

Usages des préservatifs et gestion de la sexualité dans une population forestière du Sud-Cameroun dans le contexte d'épidémie de Sida

Nicole Vernazza-Licht*

Avec 23,3 millions¹ de cas sur les 33,6 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, l'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus concernée par l'épidémie de Sida. Première cause de mortalité en Afrique subsaharienne² le sida frappe en priorité les jeunes actifs. On considère aujourd'hui que par ses caractéristiques, il pourrait entraîner dans les pays en développement d'importants effets démographiques et sociaux influençant la mortalité et même la fécondité, notamment par le décès d'hommes et de femmes en âge de procréer. Néanmoins les incertitudes concernant l'évolution de l'épidémie tiennent à un manque de connaissances sur les réalités biologiques, les types de comportement, comme sur l'existence et l'impact des politiques de lutte contre le VIH au niveau national et international (Stoto, 1996).

La contamination par le VIH semble se concentrer dans les villes africaines et on estime globalement pour l'Afrique subsaharienne que la séroprévalence du VIH est de l'ordre de 20 à 30 % chez les jeunes adultes sexuellement actifs, soit dix fois le niveau des campagnes, à l'exception des zones rurales situées le long des routes très fréquentées (Chin, 1991). La mobilité reste en effet un élément déterminant dans la diffusion de l'épidémie et l'importance des flux migratoires favorise la propagation du virus.

* UMR 6578, Faculté de Médecine, 27 bd Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex et UMR 5036, "Sociétés, Santé, Développement", Université de Bordeaux 2, France

¹ Sur les 5,6 millions de personnes infectées par le VIH en 1999, 3,8 millions vivent en Afrique subsaharienne, région du monde la plus touchée (WHO, 1999).

² On estime à 2,2 millions le nombre de décès imputables au Sida en Afrique subsaharienne en 1999 soit 85 % du total mondial (WHO, 1999)

Malgré l'expansion continue du sida sur le continent africain les zones de forêt semblent toujours des lieux préservés. En Afrique, les relations hétérosexuelles sont le premier mode de transmission du Sida chez l'adulte. En l'absence de données, on peut penser qu'en forêt le risque réel de contracter le sida est *a priori* encore très faible lorsqu'il s'agit de régions enclavées à faible densité de population. Par contre il existe un risque potentiel. Ce risque est lié en particulier au multipartenariat, aux maladies vénériennes non soignées, à l'existence de cas de sida autochtones non connus de la population, et à la faiblesse de l'utilisation des préservatifs (Pagezy et *al.*, 1998). Dans le contexte de multipartenariat, la vulnérabilité des populations qui résident en forêt s'explique en premier lieu par la fréquence des mobilités entre la brousse et le milieu urbain.

La situation vis-à-vis du Sida n'est pas la même sur l'ensemble des pays, certains ont une prévalence au VIH élevée. Le Cameroun n'est pas le pays africain le plus touché par le sida. Néanmoins en 1998 on estimait à plus de 15 000 le nombre de cas cumulés et la séroprévalence à 6,5 % soit 12 fois le chiffre de 1987 (MSP, 1999). En 1994, les données du AIDS Control Program montraient que parmi les malades déclarés, 20,1 % vivaient en zone rurale. La tranche d'âge 15/34 ans constituant 65,5 % des cas³.

En l'absence de traitements curatifs et des difficultés économiques d'accès à la trithérapie, la prévention constitue au Cameroun, comme dans les autres pays en développement, le moyen le plus efficace pour lutter contre l'épidémie de Sida. Les observateurs considèrent que les politiques d'intervention en matière de prévention notamment en faveur de l'usage du préservatif et le choix du partenaire, et de traitement des maladies sexuellement transmissibles devraient avoir un impact positif sur la progression de l'épidémie sur le continent africain (Bulatao et Bos, 1988).

Au Cameroun depuis la mise en évidence des premiers cas de sida en 1985 et la création du Programme National de Lutte en 1987, différentes politiques de prévention⁴ ont été mises en place (Eboko, 1999). Elles ont toutes mis, en particulier, l'accent sur l'usage du préservatif pour éviter la contamination, comme cela avait d'ailleurs été fait dans les pays du Nord. Cela n'a pas empêché le Cameroun de passer de statut de pays à faible prévalence (0,5 % en 1987) à celui, aujourd'hui, de pays à prévalence moyenne, mais en constante augmentation.

Le terrain d'études et les méthodes d'enquête

Notre terrain d'étude est la boucle du Ntem, dans la sous-préfecture de Ma'an, à la frontière de la Guinée Equatoriale. 1 674 personnes résidaient en 1996 dans cette zone forestière d'environ 20 km de long, réparties sur

³ Il faut noter que dans la tranche d'âge 15/24 ans, ce sont en majorité des filles qui sont malades (694 cas contre 291 pour les hommes).

⁴ Un système de surveillance sentinelle du Sida a été mise en place depuis le début 1989 au Cameroun.

treize villages (Bley et *alii.*, 1999). La densité de population est faible et les villages regroupés le long de la route comptent en moyenne une centaine d'habitants et sont distants d'environ 2 km chacun, ce qui ne rend pas les contacts fréquents entre les habitants de Nyabizan et de Nkongmeyos, villages aux deux extrémités de la zone, surtout en période de pluie.

En bout de piste cette population forestière est relativement enclavée, la piste est mauvaise et les transports en commun sont rares, seul un bus circule et assure la liaison entre Ma'an la sous-préfecture et la capitale du sud, Ebolowa située à environ 110 km. Néanmoins, différents travaux de recherches menés sur cette zone (Bahuchet et de Maret, 1994 ; Boudigou et *alii.*, 1997, 1999) le montrent, cette population est fortement mobile, notamment en direction des villes et des pays limitrophes. En effet si cette population vit essentiellement de l'agriculture, les activités de subsistance sont complétées par des activités de rapports autour de la culture cacaoyère et de la chasse en vue notamment, de la vente du gibier dans les villes (Bahuchet et Ioveva-Baillon, 1997). Cela entraîne des contacts réguliers avec les commerçants qui viennent dans les villages acheter les produits de brousse, et de la même façon, des voyages et de brefs séjours des villageois, souvent les femmes, vers les villes (Ma'an, Ambam, Ebolowa, Abang Minko) à l'occasion des marchés (Cogels et Pasquet, 1999).

Les villageois sont souvent unis par des liens familiaux avec les populations résidant dans les pays limitrophes que sont la Guinée Equatoriale et le Gabon. Études, mariages, deuils et levées de deuils, visite à la famille⁵ sont autant de raisons de contacts et d'échanges des deux côtés de la frontière, souvent pour une longue période⁶. Il ne faut pas négliger non plus les déplacements pour raison de santé qui sont souvent en Afrique, comme nous l'avons montré en d'autres lieux, des raisons de mobilité (Vernazza-Licht N., 2000).

Sur le plan des infrastructures sanitaires, il faut préalablement indiquer que les villages de la boucle du Ntem sont dans une situation de pénurie. Un hôpital vétuste est implanté à Ma'an à 50 km environ du dernier village de la boucle du Ntem⁷ et un médecin salarié y est affecté, mais semble souvent absent. Les campagnes de vaccination ne sont plus régulièrement assurées. Une pharmacie indépendante a été créée en 1994 par un comité de gestion ce qui est révélateur du dynamisme de certains habitants et d'une volonté de prendre en charge les questions de santé comme en témoigne également la mise en place de délégués sanitaires dans les villages. Il n'y a pas de dispensaire en fonctionnement dans la

⁵ La résidence étant virilocale, les filles habitent dans la famille de leur mari, mais retournent régulièrement et parfois séjournent dans leur famille. Ainsi, 46 % des couples sont formés d'un conjoint né au-delà de l'arrondissement de Ma'an (cf. Bley et al., 1999 : 49)

⁶ Les jeunes scolarisés ne reviennent souvent que pour les vacances scolaires et les plus âgés vivent ainsi la majorité de l'année à la ville voisine ou, en fonction de leur niveau d'études, dans les grands centres urbains (Douala, Yaoundé) et parfois même dans les pays limitrophes.

⁷ Si le bâtiment hospitalier a bonne allure de l'extérieur, l'intérieur montre des pièces vides, sans beaucoup de matériel. Les seuls équipements, comme une table d'accouchement, ou des lits sans matelas, sont rouillés et témoignent de réelles difficultés.

zone. Par ailleurs, plusieurs guérisseurs exercent dans les différents villages, que les habitants consultent en fonction de leurs problèmes de santé⁸.

Les données que nous présentons ici proviennent d'entretiens individuels menés auprès de la population résidant dans ces villages, d'observations de terrain⁹ et, pour les données quantifiées, d'un questionnaire posé en juillet 1998 dans le cadre d'une enquête biologique destinée à apprécier l'état de santé de la population.

Dans le cadre de ce questionnaire, 193 personnes soit 81 hommes et 112 femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, habitant essentiellement dans quatre des villages (*Nkongmeyos, Nsebito, Oding-Nyabizan, Tom*) de la boucle du Ntem ont été interrogées, soit environ 20 % de la population âgée de + de 15 ans. L'âge moyen des personnes enquêtées est de 51,5 ans pour les hommes et de 41,7 pour les femmes. Les questions (14 items maximum) portaient sur l'usage des préservatifs, les maladies sexuellement transmissibles et leur traitement, le dépistage du sida et, pour les femmes, les moyens de contraception utilisées¹⁰. Le questionnaire était posé aux hommes par un jeune homme résidant dans un village de la zone et ayant terminé ses études secondaires et par une villageoise-interprète et nous-même pour les femmes¹¹. Les personnes étaient interrogées à l'écart afin de leur permettre de s'exprimer plus librement sur des questions touchant à leur intimité.

Maladies sexuellement transmissibles - Sida : état des connaissances et des comportements de santé

Aux questions "*Avez-vous déjà entendu parler des maladies sexuellement transmissibles*" et "*Lesquelles connaissez-vous*", 67 % des personnes interrogées ont déclaré avoir entendu parler des MST, citant régulièrement la blennorragie, la syphilis, les "gonos" (Tableau 1). On doit noter une nette différence dans les réponses en fonction du sexe de la personne interrogée. La presque totalité des hommes déclarent connaître les MST (91 %) et en

⁸ A plusieurs reprises, il a été fait mention par les femmes de séjours chez un guérisseur, en effet, se faire soigner par eux implique souvent de demeurer plusieurs jours, voire plusieurs semaines à son domicile et par conséquent coûte relativement cher, car outre le traitement il faut s'acquitter des frais d'hébergement.

⁹ Nous avons fait trois séjours dans cette zone en 1996, 97 et 98. En 1996 et 1997, nous avons participé au recueil des données démographiques sur toute la zone de la boucle du Ntem (Bley et al. 1999) ce qui nous a facilité la connaissance de la zone, de la population et des chefs des villages ainsi que des autorités administratives et sanitaires de Ma'an, la ville la plus proche de la zone.

¹⁰ Pour l'analyse nous avons concaténé nos données avec les renseignements (âge, sexe, statut matrimonial) recueillies dans le cadre de l'étude démo-anthropologique (Bley et al., 1999).

¹¹ La zone sud du Cameroun est francophone et la population de la boucle du Ntem parle le français, tout en usant au quotidien de la langue de son ethnie. Néanmoins, les personnes âgées et de manière plus générale les femmes qui ont été peu scolarisées et qui ont l'habitude de s'exprimer qu'en Mvae ou en Ntumu avaient parfois des difficultés de compréhension, ce qui a impliqué pour le passage du questionnaire, le recours à une villageoise comme interprète.

citent, alors que ce n'est le cas que d'une femme sur deux (49 %) ¹², ce qui rejoint les résultats de l'enquête EDS de 1998.

L'âge moyen des personnes qui déclarent connaître une MST diffère aussi selon le sexe, puisqu'il est de 45,2 ans pour les hommes et de 36 ans pour les femmes. Ces personnes sont plus jeunes, d'environ 5 ans, que la moyenne d'âge de l'échantillon pour chaque catégorie de sexe.

Il est également très intéressant de noter que le Sida est majoritairement cité puisqu'une personne sur deux l'a mentionné. De même, on doit relever que 3 hommes sur les 193 personnes auxquelles nous avons systématiquement posé la question disent s'être fait dépister du sida (en 1994 et 1998) lors d'un séjour à la ville (Ebolowa et Evinisi), et que seulement l'un d'entre-eux a indiqué avoir déjà eu une MST (blennorragie).

Tableau 1 : Personnes déclarant connaître les MST

	Population d'étude	Connaissance des MST		
	nombre	nombre	%	âge moyen
Homme	81	74	91%	45,2
Femme	112	55	49%	36
Total	193	129	67%	41,2

Ces réponses, qui dénotent, a priori, une "bonne" connaissance des MST sont intéressantes d'autant que comme nous l'avons indiqué *supra*, la zone souffre d'un déficit en matière d'infrastructures sanitaires. Un autre handicap des populations de la boucle du Ntem est l'absence d'information en matière de santé publique et de MST/Sida en particulier. Les campagnes d'information et de prévention ont surtout été menées dans les grandes villes (Douala, Yaoundé). Dans notre zone d'étude, il n'y a pas eu d'informations dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Sida en direction des populations forestières, comme nous l'ont confirmé les chefs de villages que nous avons interrogés ¹³. Des actions ont été menées à Ebolowa, capitale provinciale du Sud, en direction de populations ciblées : scolaires, prostituées, militaires ¹⁴. Fin 97, à l'initiative du

¹² Compte tenu de la taille de l'échantillon nous n'avons pas tenu compte du niveau d'instruction ou du statut matrimonial. Or, on sait que ce sont des éléments qui interviennent dans la connaissance des MST, de même que joue l'influence du milieu rural ou urbain, comme le met en évidence l'enquête EDS de 1998.

¹³ Il semblerait, bien que personne ne nous en ait fait état, qu'il y ait eu il y a une dizaine d'années une campagne d'information sur le sida dans les villages, non renouvelée et que le pasteur qui circule dans la zone, organise "des causeries" sur le sujet à l'occasion de grandes réunions religieuses. (cf. Pagezy et al., à paraître).

¹⁴ De 1988 à 1996, Family Health International a financé en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique du Cameroun et plusieurs ONG Internationales en particulier, des campagnes de prévention de la transmission des MST/Sida auprès des filles libres sur 6 sites, auprès des étudiants dans 6 universités, et auprès des Forces de Maintien de l'ordre dans 11 garnisons, dont plusieurs ont fait l'objet d'évaluation (Tchupo et alii, 1993, 1994 ; MSP/DSC, 1996 ; IRESCO, 1997).

Programme de Marketing Social, à partir de la radio locale d'Ebolowa, des messages radios d'information et de prévention sur le SIDA ont été diffusés en *Bulu* et en *Ngumba* dans le cadre d'émissions spécifiques destinées aux communautés qui parlent ces deux langues. Ces messages mettaient l'accent sur l'existence du virus du Sida, les modes de contamination, les moyens pour s'en protéger, l'impossibilité de reconnaître de *visu* une personne séropositive, l'absence de traitement, le soutien à apporter aux membres de la famille séropositifs. S'il était indiqué que le sida s'attrape par relations sexuelles, il n'était pas fait mention clairement du fait que c'était une "maladie sexuellement transmissible". Les moyens de protection énoncés dans ces messages étaient : "*l'abstinence sexuelle, la fidélité à son partenaire sain*" et l'utilisation des "*préservatifs, encore appelés condoms pour tout rapport sexuel*"¹⁵.

La population a en effet essentiellement accès à l'information par les émissions radiophoniques¹⁶ et par le bouche à oreille.

Lors des entretiens les villageois indiquent qu'ils écoutent régulièrement la radio¹⁷ "*quand ils ont des piles*" ce qui souvent, faute de moyens financiers, leur fait effectivement défaut. Plusieurs personnes nous ont déclaré également qu'elles avaient eu connaissance du sida lors de leurs séjours en ville et les femmes comme les hommes nous ont dit "*en parler avec leurs frères, leurs camarades, ou avec leurs conjoints*", mais ce n'est pas, néanmoins, le cas de tous. Quelques personnes avaient entendu parler de cas de sida dans la région.

Ce sont les jeunes scolaires, séjournant régulièrement hors de la zone du fait de leurs études, soit dans la ville voisine Ma'an, soit dans les grandes agglomérations urbaines, Ebolowa, Yaoundé, Douala, qui sont souvent les mieux informés.

Les entretiens avec les villageois sur leurs connaissances en matière de Sida montrent une bonne connaissance des modes de contamination, à l'exception du risque de contamination par le moustique qui est assez régulièrement cité. Les villageois connaissent son caractère inguérissable et mortel et la seule évocation du mot les met en retrait, comme cette femme qui à son évocation se cache le visage pour bien montrer que c'est le pire des maux. Néanmoins, quand on les interroge sur les maladies qu'ils considèrent comme les plus graves dans le pays, on constate que le Sida est beaucoup moins souvent cité que la typhoïde, la fièvre, la diarrhée, le paludisme, les maladies contagieuses, les vers intestinaux ou la blénnorragie.

Au regard des connaissances énoncées sur les MST et le Sida il est par contre intéressant de constater que les personnes qui déclarent avoir, ou

¹⁵ Document transmis par M. Kwite, du Programme de Marketing Social à Yaoundé, que nous tenons à remercier.

¹⁶ Le PNLS disposait à Yaoundé d'affiches de prévention sur le Sida que nous avons distribué lors de notre dernier séjour dans la zone en 1998.

¹⁷ Radio France International est capté dans cette région.

avoir eu, une MST sont rares. Les hommes, même ceux qui disent avoir plusieurs partenaires régulières et occasionnelles, ne font pas état de problèmes particuliers, même les plus avertis sur les risques. Ainsi seulement 11 hommes ont signalé avoir eu, au cours de leur vie, une MST, citant exclusivement "*chaude-pisse*" et "*gono*", mais parfois à 3 ou 4 reprises. Ils se sont soignés, soit en prenant des comprimés achetés au village, soit en se faisant traiter par des antibiotiques à l'hôpital de Ma'an. Quatre d'entre-eux seulement ont indiqué utiliser des préservatifs pour éviter les MST. Cette sous-déclaration manifeste des MST n'est pas surprenante et elle est relevée dans d'autres études menées au plan national (BUCREP- EDS, 1999)

Le Cameroun fait partie des pays africains où le niveau de séroprévalence des MST est élevé. D'ailleurs, les résultats des prélèvements effectués dans les villages de la Boucle du Ntem par l'équipe d'Alain Froment dans le cadre de l'enquête biologique (sérologie, parasitologie, anthropométrie) montrent que sur 408 sérums, 103 sujets soit 25 % ont des anticorps contre les tréponèmes (syphilis ou pian) (Pagezy et al., à paraître). Le quart de ces sujets, soit 6 %, ont des taux sérologiques élevés qui plaident en faveur d'une infection évolutive et l'âge élevé de ces personnes permet de penser qu'il s'agit d'une syphilis, dont on sait qu'elle provoque des ulcérations génitales facilitant la transmission du VIH.

Il semble effectivement que les hommes s'auto-médicamentent avec des cachets de pénicilline qu'ils achètent dans les commerces à la ville de Ma'an en cas de douleurs ou avec des traitements indigènes, mais que la plupart du temps ils ne se traitent pas et sont, selon un médecin, habitués à des écoulements qu'ils considèrent de ce fait comme naturels et non liés à une MST.

Parmi les 112 femmes interrogées par questionnaire, deux seulement ont déclaré avoir eu une maladie sexuellement transmissible :

- une femme de 60 ans, sans enfant, qui a eu une blénnorragie "*quand elle était petite*" et qui a été soignée à l'hôpital de Sangmélima.
- une autre âgée de 28 ans, qui a eu un enfant décédé, et qui quand elle avait 16 ans avait "*le bas ventre qui chauffait*" et qui a été "*soignée à l'indigène*".

Par contre plusieurs d'entre elles ont fait état "*d'un ver dans le ventre*" qui leur cause des douleurs, "*qui les pique*", sans qu'un lien soit fait avec une MST.

Il apparaît donc qu'il existe un fossé entre l'état des connaissances énoncées sur le risque MST et son identification et sa gestion, comme en témoigne également l'analyse des questionnaires et des entretiens sur l'usage du condom.

Les usages du préservatif

Les utilisateurs

Envisager l'usage du préservatif dans le cadre de la prévention du sida, comme le prônent les campagnes de prévention¹⁸, implique nécessairement qu'il soit connu par la population, disponible et accessible tant en fonction de l'existence et du nombre de lieux de vente, qu'en raison du coût unitaire.

Dans le cadre de notre questionnaire, deux questions abordaient l'usage des préservatifs, la première afin de connaître s'il avait été utilisé, au moins une fois, et pour quelles raisons, la deuxième posée uniquement aux femmes dans le cadre des moyens de contraception.

Les réponses mettent en évidence un usage quantitativement faible du préservatif puisque sur 185 personnes ayant répondu à cette question, seulement 17 % disent avoir déjà utilisé un condom. Ce résultat doit être analysé selon trois éléments qui nous semblent importants : le sexe, l'âge et le statut matrimonial des individus (Tableau 2).

Tableau 2 : Personnes déclarant avoir déjà utilisé les préservatifs

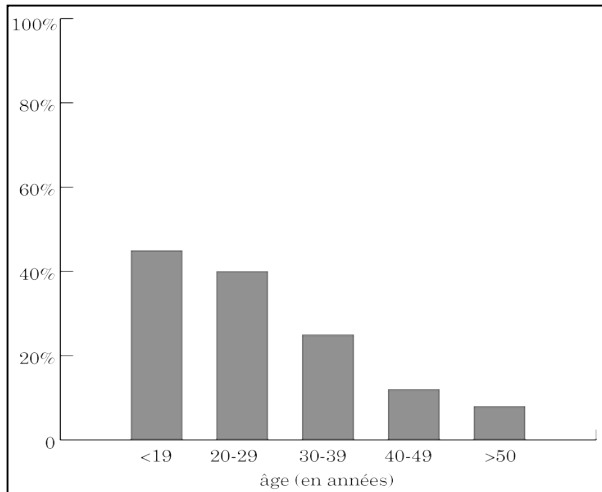
	Population d'étude	Connaissance des MST		
	nombre	nombre	%	âge moyen
Hommes	76	17	23%	33,7
Femmes	107	14	13%	23,3
Total	183	31	17%	29,8

Les hommes apparaissent ainsi plus utilisateurs que les femmes puisque 23 % des hommes déclarent avoir, au moins une fois, utilisé un condom alors qu'il n'y a que 13 % des femmes qui disent y avoir eu recours. On constate que les femmes qui disent avoir utilisé un préservatif ont en moyenne 23 ans et sont beaucoup plus jeunes que les hommes utilisateurs de préservatifs qui, en moyenne, en ont 33. Si on examine la distribution des réponses par sexe et âge, on s'aperçoit que la très grande majorité des utilisatrices ont moins de 20 ans (9 %) et qu'il n'y a pas de femmes qui déclarent avoir utilisé, au moins une fois, un condom dans la tranche d'âge des plus de 45 ans. Par contre, on note chez les hommes une distribution régulière en fonction de l'âge, entre un minima de 18 et un maxima de 59 ans. Il y a donc une utilisation plus récente du condom chez les femmes.

¹⁸ Les statistiques établies par le PMSC d'octobre 89 à octobre 97, montrent une progression régulière des ventes de préservatifs au Cameroun passant pour les préservatifs "Prudence" de 725 888 unités distribués en 1989 à 11 430 185 en 1997 ; la région sud restant toutefois parmi les régions où la distribution est la moins forte (source PMSC Cameroun)

D'autre part, ce sont essentiellement les jeunes qui sont utilisateurs de préservatifs. En effet, presque un jeune sur deux dit l'avoir utilisé, alors qu'il n'y en a qu'un sur 4 chez les 30/39 ans et moins de 10 % chez les plus de 40 ans. Les plus jeunes l'utilisent souvent pour éviter la grossesse de leur partenaire régulière (figure 1).

Figure 1 : Utilisation des préservatifs en fonction de l'âge



On constate que 40 % des célibataires disent avoir déjà utilisé un condom contre seulement 14 % des personnes mariées ce qui tend à montrer une utilisation récente de l'usage des préservatifs dans la population. Ce résultat est confirmé par les propos tenus par les vieilles femmes qui lors de l'enquête disaient ne pas connaître les condoms, de même que les entretiens que nous avons mené auprès des hommes âgés. La jeunesse des utilisateurs peut s'expliquer par l'impact des campagnes de prévention vis-à-vis du Sida et par la perception d'un risque plus grand dans cette population, du fait aussi d'une plus grande mobilité sexuelle. Les jeunes sont, en effet, ceux qui résident le plus souvent et le plus longtemps à la ville au cours de l'année et sont donc plus sensibles (par les affiches, les informations dans les collèges et les lycées, les messages radios) à des messages de prévention. Ils sont également plus en mesure de se procurer des préservatifs lors de leur séjour à la ville, là où les marchands ambulants¹⁹ circulent et mettent les boîtes de préservatifs *Prudence* ou *Promesse* à la vue des acheteurs potentiels. Les hommes et

¹⁹ Au Cameroun, les vendeurs ambulants de produits pharmaceutiques sont couramment appelés "pharmacie du panier" cf. Abéga, 1997a, p. 86.

les femmes de la boucle du Ntem qui sortent moins souvent de la zone ont par contre plus de difficultés pour s'en procurer. Les rares "boutiques"²⁰ vendent des préservatifs, mais leur stock est souvent épuisé ! De plus elles sont inégalement réparties sur la zone et donc souvent éloignées des éventuels acheteurs. Toutefois, comme au Cameroun l'approvisionnement en médicaments et produits de santé divers se fait souvent par des marchands ambulants (Hours, 1985 : 107), les habitants de la boucle du Ntem peuvent se procurer des condoms auprès de ceux qui circulent régulièrement à bicyclette dans la zone et qui sont susceptibles d'en vendre.

Les raisons de l'utilisation

Les utilisateurs et utilisatrices de préservatifs ont fourni différentes raisons que nous avons regroupées, pour l'analyse en quatre grandes catégories :

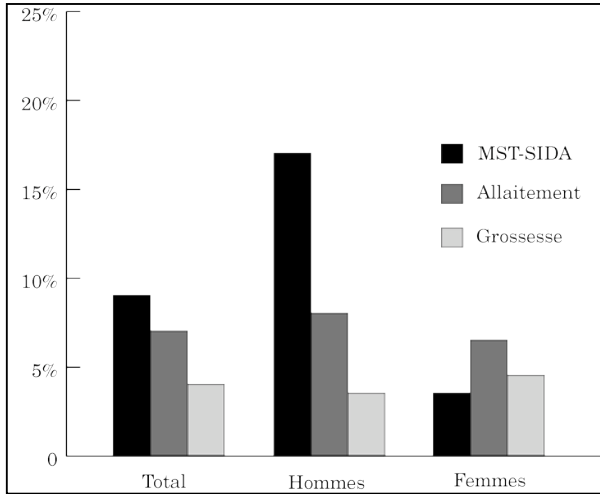
- éviter les maladies sexuellement transmissibles
- éviter le sida
- éviter une grossesse
- pour avoir des rapports sexuels pendant l'allaitement

Si on examine la répartition de ces différentes catégories de réponses en fonction du sexe des utilisateurs on note qu'il existe des différences, en particulier pour ce qui concerne les MST et le Sida. Les hommes disent utiliser essentiellement le préservatif pour se protéger des MST-Sida, et donnent ensuite comme raisons l'allaitement de leur partenaire et le fait de vouloir éviter une grossesse de leur partenaire régulière ou occasionnelle. En revanche, chez les femmes, les réponses se répartissent à peu près également entre allaitement, grossesse et MST (figure 2).

Nous sommes en effet dans une société rurale où les femmes allaitent en moyenne 18 mois après la naissance de l'enfant (l'intervalle intergénéral est en moyenne de 24 mois) (Bley et alii, 1999). Dans ce contexte, la reprise des relations sexuelles avant le sevrage présente un double risque, celui d'une part d'être trop tôt enceinte, et donc de devoir trop tôt sevrer l'enfant qui risque d'être malnutri, celui d'autre part d'attenter à la vie de l'enfant allaité, le sperme du partenaire venant gâter le lait de la mère. Cette explication récurrente dans les sociétés africaines pour expliquer les problèmes de santé des enfants en nourrice, leur amaigrissement, voire leur décès est largement prégnante chez les *Mvae* et les *Ntumu* qui habitent la zone (Bouly de Lesdain, 1998 ; Bernard, 1998).

²⁰ Qui par la gamme de leurs produits ressembleraient plutôt aux anciennes épiceries-drogueries dans les villages français.

Figure 2 : Raisons d'utilisation des préservatifs



Pour se préserver de ce double risque, les couples qui désirent avoir des relations sexuelles après le retour de couches et pendant la période d'allaitement utilisent des préservatifs ou pratiquent le coït interrompu dénommé en français "demi-tarif". Il faut noter toutefois que les femmes, mais également les hommes, se montrent généralement très réticents à entretenir des relations sexuelles durant la période²¹ d'allaitement. Il y a bien sûr des exceptions, et nous avons eu en entretiens des femmes qui évoquaient le fait que leur mari les frappait quand elles se refusaient à avoir des rapports sexuels pendant leur période d'allaitement, de même plusieurs hommes nous ont indiqué acheter des préservatifs et les utiliser avec leur épouse durant la période d'allaitement.

Dans cette population où les grossesses sont fréquentes, certains hommes disent avoir une partenaire "régulière" pendant les périodes d'indisponibilité de leur épouse, ce qui est souvent relevé dans les sociétés africaines comme un facteur de risque de diffusion de l'épidémie VIH. Il faut noter par ailleurs que le Cameroun admet légalement la polygamie qui existe aussi dans cette population.

En ce qui concerne, les résultats du questionnaire posé à la population du Ntem, il est aussi intéressant d'examiner les motifs d'utilisation des préservatifs selon le statut matrimonial. On s'aperçoit en fait qu'il n'est pas discriminant puisqu'il y a un pourcentage sensiblement équivalent d'utilisateurs célibataires (50 %) et mariés (57 %) qui déclarent utiliser le préservatif pour se prémunir contre les MST.

²¹ Par contre, les femmes déclarent avoir des rapports "entièrs" durant leur grossesse (c'est-à-dire sans usage de préservatif ou de coït interrompu) et pendant un nombre de mois qui varie en fonction de chacune et ne semble pas lié à une quelconque crainte culturelle.

Afin d'apprécier l'usage du préservatif parmi l'ensemble des moyens contraceptifs, nous avons également interrogé les femmes sur leur recours éventuel à un moyen de contraception en leur citant : la pilule, la piqûre, le demi-tarif (coût interrompu), le préservatif, le traitement indigène. On sait que le Cameroun reste un pays marqué encore aujourd'hui par une forte fécondité comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. L'enquête démographique et de Santé réalisée en 1998 met en évidence que le taux de fécondité avec 5,2 enfants par femme reste en effet élevé au Cameroun, même si des différences importantes existent entre le milieu rural (5,8) et les grandes villes comme Yaoundé et Douala (3,1). Par ailleurs, il y a un faible recours à la contraception puisque 10 % seulement des femmes en union utilisent une méthode de contraception moderne.

La santé reproductive des femmes constitue encore l'une des priorités des politiques de santé publique puisque malgré la forte fécondité observée au plan national, une part importante des femmes (29 %) ont eu, au cours de leur vie, au moins une grossesse qui n'a pas abouti à une naissance vivante et une proportion importante de femmes restent stériles (6 % des 35-49 ans). Les Camerounais restent encore attachés à une descendance nombreuse (7 enfants souhaités en moyenne), même si l'enquête met en évidence que les femmes expriment le désir d'un certain espacement des naissances et pour certaines (18 %) l'intention de ne plus avoir d'enfant (BUCREP-EDS, 1999).

Dans ce contexte, et de surcroît en milieu rural, il est intéressant de noter, à partir des réponses à notre questionnaire²², que la pratique de la contraception reste faible dans la Boucle du Ntem (19 %), mais existe ; les femmes ayant essentiellement recours à des traitements "indigènes" et seulement dans 4 % des cas au condom²³. Il faut noter également que les femmes utilisatrices de préservatifs sont des femmes "jeunes" puisqu'elles ont 23 ans en moyenne, alors que la moyenne d'âge des utilisatrices d'un autre moyen de contraception, essentiellement indigène, est de 40 ans. Quelques femmes ont toutefois multiplié au cours de leur vie génésique les moyens de contraception, mais elles sont rares²⁴. D'autres ont mentionné avoir eu une ligature des trompes, ce qui reste une pratique coûteuse et donc difficilement accessible pour ces ménages ruraux et de plus, souvent réalisée, compte tenu de son caractère irréversible, que dans les cas où la santé de la femme risque d'être altérée gravement par une nouvelle

²² Les questions posées étaient : "Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ? Si oui, lequel ? pilule, piqûre, demi-tarif, préservatif, traitement indigène, autre ?" et "Utilisez-vous actuellement... ?"

²³ Ce recours à la contraception est intéressant à relever car les travaux qui ont été menés dans le Ntem depuis 1996, notamment ceux de Hélène Pagezy et Daniel Bley montrent que nous avons à faire à une population qui dans le passé avait une forte stérilité. Aujourd'hui, on assiste à une quasi disparition de la stérilité primaire dans la zone étudiée pour les femmes nées après 1950, associée à une augmentation de la fécondité (Molines *et al.*, 1999). On pourrait penser que les femmes dans ce contexte soient désireuses de limiter leur nombre d'enfants dès lors qu'il n'est plus limité par des MST stérilisantes.

²⁴ Parmi les femmes qui ont répondu avoir utilisé un moyen de contraception, il y a en fait, 3 recours à la pilule, 3 recours au préservatif, une utilisation de stérilet et 6 femmes qui ont eu une ligature de trompes. Parmi celles-ci 5 femmes ont cité plus de deux moyens contraceptifs au cours de leur vie.

grossesse. Néanmoins le désir de grossesses multiples reste très fort et entre deux risques, celui qui est, en général, le plus craint par la population est le risque de ne pas, ou de ne plus enfanter. En effet, quelques femmes ayant répondu avoir utilisé des moyens de contraception, moderne ou indigène, ont précisé qu'elles avaient eu ensuite une nouvelle grossesse. Leur perception du risque "grossesse" évolue néanmoins au cours de leur vie génésique et chez certaines, va susciter des pratiques d'avortement, des demandes de ligatures de trompes, le recours aux traitements traditionnels.

Parmi les femmes ayant indiqué un usage du préservatif, certaines ont précisé, que c'était avant le mariage, au moment où elles allaient encore à l'école. Les conversations ont mis par ailleurs en évidence que les femmes confondent souvent leur période féconde avec la période du cycle sans risque, inversant purement et simplement les deux périodes, ce qui facilite plus les grossesses que la limitation des naissances dans la zone.

Gestion de la sexualité, Perception du risque et usage des préservatifs

Au-delà de la connaissance des MST-Sida et de l'usage des préservatifs, il convient de s'interroger sur la gestion de la sexualité et la perception du risque dans cette population pour mieux apprécier les comportements éventuels de prévention qui sont adoptés.

Comme l'explique l'anthropologue camerounais, Séverin Abéga (1997a) dans cette société du sud Cameroun "la sexualité est donc placée dans le domaine du normal, sinon de la norme, aucun sentiment de culpabilité ne s'y attache", à la différence des sociétés occidentales imprégnées de la culture judéo-chrétienne, où l'acte sexuel hors du mariage est considéré comme un acte coupable, un péché (p. 78). Des siècles d'évangélisation n'ont pas totalement transformé, même chez les africains catholiques, les pratiques socio-culturelles. L'acte sexuel est perçu comme un stade d'initiation qui confère un certain statut social et le jeune (fille ou garçon) qui tarde à avoir sa première relation sexuelle fait l'objet de moqueries et même, en accord avec leur famille, d'incitation à l'acte voire d'assauts d'adultes (p. 81). L'acte est normatif dans la mesure où l'on estime qu'il doit se situer entre 15 et 20 ans et sa nécessité implique qu'il ne soit pas forcément lié au plaisir et à la sentimentalité. L'acte sexuel est perçu comme le moyen de perpétuer le groupe, sa force par rapport aux groupes lignagers voisins.

Dès lors, dans notre zone d'enquête, on peut comprendre que les jeunes filles qui n'ont pas d'enfant autour de 20 ans s'inquiètent et se sentent diminuées socialement en se comparant avec leurs collègues du même âge,

n'hésitant pas à multiplier les partenaires réguliers, pour améliorer leurs chances ainsi que nous l'expliquait l'une de nos informatrices qui avait déjà fait une fausse couche et qui entretenait des relations avec deux partenaires, dont un marié ayant des enfants et donc gage pour elle d'une certaine fertilité.

Cette perception tend néanmoins à se modifier sous l'influence de la scolarisation et du désir des filles de poursuivre leurs études, sans être freinée ou arrêtée définitivement par une première grossesse. Ainsi quelques mères ont déclaré avoir acheté des préservatifs pour leur fille craignant qu'elle ne tombe enceinte et doive arrêter ses études. Par contre, aucune d'entre elles n'a dit le faire dans la crainte des MST ou du Sida.

Il ne faut pas cependant négliger le fait que, bien souvent, le "silence" règne entre parents et enfants en matière de sexualité, la verbalisation entre eux pouvant être même perçue comme une attitude grossière (Abega, 1997b). L'une de nos informatrices expliquera que les mères ne veulent pas aborder ces questions et sont souvent "méchantes"²⁵.

Par ailleurs, dans cette société, la multiplication des partenaires (vagabondage sexuel) est tactiquement acceptée par les épouses à condition qu'il soit discret et hors du foyer, même si chacun reconnaît que les femmes sont jalouses (Abéga, 1997a : 83). Cette attitude des femmes est d'autant plus compréhensible dans le contexte d'un sevrage long pendant lequel beaucoup de couples n'ont pas de relations sexuelles. Néanmoins, il n'est pas forcément valorisé par tous, comme nous l'expliquait un homme de 60 ans, monogame et dont l'épouse avait eu plus de 8 grossesses et qui disait avoir été abstinent pendant toutes les périodes de sevrage et qui estimait que ce contrôle de soi, lui avait permis une meilleure santé que son frère plus jeune, polygame nanti de trois épouses dont deux étaient encore au foyer.

L'infidélité des partenaires et notamment des conjoints reste une donnée difficile à apprécier, même si quelques données quantifiées permettent de penser qu'il existe une plus grande stabilité sexuelle au sein des couples²⁶ que ce que le prétend la rumeur, nous sommes dans ce domaine, comme dans celui plus général de la sexualité dans ce que Michel Bozon (1995) considère comme "l'observation de l'inobservable". Comme le soulignait Catherine Coquery-Vidrovitch, en Afrique, "l'infidélité de l'épouse est un crime absolu, auquel il ne peut être répondu que par le divorce, en revanche les relations extra-conjugales de l'époux sont quasi-normales, voire encouragées" (1994 : 336). Il semble en effet qu'au Cameroun l'infidélité des épouses est mal perçue par la communauté et l'objet de réprobation. Cela n'empêche pas néanmoins les rencontres et aux dires d'informateurs, le champ cultivé par les femmes, à distance du

²⁵ Ce qui expliquerait le recours à un mode de narrations et d'informations traditionnelles comme les contes "d'Initiation sexuelle" recueillis au Cameroun par Séverin Abéga (1995)

²⁶ En effet, lors de l'enquête EDS 1998, 87 % des femmes ont déclaré avoir eu un seul partenaire dans l'année (p. 178) et 5 % avoir eu deux partenaires. 63 % des hommes en union ont eu qu'un partenaire et 32 % ont eu 2 partenaires, dont 33 % d'entre-eux hors de leur union légitime.

village et des habitations, constitue souvent le lieu de rencontres des jeunes célibataires mais aussi de gens mariés. L'un de nos informateurs a pu ainsi observer que certains cachent des préservatifs près des champs et les enterrent, pour pouvoir en disposer le moment venu.

Au-delà d'un discours sur l'usage du préservatif pour éviter la transmission des MST et du sida il convient de s'intéresser à la représentation et à la perception de "l'autre contaminant".

Les partenaires "à risque" pour les hommes sont surtout les prostituées qui exercent dans les villes et qui sont donc géographiquement lointaines d'eux, sauf lors des déplacements vers la ville pour la vente des produits de la brousse. Plusieurs hommes signalent néanmoins que le coût d'une relation avec une prostituée est à "retenir" sur le bénéfice escompté de la vente, déjà bien entamé par les frais du transport à la ville et qu'ils n'ont pas toujours les moyens d'une relation avec une prostituée.

Si certains citent les filles libres qui vivent dans les villages de la boucle du Ntem, les relations avec elles sont, de fait, d'une plus grande proximité géographique, et parfois sociale et familiale. Ce sont souvent des femmes célibataires qu'ils aident de quelque argent et auxquelles ils remettent des cadeaux, mais qui de leur côté, lors de leur passage les hébergent et les nourrissent. Ainsi Paulette²⁷, jeune femme divorcée, avec deux enfants de 18 et 4 ans, considérée comme une "fille libre" par les gens de la zone explique qu'elle n'a pas de partenaire régulier, mais au cours de l'année elle a eu deux partenaires occasionnels, tous les deux célibataires. L'un a 30 ans, l'autre 35 ans et elle n'a pas utilisé de préservatif avec eux, bien qu'elle sache que les condoms empêchent d'attraper les MST et le sida et pense qu'on peut en trouver à la boutique de Nyabyzan, le dernier village dans la boucle du Ntem. Elle estime avoir changé son mode de vie depuis qu'elle a entendu parler du Sida, puisqu'elle *"évite d'aimer beaucoup des hommes sans contrôler. Elle a maintenant une limite pour aimer et se contente de deux seulement..."*

Différentes attitudes sont ainsi adoptées en fonction des partenaires et de la perception du risque, même chez des personnes d'un bon niveau scolaire, bien informé des MST et du Sida, comme Marcel, un de nos interlocuteurs, homme de 35 ans, marié et qui a plusieurs partenaires régulières et occasionnelles, qui sont toutes "célibataires". Avec trois d'entre elles qui vivent à la ville (Ebolowa, Ambam) et loin de la boucle du Ntem, il dit avoir *"parfois"* utilisé des préservatifs, par contre avec sa quatrième partenaire régulière qui vit à la ville (Meyo Centre), *"il ne met jamais de préservatif avec elle car il la connaît depuis longtemps, bien avant de connaître sa femme et qu'il entretient des relations avec elle depuis le collège"*.

Avec ses partenaires occasionnelles, lors de ses voyages il utilise le préservatif car *"il pense qu'elles peuvent avoir d'autres partenaires"*. Par contre, il n'a pas de partenaire occasionnelle au village *"car au village c'est*

²⁷ Les prénoms de nos interlocuteurs ont été, bien entendu, modifiés.

difficile”, sauf les “bayemsalem” (les commerçantes ambulantes) qui sont des femmes de passage qui viennent faire un peu de commerce dans les villages, et auxquelles “*en échange, il leur vend du gibier moins cher*” et avec lesquelles, catégoriquement il dit avoir mis des préservatifs, de même qu’avec les prostituées, qui demeurent à la ville.

On constate ainsi qu’il semble “gérer” son risque en fonction de l’éloignement géographique de ses partenaires, comme les commerçantes avec lesquelles il a des relations dans la boucle du Ntem mais qui ne sont pas de la zone. Par contre “l’ancienneté” des relations, notamment avec une amie de jeunesse, distant ou empêche l’usage des préservatifs.

Il estime avoir modifié son comportement depuis qu’il a entendu parler du sida, “*puisque’il a diminué la fréquence de ses rapports avec ses partenaires*” car il considère que “*plus on fait de fois, plus on a de chance de l’attraper*”, et qu’il fait aussi attention dans le choix de ses partenaires, (il met son doigt près de son œil, pour montrer que c’est une appréciation *de visu*).

Il est intéressant de noter que dans ce cas, comme pour le précédent, l’idée semble intériorisée qu’on peut limiter le risque en limitant, soit les partenaires, soit le nombre de relations avec le même partenaire. Néanmoins, le risque perçu lié à l’éloignement géographique peut parfois être anihilé par la régularité de la relation, même avec une partenaire lointaine, ainsi Justin, célibataire de 26 ans, a deux partenaires régulières et plusieurs occasionnelles. L’une de ces dernières est une jeune commerçante qui s’arrête régulièrement chez lui quand elle passe par le village, et de ce fait il n’envisage pas de mettre un condom avec elle.

L’usage du préservatif semble être en définitive, hormis l’usage contraceptif et lors des périodes d’allaitement, réservé aux relations à l’occasion des déplacements ou avec des partenaires venus de l’extérieur de la zone, mais uniquement si cette relation est occasionnelle²⁸.

On peut s’interroger, au regard des résultats de notre étude, sur le fait que la forêt constitue toujours un lieu préservé face au risque que représente aujourd’hui l’épidémie de Sida et dans le contexte des politiques de lutte contre la maladie mises en place au Cameroun et l’inflation régulière de la séroprévalence.

Les politiques de lutte contre le sida menées au Cameroun depuis le début de l’épidémie font l’objet d’analyses et de critiques, parfois sévères (Eboko, 2000), notamment en comparaison avec les politiques menées par d’autres pays africains (Loenzien de, 1995 ; Gruénais et al., 1999).

On peut penser qu’au Cameroun la problématique de la mobilité n’a pas été suffisamment prise en compte et en particulier en ce qui concerne la population générale qui vit en milieu rural. Or, la mobilité est au fondement de la compréhension de la diffusion de l’épidémie de sida. Les travaux sur la démographie dans la zone et sur la mobilité des habitants

²⁸ Constat étayé par l’analyse en cours de cahiers de ventes de préservatifs que nous avons mis en place dans la boucle du Ntem afin de connaître, lors de chaque achat, les raisons de l’utilisation envisagée.

auxquels nous avons participé (Bley et al., 1999, Boudigou et al. 1997, 1999) mettent clairement en évidence la forte mobilité de cette population vers les villes, qui constituent des zones de haut risque.

Le préservatif dans le contexte de la gestion de la sexualité reste le garant d'une protection, mais tout autant qu'il est utilisé régulièrement, systématiquement. Le manque de préservatifs dans la zone vient aggraver la situation liée à la mobilité sexuelle et à une perception du risque et des personnes à risque. Alors que les statistiques mettent en évidence le fait que les femmes africaines sont aujourd'hui plus nombreuses à être contaminées que les hommes (W.H.O., 1999), il semble difficile de prôner l'usage des préservatifs, sans rappeler qu'il s'inscrit dans un contexte plus large que l'épidémie de sida, celui des relations de pouvoir et de domination entre hommes et femmes pour la maîtrise de la fécondité (Héritier, 2000), et dans une société où la place de la femme reste dépendante du nombre de ses enfants, tant sur le plan social, qu'économique. En matière d'usage du préservatif nous touchons en effet à une question très sensible, car elle concerne l'intimité, mais également parce que le discours sur le préservatif, peut ne pas apparaître comme totalement "politiquement neutre"²⁹.

Remerciements

Au PNLS et à Paul Delon Mougoutou, qui nous ont aidé dans notre recherche en nous donnant des boîtes de préservatifs destinées à la population et à M. Kwite du Programme de Marketing Social. À Serge Cogels, ethnologue de l'U.L.B, qui a résidé sur la zone pendant plusieurs années et qui a souvent servi d'intermédiaire avec les habitants de la zone. À Hélène Pagezy qui a soutenu et aidé à la formalisation du projet dans une zone et un contexte culturel que nous ne connaissions pas et à Olivier Bernard qui a participé à la saisie des données du questionnaire.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une étude intitulée "Les usages du préservatif. Quel discours, pour quelle promotion" financée par le Programme thématique Sida, Département des Sciences de l'Homme et de la Société du CNRS pour 1997 et 1998.

BIBLIOGRAPHIE

ABEGA S.C., 1995, *Contes d'initiation sexuelle*, Éditions CLE, Yaoundé, 228 p.

ABEGA S.C., 1996, La sexualité des jeunes et le sida au Cameroun, *Sociétés d'Afrique et Sida*, Bordeaux, 12, avril 96, 5-6.

ABÉGA, S.C., 1997a, La sexualité des jeunes au Cameroun, *Cahiers de l'UCAC*, 2, Yaoundé, 73-92.

²⁹ Séverin Abéga rappelait en 96 dans un article sur les jeunes dans le contexte de l'épidémie de sida que "des préjugés idéologiques sont attachés à l'usage du condom, du fait de l'intrusion du discours sur la régulation des naissances dans celui de la prévention du sida"(1996 : 6).

- ABÉGA, S.C., 1997b, Principe de coupure et langue de la sexualité in, *Bastidiana*, 17-18, Yaoundé, 125-139.
- BAHUCHET S., de MARET P., 1994, *Situation des populations indigènes des forêts denses et humides*. Rapport écrit pour la DG VIII de la Commission Européenne, Luxembourg, 511 p.
- BAHUCHET S., IOVEVA-BAILLON K., 1997, Le rôle de la restauration des rues dans l'approvisionnement des villes en viande sauvage : le cas de Yaoundé (Cameroun), in : "*Ville du Sud et environnement*", SEH/Édition de Bergier édés, 171-182.
- BERNARD O., 1998, *Mesure et perception de la malnutrition dans une population d'enfants de 0 à 6 ans du Sud Cameroun*. Mémoire de DEA d'Anthropologie, Aix-Marseille II, 58 p.
- BLEY D., MUDUBU L.K., PAGEZY H., VERNAZZA-LICHT N., BOUDIGOU R., 1999, Structure et dynamique d'une population forestière du sud-cameroun, *Les cahiers de l'Iford n°24*, Yaoundé, 103 p.
- BULATAO et BOSS, 1988, *Implications of control measures for the spread of HIV infection*. Document présenté lors d'une réunion de l'association de la population de l'Amérique, New Orleans, avril.
- BOZON M., 1995, Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle in : *Sexualité et Sida*, Bajos, Bozon, Giami et al. (eds), ANRS, Paris, 39-56.
- BOUDIGOU R., BLEY D., PAGEZY H., VERNAZZA-LICHT N., 1997, Le retour des migrants en ville dans une zone forestière enclavée du sud-cameroun comme exemple des interactions ville/forêt, in : *Ville du Sud et environnement*", SEH/Édition de Bergier édés, 225-241.
- BOUDIGOU R., BLEY D., VERNAZZA-LICHT N., 1999, Processus migratoire et qualité de vie. L'exemple des migrants retournés au village dans une zone forestière du Sud Cameroun, in : "*L'homme et la forêt tropicale*", SEH/Édition de Bergier édés.
- BOULY de LESDAIN S., 1998, Sexualité et procréation chez les Mvae - Cameroun, *Autrepart*, 139-152.
- BUCREPS-EDS, 1999, *Enquête démographique et de Santé 1998*, 328 p.
- CHIN J., 1991, The epidemiology and projected mortality of AIDS in : R.G. Feacham and D.T. Jamison eds., *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, Oxford University Press for The World Bank.
- COGELS S., PASQUET P., 1999, Vivre à Mvi'ilimengale : activités quotidiennes et gestion du temps chez les Ntumu du Sud-Cameroun, in "*L'homme et la forêt tropicale*", SEH/Édition de Bergier édés.
- COQUERY-VIDROVITCH, C., 1994, *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXème au XXe siècle*, Éditions Desjonquères, Paris, 395 p.
- EBOKO F., 1999, Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun, *Autrepart*, 12, 123-140.
- EBOKO F., 2000, Risque-Sida, sexualité et pouvoirs. La puissance de l'état en question, in : *Le désarroi camerounais* (dir. Courade G.), Paris, Édition Karthala, Collection Economie et Développement, 235-262.
- GRUÉNAIS M.E. (dir), 1999, *Organiser la lutte contre le Sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal, IRD-ANRS)*, 283 p.
- HÉRITIER F., 2000, Comment l'homme devint dominant, *Pour*, n°63, p.14.
- HOURS B., 1985, *L'état sorcier. Santé Publique et société au Cameroun*, l'Harmattan, Paris, 164 p.
- IRESO, 1997, *Le phénomène de la prostitution au Cameroun*, Yaoundé, rapport multigraphié pour le GTZ-GHANA, 39 p.
- LOENZIEN de M., 1995, *Connaissances, opinions et attitudes relatives au sida en milieu rural africain (Senegal, Cameroun et Burundi)*, Thèse de doctorat, Université Paris V, 522p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE, 1996, *Rapport : Séminaire de dissémination des leçons apprises et expériences acquises au cours des projets FHI/AIDSCAP/MINSANTE*, 17/20 septembre 1996, Cameroun.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE/CNLS, 1999, *Plan cadre de lutte contre le sida au Cameroun. Période 1999-2000*, avril 99, 51 p.
- MOLINES C., BERNARD O., PAGEZY H., BLEY D., 1999, Évolution de la fécondité et de la mortalité des enfants dans la boucle du Ntem (Sud-Cameroun), "*L'homme et la forêt tropicale*", Bahuchet et alii édés, SEH/APFT.
- PAGEZY H., VERNAZZA-LICHT N., BLEY D., BOUDIGOU R., BERNARD O., 1998, Risque actuel et risque potentiel de l'épidémie de sida : le cas des régions forestières d'Afrique Centrale (Congo (ex-Zaïre)-Cameroun), *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris.*, 10, 1-2, 149-1967.

PAGEZY H., CARRIÈRE S. (dir.), à paraître 2000, Rapport régional Vallée du Ntem (Sud Cameroun), vol. 3, *Rapport Final du programme APFT*, CEE, Bruxelles.

STOTO M.A., 1996, Modélisation de l'effet démographique du Sida in : *Changements démographiques en Afrique Subsaharienne*, Foote K.A., Hill K.H., Martin L.G. eds, PUF diffusion, collection Travaux et documents de l'INED, 1996, 339-371.

TCHUPO J.P., FOYET L., FOUA A., 1993, *Les étudiants de Douala et de Yaoundé face aux MST/Sida : Données qualitatives sur les connaissances, attitudes et pratiques*, décembre 93, 20p.

TCHUPO JP., MPOUDY NGOLLE E., ZEKENG L., BOUPDA A., SALLA R., 1994, *Personnel des forces armées et police face aux MST/Sida : données quantitatives sur les comportements, attitudes et prévalence*, 31 p.

VERNAZZA-LICHT N., 2000, Quête de soins et itinéraires thérapeutiques dans les Alpes de Haute Provence in : *Communication et circulation en Provence*, Actes des 9èmes Journées d'études de l'espace provençal, Éditions du Centre Régional de Documentation Occitane, Mouans-en-Sartoux.

W.H.O., 1999, Situation mondiale de la pandémie de VIH/Sida, fin 1999, *Weekly Epidemiological Record*, n°47, 26/11/99, p. 403.

Travaux de la Société d'Écologie Humaine

Directeur de la Publication : Nicole Vernazza-Licht

Déjà parus :

L'homme et le Lac, 1995

Impact de l'homme sur les milieux naturels : Perceptions et mesures, 1996

Villes du Sud et environnement, 1997

L'homme et la lagune. De l'espace naturel à l'espace urbanisé, 1998

Cet ouvrage trouve son origine dans les X^e journées scientifiques de la Société d'Écologie Humaine (Marseille, novembre 1998) organisées par la SEH, le programme Avenir des Peuples des Forêts Tropicales et l'UMR 6578 du CNRS-Université de la Méditerranée. Elles ont bénéficié de l'appui du programme "Environnement, vie, sociétés" du CNRS et du Département "Environnement, technologies et société" de l'Université de Provence.

Les éditeurs scientifiques tiennent à remercier : Patrick Baudot (Université de Provence, Marseille), Edmond Dounias (IRD, Montpellier), Alain Froment (IRD, Orléans), Annette Hladik (CNRS, Paris), Annie Hubert (CNRS, Bordeaux), Pierre Lemonnier (CNRS, Marseille), Glenn Smith (LASEMA, Paris) et Theodore Trefon (APFT, Bruxelles) pour leur aide précieuse dans la relecture de certains manuscrits.

Cet ouvrage a été publié avec le concours financier de l'Union Européenne (programme APFT, DG Développement) et du Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

Les opinions émises dans le cadre de chaque article n'engagent que leurs auteurs.

SOCIÉTÉ D'ÉCOLOGIE HUMAINE

c/o UMR 6578 du CNRS-Université de la Méditerranée

Faculté de Médecine, 27, boulevard Jean-Moulin

13385 Marseille cedex 5

Dépôt légal : 2^e trimestre 2000

ISBN 2-9511840-5-0

ISSN 1284-5590

Tous droits réservés pour tous pays

© Éditions de Bergier

476 chemin de Bergier, 06740 Châteauneuf de Grasse

bergier@wanadoo.fr

L'HOMME ET LA FORÊT TROPICALE

Éditeurs scientifiques

Serge Bahuchet, Daniel Bley,
Hélène Pagezy, Nicole Vernazza-Licht

Travaux de
la Société
d'Ecologie
Humaine



1999