui comporte cinq chapitres est consacrée à la présentation et à l'interprétation des résultats. Elle comprend la description de la population échantillonnée et son niveau d'information sur le condom féminin (chapitre trois). Les données relatives à l'utilisation du condom féminin constituent l'objet du chapitre quatre. Le cinquième chapitre traite des attitudes des enquêtés vis-à-vis du condom féminin. Dans le chapitre six, sont présentées les perspectives relatives à l'utilisation du dispositif. La vérification des hypothèses fait l'objet du septième chapitre qui précède la conclusion de ce travail.

1ère partie :
CONSIDERATIONS THEORIQUES
ET METHODOLOGIE

CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL

I.1 Considérations théoriques

La présente recherche se fonde sur deux théories: le «Health Beliefs Model» et la théorie des systèmes.

Développé par les écoles Nord-Américaines et dérivé de la psychologie sociale, le « Health Beliefs Model » est une théorie explicative des comportements de prévention en matière de santé. Moati cité par Modieli (1993: 34) précise que:

« son postulat de départ est que la probabilité individuelle d'adoption d'une action préventive dépend d'un ensemble de facteurs relevant de la croyance, en particulier de la perception, de la susceptibilité individuelle au risque de maladie et de celle du bénéfice attendu et que, en conséquence, une intervention sur ces perceptions peut contribuer à induire les changements comportementaux souhaitables ».

Suivant ce postulat, l'individu doit dans un premier temps percevoir sa santé comme vulnérable, par exemple le risque d'infection par les MST, le VIH/SIDA et les conséquences qui en découlent. Deuxièmement, en mesurant le degré d'exposition au risque, l'individu participe délibérément ou non à l'action de prévention de la maladie qui constitue le danger, notamment par l'utilisation du condom lors des rapports sexuels pour ce qui est de l'exposition aux MST, VIH/SIDA. Nous pouvons retenir de ce modèle trois éléments essentiels à savoir : la personnalisation du risque; la dramatisation des conséquences et la perception du bénéfice de la prévention. Parallèlement à l'objet de cette étude, la perception des dangers des MST, VIH/SIDA, GND ainsi que des avantages que procure l'usage du condom féminin pourra susciter son utilisation. Cependant, l'activité sexuelle et partant l'utilisation du condom ne relève pas de l'avis d'un seul individu mais du consentement de deux partenaires voire de toute une communauté. Aussi l'adoption d'une approche plus globale nous paraît-elle complémentaire.

L'approche systémique dont la paternité est attribuée à Ludwig Von Bertalanfy, considère qu'

« il est aussi important d'identifier l'ensemble, la totalité des éléments et des relations entre les éléments que d'analyser indépendamment les attributs de chacun d'eux » (Durand et Weil, 1989: 387)

Par rapport à cette considération, il apparaît que l'acceptabilité du condom féminin met en jeu un certain nombre de facteurs dont l'analyse systémique permettra de mieux comprendre l'importance. Selon la définition qu'en donne Rocher (1968, T 2: 200), *« on appelle analyse systémique toute recherche, théorique ou empirique, qui, partant du postulat que la réalité sociale présente les caractères d'un système, interprète et explique les phénomènes sociaux par les liens d'interdépendance qui les relient entre eux et qui en forment une totalité »*. L'approche systémique permettra, dans l'analyse, de mettre en lumière les rapports d'interdépendance et de complémentarité entre les différents facteurs ci-dessous présentés et intervenant dans l'acceptabilité du condom féminin.

Ces facteurs sont regroupés en quatre catégories dont les premières tiennent à l'utilisateur lui-même. Les secondes, liées au produit, sont relatives aux caractéristiques physiques, temporelles et au coût du produit.

I.1.1 Les facteurs d'identification individuelle

Le premier facteur d'identification individuelle est le sexe qui peut avoir une influence positive ou négative sur la perception du condom féminin. Dans la majorité des travaux réalisés, il est rapporté que les femmes sont plus disposées à l'utiliser que les hommes. Toutefois, cette tendance peut varier d'une étude à l'autre. Au Zimbabwe par exemple, on est parvenu à des résultats qui tendent plutôt à montrer une plus grande disposition des hommes (56%) à utiliser le condom féminin par rapport aux femmes (50%) (FHC, 1997). On note par ailleurs que l'opposition du partenaire masculin est un aspect non négligeable dans la détermination des sujets à utiliser le produit.

A côté du sexe, Sly et al (1997), dans une étude menée aux Etats - Unis, ont mis en évidence l'implication de l'appartenance raciale et de l'âge dans l'utilisation du

condom féminin. Ils constatent en effet une plus grande disponibilité des femmes noires (40%) et hispaniques (30%) que des blanches (18%) à utiliser le produit. Par rapport à l'âge, ils réalisent que les sujets âgés de moins de 25 ans (22%) sont moins disposés à utiliser le condom que les sujets âgés de plus de 25 ans (37%).

Le statut matrimonial jouerait également un rôle dans l'acceptabilité du condom féminin. En effet les travaux de AIDSCAP (1996) montrent que les femmes libres sont plus avantagées dans l'utilisation de ce préservatif que les femmes mariées qui sont influencées négativement par leurs époux.

I.1.2 Les facteurs culturels

Le contexte culturel Africain accorde un pouvoir de domination des hommes sur les femmes en matière de sexualité. Ce phénomène de phallocratie masculine est ancré dans les mentalités des africains à tel enseigne que chaque individu y fait face dès les premiers moments de son existence. En Afrique, l'enfant est ce qu'il y a de plus déterminant pour les parents mais aussi pour toute la communauté. Cependant, la tendance est d'accorder une plus grande importance à l'enfant de sexe masculin comme il apparaît dans ce propos de Soumaya (1991 : 107)

« L'excellente femme est celle qui a un fils dans son sein, qui conduit un autre fils à la main et dont encore un autre fils suit les pas ».

Elle poursuit (idem 108) en relevant que *« Le désir de concevoir un garçon est donc véritablement ardent, chez les mères: s'il leur est nécessaire de procréer pour justifier de leur situation d'épouse, engendrer un enfant mâle les valorise de façon incomparable »*

D'après ces représentations, le fils, plus que la fille, est symbole de sécurité pour ses parents car non seulement il travaille et soutient sa famille, mais en plus et surtout il assure l'héritage et donc pérennise le patrimoine familial. Ainsi, dès le bas âge, l'éducation au sein de la famille, puis au sein de la société' initie l'enfant mâle à développer sa virilité à travers tous les aspects de sa personnalité et à *« ne jamais rien faire comme la femme »* (Ombolo, 1990 : 211). S'agissant de l'éducation sexuelle, la femme a souvent été classée au rang des accessoires du plaisir masculin. Soumaya (1991 : 7-8) le souligne en ces termes :

« La tradition a attribué au seul sexe masculin la jouissance du corps, tandis que la femme musulmane a été emprisonnée dans un carcan d'interdits qui l'a réduite à n'être que l'objet de la sexualité masculine ».

Sur ce point, l'auteur présente à travers la femme musulmane, une situation où se reconnaissent, à des degrés divers cependant, les femmes africaines victimes de la domination masculine, domination qui peut se traduire dans le cadre de cette étude par l'influence négative des hommes sur l'acceptabilité du condom féminin. C'est dans ce sens que Moutome-Ekambi (1994, 16) relève que le 'machisme idéologique', l'un des facteurs de l'imaginaire viril qui conditionne les réticences à l'égard de toute forme de limitation de naissance soumet la femme au mot d'ordre « *patience et dévouement envers des enfants sinon envers le mari dictateur* ». Ce qui revient à dire qu'à cette date, la maîtrise de la fécondité est mal intériorisée par la plus grande partie de la population féminine du fait de l'éducation traditionnelle reçue par celle-ci. Le partenaire de sexe masculin se trouve donc être le meneur dans ce domaine de la sexualité. Dans ses différents travaux, la FHI relève que des femmes ont interrompu l'utilisation du dispositif à cause de leurs maris. Dans le même ordre d'idées, JoDean et al (1998) mentionnent que 2/3 des prostituées ayant participé à une étude en Thaïlande, ont apprécié positivement le condom féminin mais que la plupart en ont interrompu l'utilisation à cause de l'opposition de leurs partenaires masculins.

Abordons à présent les facteurs liés au produit.

I.1.3 Les facteurs physiques et temporels

La forme physique du condom, les difficultés d'insertion et de retrait après usage, sont citées parmi les facteurs déterminants de l'acceptabilité du condom féminin (WHO, 1997). Parlant de la forme physique, la taille du condom semble inadapté à l'anatomie féminine; WHO (1997) relève qu'elle apparaît parmi les premières plaintes venant des femmes dans les études sur la perception du condom féminin. Il en est de même pour le lubrifiant qui lui, exerce une influence selon que l'on se trouve dans une culture donnée ou dans une autre. Dans les études menées au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe, le lubrifiant constitue un blocage dans la mesure où l'on y valorise le dry sex. Par contre dans les contextes différents, le lubrifiant est positivement apprécié car

il empêche l'irritation du vagin (WHO, 1997). La capacité du condom féminin à réduire ou à procurer du plaisir contribue également à mesurer son acceptabilité.

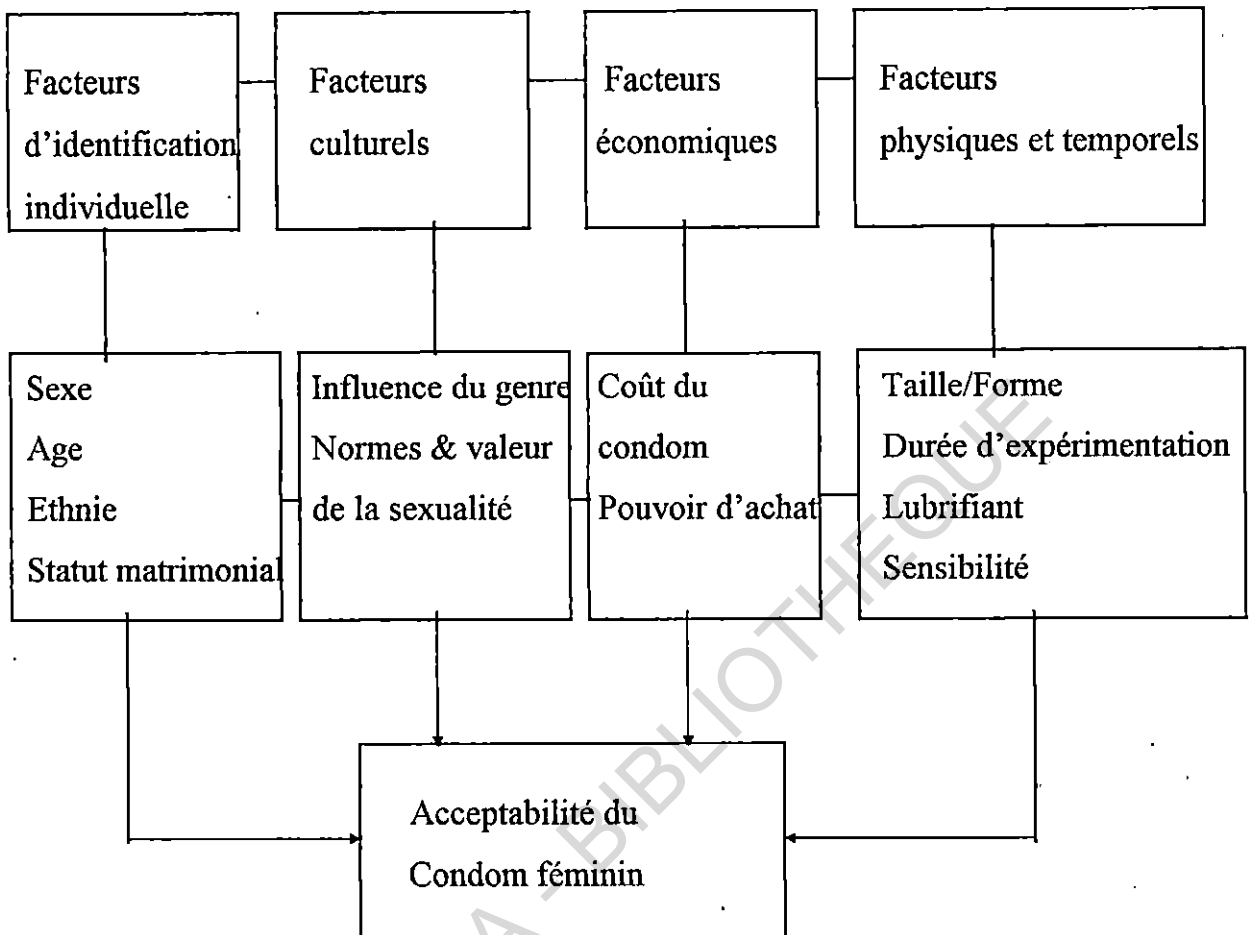
Par rapport au temps, les perceptions peuvent changer avec la durée de l'utilisation. En effet, certaines difficultés éprouvées au premier contact par les utilisateurs disparaissent au fur et à mesure que dure le temps d'utilisation du produit. L'étude menée auprès des prostituées au Cameroun montre que les difficultés d'insertion et l'inconfort éprouvés au moment de l'utilisation diminuent entre les deux phases de l'étude : les taux de plaintes passant respectivement de 24% à 18% pour l'insertion, et de 11% à 6% pour l'inconfort (Monny-Lobé et al, 1991).

I.1.4 Facteurs économiques

Au sujet des facteurs économiques, le prix du condom féminin apparaît comme un facteur majeur dans son acceptabilité. Dithan et al (1996), Purohit et al (1996) pensent que le coût est l'obstacle le plus important à l'utilisation du condom. Dans l'état actuel de son conditionnement, le prix du condom féminin compris entre 2 et 3 dollars américains est environ 2 fois, voire 3 fois plus élevé que celui du condom masculin (AIDSCAP, 1997), et par conséquent inaccessible à la majorité de la population.

Au total, il ressort des différentes études que l'acceptabilité du condom féminin est conditionné par plusieurs facteurs regroupés en facteurs individuels, facteurs culturels, facteurs économiques, facteurs physiques et temporels. L'ensemble des déterminants décrits a permis d'élaborer le schéma conceptuel d'analyse présenté ci-après:

I.2 Schéma conceptuel d'analyse



Ce modèle présente un ensemble de facteurs inscrits dans un système d'influence et de réciprocité. Il s'agit ici d'une interrelation entre les variables dépendantes et indépendantes.

Les catégories de facteurs d'identification individuelle, facteurs culturels, facteurs économiques, facteurs physiques et temporels, représentées au premier niveau sont les variables indépendantes et elles sont détaillées dans la deuxième ligne du schéma.

L'acceptabilité du condom féminin qui est présentée dans la dernière rangée est la variable dépendante.

Le sens des flèches indique que les différentes variables indépendantes agissent sur la variable dépendante.

Les variables indépendantes telles que le sexe, l'âge seront utilisées pour vérifier l'influence des facteurs socio-démographiques sur l'acceptabilité du condom féminin. Concernant les facteurs culturels, les relations sociales basées sur le sexe seront mises en exergue. Quant aux facteurs temporels, les résultats relatifs à la durée d'expérimentation permettront de mesurer l'influence du temps dans l'utilisation du condom féminin. L'influence des facteurs économiques sera vérifiée par rapport au coût du condom féminin et au pouvoir d'achat des participants.

A la lumière de ce schéma et de tout ce qui précède, nous avons élaboré l'hypothèse de recherche qui est l'objet du prochain paragraphe.

I.3 Hypothèses de recherche

A partir de tout ce qui précède, l'hypothèse que nous émettons est la suivante :

L'acceptabilité du condom féminin dépend des facteurs socio-démographiques, culturels, temporels et économiques.

Cette hypothèse principale se décompose en hypothèses secondaires ainsi qu'il suit :

- L'acceptabilité du condom féminin est fonction de certains caractères d'identification individuelle
- L'acceptabilité du condom féminin dépend des facteurs culturels en relation avec l'activité sexuelle.
- La durée d'expérimentation du condom féminin exerce une influence sur l'acceptabilité de ce produit.
- Le coût du condom féminin, le pouvoir d'achat des potentiels utilisateurs sont assez déterminants pour son acceptabilité.

La démarche méthodologique qui a permis de collecter les données est décrite dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

II.1 Cadre de l'étude

Nous avons retenu la ville de Yaoundé comme site de la présente étude. Notre statut de résident actuel dans cette ville devait faciliter le suivi des enquêtés durant la période de collecte de données sur le terrain et permettre de réduire le coût de l'étude.

Suivant les estimations, la population de cette ville est de 1 231 314 habitants en 1997, avec un taux de croissance annuel de 5,1% (Merabet, 1999). Ce taux connaît un ralentissement par rapport aux années 1976 (9,5%). Ceci serait dû à une diminution de la croissance naturelle et/ou du solde migratoire. Il n'en demeure pas moins que Yaoundé constitue un pôle d'attraction dans le pays, notamment pour les jeunes en âge d'activité, la scolarisation et l'emploi étant parmi les principaux facteurs explicatifs des mouvements migratoires (MINEFI, 1994). Sur le plan économique, la situation laisse apparaître une grande pauvreté des populations. En effet, le rapport du PNUD sur le développement humain indique que :

« la décennie de récession et d'ajustement économique récurrents (1985/86-1994/95) a révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant cette période au Cameroun. Ainsi la situation sociale est caractérisée par une forte expansion de la pauvreté dans l'ensemble du pays » (PNUD, 1998 : 11).

Selon la même source, l'incidence de pauvreté (mesure permettant d'apprécier la contribution de chaque région à la pauvreté nationale) est de 29,6% pour la seule ville de Yaoundé (contre 19,7% pour la ville de Douala). En 1993, les ménages pauvres de Yaoundé représentaient 54% de sa population, les dépenses annuelles moyennes de ces ménages étant de 79000 F CFA, bien en dessous du seuil de pauvreté estimé à 148000 F CFA/an (cf PNUD). Cette situation défavorable engendre de nombreux problèmes sociaux tels que le chômage, la prostitution et la criminalité. Sur le plan sanitaire, les efforts réalisés ces dernières années pour réduire les MST et le VIH/SIDA n'ont pas

abouti aux effets escomptés. Les statistiques indiquent que les MST et le VIH/SIDA y sont en constante progression. Ainsi, la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang des forces armées dans un centre hospitalier de la ville de Yaoundé est passée de 1,14% en 1991 à 12,5% en 1994 (Tapko et al, 1995). Un récent rapport du Comité National de Lutte Contre le SIDA (MINSAP, 1999 : 3) reconnaît à ce propos l'échec du programme de prévention mis en place en 1986 au lendemain de l'identification du premier sidéen camerounais comme l'indique ce propos:

«The national campaign for the fight against AIDS that began in 1986, a year after the disease was first spotted in Cameroon has failed ».

Cet échec serait dû entre autres au manque de stratégie cohérente, à une insuffisance d'information sur la maladie, ainsi qu'à une absence de fonds. Pour remédier à cette situation, le MINSANTE a mis sur pied une nouvelle stratégie, qui prévoit dans son plan de 1999-2000 la réduction de la transmission du VIH et de son impact socio-économique. L'accent sera mis sur les activités d'IEC, la sécurité transfusionnelle, la prise en charge psychologique des victimes et la promotion de la recherche opérationnelle. Notre recherche s'inscrit dans l'optique de ce plan, à savoir étudier un aspect du phénomène pour contribuer à la recherche et à la mise en oeuvre des solutions visant justement la réduction des infections transmissibles sexuellement.

Le milieu de l'étude ainsi décrit, nous présentons ci-dessous les différentes étapes suivies pour la collecte des données en commençant par la description sommaire du matériel de recherche.

II.2 Matériel de recherche

Le matériel d'enquête est constitué des condoms féminins ainsi que de poches de lubrifiant offerts par la firme américaine 'Female Health Company'. Le produit est présenté en paquets contenant chacun 3 condoms féminins, ainsi que 3 petites poches de lubrifiant et une notice d'information présentant les propriétés, les instructions sur l'utilisation ainsi que les précautions à prendre en compte pendant l'acte sexuel (voir annexe n°3).

En ce qui concerne la présentation physique, le condom féminin est une poche de plastique souple et lâche qui tapisse le vagin et protège le col de l'utérus, le vagin et les organes génitaux extérieurs. La poche possède un anneau souple et flexible à chaque extrémité. Il est pré-lubrifié et est conçu à usage unique pour des fins contraceptives et de prévention des MST et du VIH/SIDA.

II.3 Méthode

II.3.1 Source des données et outils d'investigation

Les données utilisées dans cette étude sont issues de deux sources : les données documentaires et les données de l'enquête de terrain. Les données documentaires sont issues du réseau internet, à travers lequel de nombreuses publications ont été obtenus sur le condom féminin. D'autres documents ont été consultés dans des bibliothèques de la ville de Yaoundé notamment celle du FOCAP qui reçoit régulièrement les travaux des organismes nationaux et internationaux tels IRESCO, FHI, CARE, ONUSIDA, OMS, sur la santé sexuelle et reproductive. Les données de terrain quant à elles sont issues de l'enquête longitudinale réalisée auprès de la population sexuellement active. Selon l'OMS (1998) cette tranche de la population est comprise entre 15 et 49 ans.

Pour cela, deux questionnaires contenant à la fois des questions fermées et des questions ouvertes (cf annexe n° 1 & 2) ont servi de support à la collecte de données. Les thèmes abordés sont les suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
- Informations sur le condom féminin,
- Utilisation du condom féminin,
- Attitudes vis-à-vis du condom féminin,
- Perspectives sur l'utilisation du condom.

Après l'élaboration des outils d'investigation, nous avons procédé au recrutement et à la formation de 5 enquêteurs qui devaient participer à la collecte des données sur le terrain.

II.3.2 Formation des enquêteurs

Les enquêteurs ont été recrutés parmi les étudiants en Sociologie ayant au moins le niveau Licence. Ils ont suivi une formation centrée sur deux points principaux à savoir la méthodologie de la recherche et la connaissance du condom féminin.

Les enquêteurs ont été entretenus sur les objectifs de l'étude ainsi que sur les moyens définis pour atteindre ces objectifs. Ils ont également été instruits sur les conditions d'éthique. Les considérations suivantes ont été enseignées:

- Comment rassurer l'enquêté sur le caractère confidentiel des informations.
- Comment instruire l'enquêté sur le condom féminin.
- Ne recruter que les sujets ayant manifesté clairement leur disposition à tenter

l'expérience et à mettre les informations y afférentes à la disposition de l'enquêteur.

La nécessité de ne recruter que les volontaires se justifie par le fait qu'elle garantit mieux la collecte des données fiables en même temps qu'elle permet de réduire les biais sur la participation aux différentes phases de l'enquête.

Le volet portant sur la connaissance du condom féminin a permis aux enquêteurs de se familiariser avec le matériel et les instructions sur son utilisation. A ce sujet, ils ont été instruits sur l'historique du condom féminin, son mode d'utilisation, son rôle, l'efficacité du condom féminin.

Nous avons participé à l'opération de collecte des données afin de mieux cerner les réalités du terrain.

II.3.3 Méthode de collecte de données de terrain

Les activités de terrain ont été effectuées durant la période allant de Décembre 98 à Mars 99. Compte tenu de la complexité du sujet, nous n'avons pas utilisé une méthode d'échantillonnage formelle. Le nombre de condoms disponibles pour l'enquête a déterminé le nombre de sujets à enquêter. Sur la base que chaque enquêté devait recevoir 12 condoms pour les deux phases de l'étude, un rapport au nombre de condoms prévus (1200) a été déterminé et l'on s'est retrouvé avec un échantillon de 100 sujets à enquêter. Les enquêteurs se sont chargés de sillonner les différents

quartiers de la ville pour repérer et sélectionner les personnes intéressées à participer à l'étude. Seuls les sujets sexuellement actifs (hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans) et habitant la ville de Yaoundé ont été retenus. Chaque enquêté devait exprimer verbalement sa disposition à utiliser les condoms et à avoir un entretien un mois plus tard avec l'enquêteur.

Le travail de terrain a suivi trois étapes à savoir l'investigation préliminaire et deux phases de collecte des données.

L'enquête a débuté par une phase préliminaire qui était consacrée à l'information individuelle des personnes rencontrées sur le condom féminin, le contexte de la recherche et à la remise des préservatifs aux volontaires. Par rapport à l'information sur le condom, les thèmes suivants ont été présentés en détail : l'historique, les propriétés et le mode d'utilisation. S'agissant de la recherche, les interlocuteurs ont été instruits sur le but de l'étude et les dispositions d'ordre éthique prises en considération dans la collecte et l'analyse des données. Au bout de cet entretien, l'enquêteur invitait les volontaires à essayer les condoms. Ceux-ci recevaient chacun 06 condoms pour un usage personnel. Au bout d'un mois, l'enquêteur effectuait une première visite de collecte d'information auprès des participants, ce qui marquait le deuxième passage.

Au deuxième passage, les enquêtés étaient interviewés individuellement sur la base du questionnaire clôturant la première phase de l'étude. Avant l'entretien proprement dit, l'enquêté était rassuré sur la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat dans le traitement des données. Il était aussi question de rassurer l'enquêté que même en cas de non utilisation des condoms, les réponses étaient toujours utiles pour l'étude, afin d'éviter que les sujets qui n'auraient pas réussi à les utiliser ne soient tentés de déclarer qu'ils l'avaient fait. A la fin de l'interview, l'enquêteur invitait l'enquêté à lui présenter le reste des condoms ou les paquets vides pour 's'assurer' de l'utilisation effective du produit. Ceux qui exprimaient leur disposition à continuer l'expérience se voyaient remettre 06 autres condoms pour la deuxième phase. Un rendez-vous était ensuite pris avec l'enquêteur pour le suivi.

Un mois après avoir reçu le second lot de condoms, les enquêtés étaient une fois de plus interviewés au moyen d'un second questionnaire individuel ; ce dernier bouclant la collecte des données.

II.4 Analyse des données

Les questions fermées ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 6.0. Il s'agit d'un logiciel d'analyse statistique des données de recherche en santé publique. Conçu par le Center for Disease Control (CDC), et distribué gratuitement par l'OMS aux institutions et personnes oeuvrant dans le domaine de la santé publique. Le logiciel est organisé en petits modules de traitement des données dont les plus importants sont: Edite, Saisie et Analyse.

Le module "Edite" sert à réaliser le masque de saisie des données. Il s'agit ici de reproduire le questionnaire à l'ordinateur en y introduisant les codes correspondant aux réponses à chaque question. Le module "Saisie" quant à lui est destiné comme son nom l'indique à la saisie/entrée des données du questionnaire dont le masque a été conçu dans "Edite". Le module "Analyse" sert à faire les calculs statistiques sur les données entrées dans "Saisie". Ce logiciel permet donc en gros de reproduire à l'ordinateur toutes les données quantitatives du questionnaire afin de les analyser.

Pour ce qui est des questions ouvertes, celles-ci ont été traitées selon la technique classique de l'analyse de contenu : l'analyse thématique. Nous avons regroupé dans un premier temps toutes les réponses relatives à une question donnée. Ensuite, nous avons fait ressortir les thèmes principaux et les thèmes secondaires pour chaque réponse. Ce découpage nous a permis de mettre ensemble les opinions exprimant les mêmes idées.

II.5 Difficultés rencontrées

Cette étude s'est heurtée à des difficultés de divers ordres.

La difficulté majeure à laquelle l'équipe a été confrontée relève non seulement du caractère expérimental du sujet, mais aussi du fait que ce dernier traite d'un domaine aussi privé qu'intime de la vie des individus.

Le condom féminin étant tout à fait nouveau dans le milieu d'étude, la seule démarche permettant d'atteindre l'objectif recherché a consisté à distribuer dans un premier

temps le produit aux utilisateurs chargés de rendre compte de leur expérience. Il n'a pas été facile pour nous de convaincre certains sujets qui ont naturellement manifesté des réticences à l'égard de ce qui jusque là leur était nouveau et même étrange pour certains.

Ces réticences ont entraîné des refus de participer à l'étude et les raisons évoquées se rapportaient dans la plupart des cas à la peur des effets secondaires, notamment des maladies telles que le 'cancer' susceptible, selon eux, d'être provoquée par le lubrifiant incorporé au condom. La peur était également liée, selon les déclarations des personnes concernées, au fait que le condom féminin, tel qu'il leur apparaissait, pouvait rentrer dans le vagin pendant le coït.

Quelques personnes rencontrées ont évoqué leurs convictions religieuses. Elles ont déclaré ne pas faire usage du condom par fidélité à leur conjoint(e). Autrement dit, l'utilisation d'un tel objet ne s'accommodait pas avec les enseignements de leur religion.

Certains ont pensé que l'utilisation d'un tel objet est susceptible de favoriser 'Le libertinage sexuel'. De leur point de vue, dès lors que la femme peut disposer d'un préservatif, elle est en mesure de multiplier autant que possible le nombre de ses partenaires sexuels.

Le refus manifesté par la plupart des sujets de sexe féminin était soutenu par le fait que dans l'imaginaire populaire, le condom est perçu comme un objet de suspicion. A partir du moment où c'est la femme qui le propose à son partenaire, elle est socialement considérée comme une personne aux moeurs légères, donc infidèle.

A côté de ces raisons explicites évoquées par les personnes rencontrées, nous ne pouvons perdre de vue qu'il existe des raisons implicites non moins importantes relatives à la sexualité en général et par conséquent à l'utilisation du condom. En Afrique en général et au Cameroun en particulier, la sexualité reste quelque peu un sujet de honte. On n'en parle pas par 'pudeur' comme le relèvent justement Langue-Menye et al (1999). Moutome Ekambi (1994 : 13) précise à cet effet que

« L'éducation à la vie familiale et à la maîtrise de la fécondité, relève, dans les sociétés traditionnelles, dont le Cameroun fait encore partie à bien des égards, du tabou. »

Même si certains répondants acceptent de se soumettre à un questionnement sur ce type de sujet, il est moins habituel de se trouver en situation de participer physiquement dans le domaine de l'activité sexuelle à une expérimentation. Toutes choses qui ont représenté des freins à la constitution de l'échantillon.

Toutefois, le travail a pu être réalisé grâce la ténacité de l'équipe de recherche et la volonté clairement manifestée par les sujets finalement impliqués. L'étude a pu être conduite et la suite du texte présente les résultats.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Même partie :
PRESENTATION ET ANALYSE DES
RESULTATS

CHAPITRE III : DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE ET INFORMATION SUR LE CONDOM FEMININ

III.1 Description de la population d'étude

La présente étude s'est intéressée à la tranche de la population qualifiée de sexuellement active de la ville de Yaoundé. L'analyse descriptive, à laquelle est consacrée cette partie, présente la population échantillonnée suivant quelques caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le type d'occupation, l'origine et la religion des enquêtés.

III.1.1 Répartition de la population selon l'âge et le sexe

Tableau 1 : Répartition de la population selon l'âge et le sexe

Sexe	Féminin		Masculin		Total	
	n	%	n	%	n	%
Age (en année)						
≤ 19	8	14,5	0	0,0	8	8,0
20-29	35	63,6	22	48,8	57	57,0
30-39	10	18,1	21	46,6	31	31,0
40-49	2	3,6	2	4,4	4	4,0
Total	55	55,0	45	45,0	100	100,0

Par rapport au sexe, l'échantillon se répartit en 55 sujets (55%) de sexe féminin et en 45 sujets (45%) de sexe masculin, soit un sex ratio de 0,8. En raison du fait qu'il s'agit d'un condom "contrôlé" par les femmes (ce sont elles qui le portent), nous avons voulu impliquer plus de femmes dans l'étude.

L'âge des enquêtés varie de 16 à 49 ans, la moyenne étant de 27,92 ans. Pour l'ensemble des deux sexes, les effectifs maximum sont observés dans les tranches de 20-29 ans et 30-39 ans. L'effectif le plus petit se retrouve chez les sujets âgés de 40-49 ans. Nous ne pouvons nous permettre de dire que les tranches d'âges les plus

représentées sont les plus actives sexuellement. Cette répartition peut se justifier par le fait que seuls les volontaires étaient recrutés pour participer à l'étude. Un quota n'a pas été établi au départ pour chaque tranche d'âge.

III.1.2 Statut matrimonial

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	n	%
Célibataire	85	85,0
Marié	15	15,0
Total	100	100,0

L'échantillon est constitué en majorité des célibataires (85 %) suivis des mariés sous le régime monogamique (13,0%) et les polygames viennent en dernière position (2,0%). La population d'étude ne comprend ni divorcés ni veufs, ce qui s'explique en raison du fait que la population échantillonnée est relativement jeune. la moyenne d'âge étant de 27,92 ans. Plus encore, cette catégorie de la population pourrait se trouver parmi les gens qui ont refusé de participer à l'étude.

Par rapport aux célibataires qui représentent plus de 8/10 sujets de l'échantillon, ceux-ci auraient des pratiques sexuelles plus libres que les mariés qui sont plus désavantagés et même impuissants (surtout les femmes) devant le poids des interdits culturels qui pèsent sur eux. Le multipartenariat (favorise l'utilisation des condoms) représenterait par exemple pour les mariés, une trahison de la fidélité conjugale. C'est dans ce sens qu'on peut entendre une femme s'exprimer en ces termes au sujet de la prise d'initiative par des femmes en vue d'amener leurs époux à utiliser le condom féminin :

« I would not dare because he will be suspicious that I have been with another man » (Jemimah, 1996 : 8)

Les célibataires seraient donc plus libres de disposer de leur corps ainsi que le relève Ombolo (1990 : 132) : « La jeune fille pahouine est libre de son corps tant qu'elle n'a pas d'époux ». Présentons à présent l'échantillon suivant le niveau d'instruction.

III.1.3 Niveau d'instruction

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	n	%
Aucun	2	2,0
Primaire	5	5,0
Secondaire	36	36,0
Supérieur	56	56,0
Non réponse	1	1,0
Total	100	100,0

Dans l'ensemble, la plupart des sujets interrogés ont été scolarisés à différents niveaux. En dehors de 2 sujets (2%) qui n'ont pas été à l'école, la majorité a atteint le niveau supérieur (56%), suivi de ceux du niveau secondaire (36%) et enfin le niveau primaire (5%). Un sujet n'a pas déclaré son niveau d'instruction. L'on relève que les effectifs vont croissants des personnes sans niveau scolaire à celles du niveau supérieur.

S'il est vrai que le statut de l'étudiant lui permet de connaître mieux que les autres les MST, mais aussi d'éviter 'les comportements à risques' (Tchupo et al, 1993), nous pouvons attribuer la plus grande disponibilité des personnes de niveau supérieur à une plus grande ouverture d'esprit de leur part.

III.1.4 Origine sociales

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon suivant les provinces d'origine

Province	n	%
Ouest	53	53,0
Centre/Sud	16	16,0
Nord-Ouest	14	14,0
Littoral/Sud-Ouest	13	13,0
Nord/Extrême-Nord	4	4,0
Total	100	100,0

Les sujets impliqués dans cette étude sont originaires de différents groupes géographiques et culturels. L'Ouest peuplé par les Bamiléké est la province la plus représentée avec 53 %, suivi par les provinces du Centre et du Sud avec les populations Béti (16%), le Nord-Ouest dominé par les Tikar (14%), le Littoral avec les peuples Sawa (11%). Le grand Nord peuplé de peuls ne représente que 4% de l'échantillon.

La difficulté de constitution de l'échantillon évoquée plus haut serait à l'origine du déséquilibre observé au niveau des ressortissants de différentes provinces. Rappelons une fois de plus que l'étude s'est réalisée grâce à la collaboration des volontaires.

III.1.5 Appartenance religieuse

Parmi les sujets interrogés (tableau 5), 98 ont répondu à cette question et 2 se sont abstenus. La majorité des enquêtés se déclarent de religion Catholique (64%). Ils sont suivis des Protestants qui constituent 21% des répondants. Les autres religions telles que l'Animisme, l'Islam viennent respectivement avec 3,0% et 2,0%. La dernière catégorie de répondants (8%) n'a pas de religion. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où les données du tableau 4 indiquent que les participants sont pour la plupart originaires de l'Ouest, du Centre et du Sud. Dans ces régions du Cameroun, les populations sont majoritairement chrétiennes (Catholiques ou Protestants), contrairement à la partie septentrionale, musulmane et animiste dans la plupart des cas.

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon suivant l'appartenance religieuse.

Religion	n	%
Catholique	64	64,0
Protestant	21	21,0
Pas de religion	8	8,0
Animiste	3	3,0
Musulman	2	2,0
Non réponse	2	2,0
Total	100	100,0

III.1.6 Type d'occupation

Tableau 6 : Répartition de la population suivant le type d'occupation.

Type d'activité	n	%
Elève et Etudiant	37	37,0
Sans profession	18	18,0
Commerçant et homme d'affaire	11	11,0
Fonctionnaire	11	11,0
''Petit métier''	10	10,0
Secrétaire	3	3,0
Profession médicale	2	2,0
Ménagère	2	2,0
Autre	6	6,0
Total	100	100,0

La majorité des sujets enquêtés sont des élèves et étudiants (37 %). Viennent ensuite les sans emploi (18%) ; les fonctionnaires (11%) ; les commerçants (11%). Les ''petit métiers'' : secrétaires, ménagères et professionnels de la santé représentent

respectivement (10%), (3%) et (2%). Dans la catégorie autres (6%), on retrouve des informaticiens, des agents du Pari Mutuel Urbain Camerounais (PMUC). En définitive, l'échantillon est constitué des personnes dont les occupations sont assez variées.

Dans l'ensemble, la population d'étude est en majorité jeune, de provenances sociales diverses et d'occupations variées. Malgré un certain déséquilibre observé au sein de cette population, elle nous a permis de conduire l'expérimentation et de collecter les données qui sont présentées dans les pages suivantes.

III.2 Informations sur le condom féminin

Cette partie du travail est consacrée à l'examen de l'antécédent d'information et des sources d'information sur le condom féminin.

III.2.1 Antécédents d'information

La plupart des sujets enquêtés (54,0%) affirment avoir déjà entendu parler du condom féminin avant l'enquête et les autres disent le contraire (46,0%). La répartition par sexe, âge et niveau scolaire des sujets ayant déjà entendu parler du condom féminin est présentée dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 7 : Information sur le condom féminin selon le sexe

A déjà entendu parler du condom féminin	Masculin		Féminin		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oui	26	57,7	28	50,9	54	54,0
Non	19	42,3	27	49,1	46	46,0
Ensemble	45	45,0	55	55,0	100	100,0

Parmi les participants à l'étude, plus de la moitié des hommes (57,7%) et des femmes (50,9%) ont déjà entendu parler du condom féminin. Ce résultat indique que la majorité des sujets enquêtés ont été exposés à l'information sur ce préservatif. Nous allons à présent explorer cette exposition par rapport à l'âge des enquêtés.

Tableau 8: Information sur le condom féminin selon l'âge

A déjà entendu parler du condom féminin	≤ 19 ans		20-29		30-39		40-49		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	5	62,5	29	50,8	18	58,1	2	50	54	54,0
Non	3	37,5	28	49,1	13	41,9	2	50	46	46,0
Ensemble	8	8,0	57	57,0	31	31,0	4	4,0	100	100,0

Quelle que soit la tranche d'âge considérée, la plupart des sujets affirment avoir entendu parler du condom féminin. Ceci rejoint les résultats sur le sexe et se comprend au regard de nombreux efforts fournis sur le plan national et international en matière d'information et de sensibilisation sur la question des MST et du VIH/SIDA. Les médias font régulièrement état des réunions nationales, internationales, des colloques et conférences qui se tiennent sur le sujet. Les activités des ONG comme Femmes-Santé et Développement en Afrique Sub-Saharienne (FESADE) pour ne citer que celle-là contribuent aux actions de sensibilisation. Par exemple, depuis 1994, cet organisme anime chaque année un cours d'éducation sexuelle des adolescents dans son centre IEC basé à l'avenue Kenedy à Yaoundé. Certains adolescents ayant suivi une formation de base à ce cours reçoivent dans le même centre la formation de pairs éducateurs pour servir comme relais auprès de leurs camarades de même tranche d'âge ou du même sexe.

A l'endroit des hommes et des femmes, un projet intitulé « Santé Familiale et Prévention du Sida », mis en oeuvre depuis 1997, a permis entre autres la formation des 'mobilisateurs communautaires' (servent de relais au niveau communautaire) qui assurent dans les zones d'intervention (Yaoundé et Mbouda) la distribution des condoms. Sans toutefois multiplier les exemples, il apparaît que les populations sont mobilisées au sujet des MST/SIDA, bien que la compréhension et surtout l'application des messages dépendent de la qualité de l'information et aussi de la population cible.

En ce qui concerne l'évaluation de l'information suivant le niveau scolaire, le tableau 9 suivant en donne un aperçu.

Tableau 9: Information sur le condom féminin selon le niveau d'instruction

A déjà entendu parler du condom féminin	Aucun		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	1	50	1	20	19	52,7	33	58,9	54	54,0
Non	1	50	4	8,8	17	37,7	23	51,1	45	45,0
Non réponse	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1,0
Ensemble	2	2,0	5	5,0	36	36,0	56	56,0	100	100,0

On remarque que le nombre de sujets qui ont déjà entendu parler du condom féminin croît avec le niveau d'instruction. Ainsi, seul 1/5 de sujets qui n'ont pas dépassé l'école primaire déclarent en avoir été informés alors que plus de la moitié des sujets du niveau secondaire le sont. Les sujets du niveau supérieur qui en ont entendu parler représentent 58,9%.

Au total, 54 personnes connaissent l'existence du condom féminin avant le début de la recherche. Le niveau élevé d'exposition des jeunes et des sujets de niveau d'instruction élevé est un fait très important dans la mesure où ceux-ci constituent une partie de la population à risque lorsqu'il s'agit des MST et du VIH/SIDA.

III.2.2 Sources d'information

La qualité de l'information est tributaire dans une certaine mesure de la source de production de l'information. Il a donc été étudié et répertorié dans le tableau qui suit, les canaux de communication qui ont contribué à informer les enquêtés au sujet du condom féminin.

Tableau 10 : Répartition des canaux de communication sur le condom féminin

	Source d'information	Oui	%	Non	%
MEDIA	Conversations	31	57,4	23	42,6
	Journaux	11	20,4	43	79,6
	Télévision	9	16,1	45	83,3
	Radio	8	14,8	46	85,2
	Ecole	2	3,7	52	96,3
	Hôpital	1	1,8	53	98,1
	Autres	2	3,7	52	96,3

Il découle de ce tableau que la principale source d'information à travers laquelle les enquêtés ont été informés sur le condom féminin est la conversation (57,4%), c'est-à-dire au moyen de la communication 'personnalisée'. Les mass média (journaux, télévision, radio), sont également des sources non moins importantes à travers lesquelles les sujets enquêtés ont entendu parler du condom féminin, puisqu'ils représentent 54,8% lorsqu'on additionne leurs scores de réponses positives. L'école et l'hôpital sont par contre les lieux où ils ont été les moins informés. Ceci peut s'expliquer par le fait que le condom féminin est nouveau et reste même encore inconnu de la plupart de ces structures. Il serait souhaitable d'utiliser ces dernières dans la perspective IEC.

Quoi qu'un peu plus de la moitié des enquêtés affirment avoir déjà entendu parler du condom féminin, aucun n'en a fait usage dans le passé. L'information sur l'existence du condom féminin a été véhiculée dans la plupart des cas durant les conversations entre amis et dans une autre mesure à travers les médias. Mais à ce stade de l'étude, aucune autre question susceptible de mesurer la pertinence de l'information antérieure à l'enquête n'a été posée. Avant la phase préliminaire qui a consisté à instruire les enquêtés sur le condom féminin, on aurait dû leur demander de le définir, d'expliquer son utilité et de décrire le mode d'utilisation. Ce qui aurait permis de mesurer les pré-

connaissances sur ce produit. A posteriori, cet oubli s'avère une erreur, car ainsi qu'il ressort des recommandations de « l'Atelier de dissémination des résultats des lauréats Camerounais du programme de petites subventions de recherche en population de L'UEPA » qui s'est tenu à Yaoundé du 23 au 27 Novembre 1999, il faudra, à l'avenir « multiplier les recherches en équipes pluridisciplinaires dans tous les domaines impliquant des constats de divergences notables entre niveau de connaissances et pratiques (ex : planification familiale, éducation et pratique sexuelle, les MST/SIDA..., protection de l'environnement » et surtout « que pour toute recherche portant sur un thème où le lien communication-pratique intervient, soient étudiées les pré-connaissances et préjugés, pratiques et croyances qui les sous-tendent afin de réorienter le message destiné à promouvoir de nouvelles pratiques. » (UEPA : à paraître, cité avec l'aimable autorisation du Rapporteur général).

Même si elle se distingue des situations envisagées plus haut, cette étude en participe cependant en ce que l'expérimentation du condom féminin par un échantillon de volontaires vise bien, comme objectif ultime, la mise en œuvre d'une communication adaptée aux populations cibles et donc efficaces.

III.2.3 Utilité du condom féminin

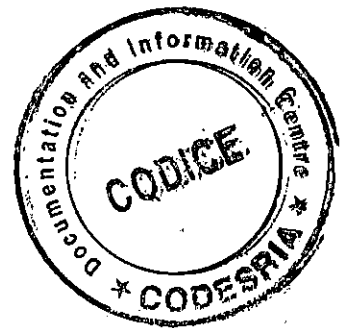
Nous avons exploré l'information sur l'utilité du condom féminin en posant la question suivante : « *Pour vous à quoi sert le condom féminin?* » Il s'agissait en fait de savoir si les enquêtés avaient bien mémorisé les instructions qui leur avaient été communiquées au moment où le condom leur avait été présenté. A ce sujet, le rôle du condom en tant que barrière contre les MST/SIDA a été évoqué au taux de 88,9%, comme contraceptif 86,9%, comme outil de protection contre 'les maladies' 8,1%. Quelques autres propriétés ont été évoquées, mais dans des proportions relativement faibles, à savoir que le condom féminin protège les femmes contre les 'maladies' ou permet d'éviter les blessures lors des rapports sexuels.

Globalement on peut penser que les enquêtés ont une assez bonne connaissance des propriétés du condom féminin qu'ils ont utilisé. Certes on se serait attendu à ce que les propriétés essentielles à savoir 'Contraceptif' et 'Barrière' contre les infections

génitales', soient citées à 100% dans la mesure où les enquêtés ont préalablement été instruits sur le sujet. Un tel résultat pourrait être dû soit au contexte de l'interview, soit au problème de mémoire chez quelques enquêtés, soit tout simplement à la façon dont l'enquêteur a instruit les enquêtés à ce propos lors de la remise des condoms.

Après ces préliminaires sur le niveau et les sources d'information sur le condom féminin, nous allons aborder la deuxième partie qui traite de l'utilisation dudit dispositif.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



CHAPITRE IV : UTILISATION DU CONDOM FEMININ

Le présent chapitre traite des questions liées à l'utilisation des préservatifs, aux raisons de la non utilisation et aux circonstances de l'utilisation. Il est apparu intéressant d'explorer l'antécédent d'utilisation du condom masculin au sein de la population échantillonnée. Une telle information pourrait permettre d'apprécier le niveau d'intérêt ou de motivation que cette dernière manifeste vis-à-vis du condom féminin.

IV.1 Utilisation du condom masculin

L'on relève que 10,0% des répondants déclarent qu'ils n'ont 'jamais' utilisé le condom masculin, 65,0% en font un usage de 'temps en temps/rarement' et 25,0% l'utilisent 'régulièrement'. Il importe de préciser que la fréquence d'utilisation du condom chez ceux qui n'y font recours que de façon temporaire ou rarement, semble dépendre du degré de confiance qu'ils accordent à leurs partenaires. Ainsi, avec les partenaires réguliers, l'usage du condom est moins fréquent sinon inexistant tandis qu'avec les partenaires occasionnels, le recours au condom masculin semble plus régulier. Le propos suivant s'inscrit dans cette optique.

« J'utilise régulièrement le condom masculin avec les filles que je rencontre comme ça, mais pas avec celles avec qui je suis chaque fois ». (Homme, 25 ans)

Ce constat corrobore celui déjà décrit par Njoumeni et al (1995), dans une étude réalisée à Yaoundé auprès du personnel des Forces Armées et Police. Cet auteur montre que l'utilisation des condoms par le personnel des Forces Armées est liée au type de partenaire. Ils sont d'autant plus utilisés que le partenaire est considéré comme une personne à risque.

Au sujet des rapports sexuels protégés, nous avons interrogé les participants sur l'ensemble des méthodes barrières les plus utilisées et les réponses sont regroupées dans le tableau 11.

Tableau 11 : Répartition des populations selon la fréquence d'utilisation du condom masculin et les autres méthodes barrières.

Fréquence d'utilisation du condom masculin	N	%
N'utilisent jamais le condom masculin	10	10,0
Utilisent le condom masculin de temps en temps/rarement	65	65,0
Utilisent le condom masculin régulièrement	25	25,0
Total	100	100,0
Autres méthodes de prévention utilisées		
Spermicide	8	53,3
Pilules	3	20,0
Stérilet	1	6,7
Autres	5	33,3
Total	15	100,0

En dehors du condom masculin, 15 sujets soit 15,0% de l'échantillon déclarent faire usage d'autres méthodes barrières lors des rapports sexuels, les spermicides et les pilules étant les plus cités. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit là de barrières contraceptives et non de protection contre les MST/SIDA. Dans la catégorie autres, les comprimés de nivaquine avalés avant ou après les rapports, les ovules antiseptiques et le cytéal (contraceptifs) participent des mesures préventives déclarées par les enquêtés. Pour éclairer les fausses idées qui se forment autour de ces deux dernières catégories de méthodes, les messages de sensibilisation devraient préciser les réalités propres à chaque méthode, y compris celles qui sont utilisées à tort. Ainsi seront évitées les confusions possibles, susceptibles d'exposer l'utilisateur aux risques d'infections qui n'auraient d'ailleurs aucun traitement s'il s'agit du VIH/SIDA.

Les risques de confusion entre le rôle contraceptif et celui de barrière contre les MST/SIDA, relèveraient d'une part du fait que dans la plupart des cas, les campagnes de sensibilisation sont simultanées et il paraît un peu difficile de faire la part de

l'impact de chacune d'entre elles. D'autre part, le contenu des informations est parfois assez pauvre et explique peu le fonctionnement des méthodes comme on peut le constater dans le propos suivant cité par Langue-Menye (1999 : 44) :

« Les femmes sont informées sur la planification familiale, mais d'une manière très vague ».

Dans la mesure où l'on observe déjà une prise de conscience de la part des communicateurs sur cet aspect du problème, le développement de stratégies spécifiques aux méthodes contraceptives et aux barrières contre les MST/SIDA, permettra d'éviter l'amalgame qui existe entre les deux méthodes.

En réalité, la méthode la plus fréquemment utilisée dans la prévention des MST/SIDA et GND par la population d'étude est le condom masculin . Tchupo et al (1994) fournissent des résultats analogues à l'issue d'une étude menée auprès des groupes sociaux les plus exposés au VIH.

Après cette vue générale sur l'utilisation des autres méthodes barrières, nous allons aborder l'utilisation effective du condom féminin.

IV.2 Utilisation du condom féminin

Le tableau 12 indique le nombre de condoms féminins utilisés durant l'étude. Parmi les 100 volontaires échantillonnés au début de l'étude, 74 (74,0%) ont exprimé l'intention de continuer à la deuxième phase, à la fin de laquelle 56 (56,0%) ont pu être interviewés. La déperdition s'élève à 18 sujets, soit 18,0% par rapport à l'échantillon de départ. La mobilité géographique des personnes concernées et les rendez-vous manqués sont à l'origine de cette déperdition. En effet, parmi les sujets sortis du champ d'observation, plus de la moitié (11 sur 18) étaient en déplacement au moment de la collecte des données de la deuxième phase. Après plusieurs passages à leurs domiciles respectifs, nous n'avons pas réussi à les rencontrer. Les autres (7 sur 18) ont fixé des rendez-vous et ne les ont pas du tout honorés.

La répartition en fonction du nombre de condoms utilisés des sujets ayant fait usage d'au moins un condom à chacune des phases de l'étude est dressée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Répartition de la population d'étude suivant le nombre de condoms utilisés

Nombre de condoms utilisés	Phase 1		Phase 2	
	n	%	n	%
0	9	9,0	14	25,0
1-3	60	60,0	24	42,9
≥ 4	31	31,0	18	32,1
Total	100	100,0	56	100,0
Minimum	1		2	
Maximum	6		8	
Moyenne	2,6		2,6	

Dans l'ensemble, 91,0% des volontaires inclus au début de l'enquête ont utilisé au moins un condom féminin à la première phase tandis qu'à la seconde, seulement 75,0% des personnes qui ont exprimé le besoin de continuer ont essayé au moins un condom. En revanche, le taux de sujets ne l'ayant pas essayé du tout croît entre les deux phases soit 9,0% à la première et 25,0% à la deuxième.

L'analyse suivant le sexe indique, indépendamment de la phase d'étude, que la proportion des hommes n'ayant pas essayé de condom est supérieure à celle des femmes. Soit respectivement 13,3% contre 5,4% (phase 1) ; 33,3% contre 17,2% (phase2).

On relève par ailleurs que le nombre moyen de condoms utilisés durant les phases 1 (2,6) et 2 (2,6) ne varie pas de façon significative, quoiqu'à la deuxième phase la majorité des sujets aient eu un nombre de condoms supérieur à 6 dans la plupart des cas. Ce nombre correspond aux 6 condoms reçus à la fin de la première phase, auquel on ajoute les condoms non utilisés durant la première phase. On assiste globalement à

une diminution du degré de motivation exprimé par les volontaires à la première phase, la baisse étant relativement plus accentuée chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 13: Nombre moyen de condoms utilisés selon le sexe

Sexe	Nombre moyen de condoms utilisés	
	Phase I	Phase II
Féminin	2,6	2,8
Masculin	2,5	2,3

Le tableau 13 permet de constater que les volontaires de sexe féminin ont utilisé en moyenne un peu plus de condoms que leurs homologues de sexe masculin. Ceci est valable pour les deux phases de l'étude.

Tableau 14 : Nombre moyen de condoms utilisés selon l'âge.

Age	Nombre moyen de condoms utilisés	
	Phase I	Phase II
≤ 19 ans	3,1	2,3
20-29 ans	2,3	2,6
30-39 ans	2,8	2,5
40-49 ans	3,7	2,5

On remarque dans l'ensemble que la moyenne des condoms utilisés décroît entre les deux phases. Les sujets les moins âgés (≤ 19 ans) et les plus âgés (40-49 ans) ont utilisé en moyenne un peu plus de condoms que le reste. Toutefois, la différence n'est pas sensible.

Il s'est avéré nécessaire de rechercher les raisons qui ont empêché les volontaires de faire usage du condom.

IV.3 Raisons de la non utilisation des condoms.

Pourquoi certains enquêtés n'ont-ils pas du tout utilisé les condoms reçus?

L'analyse qualitative des données permet de relever une raison principale pour laquelle les volontaires n'ont pas du tout essayé de condom à la première phase : Il s'agit de l'opposition du partenaire. Pour les hommes (6 sujets sur 9), ce sont leurs copines ou épouses qui ont opposé un refus non justifié dans certains cas, ou par peur du produit dans d'autres cas. Un enquêté déclare ceci à ce propos :

« Ma petite n'a pas voulu utiliser et l'autre que j'ai trouvée a eu peur et a aussi refusé ». (Homme, 28 ans)

Les femmes (3 sujets sur 9) de leur côté évoquent le refus de leurs conjoints qui craignent les effets secondaires possibles que le produit pourrait engendrer dans l'organisme (de l'homme ou de la femme). D'autres ont réagi négativement en estimant que leur conjointe doute de leur fidélité. Une enquêtée l'exprime dans ces termes :

« Mon mari s'est complètement opposé et je n'ai pas trouvé un moyen pour le convaincre, nous utilisons les pilules, et d'autre part dans mon insistance, il s'est dit que je serais en train de douter de quelque chose : mon infidélité ou du sien ». (Femme, 26 ans)

A la deuxième phase, les raisons avancées par les 14 non utilisateurs sont assez partagées. Pour les hommes (9 sur 14) c'est davantage l'indisponibilité due au travail ou à l'absence de leurs conjointes qui les a empêchées de poursuivre l'expérience. Dans les autres cas, ce sont les difficultés éprouvées à la première phase. Un seul sujet déplore l'opposition de sa conjointe.

L'analyse des raisons pour lesquelles les femmes (5 sur 14) n'ont pas poursuivi l'expérience fait apparaître que dans la majorité des cas, ce sont les hommes qui s'y sont opposés. Une seule femme signale qu'elle a été indisponible durant la période concernée.

En définitive, on se rend compte que 'l'opposition' à l'utilisation du condom féminin est plus fréquente dans le camp des hommes que dans celui des femmes. Par rapport à l'échantillon de la phase 2, la proportion des hommes ayant manifesté leur opposition est de 14,8% alors que celle des femmes n'est que de 3,4%. La littérature rapporte à ce sujet que les hommes sont aussi à l'origine des cas de non utilisation du condom féminin dans l'expérience réalisée en Côte d'Ivoire (WHO, 1997) et en Thaïlande (Jodean et al, 1998).

Notons que les sentiments de 'peur' évoqués plus haut et qui expliquent entre autres l'opposition de l'un ou de l'autre partenaire à l'utilisation du préservatif, pourraient avoir un lien avec leurs perceptions vis-à-vis de ce dispositif. C'est ce que nous allons tenter d'analyser dans le prochain chapitre.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE V : PERCEPTIONS DU CONDOM FÉMININ

Ce chapitre est consacré à la compréhension des attitudes des enquêtés vis-à-vis du condom féminin.

V.1 Impressions éprouvées au premier contact avec le condom féminin

Le jugement qu'une personne a d'un nouveau produit la première fois qu'elle le voit est susceptible de conditionner sa disposition ou non à en faire usage. Nous avons exploré les impressions que les enquêtés ont eu la première fois que le condom féminin leur a été présenté à travers la question suivante : *«Décrivez votre impression la première fois que vous avez vu le condom féminin»*.

Diverses réponses ont été avancées et l'analyse qualitative a permis de les regrouper en catégories. Près de 3/5 des réponses s'accordent sur l'idée que le condom féminin est apparu énorme ou grossier. Cette grossièreté est appréciée en comparant le condom féminin au condom masculin d'une part et d'autre part à la configuration du vagin. Certains enquêtés se sont demandés comment un tel objet pouvait être utilisé. Cette interrogation a dans certains cas été renforcée par la présence des anneaux susceptibles selon quelques enquêtés de « caler » ou de provoquer des problèmes dans le vagin. Les avis suivants sont illustratifs à ce propos :

«La forme physique du condom féminin m'a inquiétée, je me suis posé la question de savoir si un objet grand pouvait tenir dans le corps de la femme» (Femme, 27 ans)

«Je l'ai trouvé bizarre, trop grand et je me suis dit que le cercle qui était dedans peut rester» (Femme, 25 ans).

Environ 1/5 des enquêtés ont déclaré avoir été surpris à la vue du condom féminin. Ce sentiment de surprise a dans la plupart des cas aiguïté chez ces derniers une curiosité et un empressement à essayer le condom féminin, comme en témoignent les commentaires ci-dessous :

«J'étais très surprise, j'ai voulu expérimenter» (Femme, 33 ans)

«C'était pour moi un objet de curiosité qu'il fallait découvrir et expérimenter» (Homme, 29 ans)

Quelques personnes ont exprimé un sentiment de soulagement du fait de l'existence de ce nouveau produit qui permettra enfin aux femmes de se protéger notamment par rapport au condom masculin qui se détériore parfois pendant les rapports sexuels.

Par rapport au lubrifiant, on a relevé une seule opinion d'une enquêtée qui exprimait une certaine inquiétude au sujet des effets secondaires possibles.

«J'avais peur de ce que le liquide peut occasionner après » (Femme, 22 ans).

Après avoir exploré les premières impressions suscitées par la vue du condom féminin, il est apparu intéressant d'évaluer le sentiment que les utilisateurs ont eu à l'issue de l'essai.

V.2 Attitudes à l'égard de l'utilisation du condom

Dans un premier temps on a mis en évidence les facteurs favorisants que l'on peut qualifier de facilitateurs et dans un second temps les facteurs limitants ou inhibiteurs. Sont considérés comme facilitateurs, les caractéristiques du condom susceptibles de susciter un intérêt ou un engouement à l'utiliser. Par contre sont rangés dans le groupe des inhibiteurs, les caractéristiques du condom qui peuvent réduire la motivation à l'utiliser. Les opinions vis-à-vis des deux groupes de facteurs sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

V.2.1 Facteurs prédisposant à l'utilisation du condom féminin

Question: Qu'est ce qui vous a le plus intéressé sur le condom féminin ?, Les réponses obtenues sont présentées dans le tableau suivant:

Tableau 15 : Présentation des opinions sur les facilitateurs de l'utilisation du condom

Jugement sur le condom féminin	Phase 1 (n = 91)		Phase 2 (n = 41)		1&2
	n	%	n	%	≠ %
Est placé sous le contrôle de la femme	27	29,7	5	12,2	-17,5
Ne réduit pas beaucoup le plaisir	26	28,6	14	34,1	+5,5
Le condom féminin ne perce pas/ sa solidité	24	26,3	11	26,8	+0,5
Le fait qu'il protège les organes externes	5	5,5	4	9,8	+4,3
Il est facile à utiliser	5	5,5	2	4,9	-0,6
Est inséré avant le début de l'acte sexuel	3	3,3	1	2,4	-0,9

Durant la deuxième phase de l'étude, certains facteurs ont varié en hausse ou en baisse, c'est ce que représente la colonne différence de pourcentage (≠ %). Cette remarque est également valable pour le tableau 16.

Bien qu'aucun facteur inscrit dans le tableau n'ait été évoqué par la majorité des enquêtés, quelques éléments reviennent plus fréquemment : ce sont 'la possibilité offerte aux femmes de le contrôler', le fait qu'il 'ne réduit pas trop le plaisir'.

Par rapport à l'évolution d'une phase à l'autre, on s'aperçoit que dans l'ensemble, la proportion des opinions ne varie pas de manière sensible. Toutefois, le pourcentage de sujets intéressés par le fait que le condom féminin soit placé sous le contrôle de la femme passe de 29,7% (phase 1) à 12,2% (phase 2), alors que le constat qu'il ne réduit pas le plaisir augmente, tout comme celui qu'il protège les organes externes.

Par rapport au sexe, on s'aperçoit à la première phase que la 'possibilité offerte à la femme de contrôler' est significativement plus évoquée par les femmes (46,1%) que par les hommes (7,6%). Ceci s'expliquerait par le fait que les femmes considèrent le condom féminin comme leur outil, contrairement au condom masculin qui est plus l'affaire des hommes. A côté de ces facteurs dits facilitateurs, un autre groupe de facteur a plutôt suscité une gêne chez les enquêtés : ce sont les facteurs inhibiteurs.

V.2.2 Facteurs inhibiteurs de l'utilisation du condom féminin

Tableau 16: Proportion des opinions sur les facteurs inhibiteurs à l'utilisation du condom féminin

Perception des obstacles	Phase 1 (n = 91)		Phase 2 (n = 41)		1&2
	n	%	n	%	≠ %
Les difficultés liées à l'insertion	37	40,7	8	19,5	-21,2
Présence de l'anneau interne	15	16,5	8	19,5	+3
Présence de l'anneau externe	13	14,3	7	17,1	+2,8
La forme physique	12	13,2	1	2,4	-10,8
Le condom rentre dans le vagin	7	7,7	2	4,9	-2,8
Le condom est trop lubrifié	6	6,6	0	0,0	-6,6
Glissement du pénis entre le vagin et le condom	5	5,5	1	2,4	-3,1
Les douleurs pendant l'utilisation	4	4,4	0	0,0	-4,4
Difficultés pour changer de position	2	2,2	3	7,3	+5,1
Difficultés pour le retrait du condom	2	2,2	1	2,4	+0,2
Les bruits pendant l'utilisation	1	1,1	0	0,0	-1,1

Les facteurs les plus couramment évoqués sont dans l'ordre : les 'difficultés liées à l'insertion', la 'présence des anneaux internes' et externes', la 'forme physique' et le fait que 'le condom rentre souvent dans le vagin'. Par rapport à l'évolution, on s'aperçoit que les proportions ne varient significativement que pour deux facteurs à savoir la 'forme physique' et les 'difficultés liées à l'insertion'. Pour ces facteurs, les proportions diminuent sensiblement entre les deux phases alors que pour les autres facteurs, le niveau des plaintes ne diffère pas beaucoup.

En s'attardant sur la dernière colonne du tableau, l'on relève que sur onze facteurs susceptibles de réduire le degré de motivation des enquêtés à utiliser le condom féminin, plus de la moitié ont connu une amélioration à la deuxième phase de l'étude. Le pourcentage des personnes ayant évoqué ces plaintes à la phase 2 est réduit, bien qu'à des degrés très variés. Ces résultats indiquent l'effet du temps (durée) dans l'acquisition de l'expérience par rapport à la manipulation du produit.

En effet, de telles difficultés comptent parmi celles couramment citées par les utilisateurs du condom féminin dans d'autres contextes, quoiqu'à des proportions différentes (WHO, 1997). A en croire Monny-Lobé et al (1991), ces difficultés perçues au début de l'essai sont de moins en moins apparentes lorsque l'expérimentation est prolongée dans le temps. Toutefois, au bout de deux mois d'essai, on se rend compte que seules les difficultés liées à l'insertion du condom d'une part et à la forme/taille du condom, ainsi qu'au lubrifiant d'autre part sont significativement réduites ; les autres problèmes n'ayant pas varié de manière sensible. L'expérience faite sur une durée plus longue aboutirait peut-être à des résultats différents. Une activité de sensibilisation gagnera donc à insister sur l'emploi continu du dispositif et à répéter les campagnes en actualisant les messages de sensibilisation auprès des populations concernées. Car dans tout processus d'apprentissage, la familiarité avec un produit en atténue, voire en annule les difficultés initiales. La monotonie des messages pourra provoquer chez certaines personnes un sentiment de saturation des informations qui, elle, peut en fin de compte conduire à l'indifférence. D'où la nécessité de faire varier le contenu ainsi que les formes des messages.

Parmi les facteurs limitants, nous avons exploré ceux qui pourraient empêcher l'utilisation future du condom féminin. Les réponses à la question qui nous a permis de déterminer ces facteurs auprès des enquêtés sont analysées et présentées dans les paragraphes suivants.

V.2.3 'Obstacles' à l'utilisation future du condom féminin.

A la question de savoir « *Qu'est-ce qui peut vous empêcher d'utiliser le condom féminin à l'avenir?* », les enquêtés ont cité quelques facteurs susceptibles d'empêcher le recours à cet outil. Ces facteurs sont présentés dans le tableau 17 suivant.

Tableau 17: Facteurs susceptibles d'empêcher l'utilisation future du condom féminin

Facteurs susceptibles d'empêcher l'utilisation future du condom féminin	n	%
Opposition du partenaire	41	45,1
Désir de concevoir	13	14,2
Difficulté liée à l'insertion	10	10,9
Le prix du condom	7	7,7
Le condom rentre dans le vagin	5	5,5
Présence anneau externe	4	4,4
Douleur pendant l'utilisation	3	3,3
Forme physique	2	2,2
Présence de l'anneau interne	2	2,2

Les résultats du tableau indiquent que 'l'opposition du partenaire' est l'obstacle majeur qui pourrait empêcher les volontaires d'essayer le condom à l'avenir. Ce facteur est suivi de loin par le 'désir de concevoir', les 'difficultés d'insertion du condom féminin' et le 'prix du condom'. Les autres facteurs ne sont cités que par un nombre relativement faible de personnes, moins de 6,0% dans chaque cas.

Ces différentes réponses peuvent être classées en deux catégories. La première est relative aux utilisateurs et concerne les deux facteurs les plus cités, tandis que la seconde renvoie à l'outil. Concernant la première catégorie, l'opposition du partenaire qui vient d'ailleurs en première position traduit une fois de plus le poids des représentations culturelles évoquées plus haut (pp 16, 17, 46) et liées entre autres à la suprématie masculine et aux soupçons d'infidélité.

Le 'désir de concevoir' apparaît comme deuxième facteur pouvant empêcher l'utilisation du condom féminin. Ce désir, assez « naturel », traduit un état de la conscience collective africaine.

En effet, comme le relève Ombolo (1990 : 103), « *La sexualité chez les africains est essentiellement ordonnée à la procréation; or celle-ci, à travers l'analyse que l'on*

peut faire de toute la vie sociale, apparaît comme la toute première valeur qui compte dans l'existence ». De ce fait, l'éducation sexuelle des jeunes adolescents en Afrique en général et chez les Bété en particulier, consiste entre autres à leur dispenser des enseignements sur la parenté. A la jeune fille par exemple, « *On lui inculque l'idée que la destinée d'une femme s'accomplit dans le mariage et la procréation* » idem (218). Par rapport à ces considérations, le port du condom peut paraître chez les deux sexes comme la négation d'être père ou mère selon le cas, s'exposant ainsi au risque d'être socialement perçus comme des paria si tant est qu'en Afrique, le pire des malheurs serait qu'une fille ne puisse pas concevoir (Tchupo, 1990). On peut aussi relever que dans la société Bété en général, le "Ndem", liquide séminal sécrété par l'organe mâle, considéré comme signe de vie destiné à procréer, est un liquide sacré qu'il n'est pas permis de « gâcher », en le déposant hors du vagin par exemple. Toutes choses qui peuvent entraîner un refus du port du condom tout court et du condom féminin en particulier aux fins de répondre favorablement aux besoins sociaux existants.

S'il est vrai que l'ensemble de tous ces facteurs peut éventuellement constituer un « frein » à l'utilisation future du dispositif, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de facteurs susceptibles d'évoluer au fil du temps. En ce qui concerne l'opposition des partenaires par exemple, la meilleure connaissance de l'outil ou l'intervention de quelques autres facteurs comme la puissance de persuasion des messages de sensibilisation par exemple, pourrait amener ces derniers à adopter une attitude plus positive.

Ce qui précède permet de relever les difficultés de la théorie du Health Beliefs Model à expliquer les comportements et attitudes à l'égard de l'utilisation du condom féminin. Cette théorie focalise la volonté individuelle à faire face à une situation à risque comme celle relative à la propagation des MST/SIDA. Il s'avère que la seule volonté est insuffisante pour adopter des comportements sans risques. Pour appréhender le changement de comportement dont il est ici question, il faudra se situer dans un environnement plus global incluant un ensemble de facteurs contraignants ou non comme il apparaît dans les paragraphes précédents et même ceux qui vont suivre. Cette approche globale s'inscrit dans l'optique de la théorie des systèmes et explique mieux l'acceptabilité du condom féminin.

V.3 Autres attitudes

Nous avons également mis en évidence quelques opinions relatives à la perception du condom féminin par rapport au condom masculin. Précisons que ces données ne sont qu'indicatives, dans la mesure où il ne s'est pas agi d'une étude comparative entre les deux préservatifs auquel cas il aurait fallu distribuer aux mêmes personnes et au même moment les deux types de condoms. Quoique ces conditions n'aient pas été observées au départ, nous pensons que les opinions peuvent déjà servir à se forger une certaine idée sur les perspectives futures que les utilisateurs auront de ces condoms. Ceci est d'autant plus important que l'utilisation du condom féminin ne peut se justifier sans une comparaison avec le condom masculin, d'existence ancienne et plus connu des populations. Ces opinions ont été recueillies à partir de trois questions dont les réponses sont ci-dessous analysées. Les résultats ne concernent que les sujets qui ont déclaré faire usage du condom masculin et qui ont essayé au moins un condom féminin à la première phase (n = 81) et à la deuxième phase (n= 39).

V.3.1 Comparaison entre le condom masculin et le condom féminin : le plaisir procuré par ces deux outils.

Question : Y a-t-il une différence de sensation entre le condom masculin et le condom féminin?

Les données de la première phase indiquent que 60,5% des répondants rapportent qu'il existe une différence de sensation entre le condom masculin et le condom féminin. Ce taux passe à 66,7% à la deuxième phase. A ces sujets, nous avons posé la question suivante : « *Lequel procure plus de plaisir selon vous ?* ». Cette question à la différence de la précédente et de celle qui suit ne s'adressait qu'aux enquêtés qui pensaient que les deux types d'outils sont différents du point de vue de la sensation ressentie, soit 49 et 24 sujets respectivement pour les phases 1 et 2.

Tableau 18: Répartition des enquêtés selon leur opinion sur le type de condom qui procure plus de plaisir

Condom qui procure plus de plaisir	Phase 1		Phase 2	
	n	%	n	%
Condom féminin	29	59,2	20	83,3
Condom masculin	20	40,8	4	16,7
Effectif	49	100,0	24	100,0

Les résultats indiquent que la majorité des enquêtés déclarent avoir ressenti plus de plaisir avec le condom féminin qu'il n'en ont souvent avec le masculin : soit 59,2% à la première phase et 83,3% à la deuxième phase. Ces données sont stimulantes dans la perspective de la vulgarisation et du marketing social du condom féminin.

Par rapport au sexe, l'analyse des réponses des enquêtés sur le type de condom qui procure le plus de plaisir indique que dans la plus part des cas, les hommes (60,7%) déclarent plus souvent que les femmes (57,1%) avoir plus de plaisir avec le condom féminin que lorsqu'ils font usage du condom masculin.

Une des raisons généralement évoquée en rapport avec le port du condom masculin est que les hommes ont le sentiment que leur sexe est "emprisonné" lorsque celui-ci est protégé. Dans le rapport sexuel utilisant le condom masculin, l'homme éprouverait de par cette impression, moins de plaisir que la femme qui ne porte rien et par conséquent serait moins butée à la présence du préservatif. Par contre dans le rapport sexuel faisant usage du condom féminin, c'est la femme qui porte le condom.

A l'encontre de cet argument l'on note ici que les femmes se montrent moins préoccupées par la question du plaisir relatif au condom féminin ; et que bien au contraire, elles sont plus intéressées par le pouvoir que leur confère ce produit. La question du pouvoir, traduite ici par la locution anglaise "empowerment", rend compte du fait que par le biais du condom féminin, les femmes s'approprient leur vie sexuelle et reproductive ; surtout lorsque le produit leur est conseillé par le biais d'une

approche d'information et d'éducation appropriée (WHO, 1997). Cette appropriation relève du fait que la femme a longtemps été considérée comme une réceptrice en matière de décision concernant sa vie sexuelle, ainsi que nous l'avons déjà relevé au cours de cette étude.

Voyons à présent si le niveau de plaisir a influencé la préférence pour l'un ou pour l'autre condom.

V.3.2 Préférence pour le condom féminin ou pour le condom masculin

Les enquêtés ont relevé pour la plupart que le type de sensation ressentie est différent entre le condom féminin et le condom masculin. Une telle sensation perçue sous l'angle de la comparaison peut se traduire chez l'enquêté par l'idée d'opérer un choix entre les deux matériels de prévention. La question « *Avez-vous une préférence entre le condom féminin et le condom masculin ?* » visait justement à explorer ce choix.

Tableau 19: Proportion des enquêtés selon leur préférence entre les deux condoms

Préférence pour l'un ou l'autre condom	Phase 1 (n = 81)		Phase 2 (n = 39)	
	n	%	n	%
Aucune préférence	9	11,1	2	5,1
Préfère le condom masculin	29	35,8	12	30,7
Préfère le condom féminin	39	48,1	22	56,4
Autres	2	2,4	2	5,1
Non réponse	2	2,4	1	2,5
Effectif	81	100,0	39	100,0

L'analyse des réponses met en évidence que les enquêtés dans leur grande majorité ont une préférence pour le condom féminin. La proportion des sujets qui déclarent avoir une préférence pour ce condom croît, passant de 48,1% à la première phase à 56,4% à la deuxième phase; en revanche celle des sujets qui préfèrent le condom masculin décroît, 35,8% à 30,7% respectivement pour les deux phases.

Relativement au sexe, on s'aperçoit que les sujets qui préfèrent le condom féminin constituent 52,3% et 43,2% respectivement pour les femmes et les hommes à la première phase de l'étude. A la deuxième phase, 68,4% de femmes et 52,9% d'hommes opèrent le même choix. La proportion des femmes qui préfèrent le condom féminin est supérieure à celle des hommes quelle que soit la phase de l'étude. On se serait attendu à un résultat contraire au cas où le seul plaisir orientait le choix chez les deux sexes.

Les raisons qui ont motivé la préférence de l'un ou de l'autre type de condom sont analysées et présentées ci-dessous, suivant le sexe des répondants.

Du point de vue de la quasi-totalité des hommes, c'est le plaisir ressenti à l'utilisation du condom féminin qui motive leur préférence pour ce type de préservatif. Ces sujets considèrent qu'à partir du moment où c'est la femme qui porte ce condom, ils ont l'impression que leur verge est libre durant l'acte sexuel, par conséquent le degré de plaisir se trouve moins réduit.

«The male condom fastern the vein through which the sperm gets out and it takes you very long to discharge while you discharge normaly with the female condom » (Homme, 35 ans)

Un seul homme a signalé qu'il préfère le condom féminin parce qu'il éclate moins fréquemment que le condom masculin.

En ce qui concerne les femmes, la majorité porte son choix sur le condom féminin pour des raisons de sécurité. Cette sécurité se rapporte à la fois au fait que ce sont elles qui en assurent le contrôle d'une part, et d'autre part au fait que les risques d'éclatement sont réduits. Au contraire du condom féminin, les risques d'éclatement sont plus fréquents avec le condom masculin et de plus elles n'ont pas l'assurance que leurs partenaires l'utilisent dans les conditions qui préservent leur santé.

«Je suis rassurée avec le condom féminin, je sais que ce n'est pas percé, que c'est là, l'homme peut te tromper» (Femme, 22 ans)

Pour environ 2 femmes sur 5, le condom féminin est plus confortable ou plaisant que le condom masculin. La plupart de ces femmes apprécient en particulier le fait que ce condom soit accompagné par le lubrifiant que l'on utilise pour faciliter davantage le coït.

«Le masculin fait mal, quelques fois tu as envie de mettre la salive surtout quand la femme n'est pas excitée; pour le condom féminin, excitée ou pas, ça va, tu n'as pas besoin de mouiller le condom»
(Femme, 41 ans).

Une femme soutient quant à elle le fait que le condom féminin lui évite les blessures qui sont fréquentes dans les rapports utilisant le condom masculin.

A propos justement du condom masculin, près de 4 hommes sur 5 signalent qu'ils le préfèrent parce qu'il est beaucoup plus pratique que le féminin, en ce qui concerne la manipulation.

«Le condom masculin est plus facile à porter, bien que le condom féminin procure plus de plaisir » (Homme, 26 ans)

Les autres le préfèrent en raison du fait qu'il est d'une existence plus ancienne, donc plus ou moins entré dans leurs habitudes sexuelles. L'absence des anneaux (présent dans le condom féminin) est également appréciée.

L'analyse des raisons évoquées par les sujets de sexe féminin fait apparaître les mêmes reproches vis-à-vis du condom féminin. En effet, pour la majorité, c'est le problème de praticabilité qui est évoqué pour lui préférer le condom masculin.

Le condom masculin est plus pratique, pas trop encombrant, on n'a pas besoin de s'arrêter pour lubrifier» (Femme, 23 ans)

La deuxième raison se rapporte à la conception du condom féminin, en particulier les anneaux qui mettent les utilisateurs mal à l'aise.

«Le condom masculin est moins grossier et ne donne pas trop de travail, c'est serré, ça n'a pas d'anneau comme le condom féminin»
(Femme, 23 ans)

Pour une minorité de femmes, le condom masculin est préféré parce qu'elles en font usage depuis longtemps; ce qui n'est pas le cas avec le féminin dont l'expérience d'utilisation est très mince.

«The male condom has existed for long, but I need time to adapt with the female condom». (Femme, 29 ans)

A côté des individus qui ont exprimé une préférence entre les deux condoms, quelques uns ne se sont prononcés ni en faveur de l'un, ni pour l'autre des deux préservatifs. Les raisons les plus souvent avancées se rapportent au fait que tous constituent une barrière qui s'interpose entre les sexes des partenaires et empêchent le contact naturel.

“Les deux s'interposent pour aggraver les rapports sexuels ”. (homme, 22 ans)

Au total, les raisons de la préférence ou non d'un type de condom sont diverses et variées. Au sujet du condom féminin précisément, on s'aperçoit que les hommes sont plus attirés par le degré du plaisir alors que les femmes sont davantage intéressées par la sécurité et le pouvoir de contrôle que leur assure ce type de préservatif.

Il importe de préciser toutefois, que l'exercice de comparaison que nous avons réalisé n'est qu'indicatif et ne se fonde pas sur une approche méthodologique efficace. En effet, on aurait dû remettre aux enquêtés à la fois les condoms féminins et les condoms masculins d'une marque précise. A ce moment, la comparaison aurait été plus rigoureuse. Toutefois nous fondons notre analyse sur l'appréciation que les enquêtés ont eue du condom masculin qu'ils ont déjà utilisé dans le passé. Au sujet de la marque, il est évident que celle la plus accessible et la plus utilisée dans le site de cette étude est le condom de marque 'Prudence' (Touko et al; 2000). Conséquemment on peut penser que dans la plupart des cas, la comparaison serait liée à cette marque de condom.

Ce chapitre sur les perceptions nous permet de voir à la suite de Pinton (1992) que *« les hommes et les femmes sont placés dans des circonstances qui les empêchent de dire, faire, vouloir et percevoir la même chose »*. Cette spécificité de la construction

sociale des rapports entre hommes et femmes désignée par le terme genre, permet de comprendre la différence de comportement au sein d'un groupe social donné. A partir de cette considération, les divergences de vues observées entre les deux sexes apparaissent dans l'ordre du « naturel ». Tandis que les sujets de sexe masculin perçoivent le condom féminin et l'apprécient par rapport au plaisir qu'il leur procure, les femmes, quant à elles, s'intéressent à l'efficacité de ce préservatif. En effet, les analyses montrent en définitive que la proportion des femmes qui s'intéressent au condom féminin (disposition à utiliser et à en acheter), est supérieure à celle des hommes. On peut assimiler cette forte disposition à choisir le dispositif à une sorte d'appropriation dans la mesure où elles le perçoivent comme leur outil. Elles y accordent de l'intérêt non seulement parce que celui-ci les protège contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses indésirées, mais aussi parce qu'il les 'préserve' de la domination sexuelle masculine. Car le condom féminin offre aux femmes la possibilité de prendre part activement aux décisions concernant les relations sexuelles (AIDSCAP, 1997). Cette participation peut paraître sur un double plan : d'une part, les femmes négocient le type de rapport avec leurs partenaires et plus que par le passé, elles peuvent mieux convaincre ces derniers à faire usage du condom dans la mesure où ce sont elles qui le portent. D'autre part, en cas d'échec de négociation, elles peuvent tout simplement le mettre à l'insu de l'homme. Les propos suivants indiquent que le port du condom féminin peut bien être géré par l'agent féminine toute seule, qui décide ainsi de prendre ses responsabilités face aux risques encourus dans les cas de rapports sexuels non protégés.

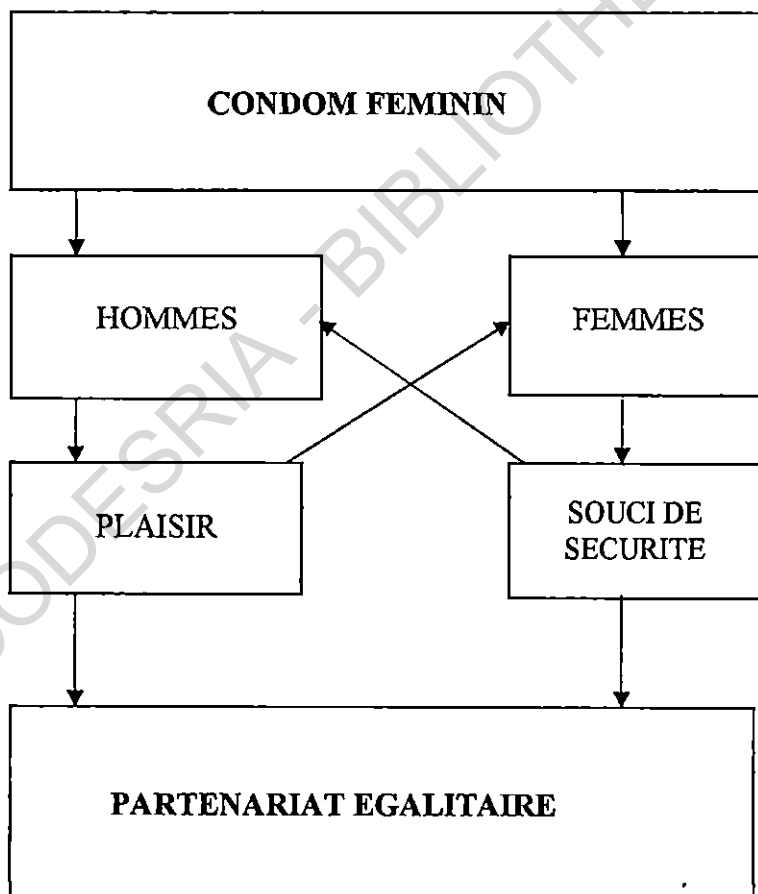
« Ca évite les maladies, les hommes n'aiment pas souvent porter le condom masculin, c'est contrôlé par les femmes, elle peut mettre à l'insu de l'homme » (Femme, 32 ans).

Sans toutefois penser que le consentement des hommes n'est pas nécessaire dans le type de rapport faisant usage du condom féminin, on estime tout de même que ce dernier augmente le pouvoir de décision des femmes dans le domaine des relations intimes.

En favorisant le dialogue entre les deux partenaires, le condom féminin permettra aux femmes de s'attaquer entre autres aux obstacles culturelles vis-à-vis de ce préservatif.

Les communicateurs devraient mettre l'accent sur cet aspect du rapprochement des partenaires qui fera en sorte que chacun, en utilisant le condom féminin, donnera à l'autre ce qu'il n'a pas.

Partant de la description faite plus haut, on pourrait imaginer que le condom féminin peut conduire les femmes, rassurées sur leur sécurité, à découvrir un plus grand plaisir et les hommes, rassurés par leur plaisir, à penser également à leur sécurité et partant à celle de leurs partenaires. Cette complémentarité pourra bien aboutir à un partenariat plus égalitaire entre les hommes et les femmes. Tout ceci peut être schématisé comme suit :



CHAPITRE VI : PERSPECTIVES RELATIVES A L'UTILISATION DU CONDOM FEMININ

Le présent travail vise à évaluer l'acceptabilité du condom féminin par la population cible. Nous nous proposons d'analyser dans ce chapitre les variables qui permettent d'avoir un aperçu sur les 'enjeux futurs' du condom féminin dans le milieu d'étude, du point de vue de la disposition à l'utiliser et à en acheter.

VI.1 Disposition à utiliser le condom dans le futur

Parmi les sujets qui ont été interviewés à la deuxième phase de l'étude, 66,1% ont manifesté leur disposition à réutiliser le condom féminin dans le futur. A la première phase de l'étude, ce taux était de 74,0%. Il y aurait donc une baisse d'intérêt à utiliser le condom féminin. Néanmoins quelques facteurs pouvant justifier le niveau d'intérêt des utilisateurs ont été relevés et présentés dans les paragraphes suivants.

VI.1.1 Contribution de l'utilisation antérieure du condom masculin à l'utilisation future du condom féminin

Nous avons voulu savoir si les sujets intéressés à la deuxième phase de l'étude à intégrer le condom féminin dans leurs habitudes sexuelles (n=37), étaient influencés par leur expérience en ce qui concerne l'utilisation du condom masculin. Pour ce faire, un rapport entre les potentiels utilisateurs et leur antécédent d'utilisation du condom masculin a été fait et nous avons obtenu ce qui suit.

Sur 10 sujets qui n'ont jamais utilisé le condom masculin à la première phase de l'étude, 5 ont pu être interviewés à la deuxième étape, lesquels (13,5%) sont tous disposés à utiliser le condom féminin à l'avenir. Compte tenu du fait que 8 sujets sur 10 avaient manifesté leur intention de continuer à la deuxième phase et que seuls 5 ont pu être interviewés, nous pensons que contrairement au résultat auquel on se serait attendu, cette catégorie de personnes aurait trouvé un intérêt dans le condom féminin. Il en résulte que la possibilité de choix des méthodes préventives est susceptible

d'accroître le nombre des utilisateurs et donc de contribuer à la réduction des comportements sexuels à risque. Ces résultats sont présentés dans le tableau 20.

Tableau 20: Répartition des sujets disposés à réutiliser le condom féminin suivant leur antécédent d'utilisation du préservatif masculin.

Antécédent d'utilisation du condom masculin	(phase 2, n= 37)					
	Oui	%	Non	%	Total	%
Jamais utilisé	5	13,5	0	0,0	5	8,9
Utilisation Régulière	12	32,4	4	21,0	16	28,5
Utilisation temporaire	20	54,0	15	78,9	35	62,5
Ensemble	37	66,1	19	33,9	56	100,0

Près de 2/3 des volontaires disposés à utiliser ultérieurement le condom féminin sont des utilisateurs temporaires du condom masculin. Ceux qui en font un usage systématique constituent le 1/3 des potentiels futurs utilisateurs du produit.

Au vu de ces résultats et en rapport avec le paragraphe précédent, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de lien direct entre l'usage dans le passé du préservatif masculin et la disposition à utiliser ultérieurement le condom féminin.

Nous avons ensuite essayé de voir dans quelle mesure les facteurs tels que le sexe et l'âge interviennent dans la disposition à faire usage du condom féminin dans le futur.

VI.1.2 Contribution du facteur sexe

Il apparaît dans le tableau 21 que quelle que soit la phase d'étude, le nombre de femmes disposées à utiliser le condom féminin est supérieur à celui des hommes. En effet, plus de 8 femmes sur 10 contre moins de 5 hommes sur 10 (phase 2) ont l'intention d'utiliser le condom féminin dans le futur.

Tableau 21 : Répartition des sujets disposés à utiliser le condom féminin dans le futur selon le sexe

Disposition à utiliser le condom Féminin	Phase 1				Phase 2			
	Oui	%	Non	%	Oui	%	Non	%
Femmes	44	80,0	11	20,0	24	82,7	5	17,3
Hommes	30	66,7	15	33,3	13	48,1	14	51,9
Ensemble	74	74,0	26	26,0	37	66,1	19	33,9

Toutefois, les résultats du tableau 22 indiquent que cette intention varie en fonction de l'âge des sujets.

VI.1.3 Contribution du facteur âge

Tableau 22: Répartition des sujets disposés à utiliser le condom féminin dans le futur selon l'âge

Age	Disposés à utiliser		Pas disposés à utiliser		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 19	3	100	0	0,0	3	5,3
20-29	26	74,3	9	25,7	35	62,5
30-39	7	43,7	9	56,3	16	28,5
40-49	1	50	1	50	2	3,5
Ensemble	37	66,1	19	33,9	56	100,0

Dans l'ensemble, les plus jeunes sont les plus nombreux à manifester leur disposition à utiliser ultérieurement le condom féminin. Ils sont suivis par les sujets âgés de 30-49 ans. En effet, tous les sujets âgés de moins de 19 ans utiliseraient le condom féminin dans le futur. Le pourcentage d'utilisateurs serait de plus de 7 sujets sur 10 pour les tranches d'âge de 20-29 ans; un peu plus de 4 sujets sur 10 (30-39 ans); et de 5 sujets sur 10 pour les sujets âgés de 40-49 ans. Pour sauvegarder cette volonté des

participants à faire usage du condom féminin, une information et une éducation pertinentes s'avèrent nécessaires.

Il apparaît toutefois que l'intérêt à le réutiliser dépendra aussi du coût du condom féminin sur le marché, dans la mesure où les populations auront accès à cet outil à condition qu'elles disposent des moyens financiers nécessaires. Parallèlement, il pourrait aussi dépendre du coût psychologique c'est-à-dire de l'évaluation par les usagers du prix d'une sexualité sans risques. Sans nous attarder sur ce dernier aspect, nous avons essayé de mettre en évidence quelques données économiques susceptibles d'influencer leur motivation.

VI.2 Quelques données économiques

VI.2.1 Disposition à acheter le condom féminin

A la question de savoir si les enquêtés sont disposés à acheter le condom féminin, 78,0% des sujets ayant essayé au moins un condom à la première phase répondent par l'affirmative, contre 4,4% qui expriment une opposition. A côté de ces deux groupes, 17,6% signalent qu'ils ne l'achèteront que si certaines conditions sont remplies notamment un prix à leur portée et/ou la coopération de leur partenaire, ainsi que la 're-conceptualisation' du condom. La proportion des sujets disposés à acheter le produit est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 23 : Proportion des sujets disposés à acheter le condom féminin par sexe

Disposés à acheter le condom féminin	n	%
Femmes	46	90,2
Hommes	25	65,7
Ensemble	71	78,0

Ce tableau indique la forte disposition des femmes interrogées sur la question à acheter

le condom féminin (90,2%), contre 65,7% des hommes. Mais cette attitude positive ne garantit pas totalement la pratique car il ne s'agit là que d'intentions qui peuvent se heurter à certains obstacles à l'exemple de l'opposition du partenaire évoquée plus haut. D'où l'importance d'une approche IEC visant l'amélioration du dialogue entre les hommes et les femmes concernant leur vie familiale et sexuelle.

VI.2.2 Prix proposé pour l'acquisition du condom féminin

Les participants disposés à acheter le condom féminin ont fait des propositions de prix par rapport à leurs propres moyens, et nous les avons regroupé dans le tableau 24.

Tableau 24 : Proportion des enquêtés suivant les prix proposés pour l'achat du condom féminin

Prix proposés pour l'achat du condom féminin (Fcfa)	Femmes %	Hommes %	Ensemble %
< 300	69,0	75,0	71,0
300-599	20,0	25,0	21,7
600 et +	11,0	0,0	7,3
Total	45	24	69
Minimum	25	15	15
Maximum	1 000	500	1 000
Moyenne	237,7	162,3	211,4

De l'avis des enquêtés, le prix d'un condom féminin doit varier entre 15 et 1000 fcfa, la moyenne étant de $211,5 \pm 215$ fcfa. Les commentaires formulés à la suite de cette question s'accordent en général sur le fait que le condom féminin ne devrait pas coûter plus cher que le condom masculin, et précisément le condom communément utilisé à savoir la marque 'Prudence' commercialisé à 100 fcfa le paquet de 4 condoms. La moyenne des prix proposés par les enquêtés est largement en deçà du coût actuel d'un condom féminin, qui est d'environ 1200 à 2000 fcfa -2 à 3 \$US- (AIDSCAP ; WHO, 1997). Certes, on pourrait espérer un condom féminin vendu à un prix subventionné

comme c'est le cas aujourd'hui pour le condom masculin mais dans l'état actuel de nos connaissances et selon les déclarations de AIDSCAP (1997), les donateurs n'avaient pas encore décidé; jusqu'à cette date, d'intégrer le condom féminin dans les programmes de fourniture de biens subventionnés aux pays en développement.

Le rapprochement des prix au sexe permet de relever que les femmes proposent un montant moyen relativement plus élevé que les hommes, soit 237,7 fcfa contre 162,3 fcfa. On s'aperçoit également que les prix minimums et maximums déclarés par les femmes sont toujours supérieurs à ceux signalés par les hommes. Ceci marque une fois de plus la volonté des femmes (plus que celle des hommes) d'acquérir le condom féminin. Toutefois, cette volonté pourrait se heurter aux préjugés sociaux et à leur situation socioculturelle et économique. En effet, à l'état actuel des choses, les femmes n'ont que peu d'emprise sur leur vie sexuelle dans la mesure où elles occupent une position de faiblesse (Tantchou, 2000) dans la vie sociale. Il en va de même de leur pouvoir économique inégalitaire et inférieur à celui des hommes (PNUD, 1998). Toutes choses susceptibles de limiter leur accès à ce condom, malgré leur volonté manifeste.

En plus des propositions fondées sur le prix, les participants ont émis des souhaits allant dans le sens de l'amélioration de la qualité du produit.

VI.3 Suggestions des enquêtés

En considérant que le condom actuellement fabriqué est un premier modèle du genre et qu'il pourrait faire l'objet de modifications pouvant assurer un intérêt plus élevé chez les potentiels utilisateurs, nous avons recueilli auprès des enquêtés leurs suggestions à l'issue de la première phase d'essai. De telles suggestions ou préoccupations pourraient aider à orienter des travaux des laboratoires sur le condom féminin et des actions de terrain pour la sensibilisation de masse. L'analyse qualitative des réponses répertoriées permet de relever plusieurs catégories de préoccupations qui portent sur la taille, le mode d'utilisation et la vulgarisation du produit.

- Taille du condom

La plupart des répondants ont suggéré des modifications portant sur la taille du condom. Parmi eux, certains pensent qu'il serait important de réduire la taille du condom féminin tant sur le plan de la grosseur que de l'épaisseur afin de le rendre plus discret d'une part, et beaucoup plus sensible d'autre part. D'autres enquêtés suggèrent que la taille du condom soit adaptée à celle du vagin. De l'avis de ces derniers, il faudrait mettre sur le marché des condoms de différentes tailles comme c'est le cas notamment pour les tenues vestimentaires. Ainsi, chaque utilisatrice choisirait la taille qui convient aux dimensions de son vagin. Cette préoccupation est exprimée par une femme en ces termes :

" ... prendre en considération le facteur âge, poids comme les vêtements "
(femme, 18 ans)

- Les anneaux internes et externes

Globalement deux tendances se dégagent en ce qui concerne les anneaux. La première tendance et la plus fréquente se relève parmi les gens qui suggèrent que l'on réduise la taille des anneaux tandis que les autres proposent que l'on conçoive un condom féminin sans anneaux en particulier sans l'anneau interne. Ceci limiterait les peurs relatives entre autres à la grosseur de l'anneau, au glissement lors des rapports sexuels et au fait que l'anneau peut rester dans le vagin.

- L'emballage

Le paquet dans lequel les condoms sont conditionnés a été également l'objet de préoccupations chez les enquêtés. Une proposition a été faite à ce sujet à savoir que les dimensions du paquet soient réduites davantage afin de le rendre plus discret. Une telle modification aurait l'avantage de minimiser l'appréhension que certains enquêtés auraient par rapport au contenu. Le propos suivant a été retenu pour illustrer cette suggestion :

" Le paquet est gros, ça donne l'impression que ce qui est dedans est gros " (homme, 25 ans)

- La praticabilité/mode d'utilisation

Cette catégorie rassemble les propos des enquêtés qui suggèrent que l'on revoie la conception du condom féminin afin de rendre son utilisation beaucoup plus simple ou aisée.

On retient dans la gamme des propositions formulées au sujet de la manipulation le souhait que les scientifiques imaginent une manière de présenter le condom de sorte que la femme ne soit pas obligée de le tenir au moment de la pénétration. Dans le même ordre d'idées, quelques enquêtés soulignent que si les condoms sont suffisamment lubrifiés avant leur mise sur le marché, cela annulerait l'étape de lubrification prévue dans le processus d'utilisation de ce préservatif et par conséquent, raccourcirait le processus d'installation du dispositif. Deux suggestions ont été relevées à ce propos:

“Il faudra que les chercheurs pensent à incorporer le lubrifiant pour faciliter la tâche pendant les rapports sexuels ” (homme, 30 ans)

“... si on pouvait lubrifier le condom avant la commercialisation, peut être cela raccourcirait les manipulations au moment de son utilisation ” (femme, 30 ans)

- Sensibilisation

De nombreux enquêtés proposent que l'on sensibilise les populations à travers les médias, les séminaires d'information et les centres de santé afin que le condom féminin soit connu du grand public. Une telle campagne aurait en plus l'avantage de réduire le nombre des personnes réticentes comme l'exprime un des enquêtés:

“ Vulgariser au maximum le produit pour résoudre les problèmes de réticence ” (homme, 24 ans)

Quelques femmes suggèrent des approches de sensibilisation ciblant en particulier les hommes dans la mesure où certains émettent des soupçons à l'endroit des femmes qui leur proposent le condom. C'est ce qui apparaît dans le propos suivant :

“ on devait prospecter à partir des hommes, il est beaucoup plus facile à la femme d'accepter quelque chose venant de l'homme . Quand c'est la femme qui prend l'initiative, il y a un soupçon d'infidélité certains hommes le prennent très mal ” (femme, 30 ans).

Cette remarque qui a été relevée dans d'autres études traduit en quelque sorte le poids des obstacles culturels sur la sexualité, en l'occurrence la sexualité féminine. Dans le cadre de ses activités relatives au « projet d'étude sur les femmes », la FHI a réalisé qu'au Mali, le partenaire masculin a une influence primordiale sur la prise des décisions concernant la vie familiale. L'acceptation ou le rejet de la contraception par les femmes relève du ressort de l'homme à qui est réservé l'autorité de décider. Dans le cas contraire, la femme s'exposerait aux menaces de toutes sortes comme c'est le cas dans le propos suivant : « *Si ma femme opte pour la planification familiale sans mon autorisation, je divorcerai* » (FHI, 1998 : 11). C'est justement pour éclairer ces obstacles socioculturels qu'une approche sociologique de la question est intéressante.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE VII : VERIFICATION DES HYPOTHESES

Les hypothèses sont des affirmations anticipées qui ne sont validées qu'après vérification des données. Les résultats de l'enquête que nous avons effectuée ont servi à confirmer ou à infirmer l'hypothèse émise. Elle était formulée de la manière suivante:

L'acceptabilité du condom féminin dépend des facteurs socio-démographiques, culturels, temporels et économiques.

VII.1 Influence des facteurs socio-démographiques dans l'acceptabilité du condom féminin

Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu deux facteurs socio-démographiques : le sexe et l'âge. Ces deux caractéristiques sont analysées en rapport aux facteurs suivants : l'utilisation du condom féminin, la disposition future à acheter et à réutiliser le condom féminin.

- Influence du sexe sur l'acceptabilité du condom féminin

L'analyse des données nous a permis de relever au niveau de l'utilisation du condom féminin que durant les deux phases de l'étude, les volontaires de sexe féminin ont utilisé en moyenne plus de condoms féminins que ceux du sexe masculin. L'opposition à l'utilisation est également plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. En effet, à la phase 2 de l'étude (phase de clôture), 14,8% d'hommes contre seulement 3,4% de femmes ont manifesté une opposition à l'utilisation du condom féminin. En définitive, l'utilisation du condom féminin est plus fréquente chez les sujets de sexe féminin.

En matière de préférence, 52,3% de femmes et 42,2% d'hommes déclarent qu'ils préfèrent le condom féminin à l'issue de la première phase de l'étude. Durant la

deuxième phase, ces taux sont de 68,4% et 52,9% respectivement pour les femmes et les hommes. On remarque que la proportion des femmes qui préfèrent le condom féminin est supérieure à celle des hommes quelle que soit la phase de l'étude. Une fois de plus, les femmes sont plus nombreuses à manifester une préférence pour le condom féminin.

Par rapport à la disposition future à utiliser le condom féminin, les données de la phase 2 de l'étude montrent que plus de 8 femmes sur 10 (82,7%) et moins de 5 hommes sur 10 (48,1%) sont disposés à utiliser le condom féminin dans le futur. Bien que certains hommes déclarent qu'ils ressentent plus de plaisir dans le rapport en faisant usage du condom féminin, l'intention d'utiliser le condom féminin à l'avenir est plus la préoccupation des femmes que celle des hommes.

L'analyse a également permis de relever que 9 femmes sur 10 contre moins de 7 hommes sur 10 sont disposés à acheter le condom féminin dans le futur. Concernant les prix proposés pour l'achat, aucun homme n'achèterait le condom féminin s'il coûte 500 francs et plus. Par contre, les sujets de sexe féminin l'achèteraient même au prix de 1000 francs. La moyenne des prix proposée par les femmes est de 237,7 francs tandis que les hommes ont proposé en moyenne 162,3 francs par condom. Les femmes proposent des prix plus élevés que ceux indiqués par les hommes.

Au vu de tout ce qui précède, les femmes sont plus disposées que les hommes à intégrer le condom féminin dans leurs habitudes sexuelles.

- Influence de l'âge dans l'acceptabilité du condom féminin

Pour ce qui concerne l'âge, l'analyse permet de retenir par rapport à l'utilisation du condom féminin que les sujets les moins âgés (≤ 19 ans) et les plus âgés (40-49 ans) ont utilisé en moyenne un peu plus de condoms que les autres. Cependant il faudra tenir compte du poids de la population pour chaque tranche d'âge, l'échantillon étant inégalement réparti.

S'agissant de la disposition future à utiliser le condom féminin, les sujets âgés de 20-

29 ans sont majoritaires (70,2%) à manifester leur disposition, suivis de loin (18,9%) par les sujets âgés de 30-39 ans. Les sujets les plus jeunes et les plus vieux ne représentent que de très faibles pourcentages (8,1% et 2,7%) respectivement.

En ce qui concerne la disposition des sujets à acheter ce produit, ceux de la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans sont plus disposés (54,9%) à en acheter. Ils sont suivis des sujets âgés de 30-39 ans (28,1%). Le reste ne représente que de faibles pourcentages, 11,2% et 5,6% respectivement pour les tranches de moins de 19 ans et de 40-49 ans.

Par rapport à ces résultats, on est tenté de dire que les sujets âgés entre 20-39 ans sont plus disposés à admettre le condom féminin dans leurs habitudes sexuelles. Cependant, compte tenu du fait que l'échantillon d'étude est inégalement représenté au niveau des groupes d'âges, nous ne pouvons affirmer ou infirmer l'influence de l'âge dans l'acceptabilité du condom féminin.

VII.2 Influence des facteurs culturels dans l'acceptabilité du condom féminin.

Les normes et valeurs de la sexualité n'étant pas explorées dans ce travail, nous considérons dans cette partie le contexte socioculturel africain qui privilégie l'homme dans la prise de décision concernant la vie familiale et sociale. Dans le cadre des relations intimes, la femme n'a que très peu d'emprise sur sa vie sexuelle, la décision d'avoir les relations sexuelles protégées relevant plus du ressort de l'homme. Ceci peut expliquer le taux de refus plus élevé chez les hommes, 14,8% contre 3,4% chez les femmes. Ces dernières sont par conséquent très motivées par le fait que le condom féminin soit placé sous leur contrôle et sont plus disposées à en faire usage dans le futur. Cette attitude est sous-tendue par le fait que le condom féminin leur accorde un certain pouvoir de décision dans le type de rapport sexuel. Autrement dit, les femmes considèrent que l'avènement du condom féminin devrait contribuer à rompre sinon à réduire la distance qui les sépare des hommes dans le domaine des relations intimes. Elles sont aussi plus concernées en raison du fait qu'elles sont des victimes des GND,

des conséquences de la mortalité liée à l'accouchement et des conséquences des interruptions des grossesses. Leur vulnérabilité biologique, leur subordination économique et culturelle les exposent plus que les hommes au risque d'infection des MST et VIH/SIDA. (AIDSCAP, 1997)

VII.3 Influence des facteurs temporels dans l'acceptabilité du condom féminin.

Les facteurs temporels sont relatifs à la durée de l'expérimentation du préservatif. Les études antérieures ont montré que les difficultés éprouvées par les utilisateurs du condom disparaissent lorsque ceux-ci en font un usage prolongé dans le temps.

Le tableau 16 indique à des proportions plus ou moins élevées les facteurs qui ont été à l'origine des gênes éprouvées par les enquêtés ainsi que leur évolution au cours des deux phases de l'étude. Les difficultés d'insertion (40,7%), la présence des anneaux interne (16,5%) et externe (14,3%), la forme physique (13,2%), le fait que le condom rentre dans le vagin (7,7%) sont les plus fréquemment évoqués. A la deuxième phase de l'interview, on remarque qu'en dehors des facteurs liés à la présence des anneaux interne (19,5%) et externe (17,1%), et dans une moindre mesure à la difficulté de retrait du condom du vagin (2,4%), le niveau de gêne a diminué. En particulier, les difficultés liées à la forme physique (2,4%) et à l'insertion (19,5) sont réduites considérablement.

Toujours à la deuxième phase, la presque totalité des personnes qui déclarent avoir moins de difficultés en rapport avec la manipulation du dispositif avancent la raison suivant laquelle elles ont acquis plus d'aptitude avec le temps.

La tendance générale nous indique une diminution des difficultés perçues. Autrement dit, la durée de l'expérience aurait une influence sur l'acceptabilité du condom féminin.

VII.4 Influence des facteurs économiques

Les prix proposés pour l'achat du condom varient entre 15 et 1000 fcfa, dont une moyenne d'environ 215 fcfa. Les enquêtés considèrent dans la plupart des cas que le prix du condom féminin ne doit pas dépasser celui du condom masculin le plus accessible à savoir le condom de marque Prudence. Le paquet de ce condom coûte 100 fcfa pour 4 condoms alors que le prix actuel du condom féminin sur le marché est compris entre 1200 et 2000 fcfa par condom soit 3600-6000 fcfa le paquet de 3. Compte tenu des différents prix proposés, on est en droit de considérer que le coût du condom féminin sera un obstacle à son accessibilité et donc à son acceptabilité.

En définitive, il apparaît que :

- Le sexe influence l'acceptabilité du condom féminin;
- L'âge dans une moindre mesure exerce une influence mais il serait peut être intéressant de travailler avec un échantillon représentatif de différentes tranches d'âges afin de pouvoir mesurer le degré d'influence.
- L'acceptabilité du condom féminin est aussi fonction des considérations d'ordre culturel.
- La durée de l'expérimentation est un facteur favorisant l'acceptabilité du condom féminin
- Le coût du condom féminin s'il n'est pas revu à la baisse constituera un obstacle à l'acceptabilité du condom féminin.

CONCLUSION

Le présent travail avait pour objectif d'étudier l'acceptabilité du condom féminin et de rechercher les facteurs susceptibles d'influencer son utilisation.

Pour atteindre cet objectif nous avons déterminé le niveau d'information de la population échantillonnée au sujet du condom féminin, évalué son utilisation et exploré les attitudes des participants vis-à-vis du condom féminin. Au terme des analyses effectuées, il ressort que le condom féminin est plus ou moins connu dans le milieu d'étude. Cependant, quoique plus de la moitié des enquêtés affirment en avoir déjà entendu parler, aucun n'en avait fait usage dans le passé. L'information sur l'existence du condom féminin a été véhiculée dans la plupart des cas durant les conversations entre amis et dans une moindre mesure à travers les médias. Une campagne d'information utilisant les canaux adaptés permettrait -même dans le contexte actuel où ce condom n'est pas encore commercialisé au Cameroun-, de sensibiliser les populations sur son existence. Si une telle campagne avait été réalisée avant l'étude, sans doute le taux de refus auquel l'équipe a fait face lors de la sélection des volontaires aurait-il été plus réduit.

En effet, le recrutement des enquêtés s'est heurté à plusieurs types d'obstacles. De nombreuses personnes ont décliné l'invitation à essayer le condom féminin en évoquant dans la plupart des cas la peur d'éventuels effets secondaires, notamment le risque que le condom reste dans le vagin d'une part, et le risque de maladies comme le cancer que provoquerait le lubrifiant d'autre part. Quelques personnes ont fait mention de leurs convictions religieuses qui ne s'accroissent pas de l'usage des préservatifs. Le condom féminin est considéré comme un promoteur du libertinage sexuel, et par conséquent ne devrait pas être utilisé. Une telle opinion a déjà été relevée au Cameroun dans une étude sur la perception du condom masculin (Loenzen, 1995). Cet auteur rapporte que les femmes qui utilisent les préservatifs sont souvent qualifiées de « légères » tandis que les hommes sont traités de « vagabonds ». Ces préjugés qui se font autour du condom féminin résulteraient d'un déficit d'information appropriée au sujet de cet outil de prévention. Leur impact possible sur la promotion du condom féminin devra être pris en considération. Une information et une éducation pertinentes utilisant les canaux adaptés contribueront à l'élimination de ces croyances.

Des représentations d'ordre culturel telle la domination du sexe masculin sur l'autre sexe par exemple, ont influencé de manière considérable le taux de refus enregistré. Les raisons majeures de la non utilisation du dispositif ou de son interruption sont surtout l'opposition du (ou de la) partenaire. A la deuxième phase de l'étude, 14,8% des hommes ont opposé un refus contre seulement 3,4% des femmes. Cependant, quoique le condom féminin soit un outil utilisé par la femme, celle-ci peut difficilement se passer de l'avis de son partenaire. Ceci est plus pertinent encore dans le contexte africain en général et camerounais en particulier, où la société consacre à l'homme une place dominante. Il est par conséquent intéressant de mener des actions spécifiques en direction des hommes, la seule volonté des femmes n'étant pas un argument suffisant pour gagner le consentement de ces derniers. La nécessité d'impliquer les hommes s'explique davantage par le fait que « *La femme a de meilleures chances (de faire usage du produit) si l'homme a l'impression d'avoir pris lui-même la décision de s'en servir* » (AIDSCAP, 1997 : 25). Ce qui traduit le fait que l'activité sexuelle, bien que relevant a priori de l'individuel, est profondément inscrite dans le social. Les comportements sexuels sont déterminés dans l'ensemble par les normes qui régissent la société, comme cela ressort des analyses faites sur la sexualité féminine au Maroc à savoir que : « *L'acte sexuel est régi par des lois sociales qui gouvernent le comportement individuel.* » (Soumaya, 1991 : 245).

Toutefois, le condom est assez positivement apprécié par les utilisateurs. Les facteurs favorisant les plus fréquemment évoqués sont : 'le condom ne réduit pas beaucoup le plaisir', il est placé 'sous le contrôle de la femme'. Ces aspects positifs du condom féminin ont été déjà rapportés dans la littérature. En rapprochant ces résultats au sexe, on s'est rendu compte que le fait que 'le condom féminin soit sous le contrôle de la femme' est significativement plus apprécié par les sujets de sexe féminin que par ceux de sexe masculin, ce qui n'a rien de surprenant vu le contexte culturel.

En ce qui concerne la perception du plaisir ressenti, environ 6 sujets sur 10 à la première phase et 8 sujets sur 10 à la deuxième phase déclarent que le condom féminin procure plus de plaisir que le condom masculin. La proportion des hommes qui sont de cet avis est supérieure à celle des femmes. Ceci se comprend dans la mesure où les

études précédentes ont indiqué que 'le fait que le condom féminin ne serre pas le pénis' est un facteur positif très apprécié par les hommes. Dans le cadre de cette étude, certains sujets de sexe masculin ont déclaré à ce propos que l'acte sexuel utilisant le condom féminin est plus proche du rapport naturel, c'est-à-dire sans barrière et d'autres ont relevé qu'ils ont l'impression que leur pénis est libre. On aurait pu penser que de telles impressions stimulent plus les hommes que les femmes à préférer le condom féminin au condom masculin. L'étude aboutit au résultat contraire. En effet, la proportion des femmes qui déclarent préférer le condom féminin est relativement supérieure à celle des hommes. Si ces derniers sont surtout motivés dans leur choix par le plaisir ressenti à l'utilisation du condom féminin, les femmes par contre sont davantage intéressées par le fait que ce type de préservatif est placé sous leur contrôle, leur offrant ainsi la possibilité de mieux préserver leur sécurité, argument d'autant plus significatif que quelques femmes signalent l'indélicatesse de certains hommes qui détériorent sciemment le condom masculin. Ce comportement pervers quoi qu'apparemment isolé dans la société, existe et a été rapporté dans des travaux relatifs à la planification familiale chez les fille-mères à Yaoundé (Touko et al, 1995).

Le niveau d'intérêt à utiliser le condom féminin dans le futur est élevé dans l'ensemble de la population d'étude et concerne environ plus de 6 sujets sur 10. Toutefois, relativement au sexe, on note un avantage pour les femmes par rapport aux hommes. En effet, 8 femmes sur 10 (82,7%) contre moins de 5 hommes sur 10 (48,1%) sont disposées à utiliser le condom féminin à l'avenir. Un tel résultat s'oppose à celui rapporté dans l'étude menée au Zimbabwe, où 56% d'hommes sont favorables contre 50% de femmes. En ne focalisant que les femmes, la proportion est sensiblement égale à celle relevée en Côte d'Ivoire et en Afrique du Sud (WHO, 1997).

Sur le plan économique, l'on remarque que malgré le taux relativement élevé de personnes qui manifestent leur intention à se procurer le condom féminin sur le marché, il s'avère que les prix proposés sont largement en dessous du tarif auquel cet outil est commercialisé. Il découle des résultats obtenus que si le prix du condom sur le marché n'est pas revu à la baisse -notamment par un mécanisme de subvention par l'Etat ou par les bailleurs de fonds-, il est à craindre que le coût ne constitue un

obstacle important à l'utilisation de cet outil dans notre région, compte tenu de la situation socio-économique des populations.

L'étude relève par ailleurs d'autres barrières auxquelles les deux sexes seront confrontés. Elles sont liées à la conception du condom lui-même. Par rapport à ces problèmes, les enquêtés suggèrent entre autres que les condoms de différentes tailles soient commercialisés, que l'on réduise la dimension des anneaux et/ou que l'on fabrique un condom sans anneau interne.

La réussite de l'oeuvre de promotion par les différents intervenants dépendra de leur capacité à surmonter l'ensemble de toutes ces barrières. En conséquence, cette recherche montre que le condom féminin ne constitue pas la panacée face à la propension des MST, VIH/SIDA, aux besoins non satisfaits en méthodes contraceptives ou aux problèmes de genre qui existe entre les hommes et les femmes. Son utilisation apporte une modeste contribution à la recherche des solutions à ces problèmes.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOGRAPHIE

AIDSCAP/USAID (1997) : *Le condom féminin: De la recherche à la commercialisation*. Publication de AIDSCAP Women's Initiative, Family Health International/AIDSCAP, Arlington, EU.

Béat Songué, P. (1993) : *Sida et prostitution au Cameroun*, L'Harmattan, Paris

Béat Songué, P. (1998) : «Influence du milieu social sur la sexualité et les comportements reproducteurs des adolescents au Sud Cameroun », in Kuate-Defo, B : *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Ediconseil Inc, Montréal, Canada

Cabral, R. (1996) : « CDC's current behavioural and biomedical research on female-controlled HIV/STD prevention methods », Communication à l'occasion d'un Forum de Discussion entre les Organismes oeuvrant dans le domaine de la prévention des maladies, 15 Avril 1996, USA.

Dithan, K., Lugada, E., Siagi, M., Mosoke, D. (1996) : « Acceptability of the female condom in Uganda », Communication présentée à la 11^e Conférence Internationale sur le SIDA, Vancouver, Canada.

Durand, J.P. et Weil, R. (1989) : *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot.

Faleymu (1999) : « Female condoms in Africa? », Communication personnelle dans le réseau Internet/HIV-net (Groupe de discussion sur Internet portant sur le VIH/SIDA).

FHC (1997) : « The Female Condom Launched in Zimbabwe, Chicago ». Communication de FHC dans le réseau Internet/HIV-net (Groupe de discussion sur Internet portant sur le VIH/SIDA).

FHI (1995) : *L'introduction de contraceptifs*, Network en français, Vol. 10, N°4.

FHI (1998) : *Planification familiale et la vie des femmes*, Network en français, Vol. 18, N° 4

Gollub (1999) : « Female condoms in Africa? », Communication personnelle dans le réseau Internet/HIV-net (Groupe de discussion sur Internet portant sur le VIH/SIDA).

Jemimah M. (1996) : « Women's Forum Female Condom : Study explores roles of peer support in sustaining use », AIDScriptions, vol. 3, N°2, 8-11

Jodean, N., BA (1998) : *The female condom: where method and user effectiveness meet*. Report of a study, Stanford University School of Medicine.

- Langue-Menye, G., Evina Akam, Béat Songué, P. (1999) : Communication et maîtrise de la fécondité : un mariage de raison, Dakar, Union pour l'Etude de la Population Africaine, rapport d'étude
- Leeper, M.A., Conrardy, M. (1996) : « Preliminary evaluation of REALITY, a condom for women to wear », *Advances in Contraception*, 5 :229-235.
- Leke, J.I. (1998) : « Les adolescents et l'avortement ». In KUATE-DEFO B : *Sexualité et Santé Reproductive Durant l'Adolescence en Afrique*, Ediconseil Inc, Montréal, Canada.
- Loenzen, M. (1995) : Connaissances, opinions et attitudes relatives au SIDA en milieu rural africain (Sénégal, Cameroun et Burundi), Rapport d'étude non publiée.
- Merabet Omar (1999): *A la recherche des déterminants sociaux de la migration. Application à deux quartiers de Yaoundé*. Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Yaoundé, les cahiers de l'IFORD N° 25.
- MINEFI (1994) : *Conditions d'activité de la population de Yaoundé en Mars 1994 "Premier résultats"*, Yaoundé, Cameroun.
- MINSAP (1999) : « The present strategy for fighting HIV/AIDS ». Communication during a workshop, Yaoundé, May 6, 1999.
- Modieli, A.S. (1993) : Recherche des facteurs de la propagation du SIDA en milieu rural: vers un programme local de prévention de la maladie, (Monographie du village de Banga, Est Cameroun), Mémoire du Diplôme d'Etudes Démographiques, Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Université de Yaoundé II.
- Monny-Lobé, Tchupo, J.P., Turk, T., Joanis, C., Steiner, M. (1991) : Acceptability of the female condom among a high-risk population in Cameroon, Yaounde Cameroon, Report of a study.
- Moutomé-ékambi, J. (1994) : « De l'acceptabilité sociale de la politique de population du Cameroun » in *Anthropologie Africaine*, Revue de l'Association Panafricaine de l'Anthropologie, volume 1, N° 1&2 : 9-19.
- Njoumeni, Z., Boupda, A., Foyet, L., Tchupo, J.P (1995) : « Activité sexuelles et utilisation des condoms par le personnel des forces armées et police au Cameroun ». Communication présentée aux premières journées internationales de médecine des forces armées et police, 23-24 Février 1995, Yaoundé, Cameroun.
- Ombolo, J.P. (1990) : *Sexe et société en Afrique Noire, L'Anthropologie sexuelle Beti : essai analytique, critique et comparatif*, L'Harmattan, Paris.
- OMS (1994) : Les femmes et le SIDA : Programme d'action, Rapport OMS, WHO/GPA/DIR/94.4.

OMS/ONUSIDA (1998) : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, Genève.

Pinton, F. (1992) : « Les stratégies de genre favorisent-elles le développement? » in *femmes et sociétés*, ORSTOM, Paris.

PNUD (1999) : La pauvreté au Cameroun, Rapport sur le Développement Humain 1998, Yaoundé, Cameroun.

Purohit, A., Tamashiro, H., Steinberg, J., Kiessling, A. (1996) : « Prevention Issues of Male and Female Condoms ». Communication présentée à la 11^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA, Vancouver, Canada.

Rocher, G. (1968) : *Introduction à la sociologie générale*, volume 2, *L'organisation sociale*, H.M.H., Paris.

Seidel, G. (1996) : « Le deuxième sexe de la prévention » in *Le journal du SIDA*: numéro spécial Afrique : 32-35.

Sly, D.F., Quadagno, D., Harrison, D.F., Eberstein, IW (1997) : Factors Associated with the use of the Female Condom, *Research Notes*, 29 (4).

Soumaya Naamanè-Guessous, (1991) : *Au delà de toute pudeur: La sexualité féminine au Maroc*, Karthala-EDDIF, Paris-Cassablanca, 7ème édition revue et corrigée.

Tantchou, J., Awah, P. (2000) : Etude de cas sur la santé de la reproduction au Cameroun: formulation de politique et mise en oeuvre des programmes 5 ans après le CAIRE, rapport d'étude non publiée.

Tapko, J., Kouintche, A., Kamdem, L., Zekeng, L., Kaptue, L. (1995) : « Etude de l'évolution de la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang des forces armées à l'Hôpital Général de Yaoundé de 1991 à 1994 », Communication présentée aux premières journées internationales de médecine des forces armées et police, 23-24 Février 1995, Yaoundé, Cameroun.

Tchupo, J.P. (1990) : La résistance au changement de conduites sexuelles face au sida. Etude psychosociologique des obstacles à l'utilisation des préservatifs : le cas des étudiants des facultés de l'Université de Yaoundé, Mémoire de Maîtrise en Psychologie, Université de Yaoundé.

Tchupo, J.P., Foyet, L., Fouda, A., Boupda, A., Gruber-Tapsoba, T., Baleng, M.L.,

Engome, S.(1993) : Les étudiants des Universités de Douala et de Yaoundé face aux MST/SIDA : Approche qualitative des connaissances, des attitudes et des comportements, Rapport d'étude, Yaoundé, Cameroun.

Tchupo, J.P., Perr'tiangha, A., Nkinsi, L., Atsatito, M., Ouattara, A.P. (1994) : Enquête CACPMST/SIDA en milieu urbain de l'Extrême Nord Cameroun, Rapport d'étude, Maroua, Cameroun.

- Touko, A., Nyama, T.A., Migliani, R., Foyet, L. (1993) : Les Déterminants Culturels et Psychosociaux des Comportements Prédisposant la Femme Camerounaise à l'Infection à VIH, Rapport d'étude. Yaoundé, Cameroun.
- Touko, A., Kemmegne, J., Ngadjui, G., Kamta, C., Libité, P.R., Nissack, F., Schmidt-Ehry, B. (1995) : Etude des connaissances et pratiques des filles-mères de Yaoundé vis-à-vis du planning familial, Rapport d'étude, Yaoundé, Cameroun.
- Touko, A., Libité, P.R., Kemmegne, J., Dana Ward, Foyet, L. (2000) : *Les habitudes des jeunes de la ville de Yaoundé vis-à-vis de la radio et de la télévision*. Rapport d'étude, Yaoundé, Cameroun.
- UEPA (à paraître) «Atelier de dissémination des résultats des Lauréats camerounais du Programme de Petites Subventions de Recherche en Population et Développement de l'UEPA », Yaoundé, IFORD, Rapporteur Général, J, MOUTOME EKAMBI, assistée de L.K. MUDUBU
- UNAIDS (1997) : *More evidence on female condom: Increased protection against Sexually Transmitted Diseases Including HIV/AIDS*, UNAIDS Best Practice Collection, Geneva.
- UNAIDS (1998) : *The female condom and AIDS, UNAIDS point of view*, UNAIDS Best Practice Collection, Geneva.
- WHO (1997) : *The female condom : A Review*. WHO Report, WHO/HRP/WOM/97.1, Geneva.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire phase 1

ANNEXE II : Questionnaire phase 2

ANNEXE III : Notice d'information sur le condom féminin



PHASE I

Lettre Inter Date Code **I - IDENTIFICATION**

- 1- Nom du quartier:----- 2- Sexe M/F : 3- Quel âge avez vous?
- 4- Statut matrimonial Célibataire/Monogame/Polygame/Divorcé/Veuf-----
- 5- Dernière classe fréquentée auCun/Primaire/Secondaire/sUpérieur/Autre (à préciser):-----
- 6- Province d'origine Adamaoua/Centre/Sud/Est/Ouest/Littoral/Nord/norD-west/sud-ouest/eXtrême-nord--
- 7- Religion Catholique/Protestant/Musulman/aNimiste/Autre (préciser)-----
- 8- Quelle est votre profession? Sans prof/Fonctionnaire/cOmmerçant/Etudiant/Autre (à préc:ser)----

II - CONNAISSANCE SUR LE CONDOM

- 9- Aviez-vous entendu parler de condom féminin par le passé? O/N-----
- 10- Si oui, où? Radio O/N Télé O/N Journaux O/N Centre PFO/N
Ecole O/N Hôpital O/N Conversations O/N Autre O/N-----
- 11- En aviez-vous déjà utilisé? O/N:-----
- 12- Pour vous à quoi sert le condom féminin?
Protéger contre les MST-SIDA O/N Protéger contre les Grossesses O/N
Protéger contre les maladies O/N Autres-----O/N

III - UTILISATION DU CONDOM FEMININ

- 13- Utilisez-vous le condom masculin? O/N:-----
- 13.1- Si oui Régulièrement ou de Temps en temps/Autre-----
- 14- En dehors du condom masculin, utilisez-vous d'autres choses dans le rapport sexuel?O/N-----
- 15- Si oui lesquelles Spermicides O/N Diaphragme O/N Pilule O/N
Injection O/N Stérilet O/N Autre O/N-----
- 16- Parlant des condoms féminins qui vous ont été remis, combien avez-vous utilisé effectivement?--
- 16.1- Si 0 condom utilisé Pourquoi (Fin de l'interview, Récupérez les condoms)-----
- 16.2- Si < 6 condoms utilisés Pour quelles raisons ils n'ont pas tous été utilisés?-----
- 17- Si > 1 condom utilisé Avec combien de partenaire(s) les condoms ont été utilisés -----
- 18- Ce(s) partenaire(s) étai(en)t-il(s)? Epoux O/N Part. Régulier O/N
Part. Occasionnel O/N Autre----- O/N

NB A la fin de l'entretien, on aimerait voir les condoms non utilisés et les paquets vides

IV - ATTITUDES VIS-A-VIS DU CONDOM**IV.1 - Attitudes de l'enquêté (e)**

- 19- Décrivez votre impression la première fois que vous avez vu le condom féminin-----
- 20- Comment jugez-vous le condom féminin aujourd'hui? Très bon/Bon/Un peu Bon/Mauvais/très
mauVais/un peu mauVais/Autre-----
- 21- Etes-vous pour ou contre l'utilisation du condom féminin? Pour/Contre/Ne sait pas/Autre-----

22- Pourquoi -----

23- (Voir Q13) Y a-t-il une différence de sensation entre le condom masculin et le condom féminin? O/N

23.1- Si oui lequel procure plus de plaisir selon vous ? Cond. Masculin/Cond. Féminin/Autre -----

24- Avez-vous une préférence entre le condom féminin et le condom masculin? O/N/NSP/Autre -----

24.1- Pourquoi -----

25- Qu'est-ce qui vous a le plus intéressé sur le condom féminin?

Ne réduit pas beaucoup le Plaisir O/N Peut être inséré avant le rapport O/N

Protège les organes externes O/N Sa solidité O/N

Peu être contrôlé par la femme O/N Facile à utiliser O/N

Ne se perce pas O/N Autre ----- O/N

26- Qu'est ce qui vous a le plus gêné sur le condom féminin?

Sa forme Physique O/N Difficulté d'insertion O/N

Les douleurs pendant l'utilisation O/N Le bruit pendant l'utilisation O/N

Présence anneau interne O/N Glissement du pénis O/N

Présence anneau externe O/N Difficultés pour changer de position O/N

Le condom rentre dans le vagin O/N Le retrait du condom est pénible O/N

Trop lubrifié O/N Autre ----- O/N

27- Qu'est qui peut vous empêcher d'utiliser le condom féminin à l'avenir?

Sa forme Physique O/N Difficulté d'insertion O/N

Les douleurs pendant l'utilisation O/N Le bruit pendant l'utilisation O/N

Présence anneau interne O/N Présence de l'anneau externe O/N

Le condom rentre dans le vagin O/N Le retrait du condom est pénible O/N

Opposition du partenaire O/N Disponibilité du condom O/N

Le coût du condom O/N Difficultés pour changer de position O/N

Glissement du pénis O/N Autre ----- O/N

28- Y a-t-il un type de partenaire avec qui vous préféreriez utiliser le condom féminin? O/N/Autre -----

29- Si oui lequel Epoux (se) O/N Part. Régulier O/N

Part. Occasionnel O/N Autre ----- O/N

IV.2 Attitudes du partenaire

30- Dans l'ensemble est ce que cela a été facile de convaincre votre/vos partenaire(s) à utiliser

le condom féminin O/N/un Peu/Autre -----

31- Comment votre/vos partenaire(s) a/ont jugé le condom féminin après utilisation?

Très bon/Bon/Un peu Bon/Mauvais/très mauvais/un peu mauvais/Autre -----

32- Pensez-vous que votre/vos partenaire(s) est (sont) favorable(s) à souvent utiliser

le condom féminin? O/N/NSP/Autre -----

V - PERSPECTIVES

34¹- Est ce que personnellement vous êtes intéressé à utiliser à l'avenir les condoms féminins?

O/N/NSP/Autre -----

34.1- Si oui, même si on vous en donne maintenant ? O/N/Autre -----

35- Seriez-vous disposé à acheter le condom féminin? O/N/NSP/Autre -----

35.1- Si oui à quel prix environ pour un condom ? -----

36- quelles sont vos questions ou vos suggestions sur le condom féminin? -----

¹ NB QES 34 = N, Récupérer les condoms non utilisés

NB QES 34.1 = O, Si > 4 Condoms utilisés, remettre 2 nouveaux paquets
Si ≤ 4 Condoms utilisés, remettre 1 nouveau paquet



PHASE II

Lettre Inter Date Code **UTILISATION DU CONDOM FEMININ**

- 1- Combien (n) de condoms féminins aviez-vous au début de la deuxième phase ? -----
- 2- Combien en avez-vous effectivement utilisé?-----
- 16.1- Si 0 condom utilisé Pourquoi (Fin de l'interview, Récupérez les condoms)-----
- 16.2- Si < n condoms utilisés Pour quelles raisons ils n'ont pas tous été utilisés?-----
- 3- Si > 1 condom utilisé Avec combien de partenaire(s) les condoms ont été utilisés -----
- 4- Est ce le(s) même partenaire(s) de la première phase O/N/Autre-----

NB A la fin de l'entretien, on aimerait voir les condoms non utilisés et les paquets vides

II - ATTITUDES VIS-A-VIS DU CONDOM**IV.1 - Attitudes de l'enquêté (e)**

- 5- Pensez-vous aujourd'hui qu'il y a une différence de sensation entre le CM et le CF? O/N-----
- 5.1- Si oui lequel procure plus de plaisir selon vous ? Cond. Masculin/Cond. Féminin/Autre-----
- 6- Avez-vous actuellement une préférence entre le CF et le CM? O/N/NSP/Autre-----
- 6.1- Pourquoi-----
- 7- Qu'est-ce qui vous a le plus intéressé sur le CF durant cette deuxième phase?
- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|--------------------------|-----------------------------------|-----|--------------------------|
| Ne réduit pas beaucoup le Plaisir | O/N | <input type="checkbox"/> | Peut être inséré avant le rapport | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Protège les organes externes | O/N | <input type="checkbox"/> | Sa solidité | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Peu être contrôlé par la femme | O/N | <input type="checkbox"/> | Facile à utiliser | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Ne se perce pas | O/N | <input type="checkbox"/> | Autre----- | O/N | <input type="checkbox"/> |
- 8- Qu'est ce qui vous a le plus gêné sur le condom féminin durant cette deuxième phase?
- | | | | | | |
|------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------------------|-----|--------------------------|
| Sa forme Physique | O/N | <input type="checkbox"/> | Difficulté d'insertion | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Les douleurs pendant l'utilisation | O/N | <input type="checkbox"/> | Le bruit pendant l'utilisation | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Présence anneau interne | O/N | <input type="checkbox"/> | Glissement du pénis | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Présence anneau externe | O/N | <input type="checkbox"/> | Difficultés pour changer de position | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Le condom rentre dans le vagin | O/N | <input type="checkbox"/> | Le retrait du condom est pénible | O/N | <input type="checkbox"/> |
| Trop lubrifié | O/N | <input type="checkbox"/> | Autre ----- | O/N | <input type="checkbox"/> |
- 9- Est ce que vous pensez avoir éprouvé plus ou moins de difficultés lors de l'utilisation du CF entre la 2ème et 1^{ère} phase? Plus/Moins/mEme/nSp/Autre -----
- 9.1 Expliquez -----

IV.2 Attitudes du partenaire

- 10- Dans l'ensemble est ce que cela a été facile de convaincre votre/vos partenaire(s) à utiliser ou à réutiliser le condom féminin O/N/un Peu/Autre-----
- 11- Pensez-vous que votre/vos partenaire(s) est (sont) favorable(s) à souvent utiliser le condom féminin dans le futur? O/N/NSP/Autre-----
- 12- Est ce que personnellement vous êtes toujours intéressé à utiliser à l'avenir les condoms féminins? O/N/nSp/Autre-----

Can Spermicide be used with Reality?

Yes, extra containing the spermicide, nonoxynol-9 can be used with Reality.

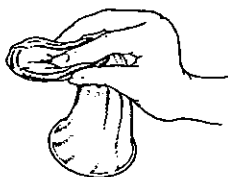
No clinical studies have been completed to demonstrate whether or not use of a spermicide will increase the contraceptive efficacy of the Reality female condom. If a spermicide is used with Reality, it is recommended that the spermicide be inserted into the vagina prior to inserting Reality.

Some features of using Reality

- You can insert Reality yourself. It gives you a way to protect *yourself*.
- Reality warms up as soon as you insert it. It is both strong and soft.

DO YOU HAVE A QUESTION ON HOW TO USE REALITY?

CALL your doctor or Family Planning Clinic or CALL 1-800-274-6601



REALITY
FEMALE CONDOM

Manufactured by:
Chartex International plc, London, U.K.

The Female Health Company
Chicago IL / London UK,

875 North Michigan Avenue
Chicago, IL 60611

This product protected by
U.S. Patent 4,735,621 & others.



This leaflet explains how to use Reality and answers some questions women often ask about its use.

Please read this leaflet CAREFULLY BEFORE you use Reality for the first time.

Reality is intended to be worn by women during sex. It can help prevent pregnancy and sexually transmitted diseases, including AIDS (HIV infection).

Read this before using Reality

IF YOU ARE BEING TREATED FOR A SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE OR THINK YOU HAVE ONE, DO NOT HAVE SEX. SEE YOUR DOCTOR OR NURSE FIRST.

Precautions

Important things to note for the best protection from Reality.

- Use Reality every time you have sex. If Reality is not used every time, your risk of becoming pregnant or getting a sexually transmitted disease will be higher.
- Use a new Reality with each sex act. If you use it again, do not expect it to protect you.
- Do not remove Reality's inner ring. This ring helps keep the device in place during use. If you remove the ring, Reality will not work as well.
- Do not use Reality and a male condom at the same time. If you do, both products will not stay in place.
- Don't tear Reality. Be careful of sharp objects, like rings or jagged fingernails. If Reality should tear, remove it and use a new one.
- Use more lubricant if needed. If the device comes out of the vagina during use, or if the outer ring gets pushed inside, use a new Reality. Also, add some extra lubricant. You can put the lubricant either inside the device or on the man's penis. The added lubricant may also make Reality more comfortable to use and may allow the penis to slip easily in and out of the vagina.

About Reality's Effectiveness

How Reality was Tested

Limited laboratory tests showed that Reality can block the germs that cause sexually transmitted diseases. Reality was only tested in humans for its ability to prevent pregnancy. That's because researchers did not want to take a chance on exposing people in the tests to AIDS and other sexually transmitted diseases. The idea was that if Reality can prevent sperm from entering the woman and causing pregnancy, it can also prevent spreading the germs that cause sexually transmitted diseases.

Reality was tested for use over 6 months in U.S. women. This was not as long and did not include as many women as other contraceptive studies. The study shows Reality provides protection against pregnancy. The typical use pregnancy rate in the 6-month study was 12%. The estimated 1 year pregnancy rate for Reality ranges from 18% to 25%. This means that about one in four women who use Reality may become pregnant during a year. Couples who used Reality, perfectly, which means correctly with every sex act, had a lower pregnancy rate of 5%.

This table shows the overall pregnancy rates from studies of barrier contraceptives. As shown in the Perfect Use¹ column below, if a method is used correctly with every act of sexual intercourse, the risk of pregnancy will be lower. If the method is not used correctly with every act of sexual intercourse (typical use²), the risk may be higher. Other contraceptive products not listed below, such as birth control pills, are more effective at preventing pregnancy.

PERCENT OF WOMEN EXPERIENCING AN ACCIDENTAL PREGNANCY WITHIN THE FIRST...

	...6 MONTHS of Typical Use ²	...12 MONTHS of Typical Use ²	...12 MONTHS of Perfect Use ¹
Unprotected Sex	—	85%	—
<i>Methods protecting against pregnancy and sexually transmitted diseases</i>			
Reality [®] Female Condom ³	12%	21%	5%
Male Latex Condom ³	8%	12%	3%
<i>Methods protecting against pregnancy</i>			
Cervical cap	10%	18%	11%
Diaphragm	8%	18%	6%
Sponge	12%	18%	9%
Spermicide	—	21%	6%

6 month data adapted from: E.F. Jones and J.D. Forrest, "1988 NSF," Fam Plan Pers. 24(1):12-19 (1992), and additional unpublished calculation supplied by J.D. Forrest.

12 month data adapted from: R.A. Hatcher, J. Trussell, F. Stewart, et al. (eds.), *Contraceptive Technology*, 16th revised edition, New York NY: Irving Publishers Inc., Chapter 27 (1994).

¹ "Perfect Use" rates indicate that the method was used correctly in every act of sexual intercourse, but failed anyway (e.g., condom slips or tears).

² "Typical Use" rates indicate that the method may have been used incorrectly, may not have been used with every act of sexual intercourse, or may have failed during use.

³ 12 month "Typical Use" and "Perfect Use" pregnancy rates for Reality[™] Female Condom estimates based on a limited study where a small number of women (n=221) were followed 6 months. The estimated "typical use" pregnancy rate ranges from 18-25%. These numbers are expected to change as more clinical trials are conducted, and survey information on device effectiveness becomes available.

[†] "Perfect Use" data analysis from a smaller number of women (n=135) suggests that consistent use would lower the pregnancy rate.

REMEMBER-Reality can only work if you use it. Also remember- you are trying to prevent sexually transmitted diseases-there is no "safe" time when you can have sex without protection. Use Reality every time you have sex. If you must not become pregnant because of a medical condition, talk to your doctor or family planning clinic before using any contraceptive.

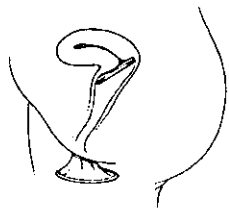
IMPORTANT INFORMATION

- **Latex condoms for men are highly effective at preventing sexually transmitted diseases, including AIDS (HIV infection), if used properly.**
- **If you are not going to use a male latex condom, you can use Reality to help protect yourself and your partner.**
- **Reality only works when you use it. Use it every time you have sex.**
- **Before you try Reality, be sure to read the directions and learn how to use it properly.**

The Reality female condom

Reality is intended to be worn by women during sex. It can help prevent pregnancy and sexually transmitted diseases, including AIDS (HIV infection).

Because Reality is new, it may look different to you or you may feel nervous about trying to insert it - similar perhaps to how you felt the first time you inserted a tampon, or a diaphragm. After you become used to Reality, it should become easier and more comfortable to use.



It's important to practice putting Reality in without having sex. Take your time. Get familiar with Reality's different shape and the way it looks. See how it hangs outside the vagina when in place.

Questions you may have about the proper use of Reality

Q. Will Reality always protect against pregnancy and STDs?

A. No method is 100 percent effective. Latex condoms for men are highly effective at preventing sexually transmitted diseases, including AIDS (HIV infection), if used properly. If you are not going to use a male condom, you can use Reality to help protect yourself and your partner.

Q. How do I know when Reality is up far enough?

A. Using your index finger, push the device so that the lower ring of the device is against the pubic bone. You will find the pubic bone by curving your index finger when it is a couple of inches inside the vagina.

Q. What do I do if the outer ring is pushed inside the vagina?

A. STOP. Remove the Reality device. Insert a new Reality according to the directions. Add extra lubricant to inside the device at the opening of the vagina. Consider lubricating the penis also. This problem can occur if there isn't enough lubricant, or if the inner ring isn't in the proper position.

Q. Will Reality be noisy during sex?

A. If properly lubricated, there should be little noise. If you experience noise during sex, add extra lubricant.

Q. What is the purpose of the lubricant?

A. The lubricant helps the penis move freely in and out, prevents slipping and discomfort. If the penis does not slip in and out easily, add more lubricant.

Q. Will I feel Reality once it is in place?

A. Some people may feel Reality and some may not if it is properly in place and lubricated.

Q. What do I do if the penis is inserted outside the pouch?

A. STOP. Remove the penis. Insert a new Reality and make sure the outer ring lies flat over the lip area. When you reinsert the penis, guide it with your hands. Do not let the penis directly touch the vagina.

Q. Will Reality rip or tear while I am using it?

A. Studies show that Reality rips or tears less than 1% of the time. If you think Reality has been ripped or torn, remove it right away, throw it away, and insert a new Reality device.

Q. Will Reality bunch up inside the vagina?

A. Reality should not bunch up inside if it is inserted right and if there is enough lubricant. If you feel the outer ring begin to slip inside, STOP. Remove the Reality device. Insert a new Reality device according to the directions. Add extra lubricant inside the device at the opening of the vagina.

Q. What does the outer ring feel like during sex?

A. While aware that the outer ring is there, most women say that once they become comfortable with how it looks, they forget about it and don't feel it during sex.

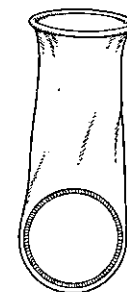
Q. What do I do if Reality does not stay in place during sex?

A. If Reality moves down the vagina causing discomfort, either push it back up or remove Reality. If you push it back up, add lubricant. If you remove Reality, use a new one and add extra lubricant.

Description

Reality is a soft, loose-fitting plastic pouch that lines the vagina. It has a soft ring at each end. The ring at the closed end is used to put the device inside the vagina and holds it in place. The other ring stays outside the vagina and partly covers the lip area.

Use a new Reality with each sex act. If you use it again, do not expect it to protect you. Use a new Reality every time you have sex.



When to use Reality

Reality can be inserted up to 8 hours before sex. However, most women insert Reality between 2 to 20 minutes before sex.

Reality should be removed after sex and before you stand up. It is for *one-time use*. Use a new Reality with each sex act.

Problems using Reality

Some women have reported problems using Reality. One of the problems is the outer ring can be pushed inside the vagina during sex. Some women have also reported that the penis slipped to the side of the device on entering the vagina. Other problems included difficulty inserting Reality, minor irritation, discomfort and breakage.

Storage instructions

Store Reality at normal room temperature. Do not use Reality after its expiration date because it will not work as well.



To open the packet:

- Locate arrow at tear notch on upper right-hand corner and tear open.
- Take out Reality and look at it closely.
- Rub the outside of the pouch together to be sure the lubrication is evenly spread inside the pouch from the bottom to the top.
- To add more lubricant, simply give one quick squeeze of the extra lubricant. Try different amounts to see what's best for you and your partner. Try starting with two drops.

(Fig. A)



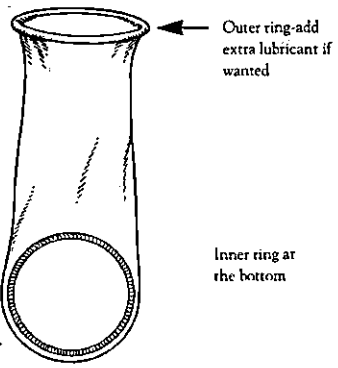
Packet holds 1 Reality



To insert Reality

- Find a comfortable position. Try standing with one foot up on a chair, or sit with knees apart, or squat down.
- Be sure the inner ring is at the bottom, closed-end of the pouch.
- If you wish, add a drop of extra lubricant to the closed-end outside tip of the pouch or to the outside ring for extra comfort before you insert Reality.

(Fig. B)



Tip of pouch-add extra lubricant if wanted

Outer ring-add extra lubricant if wanted

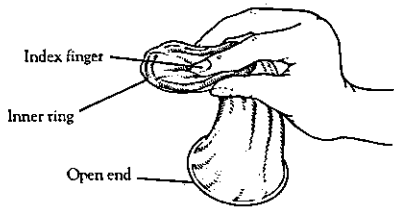
Inner ring at the bottom



- Hold the pouch with the open end hanging down. While holding the outside of the pouch, squeeze the inner ring with your thumb and middle finger.

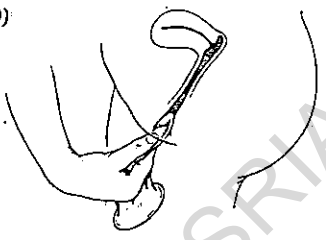
- Place your index finger between the thumb and middle finger and keep squeezing the inner ring. FIG. C.

(Fig. C)



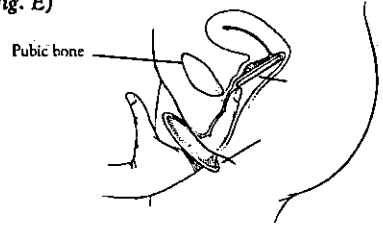
- Still squeezing Reality with your three fingers, with your other hand, spread the lips and
 - Insert the squeezed Reality as shown in FIG. D.
- Take your time.** If Reality is slippery to insert, let it go and start over.

(Fig. D)



- Now push the inner ring and the pouch the rest of the way up into the vagina with your index finger, check to be sure the inner ring is up just past the pubic bone. Look at FIG. E. You will feel the pubic bone by curving your index finger when it is a couple of inches inside the vagina.

(Fig. E)



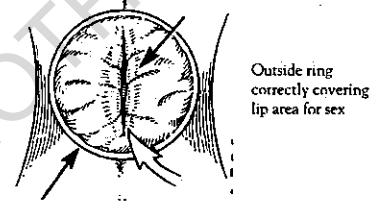
Pubic bone

This step may be hard to do on the first or second try because Reality is lubricated. **Take your time** and push Reality up to where you can feel the bone. Make sure Reality is *inserted straight (not twisted)* into the vagina.

It is also important that the outside ring lies against the outer lips as shown in FIG. F.

About one inch of the open end will stay outside your body. See FIG. F. While this may look unusual, this part of Reality helps protect you and your partner during sex. Once the penis enters, the vagina will expand and the slack will decrease.

(Fig. F)



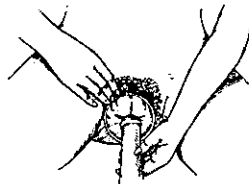
Outside ring correctly covering lip area for sex



Until you and your partner become comfortable using Reality, use your hand to guide the penis into the vagina. See FIG. G.

After two or three times, you should become familiar with using Reality and should hardly notice the sheath or the outer ring during sex. For added comfort, you may want to add more lubricant either inside or outside Reality. Some couples like to add extra lubricant directly to the penis.

(Fig. G)



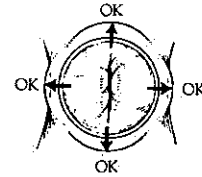
During Intercourse

You may notice that Reality moves around during sex. See FIG. H.

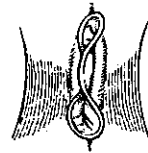
- (1) Movement side-to-side of the outer ring is normal.
- (2) Sometimes Reality may slip up and down in the vagina, "riding" on the penis. If you notice Reality is slipping, add lubricant to the penis or inside the pouch.

- (3) But, if you begin to feel the outer ring being pushed into the vagina, STOP. See FIG. I. Or, if the penis starts to enter underneath or beside the sheath, STOP. See FIG. J. Take out Reality. Put in a new Reality, and add extra lubricant to the opening of the pouch or on the penis. Make sure the outside part lies over the lip area.

(Fig. H)

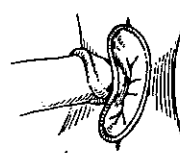


(Fig. I)



NOT OK. STOP

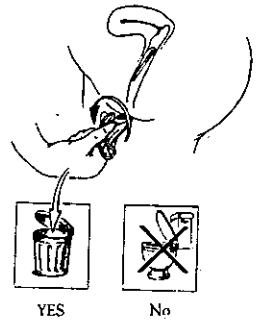
(Fig. J)



After Intercourse

To take out Reality, squeeze and twist the outer ring to keep the sperm inside the pouch. Pull out gently. Throw away in a trash can. Do not flush. Do not reuse. FIG. K.

(Fig. K)



YES

No

Remember

To help reduce your risk of pregnancy and the spreading of getting a sexually transmitted disease:

- Use a new Reality every time you have sex.
- Follow the directions carefully.
- Be sure you don't tear the sheath with fingernails or other sharp objects.
- Use enough lubricant.

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES



FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

RAPPORT DE SOUTENANCE DE MÉMOIRE DE MAÎTRISE
DEFENCE REPORT FOR MASTER'S DEGREE DISSERTATION

DEPARTEMENT/SECTION: SOCIOLOGIE et ANTHROPOLOGIE
DEPARTMENT/SECTION:

NOMS ET PRENOMS DU CANDIDAT: NGUENEN Florence (matr. 90J 489)
NAME AND SURNAMES OF CANDIDATE:

DATE ET LIEU DE NAISSANCE: 14 août 1969 à BAZOU
DATE AND PLACE OR BIRTH:

TITRE DE MÉMOIRE: Acceptabilité du condom féminin chez
TITLE OF DISSERTATION: les personnes sexuellement actives à Yaoundé

SPECIALITE/SPECIALIZATION: Sociologie de la population

DATE DE SOUTENANCE/DATE OF DEFENCE: 9 mars 2001

COMPOSITION DU JURY
MEMBERS OF JURY

GRADE
GRADE

SIGNATURE
SIGNATURE

PRESIDENT/PRESIDENT: Pr. NGA NDONGO Valentin (M.C.)

RAPPORTEUR(S)/SUPERVISOR(S): J. MOUTOME EKAMBA (C.C.) J. Ebrahimi

MEMBRES/MEMBERS: P. BEAT'ONGUE (C.C.)

J. NZHIE EUGONO (C.C.)

OBSERVATION DU JURY/OBSERVATION OF JURY: Travail original et sérieux
mené de manière rigoureuse et méthodique à
l'exception de quelques faiblesses au niveau de
l'analyse statistique et de l'utilisation des
recommandations

NOTE DE LECTURE / DISSERTATION WRITING MARK: 15/20 ⇒ 105/140

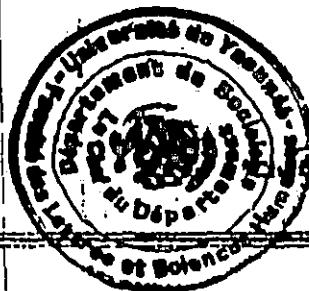
NOTE DE SOUTENANCE / DEFENCE MARK: 15/20 ⇒ 45/60

TOTAL GENERAL / GENERAL TOTAL: 15/20 150/200

MOYENNE GENERAL / GENERAL AVERAGE: 15/20

MENTION / GRADE OBTAINED: Bien

Yaoundé, le (the): 9 mars 2001



Head of Department

