

Autonomiser les femmes ou plaire aux hommes: Analyse des opinions masculines sur le préservatif féminin au Zimbabwe, au Nigeria et au Cameroun

CONTEXTE: Les taux d'usage du préservatif féminin sont faibles dans toute l'Afrique subsaharienne. Les programmes présentent traditionnellement la méthode comme un mode d'autonomisation des femmes. Les normes de genre dominantes en Afrique subsaharienne affectent cependant la décision sexuelle aux hommes, laissant entendre qu'un usage accru dépendra impérativement de l'acceptation masculine.

MÉTHODES: En 2011, des données sur les perceptions et l'expérience du préservatif féminin ont été collectées auprès de 336 hommes au Zimbabwe, au Nigéria et au Cameroun, dans le cadre de 37 discussions de groupe et six entretiens en profondeur. Les participants avaient aussi répondu à un questionnaire antérieur à la discussion. Les données ont été analysées par pays, selon l'analyse de contenu thématique. Les résultats ont été stratifiés en fonction de l'état matrimonial et de la régularité de l'usage du préservatif féminin.

RÉSULTATS: Les avantages perçus du préservatif féminin par rapport aux autres méthodes de protection sont le plaisir accru, l'efficacité et l'absence d'effets secondaires. Les hommes célibataires et mariés préfèrent utiliser le préservatif féminin dans leurs relations stables plutôt que de passage, et à des fins de contraception plutôt que de protection contre les infections. Au Cameroun et au Nigéria, où les taux de contraception sont inférieurs à ceux du Zimbabwe, les hommes préfèrent le préservatif féminin comme méthode contraceptive. Son acceptabilité en tant que méthode de protection contre l'infection à VIH est plus grande au Zimbabwe, fortement affecté par le sida, que dans les deux autres pays. Au Cameroun, certains hommes déclarent utiliser régulièrement le préservatif féminin dans leurs rencontres de passage. L'adoption du préservatif féminin par les partenaires régulières des hommes n'est acceptable dans aucun des trois pays.

CONCLUSION: Il importe que les campagnes de promotion du préservatif féminin tiennent compte du contexte local et ciblent aussi bien les hommes que les femmes.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2016, pp.1–10, doi: 10.1363/FR00116

Par Winny Koster,
Marije Groot
Bruinderink et
Wendy Janssens

Winny Koster est chercheuse principale, Amsterdam Institute of Global Health and Development. Marije Groot Bruinderink est chercheuse, Amsterdam Institute for International Development. Wendy Janssens est professeur adjoint, VU University Amsterdam et chercheuse principale, Amsterdam Institute for International Development.

Le préservatif féminin est la seule méthode contraceptive contrôlée par la femme aujourd'hui disponible qui offre une double protection contre la grossesse et les IST, y compris le VIH. D'efficacité égale à celle du préservatif masculin,^{1,2} il présente des caractéristiques uniques qui en font une addition potentiellement utile à l'éventail des méthodes de protection modernes. Le préservatif féminin peut être mis en place plusieurs heures avec le rapport sexuel,³ son usage ne nécessite pas un pénis en érection⁴ et ses utilisateurs déclarent plus de plaisir qu'avec le préservatif masculin.⁵ Qui plus est, comme le préservatif féminin est porté par les femmes et non par les hommes, son utilisation pourrait accroître le contrôle des femmes sur leur santé reproductive.⁶ Elle demeure cependant faible partout dans le monde, y compris en Afrique subsaharienne. Il se pourrait en fait que la promotion du préservatif féminin en tant que méthode contrôlée par la femme, sans message à l'intention de l'homme, contribue à la faiblesse de son recours.

Cette faible utilisation est expliquée par la disponibilité limitée et le prix élevé de la méthode,⁷ son apparence peu

attrayante et l'entraînement considérable requis avant de pouvoir l'utiliser aisément et avec confiance.^{8,9} Le manque d'acceptation masculine est mentionné dans la littérature relative au préservatif féminin comme étant une raison supplémentaire qui vient justifier son utilisation limitée.^{6,10} L'autorité masculine dans la décision sexuelle et reproductive empêche les femmes d'introduire le préservatif (masculin ou féminin) dans leurs relations.^{11,12} Aussi la littérature souligne-t-elle l'importance de l'implication des hommes dans la programmation relative au préservatif féminin.^{6,10} Ces derniers sont toutefois généralement négligés dans les études effectuées sur la méthode et ils sont rarement ciblés par les programmes qui la concernent.¹³

Notre étude porte exclusivement sur les hommes. À notre connaissance, il s'agit de la première vouée à l'exploration des perceptions et de l'expérience du préservatif féminin de seconde génération dans un échantillon relativement important d'utilisateurs masculins. Trois autres études de la méthode menées dans la région subsaharienne ont inclus les hommes. Pool et al. ont mené 50 entretiens en profondeur et sept discussions de groupe

en Ouganda.¹⁴ Aucun des participants à leur étude n'avait utilisé le préservatif féminin. L'étude s'est essentiellement limitée à explorer les attitudes masculines à l'égard de l'usage potentiel de méthodes contrôlées par les femmes. Masvawure et al. ont mené des entretiens approfondis en Afrique du Sud, avec 38 hommes dont la partenaire était inscrite à un essai interventionnel du préservatif féminin.¹³ Vingt-et-un participants avaient utilisé le préservatif féminin de première génération et 17, non. Ces études ont démontré que les hommes désirent protéger leur partenaire mais qu'ils craignent de perdre le contrôle de la méthode et du rapport sexuel. Le manque de familiarité du produit, la connaissance limitée des avantages qu'il présente pour les hommes^{13,14} et les problèmes d'utilisation¹³ sont mentionnés parmi les principaux obstacles à son usage. Ces obstacles sont aussi observés par Mantell et al., à l'issue de discussions de groupe menées en Afrique du Sud avec 74 étudiants masculins de l'enseignement supérieur.¹⁵ Bien que la majorité de ces jeunes hommes (95%) ait entendu parler du préservatif féminin, huit seulement l'avaient utilisé. L'étude ne s'attarde malheureusement pas sur leur expérience de la méthode. Par rapport aux deux autres études, les répondants masculins de celle de Mantell semblent mieux accepter l'introduction par la femme du préservatif féminin. Quatre autres études du préservatif féminin de première génération ont été menées auprès d'hommes aux États-Unis, et sont dès lors moins pertinentes à l'effort de compréhension des faibles taux de pratique observés en Afrique subsaharienne.¹⁶⁻¹⁹

Outre l'exploration des perceptions et de l'expérience masculines du préservatif féminin, notre étude entend offrir aux programmes relatifs à la méthode des recommandations utiles à l'implication des hommes. L'analyse, qui établit explicitement la distinction entre les différents types de partenaires sexuelles des hommes, vient s'ajouter au nombre limité d'études sur l'usage du préservatif féminin en fonction du type de partenaire, dont les résultats ont jusque-là été variables. Par exemple, deux études menées auprès de femmes aux États-Unis donnent à penser que la méthode est utilisée principalement dans les relations stables,^{20,21} alors qu'une étude auprès de travailleuses du sexe zimbabwéennes constate au contraire que ces dernières sont moins susceptibles de l'utiliser avec leurs partenaires réguliers qu'avec leurs clients.⁸

CONTEXTE

Nous avons mené notre étude au Zimbabwe, au Nigeria et au Cameroun: au Zimbabwe en raison de la précocité de la programmation du préservatif féminin dans le pays, depuis 1997; au Nigeria et au Cameroun, en raison de leur participation au Programme commun pour l'accès universel au préservatif féminin, depuis 2008 et 2009, respectivement. La sélection de trois pays permet la comparaison de l'acceptabilité et de l'usage du préservatif féminin dans des contextes similaires quant au rapport de pouvoir entre les sexes mais différents en termes de prévalence du VIH et de pratique contraceptive.

Pratique de méthode et prévalence du VIH

La pratique contraceptive moderne actuelle parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans est nettement plus courante au Zimbabwe (41%) qu'au Nigeria (11%) ou au Cameroun (14%).²²⁻²⁴ À 15%, la prévalence du VIH dans la population adulte du Zimbabwe est considérablement supérieure à celle du Nigeria et du Cameroun (4% et 5%, respectivement).^{22,25,26} Néanmoins, 3% seulement des femmes mariées et 30% de celles célibataires sexuellement actives au Zimbabwe utilisent le préservatif masculin,²² dans une proportion comparable à celles de 2% et 35%, respectivement, au Nigeria.²³ Le préservatif masculin est le plus utilisé au Cameroun, par 8% des femmes mariées et 41% de celles célibataires sexuellement actives.²⁴ Quant au préservatif féminin, les femmes l'utilisent minimalement dans les trois pays: 0,3% au Zimbabwe, 0,2% au Nigeria et 0,1% au Cameroun.²²⁻²⁴

Normes de genre

Dans les trois pays, les traditions patriarcales donnent lieu à une relation de pouvoir comparable entre les sexes:²⁷⁻³⁵ les hommes dominent les décisions ayant trait aux ressources du ménage, aux relations sexuelles et à la planification familiale.²⁷⁻³⁵ Les femmes sont généralement subordonnées à leur partenaire, sans disposer d'un pouvoir de négociation qui leur permette d'assumer le contrôle de leur santé sexuelle et reproductive.²⁷⁻³⁵ La littérature indique cependant aussi que les femmes ne sont pas totalement impuissantes: elles disposent de moyens discrets d'exercer leur choix dans leurs relations, par la pratique secrète de la contraception notamment.²⁷⁻³⁵

MÉTHODES

Plan de recherche et échantillonnage

Entre mai et août 2011, nous avons collecté nos données à travers 37 discussions de groupe (14 au Zimbabwe, 11 au Nigeria et 12 au Cameroun) et six entretiens en profondeur (deux dans chaque pays). Avant le début de chaque discussion de groupe, nous avons mené un entretien semi-structuré afin de collecter les caractéristiques socio-démographiques des participants (âge, niveau de scolarité et emploi), ainsi qu'une information relative à leurs partenaires sexuelles et à leur pratique contraceptive.

L'étude a été conduite en milieu urbain et semi-urbain, après de récentes activités de promotion du préservatif féminin. Huit sites de recherche ont été sélectionnés dans la région du Grand Harare au Zimbabwe, quatre dans la ville de Lagos au Nigeria et un dans chacune des villes de Yaoundé, Douala et Bamenda au Cameroun.

Les participants aux groupes de discussion ont été recrutés par échantillonnage délibéré de nos partenaires locaux (des organisations responsables d'activités de promotion du préservatif féminin) dans leurs réseaux. Les hommes âgés d'au moins 18 ans, qui avaient entamé leur activité sexuelle et étaient conscients de l'existence du préservatif féminin, étaient admis à participer. L'échantillon a été stratifié en fonction de l'état matrimonial et de la fréquence

d'usage du préservatif féminin (jamais, une ou deux fois et usage régulier). Les utilisateurs réguliers ont été définis comme ayant utilisé le préservatif féminin au moins trois fois et continuant à l'utiliser, ou comme l'ayant utilisé au moins 10 fois. Étant donné notre objectif d'exploration de l'expérience des utilisateurs, nous avons suréchantillonné les utilisateurs réguliers. La stratification a produit le plan et échantillon suivants: 21 groupes de discussion avec des utilisateurs réguliers, neuf avec des hommes qui avaient utilisé le produit une ou deux fois et sept avec des hommes qui ne l'avaient jamais utilisé. Le nombre de groupes formés pour chaque type d'utilisateurs ne varie pas beaucoup d'un pays à l'autre, pas plus d'ailleurs que le nombre de participants à ces groupes. En moyenne, chaque groupe de discussion comptait environ neuf participants, pour un total de 336. Dans chaque pays, nous avons sélectionné et invité à l'entretien en profondeur deux utilisateurs réguliers qui n'avaient pas hésité à s'exprimer lors de la discussion de groupe.

Données

Les discussions de groupe ont été organisées dans des écoles, des centres communautaires, des cliniques et un complexe de culte. Elles ont été menées dans la langue locale et animées par des chercheurs locaux expérimentés, en présence d'au moins un des auteurs. Chaque session a duré environ trois heures. En guise de remerciement, les participants ont reçu une boisson et une collation, en plus d'une compensation financière de leurs frais de transport (environ cinq à 10 dollars US au total par participant).

Toutes les discussions de groupe et les entretiens en profondeur ont été enregistrés, puis traduits et transcrits verbatim par les animateurs des groupes, de manière à conserver les concepts et les expressions uniques aux langues locales. Les auteurs ont analysé les données des groupes de discussion par pays, par analyse de contenu thématique, avec comparaison des observations en fonction de l'état matrimonial et de la fréquence d'utilisation du préservatif féminin. Les données des entretiens en profondeur ont servi à compléter et valider celles des discussions de groupe. Le logiciel Stata 12 a évalué l'hétérogénéité des caractéristiques sociodémographiques par groupe d'utilisateurs avec les données des entretiens semistrukturés.

Les observations ont ensuite été comparées d'un pays à l'autre, en tenant compte des différences contextuelles des taux nationaux de pratique contraceptive et de prévalence du VIH. La discussion des résultats est axée sur les similarités entre les pays, non sans noter toutefois les différences majeures. Les détails spécifiques aux pays sont publiés ailleurs.³⁶⁻³⁸

Considérations éthiques

Le Conseil national de recherche en santé du Nigeria et le Comité d'éthique national du Cameroun ont autorisé les études. Au Zimbabwe, aucune autorisation éthique n'a dû être obtenue car les données ont été collectées à des fins de recherche opérationnelle pour trois organisations

non gouvernementales parmi les membres de leur réseau. Les participants aux groupes de discussion ont signé un formulaire de consentement éclairé avant les discussions et ont été informés de leur droit de quitter le groupe à tout moment. Les surnoms choisis par les participants ont été utilisés lors des discussions et des entretiens afin d'assurer leur anonymat dans les enregistrements et les transcriptions.

Limites des données

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population des régions sélectionnées puisque nous l'avons sélectionné à dessein, avec surreprésentation des utilisateurs réguliers du préservatif féminin. Comme tous les participants avaient entendu parler du préservatif féminin, ils étaient probablement mieux informés et peut-être plus ouverts à différentes méthodes de contraception et de protection que la population masculine moyenne. Au Zimbabwe, un autre élément de sélectivité a été introduit par le fait que l'une des organisations de mobilisation était un réseau de personnes vivant avec le VIH et le sida. Pour accroître la validité externe, les groupes de discussion ont été organisés dans des environnements divers et les observations ont été discutées et validées à l'occasion d'un atelier avec des représentants des trois pays.

RÉSULTATS

Participants

Les participants avaient entre 18 et 66 ans. Dans chacun des trois pays, la majorité se situait dans la tranche de 20 à 39 ans (76% globalement). Les Zimbabwéens étaient plus âgés (37 ans en moyenne) que les Nigériens (30 ans) et les Camerounais (29 ans). Les participants étaient relativement bien instruits. La majorité (59%) avait terminé leurs études secondaires et 32% avaient poursuivi leur éducation au niveau supérieur ou la poursuivaient au moment de l'étude. Les Zimbabwéens présentaient le moindre niveau de scolarité: 87% avaient achevé leurs études secondaires et 3% seulement les avaient poursuivies au niveau supérieur. Au Nigeria, ces pourcentages atteignaient, respectivement, 53% et 39%. Les participants camerounais étaient les plus instruits, avec 36% ayant terminé le niveau secondaire et 55% un niveau supérieur. Au sein des pays, aucune différence systématique n'a été observée entre les types d'utilisateur en termes d'âge, d'emploi ou de niveau d'éducation.

Partenaires sexuelles des hommes

Lors des séances brise-glace des groupes de discussion, les participants ont été invités à nommer et décrire les différents types de partenaires sexuelles que les hommes de leur région ont généralement. Dans les trois pays, ils ont décrit des types similaires, différents en termes d'intention, d'exclusivité et de confiance, de rapport de pouvoir et de décision, et d'acceptabilité de la contraception et des méthodes de protection contre le VIH et les IST (Tableau 1, page 4).

TABLEAU 1. Caractéristiques de la relation, par type de partenaire sexuelle

Type de partenaire	But	Exclusivité/confiance	Rapport de pouvoir/décision	Acceptation des méthodes de contraception/protection
Épouse	Relation conjugale officielle. Enfants. Intimité et plaisir sexuel.	La confiance est la norme. L'homme peut avoir des relations extraconjugales; la femme doit être fidèle.	Par le mariage (paiement de la dot), le mari acquiert le pouvoir sur la sexualité et la reproduction de l'épouse. Le mari décide officiellement de la pratique d'une méthode.	La contraception est généralement acceptée. La protection explicite contre les IST et le VIH est taboue en raison de connotations d'infidélité et de manque de confiance.
Partenaire extra-conjugale stable	Intimité et plaisir sexuel (plus excitant qu'avec l'épouse).	Pas de lien matrimonial et donc moins d'exclusivité féminine et moins de confiance qu'avec l'épouse.	L'homme contrôle moins la sexualité de cette partenaire que celle de son épouse. La décision ultime appartient à l'homme, mais la femme peut négocier car il n'y a pas de lien officiel et elle possède sur lui un pouvoir affectif.	La contraception et la protection contre les IST et le VIH sont acceptées car la confiance est moindre.
Partenaire régulier (hommes célibataires)	Futur mariage. Intimité (et rapports sans pression de temps).	L'exclusivité féminine n'est pas présumée mais elle est espérée. Le caractère sérieux de la relation et la confiance progressent ensemble.	L'homme a peur de perdre sa partenaire, qui en gagne un pouvoir de négociation. Tandis que le mariage approche, le pouvoir de l'homme sur la sexualité et la pratique contraceptive augmente.	La contraception est acceptée. L'homme ne veut pas mettre sa partenaire enceinte avant le mariage. La protection contre les IST et le VIH est acceptée faute de confiance. L'acceptation diminue à mesure que la relation progresse.
Autre partenaire (hommes célibataires)	Partenaire secondaire à la première et principale compagne. S'il s'agit d'une femme plus âgée, fins de soutien financier.	Sans exclusivité. Sans confiance.	L'homme détient le pouvoir et décide de la pratique d'une méthode, sauf si la partenaire est une « sugar mama » (qui détient alors le pouvoir économique et à la volonté de laquelle il doit se plier).	Les méthodes de contraception et de protection contre les IST et le VIH sont acceptées.
Partenaire de passage	Excitation, plaisir (rencontre généralement brève, faible niveau d'intimité). Le rapport sexuel peut avoir lieu en échange d'argent, de nourriture ou de boissons.	Sans exclusivité. Sans confiance.	L'homme domine la décision. La femme peut négocier quand l'homme est pressé de passer à l'acte.	Les méthodes de contraception et de protection contre les IST et le VIH sont acceptées.
Travailleuse du sexe	Rapport en échange d'argent. Aucune intimité.	Sans exclusivité. Sans confiance.	L'homme détient le pouvoir et décide puisqu'il paie.	Les méthodes de contraception et de protection contre les IST et le VIH sont acceptées.

Les hommes décident généralement de l'utilisation ou non d'une méthode de protection et, le cas échéant, de son type. Le pouvoir de négociation de la femme dépend du type de relation ainsi que de son degré de dépendance financière; il est généralement le plus faible dans les couples mariés, surtout quand l'homme a payé une dot. Dans toutes les relations, à l'exception du mariage, le préservatif masculin est accepté pour éviter les grossesses et les IST. La confiance entre conjoints est rompue lorsque l'utilisation du préservatif masculin est suggérée, car il s'accompagne de connotations d'infidélité et de VIH. Hors mariage, la confiance et l'exclusivité ne sont pas garanties. Le préservatif masculin en est plus acceptable. Cela dit, lorsque la relation stable d'hommes célibataires avec leur partenaire spéciale (la « future mariée » au Zimbabwe, la « fiancée » ou « future mère de mon enfant » au Nigeria et « la titulaire » au Cameroun) progresse vers le mariage, l'acceptabilité du préservatif masculin diminue.

Les données du questionnaire antérieur aux discussions de groupe indiquent que de nombreux participants avaient eu plusieurs partenaires durant l'année antérieure à l'étude. Un quart (24%) des hommes mariés ont déclaré une partenaire extraconjugale régulière et un tiers (33%) au moins une partenaire de passage. Parmi les hommes célibataires, 84% ont déclaré une partenaire régulière et

46%, une partenaire de passage. Quatorze pour cent des hommes célibataires et 6% de ceux mariés ont déclaré des rapports avec une travailleuse du sexe.

Première utilisation du préservatif féminin

• **Motivation.** Dans les trois pays, la curiosité à propos de la sensation lors d'un rapport avec un préservatif féminin a été la raison principale de la première utilisation. Beaucoup d'hommes voulaient savoir si la sensation serait vraiment « presque naturelle » (*nyoro* au Zimbabwe et « de peau à peau » au Nigeria), ou ce qu'ils ressentiraient dans « une si grande forme ». Les participants en avaient entendu parler dans les annonces publicitaires, à la télévision, lors d'ateliers ou par l'intermédiaire de pairs-éducateurs. Un utilisateur régulier marié du Cameroun a dit: « C'était une étude comparative. Je suis du genre aventurier, alors, quand j'ai entendu parler du préservatif féminin, j'ai décidé de l'utiliser. »

Les participants ont également cité comme raison de la première utilisation l'efficacité apparente du préservatif féminin contre la grossesse et la maladie. Les Nigériens mariés en particulier ont déclaré l'avoir essayé parce qu'ils avaient entendu dire qu'il s'agissait d'une méthode de planification familiale efficace sans effets secondaires négatifs sur le cycle menstruel et la fécondité. Quelques partici-

pants ont mentionné que le préservatif féminin n'est pas aussi fortement associé aux rapports sexuels de passage, au travail du sexe et au VIH/IST que la version masculine.

La raison principale de n'avoir jamais utilisé le préservatif féminin s'est avérée le manque de connaissance à son sujet. La plupart des non utilisateurs des trois pays n'avait jamais vu le produit. Un non-utilisateur célibataire camerounais en a dit : « Je ne sais pas où aller le chercher, alors que le préservatif masculin est partout ».

• **Partenaires et décision.** Les caractéristiques physiques du préservatif féminin font que son utilisation doit généralement être négociée. Les utilisateurs ont fait remarquer qu'une femme ne peut l'utiliser en secret que si l'homme est ivre ou très excité et qu'elle l'a mis en place à l'avance. De fait, quelques hommes ont indiqué n'avoir pas eu leur mot à dire lors de leur première utilisation car leur partenaire avait déjà introduit le préservatif à leur insu.

La plupart des participants mariés avaient utilisé le préservatif féminin pour la première fois avec leur épouse ou avec leur partenaire régulière, et ils le lui avaient présenté eux-mêmes. Ils n'auraient pas apprécié qu'elle en introduise l'usage (pour la première fois), en particulier s'ils n'avaient pas eu connaissance, auparavant, de la méthode. Les hommes mariés ont invoqué à cet égard trois raisons. D'abord, ce sont les maris, pas les femmes, qui doivent prendre ces décisions et introduire les nouveaux produits. Ensuite, les femmes ne sont pas censées parler de sexe, encore moins de l'usage du préservatif. Enfin, le mari soupçonnerait sa femme d'avoir une relation extraconjugale où elle aurait appris l'existence du préservatif féminin. Un non-utilisateur zimbabwéen marié a fait remarquer :

« Ma femme ne pourrait le faire (introduire le préservatif féminin) qu'en m'encourageant à l'accompagner à la clinique pour une consultation sur la planification familiale. Si elle essayait de me présenter cette information à la maison, sans la lier à un enseignement formel de la clinique, je le prendrais probablement mal et je l'accuserais d'infidélité ou d'avoir utilisé le préservatif féminin ailleurs. »

Les participants célibataires avaient plus souvent découvert le préservatif féminin par l'intermédiaire de leur partenaire régulière, mais leur sentiment était ambivalent. D'une part, ils désiraient lui faire plaisir et accepteraient donc si elle proposait de l'essayer. D'autre part, ils douteraient de sa fidélité, car elle pourrait avoir découvert la méthode avec un autre partenaire. La plupart des hommes célibataires accepteraient l'introduction de la méthode par une « sugar mama » car elle a le dessus économique sur son amant.

Au Nigeria, les participants se sont révélés plus inflexibles que dans les autres pays à refuser la méthode à l'instigation des épouses et des partenaires régulières car cela serait signe de mœurs légères ou de prostitution. Un utilisateur régulier s'est exclamé : « Elle n'a pas le droit de faire ça », tandis que, parlant de sa partenaire régulière, un utilisateur régulier célibataire affirmait : « Le jour où elle me fait ce coup-là, elle peut retourner chez ses parents. »

Dans tous les pays, mariés ou non, les participants

n'appréciaient pas le contrôle de la méthode par les partenaires de passage ou les travailleuses du sexe, mais ont indiqué qu'ils l'accepteraient parfois pour assouvir leur désir sexuel. Un utilisateur régulier camerounais marié a ainsi dit : « Comment refuser quand le désir est là ? » Les hommes estiment aussi que, sachant qu'elle a d'autres partenaires, ils s'attendraient à ce qu'une partenaire de passage ait l'expérience du préservatif féminin. La plupart ont indiqué qu'ils essaieraient d'abord de convaincre la femme d'utiliser le préservatif masculin, mais qu'ils accepteraient la version féminine si elle insistait.

Après chaque discussion de groupe avec les non utilisateurs, l'équipe de recherche les a informés sur la méthode, leur en a fait une démonstration et leur a distribué des échantillons. Au terme de ces séances, dans l'excitation et la bonne humeur, les hommes ont annoncé leur intention d'essayer la méthode le soir même avec leur épouse ou leur partenaire spéciale. Aucun n'a mentionné l'essai avec une partenaire de passage.

• **Première expérience.** La première expérience du préservatif féminin s'est avérée variable. Les hommes étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir eu une première expérience positive quand le préservatif avait été introduit rapidement et correctement par leur partenaire et qu'elle n'avait manifesté aucun sentiment de gêne ou de douleur. Les hommes dont la première expérience avait été positive ont généralement dit que le préservatif féminin leur avait donné l'impression d'avoir un rapport naturel non protégé. Les Camerounais ont parlé d'un plaisir accru et d'une sensation de chaleur, d'une plus grande excitation, d'une douce éjaculation et d'une « sensation au-delà de l'expérience », par rapport au préservatif masculin étroit et serré. Les hommes dont la première expérience avait été négative avaient rencontré des problèmes tels que la pénétration en dehors du préservatif ou l'enfoncement du préservatif dans le vagin, ce qui avait perturbé le rapport et causé de la douleur. Certains hommes ont trouvé la mise en place du préservatif trop longue, perdant dès lors leur élan. Un Camerounais célibataire qui avait utilisé le préservatif féminin une ou deux fois a signalé : « Avant qu'elle ait pu l'introduire, j'étais déjà mort. » Des facteurs psychologiques ont aussi joué un rôle dans la perception du préservatif féminin. Les hommes dont la première expérience avait été bonne ont déclaré se sentir sûrs et protégés, tandis que ceux qui avaient vécu une première expérience négative redoutaient la disparition du préservatif dans le vagin ou l'utérus de leur partenaire.

• **Arrêt.** Dans chaque pays, une première expérience négative est la raison principale d'arrêt de la méthode. Une première expérience positive ne garantit cependant pas la persévérance. Certains participants qui avaient utilisé le préservatif féminin une ou deux fois y ont vu un simple essai, à titre d'expérience, et sont ensuite revenus au préservatif masculin. Au Zimbabwe, un homme célibataire classé dans ce groupe a dit : « Nous restons fidèles à notre préservatif masculin. »

La faible disponibilité et le prix élevé du préservatif fémi-

nin sont aussi dissuasifs. Certains participants qui avaient utilisé ceux reçus gratuitement n'en ont pas achetés ou obtenus de nouveaux après avoir épuisé leurs échantillons. Comme l'a expliqué un Nigérian célibataire:

« J'ai arrêté parce qu'il est difficile à trouver. Et puis, il est cher ... Pour 30 nairas, on peut acheter le préservatif masculin. Mais pour le féminin, il faut 150 nairas où je vis. La boîte de 30 nairas contient quatre préservatifs. Pour 150 nairas, on n'en a que deux. »

Certains hommes mariés ont arrêté la méthode parce que leur partenaire a refusé de la réutiliser. D'autres ont exprimé leur objection au préservatif en général parce qu'il empêche l'échange de fluides corporels et de contact de chair à chair. Pour certains hommes du Zimbabwe, le préservatif (masculin ou féminin) paraît moralement contraire à leur religion.

Utilisation régulière du préservatif féminin

• **Motivation.** Pour expliquer leur utilisation régulière du préservatif féminin, la plupart des participants l'ont comparé au préservatif masculin, mettant l'accent sur le plaisir sexuel accru et sur l'efficacité perçue. Un Nigérian célibataire en dit: « Ce qui me pousse à continuer, c'est que, quand mon amie le met, c'est comme si c'était de chair à chair. Quand je la vois, c'est comme c'était avant, quand je n'utilisais pas le préservatif. » De plus, les hommes appréciaient le préservatif féminin parce qu'il ne sent pas mauvais, qu'il n'interrompt pas nécessairement les préliminaires et qu'il n'exige pas l'érection pour pouvoir être mis en place. D'après un homme marié du Zimbabwe:

« Le préservatif masculin ne peut être porté que quand le pénis est en érection. Psychologiquement, c'est perturbant... tandis qu'avec le préservatif féminin, on n'est pas perturbé et quand on est en érection, on pénètre tout simplement et on en profite. »

Par ailleurs, les hommes font remarquer qu'ils peuvent laisser la protection à la femme, et qu'ils n'ont pas à se débarrasser du préservatif eux-mêmes.

Les utilisateurs réguliers mariés voient dans le préservatif féminin la meilleure méthode contraceptive car elle combine efficacité et absence d'effets secondaires. Ce dernier aspect est particulièrement important aux yeux des participants nigériens. Un Nigérian marié l'explique ainsi:

« La principale raison pour laquelle j'ai décidé de continuer à utiliser le préservatif féminin est qu'il est économique en ce sens où il n'y a pas de crises [effets] secondaires comme avec d'autres méthodes de planification familiale, comme les contraceptifs injectables. Par exemple, si ma femme utilise une autre méthode, elle se plaint tout le temps. Parfois, elle a ses règles deux ou trois fois par mois, ce qui est dangereux pour sa santé, mais avec le préservatif féminin, nous avons découvert qu'il n'y a pas d'effets secondaires. Les avantages [sont] qu'on peut avoir du plaisir, avec et après, et puis, on le jette et tout le monde est content, tout simplement. »

Certains hommes célibataires expliquent être devenus utilisateurs réguliers sur insistance de leur partenaire ré-

gulière. Ils apprécient aussi la pleine implication de leur compagne, source d'excitation et de plaisir sexuel pour les deux. Ils déduisent que les femmes qui utilisent le préservatif désirent avoir un rapport sexuel et cela les excite. D'après un homme célibataire au Zimbabwe:

« Ça change tout. Normalement, c'est l'homme qui porte le préservatif. Avec le préservatif féminin, la femme doit le mettre en place avant l'acte. Le voir sur elle, c'est en fait mieux. Je peux donc dire que c'est excitant de la regarder le mettre en place, et le fait que moi, je ne porte rien et qu'elle prenne en charge la protection, ça m'excite. »

D'autres voient aussi comme motivation de l'utilisation régulière le fait que le préservatif féminin permet à l'homme d'avoir des rapports quand il le désire, puisqu'il peut être utilisé pendant la menstruation. Certains hommes plus âgés ont mentionné que les rapports avec leur partenaire ménopausée sont plus agréables, grâce au lubrifiant.

• **Avantages et inconvénients de la mise en place préalable.**

Les programmes vantent les avantages de la préinsertion, qui permet au préservatif de prendre la température du corps et d'accroître ainsi la sensation d'un rapport sans protection. Les opinions concernant cet avantage se sont cependant révélées ambivalentes. Certains hommes l'apprécient car ils y voient un signe que leur partenaire est d'humeur à avoir un rapport et que la sensation ressemble plus à celle d'un rapport non protégé. La plupart s'en méfient toutefois, car ils pensent que leur partenaire le porte peut-être pour un rapport avec un autre homme, ou qu'elle a peut-être même déjà eu ce rapport. Comme l'a déclaré un Camerounais célibataire:

« Je condamne immédiatement l'acte... On ne doit pas se préparer [à avoir un rapport] en l'absence de son partenaire... Cela veut dire que si je ne suis pas là ou que je ne rentre pas à l'heure du boulot et que quelqu'un d'autre vient avant que j'arrive, il pourrait avoir un rapport avec ma partenaire. »

• **Tendances d'utilisation.** Tous les utilisateurs réguliers utilisaient tour à tour le préservatif féminin et masculin. À la question de savoir quelles étaient les proportions relatives d'utilisation du préservatif féminin ou masculin, ils ont indiqué des pourcentages tels que « 25% féminin, 50% masculin et 25% libre [sans préservatif] ». Les hommes ont dit passer de l'un à l'autre pour plus d'une raison: ils n'utilisent pas le préservatif féminin avec chacune de leurs partenaires sexuelles, ils désirent des rapports variés ou cela dépend de la disponibilité de l'un ou l'autre préservatif.

D'abord et avant tout, les hommes semblent choisir stratégiquement une méthode avec différents types de partenaire. Un utilisateur régulier célibataire zimbabwéen explique ainsi ses tendances d'utilisation:

« Moi, je suis déchiré entre les deux en ce que je préfère utiliser le préservatif féminin avec ma partenaire de confiance, parce que je me fie au fait qu'elle va l'introduire correctement et qu'elle ne va pas me tromper, mais je choisis le masculin avec les partenaires de passage et les travailleuses du sexe proprement dites. »

Les participants ont déclaré utiliser le préservatif féminin principalement avec leur épouse ou leur partenaire régulière. Quelques hommes seulement, pour la plupart au Cameroun, ont dit qu'ils l'utilisaient aussi régulièrement avec leurs partenaires de passage ou avec les travailleuses du sexe. La raison la plus importante de l'utilisation en relation stable principalement était une question de confiance, mais aussi le fait que l'insertion peut prendre du temps et requiert un certain niveau d'intimité, souvent absents dans les rencontres de passage. Comme l'explique un Camerounais marié:

« Depuis deux ou trois ans maintenant, j'utilise le préservatif masculin hors de chez moi, chaque fois que je suis en mission. J'apprécie donc le préservatif féminin chez moi... Je pense qu'il doit être utilisé sur quelqu'un qu'on estime, quelqu'un qu'on aime. Le préservatif masculin, par contre, sert à se protéger de quelqu'un d'autre. »

Les hommes craignent que les partenaires de passage et les travailleuses du sexe utilisent le même préservatif féminin avec plus d'un homme. Ils pensent dès lors que le préservatif masculin offre une meilleure protection dans les rapports avec ces partenaires, même s'ils estiment le préservatif féminin plus efficace et plus agréable. Certains hommes avaient trouvé une solution à ce dilemme en s'assurant de voir la femme ouvrir l'emballage, introduire le nouveau préservatif et s'en débarrasser après le rapport. Un Zimbabween marié a déclaré:

« Avec ce type de partenaire [de passage], je ne l'accepterais que s'il est ouvert et porté en ma présence. Si elle le porte déjà, il y a le risque que mon pénis pénètre dans un préservatif qui contient du sperme déjà déposé par un autre homme. »

À l'exception des hommes séropositifs au VIH au Zimbabwe, les hommes mariés ont indiqué qu'ils n'utilisaient pas alternativement le préservatif masculin et féminin dans leurs rapports avec leur épouse, mais seulement le féminin car le masculin implique un manque de confiance en la fidélité conjugale. Ils utilisaient le préservatif féminin comme contraceptif pendant la période « à risque », et pour certains aussi pendant la menstruation. Ils ne mettaient donc pas l'accent sur ses qualités de protection double. Avec leurs partenaires extraconjugales régulières, les hommes mariés étaient plus susceptibles de considérer l'efficacité du préservatif féminin en tant que méthode de protection double, en alternance avec le préservatif masculin. Ces tendances d'usage régulier sont similaires chez les hommes célibataires.

Ensuite, les participants ont indiqué que l'alternance entre les deux types de préservatif apportait de la variété dans leur vie sexuelle protégée. Beaucoup d'hommes se sont plaints que le préservatif féminin limite les positions sexuelles à celles de type « missionnaire », alors que la version masculine permet de les varier. Cette variation s'est révélée une considération importante, en particulier pour les couples mariés séropositifs ou sérodiscordants du Zimbabwe, qui reconnaissent la nécessité absolue de toujours utiliser le préservatif pour éviter l'infection ou la réinfection.

Un Zimbabween marié a déclaré:

« L'éducation que nous avons reçue sur la vie positive et pour éviter la réinfection fait que nous continuons d'utiliser le préservatif féminin et l'option du préservatif masculin ou féminin fait que le sexe est plus agréable. »

Troisième raison de l'alternance, le préservatif féminin n'est pas toujours disponible et il est cher, contrairement au préservatif masculin. Les participants ont calculé que le premier était au moins deux fois plus cher que le second. Les participants nigériens et zimbabwéens ont déclaré une différence de prix souvent largement supérieure, en raison de la variation du prix du préservatif féminin. Cet accès limité en raison du prix est contraignant, en particulier pour les participants du Cameroun et du Nigeria; au Zimbabwe, beaucoup avaient accès au préservatif féminin gratuit dans les cliniques de santé publique ou les groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH.

DISCUSSION

Malgré la diversité des contextes, l'attitude et l'expérience des hommes du Zimbabwe, du Nigeria et du Cameroun sont très similaires. L'acceptation du préservatif féminin varie suivant le type de partenaire. De manière générale, les participants l'apprécient pour la sensation agréable qu'il procure, son efficacité et l'absence d'effets secondaires. Ils conviennent que le préservatif féminin serait une méthode de contraception acceptable au sein du mariage ou d'autres relations stables. Le contraste est à ce niveau clair par rapport aux connotations associées au préservatif masculin, qui ne peut être introduit dans les relations intimes de confiance sans semer le doute concernant la fidélité des partenaires.^{39,40} Par rapport au préservatif masculin, le féminin n'est pas aussi fortement associé au VIH, aux IST, à la promiscuité sexuelle et au travail du sexe. Cela en fait une variante potentiellement viable aux autres méthodes contraceptives modernes.

Lorsque l'exclusivité féminine n'est pas garantie dans une relation, le préservatif féminin est acceptable comme méthode de protection double, pour éviter à la fois la grossesse non désirée et l'infection au VIH ou autre IST. Dans les relations de passage et avec les travailleuses du sexe, la plupart des hommes préfèrent le préservatif masculin, soit parce que les rapports avec le préservatif féminin requièrent un plus haut degré d'intimité et plus de temps de mise en place, soit parce qu'ils redoutent que le préservatif féminin ait déjà servi avec un autre partenaire.

Ces observations laissent entendre combien les campagnes de promotion doivent peser soigneusement leurs messages. Pour accroître l'adoption au sein du mariage et des autres relations stables, l'accent doit être mis sur la contraception avec, auxiliairement, l'avantage de la protection contre le VIH et les IST, afin d'éviter les préjugés actuellement associés au préservatif masculin.

Pour inciter son usage dans les relations sexuelles de passage, les programmes doivent encourager les femmes à s'entraîner à l'insérer, à ouvrir l'emballage et à introduire le préservatif en présence de leur partenaire et à s'en débarrasser.

rasser avec lui après le rapport.

La comparaison des trois pays indique que les motivations masculines d'usage du préservatif féminin sont à la fois comparables et spécifiques à leur contexte. Au Zimbabwe, où les taux de prévalence du VIH sont élevés, le préservatif féminin est acceptable, au sein du mariage, pour la protection contre l'infection ou la réinfection, en raison d'un plus grand sentiment de nécessité et aussi de la diversion bienvenue qu'il offre au préservatif masculin. On remarquera cependant que les répondants zimbabwéens étaient en partie mobilisés par un réseau de personnes vivant avec le VIH et le sida, particulièrement sensibles au risque des rapports sexuels non protégés. Au Cameroun et au Nigeria, où la pratique contraceptive est faible au sein du mariage et la nécessité perçue de protection contre le VIH, minimale, le potentiel du préservatif féminin se concentre davantage sur son attrait en tant que méthode contraceptive sans effets secondaires. Ces différences accentuent la nécessité de tenir compte des contextes locaux lors de la conception des campagnes de promotion du préservatif féminin.

Les similarités entre les pays n'en sont pas moins largement supérieures à leurs divergences. Notre hypothèse est qu'il s'agit là, dans une large mesure, d'un reflet des normes traditionnelles similaires de masculinité et de féminité dans la région. Nous voyons par conséquent dans les résultats de l'étude une indication utile des perceptions masculines du préservatif féminin dans les pays d'Afrique subsaharienne à normes de genre et tendances de décision sexuelle similaires.

Il régnait dans tous les groupes de discussion une atmosphère principalement ouverte aux nouvelles méthodes, avec une curiosité et un empressement à expérimenter et à introduire de la variété dans les rapports sexuels protégés. Les avantages et les inconvénients identifiés par les utilisateurs masculins s'alignent sur les perceptions féminines.^{6,9,41} L'aspect du plaisir en particulier semble digne d'une recherche plus avancée dans le développement de stratégies de marketing ciblées sur les hommes. Raisons majeures de l'acte sexuel, le plaisir et l'excitation sont trop souvent omis toutefois des messages de santé sexuelle et reproductive généralement axés sur la problématique.⁴²

Un souci, parmi les gestionnaires des programmes, est que le préservatif féminin vienne simplement remplacer la version masculine, laissant inchangé le nombre total d'actes sexuels pleinement protégés. Un résultat moins favorable encore se manifesterait si la préférence du préservatif féminin devait réduire l'utilisation globale du préservatif du fait, notamment, que le premier n'est pas toujours disponible ou accessible pour cause de facteurs d'approvisionnement ou de contraintes financières.

Nos données ne justifient pas ces craintes. Les utilisateurs réguliers indiquent, certes, qu'ils utilisent tour à tour le préservatif féminin et masculin, mais les hommes perçoivent précisément la valeur du premier aux fins des actes sexuels qui resteraient sinon non protégés, au sein du mariage notamment. L'information quantitative existante

s'aligne sur cette perspective qualitative, révélant le potentiel du préservatif féminin dans l'amélioration des résultats de santé reproductive. D'après plusieurs études, le préservatif féminin pourrait bien accroître l'adoption globale de la contraception du simple fait de l'élargissement du choix de méthodes disponibles⁴³⁻⁴⁵ et réduire le nombre total d'actes sexuels non protégés et l'incidence des IST.⁴⁶⁻⁴⁹

Pour bénéficier pleinement de la complémentarité du préservatif féminin et éviter qu'il ne se substitue au préservatif masculin moins onéreux et largement disponible, les programmes pourraient cibler en particulier les hommes et les femmes en relation stable qui ont le plus besoin d'une contraception temporaire fiable et acceptable.

Conclusion

Nos observations viennent corroborer les résultats d'autres études selon lesquelles la décision sexuelle au sein du mariage et des autres relations stables appartient principalement au partenaire de sexe masculin.^{6,10} La pratique courante du ciblage des femmes et de promotion du préservatif féminin comme une méthode contrôlée par la femme pourrait bien être largement inefficace dans les contextes où l'inégalité entre les sexes reste prédominante. Elle peut même être contre-productive si les hommes se sentent menacés dans leur rôle traditionnel de décideur principal. L'introduction de la première expérience du préservatif féminin par la femme au sein du mariage ou d'une autre relation stable est souvent reçue avec beaucoup de méfiance de la part du partenaire masculin. Pour accroître l'usage du préservatif féminin dans les relations stables, il faut dès lors impliquer activement les hommes dans les campagnes de sensibilisation et d'information.

Cela dit, une trop forte accentuation de l'homme, des avantages et du plaisir qu'il peut tirer du préservatif féminin risquerait de renforcer les déséquilibres existants entre les sexes plutôt que de mettre en valeur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes, comme préconisé et ratifié à la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement, en 1994. Selon Molyneux, tout accroissement ultime de l'utilisation du préservatif féminin serait favorable aux besoins pratiques des femmes en matière de genre, car il renforcerait leur protection contre la grossesse non planifiée et l'infection au VIH et aux IST; cela sans négliger cependant que les besoins de genre stratégiques des femmes resteront insatisfaits tant que ne changeront pas fondamentalement les relations de pouvoir et la négociation entre les sexes.⁵⁰

Nos recommandations quant aux programmes en lien avec le préservatif féminin sont par conséquent d'impliquer les partenaires des deux sexes dans les campagnes de promotion et de souligner l'importance du dialogue entre partenaires sexuels, en encourageant la communication et la prise de décision mutuelle. Dès lors que les deux partenaires sont disposés à faire l'expérience du préservatif féminin, le nombre de méthodes acceptables augmente, offrant aux femmes un outil de négociation supplémentaire

en faveur de toute forme de protection. À long terme, ces discussions pourront opérer un changement dans les processus de décision et mener ainsi à l'autonomisation des femmes. Les messages de promotion pourraient souligner les avantages offerts aux hommes qui assument la responsabilité de protéger leur épouse ou leur compagne: le bénéfice revient aussi personnellement aux hommes lorsque la santé, le plaisir associé à l'intimité et les sentiments de sécurité et de protection augmentent pour les deux partenaires. Le préservatif féminin offre ainsi le potentiel d'autonomiser les femmes tout en plaisant aux hommes.

RÉFÉRENCES

1. Bekinska M et al., Female condom technology: new products and regulatory issues, *Contraception*, 2011, 83(4):316–321.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Female Condom Technical Review Committee, 2007, http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.18_eng.pdf.
3. OMS, Female condom, 2014, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rts/female_condom/en/.
4. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Le préservatif féminin et le SIDA, 1997, http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/fcondompv_fr.pdf.
5. PATH et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*, Seattle, WA, États-Unis: UNFPA et PATH, 2006.
6. Kaler A, "It's some kind of women's empowerment": the ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment, *Social Science & Medicine*, 2001, 52(5):783–796.
7. Peters A, Jansen W et van Driel F, The female condom: the international denial of a strong potential, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35):119–128.
8. Ray S et al., Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban Zimbabwe, *Journal of Urban Health*, 2001, 78(4):581–592.
9. Gollub EL, The female condom: tool for women's empowerment, *American Journal of Public Health*, 2000, 90(9):1377–1381.
10. Mantell JE et al., The promises and limitations of female-initiated methods of HIV/STI protection, *Social Science & Medicine*, 2006, 63(8):1998–2009.
11. Dudgeon MR et Inhorn MC, Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives, *Social Science & Medicine*, 2004, 59(7):1379–1395.
12. Cecil H et al., The female condom: what we have learned thus far, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(3):241–256.
13. Masvawure TB et al., "It's a different condom, let's see how it works": young men's reactions to and experiences of female condom use during an intervention trial in South Africa, *Journal of Sex Research*, 2014, 51(8):841–851.
14. Pool R et al., Men's attitudes to condoms and female controlled means of protection against HIV and STDs in south-western Uganda, *Culture, Health & Sexuality*, 2000, 2(2):197–211.
15. Mantell JE et al., Everywhere you go, everyone is saying condom, condom. But are they being used consistently? Reflections of South African male students about male and female condom use, *Health Education Research*, 2011, 26(5):859–871.
16. Hirky AE et al., The female condom: attitudes and experiences among HIV-positive heterosexual women and men, *Women & Health*, 2003, 37(1):71–89.
17. Cecil H, Pinkerton SD et Bogart LM, Perceived benefits and barriers associated with the female condom among African-American adults, *Journal of Health Psychology*, 1999, 4(2):165–175.
18. Penman-Aguilar A et al., Presenting the female condom to men: a dyadic analysis of effect of the woman's approach, *Women & Health*, 2002, 35(1):37–51.
19. Seal DW et Ehrhardt AA, Heterosexual men's attitudes toward the female condom, *AIDS Education and Prevention*, 1999, 11(2):93–106.
20. Macaluso M et al., Partner type and condom use, *AIDS*, 2000, 14(5):537–546.
21. Choi KH et al., Patterns and predictors of female condom use among ethnically diverse women attending family planning clinics, *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(1):91–98.
22. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT) et ICF International, *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2010–2011*, Calverton, MD, États-Unis: ZIMSTAT et ICF International, 2012, <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR254/FR254.pdf>.
23. National Population Commission (NPC) et ICF Macro, *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*, Abuja, Nigeria: NPC; et Calverton, MD, États-Unis: ICF Macro, 2009, <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR222/FR222.pdf>.
24. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011*, Calverton, MD, États-Unis: INS et ICF International, 2012, <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf>.
25. National Agency for the Control of AIDS, *Federal Republic of Nigeria, Global AIDS Response Country Progress Report*, 2012, <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries>.
26. National AIDS Control Committee Central Technical Group, *Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/SIDA*, Cameroun, 2012, <http://www.unaids.org/sites/default/files/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file,68257.fr.pdf>.
27. Montgomery ET et al., Sharing the trousers: gender roles and relationships in an HIV-prevention trial in Zimbabwe, *Culture, Health & Sexuality*, 2012, 14(7):795–810.
28. Maticka-Tyndale E, Condoms in Sub-Saharan Africa, *Sexual Health*, 2012, 9(1):59–72.
29. Skovdal M et al., Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe, *Globalization and Health*, 2011, 7(1):13.
30. Mugweni E, Omar M et Pearson S, Understanding barriers to safer sex practice in Zimbabwean marriages: implications for future HIV prevention interventions, *Health Education Research*, 2015, 30(3):388–399.
31. Adeleye OA, Aldoory L et Parakoyi DB, Using local culture and gender roles to improve male involvement in maternal health in southern Nigeria, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2011, 16(10):1122–1135.
32. Mbonu NC, Van den Borne B et De Vries NK, Gender-related power differences, beliefs and reactions towards people living with HIV/AIDS: an urban study in Nigeria, *BMC Public Health*, 2010, 10(1):334.
33. Klein Hattori M et DeRose L, Young women's perceived ability to refuse sex in urban Cameroon, *Studies in Family Planning*, 2008, 39(4):309–320.
34. Endeley JB, Conceptualizing women's empowerment in societies in Cameroon: how does the money fit in? *Gender and Development*, 2001, 9(1):34–41.
35. Meekers D et Calvès AE, Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon, *African Journal of Reproductive Health*, 1999, 3(2):51–67.
36. Koster W et Groot Bruinderink ML, *Next to Natural: A Qualitative Study of Male Acceptance of Female Condoms in Greater Harare, Zimbabwe*, Amsterdam: Amsterdam Institute for International Development (AIID) et Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD), 2012, <http://femalecondoms4all.org/wp-content/uploads/2014/10/Next-to-natural-UAFC-Joint-Programme-Country-Report-Male-Views-on-Female-Condoms-Zimbabwe-20120409.pdf>.

37. Koster W et Groot Bruinderink ML, *Effective Prevention Without Side Effects: A Study of Male Acceptance of Female Condoms in Lagos, Nigeria*, Amsterdam: AIID et AIGHD, 2012, <http://condoms4all.org/wp-content/uploads/2014/10/Effective-Prevention-Without-Side-Effects-UAFC-Joint-Programme-Country-Report-Male-Views-on-Female-Condoms-Nigeria-20120409.pdf>.
38. Koster W et Groot Bruinderink ML, *Dual Protection, with Different Sexual Partners: A Qualitative Study of Male Acceptance of Female Condoms in Cameroon*, Amsterdam: AIID et AIGHD, 2012, <http://condoms4all.org/wp-content/uploads/2014/10/Dual-Protection-with-Different-Sexual-Partners-UAFC-Joint-Programme-Country-Report-Male-Views-on-Female-Condoms-CAMEROON-20120410.pdf>.
39. Agha S et al., *Reasons for non-use of condoms in eight countries in Sub-Saharan Africa*, Washington, DC: Population Services International, 2002, <http://www.psi.org/publication/reasons-for-non-use-of-condoms-in-eight-countries-in-sub-saharan-africa/>.
40. Whelehan P, *The Anthropology of AIDS: A Global Perspective*, Gainesville, FL, États-Unis: University Press of Florida, 2009.
41. Ezire O et al., Barriers to repeated use of female condom among women and men of reproductive age in Nigeria, *Journal of AIDS and HIV Research*, 2013, 5(6):206–213.
42. Philpott A, Knerr W et Maher D, Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy, *Lancet*, 2006, 368(9551):2028–2031.
43. Latka M et al., Male-condom and female-condom use among women after counseling in a risk-reduction hierarchy for STD prevention, *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27(8):431–437.
44. Vijayakumar G et al., A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence, *International Journal of STD & AIDS*, 2006, 17(10):652–659.
45. Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN et Potts M, Barriers to fertility regulation: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(2):87–98.
46. Fontanet AL et al., Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial, *AIDS*, 1998, 12(14):1851–1859.
47. French PP et al., Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women, *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(5):433–439.
48. Welsh MJ et al., Condom use during a community intervention trial in Kenya, *International Journal of STD & AIDS*, 2001, 12(7):469–474.
49. Feldblum PJ et al., Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya, *AIDS*, 2001, 15(8):1037–1044.
50. Molyneux M, Mobilization without emancipation? Women's interests, the state and revolution in Nicaragua, *Feminist Studies*, 1985, 11(2):227–254.

Remerciements

Les auteurs remercient Development Data à Harare, Population Services International Zimbabwe, le Zimbabwe National Network of HIV Positive Persons, l'African Regional Youth Initiative Zimbabwe, la Society for Family Health Nigeria et l'Association Camerounaise pour le Marketing Social, pour leur excellente assistance à la recherche; et Marie Christine Siemerink, Ciska Kuijper et les autres participants à l'Universal Access to Female Condoms (UAFC) Joint Programme Conference en novembre 2011 pour leurs précieuses discussions concernant les observations préliminaires de l'étude. Cette étude a bénéficié d'une subvention de l'UAFC Joint Programme en vertu de l'octroi 4500030757, dans le cadre d'un projet de recherche plus large pour l'évaluation de l'impact du préservatif féminin sur les taux de grossesse non planifiée et de VIH et d'IST.

Coordonnées de l'auteur: m.groot.bruinderink@aiid.org