

Socio-Culture et VIH-SIDA au Cameroun

Antoine Socpa

Le VIH/SIDA représente l'un des plus grands défis de santé et de développement qui comporte un impact sur les bases sociales, économiques et démographiques du développement. Cette étude repose sur le postulat selon lequel la propagation du VIH en Afrique serait liée au comportement sexuel qui est fortement influencé par les facteurs socioculturels. Depuis plusieurs années, les débats sur les infections sexuellement transmissibles (IST) en général et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) en particulier, rentrent dans un vaste champ de recherche multidisciplinaire. Ainsi, les spécialistes des sciences biomédicales et les chercheurs en sciences sociales sont invités à travailler sur divers aspects relevant de la sexualité, de la fécondité et de la santé de la reproduction. Cette interdisciplinarité et même cette trans-disciplinarité a l'avantage de rechercher aussi loin que possible l'origine et les causes de la maladie, surtout en ce moment où, face à l'absence de vaccin et de traitement efficace contre la pandémie, toutes les stratégies jusque-là envisagées sur le plan institutionnel ne sont pas encore parvenues à maîtriser la propagation continue du VIH/SIDA dans le monde en général et dans les pays pauvres en particulier. Pour le cas du Cameroun par exemple, des statistiques recueillies font état d'une progression sans cesse de la pandémie, avec une séroprévalence qui va de l'ordre de 0.5 pour cent en 1985 à environ 12 pour cent en 2002 et 5.5 pour cent depuis 2005. Face à ce phénomène, certaines études menées tendent à démontrer que les pratiques culturelles ont un rôle significatif à jouer si l'on veut agir sur l'état de santé d'une population. Aussi, est-il intéressant de s'interroger ici sur le lien (qui existe ou peut exister) entre les pratiques sexuelles dictées par une culture donnée et la propagation du virus responsable du SIDA. En d'autres termes, quelle corrélation existe-t-il entre les schèmes socioculturels d'une collectivité, ses mœurs et la propagation continue du VIH/SIDA ? Dans quelle mesure le changement de comportement à l'égard de ces pratiques culturelles influencerait-il les différents aspects de la propagation, du traitement et de la prise en charge de la pandémie ?

Cette réflexion s'appuie sur la considération générale selon laquelle l'élément culturel, sans être le seul facteur déterminant de la situation sanitaire d'une collectivité donnée, influence de manière significative le comportement sexuel des individus dans le sens de la prévention du VIH/SIDA, du traitement ou de la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par la maladie.

À ce titre, il serait intéressant de partir des tendances théoriques culturaliste et diffusionniste qui ont été utilisées au départ pour combler le vide théorique observé, afin de faire ressortir par la suite les facteurs explicatifs de la propagation du VIH/SIDA sous l'impulsion des éléments à la fois socioculturels, économiques et institutionnels liés à la dynamique culturelle et à l'urbanisation. Les données utilisées dans cet article proviennent à la fois de la littérature et des sources primaires, notamment des observations et des enquêtes qualitatives dans les provinces du centre et du nord du Cameroun.

Le VIH/SIDA comme phénomène social global

L'étude des facteurs de propagation du VIH/SIDA ainsi que de ses mécanismes de transmission ont permis à différentes disciplines scientifiques, usant de techniques, méthodes et résultats qui leur sont propres, de contribuer à la compréhension du phénomène en comblant un vide théorique observé à l'origine de l'épidémie (Touré 1995:135). En effet, les spécialistes des sciences sociales et biomédicales ont jeté leur dévolu dans la recherche sur le sida au détriment des études sur les pathologies infectieuses (Rosenheim et Itoua-Ngaporo 1989). L'ampleur de ces réflexions a fait de cette épidémie la « maladie du Siècle » tant il est vrai que presque toutes les instances de la société ont été interpellées. Qu'il s'agisse des décideurs, chercheurs de toutes les disciplines scientifiques, que des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

La tâche dévolue aux sciences sociales était à ce titre d'apporter des éléments scientifiques à même d'expliquer les facteurs socioculturels empêchant toute maîtrise de l'épidémie. Il s'agissait à ce titre de venir en appui aux sciences biomédicales pour rechercher sous une forme plus globale des éléments sur l'origine sociale et les causes de la propagation vertigineuse de la maladie.

Approche culturo-fonctionnaliste et propagation du VIH/SIDA

Plusieurs documents (Nebout 1994, Rosenheim et Itoua-Ngaporo 1989) et rapports d'organismes (OMS, ONUSIDA, CNLS, etc.) font état non seulement de la situation épidémiologique mondiale du fléau (fréquence de l'infection, agents pathogènes, population à risque, etc.), mais aussi présentent des informations

sur la nature du virus du SIDA (sa signification, sa provenance, son mode de pénétration dans l'organisme, etc.), ses modes de transmission (par des rapports sexuels, par voie sanguine, par transmission de la mère à l'enfant, etc.), les mécanismes de prévention (prévention de la transmission par le sang, par transfusion, par des seringues ou des instruments mal stérilisés, conseils aux donneurs de sang, méthodes contraceptives, etc.).

À ce titre, l'OMS estimait qu'environ dix millions de personnes étaient infectées en 1996 par le VIH, avec le continent africain comme région du monde la plus touchée avec près de 9/10e des enfants malades du SIDA. Cinq ans après, ce chiffre est passé de dix à au moins quarante millions de personnes infectées. Les régions d'Afrique les plus touchées par l'épidémie sont les pays de l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest.

Les premiers cas de VIH/SIDA ont été diagnostiqués au Cameroun en 1985. À cette période, le nombre de cas déclarés était de 21 personnes. Très vite, ce chiffre a suivi une ascension fulgurante. Il est en effet passé à 604 individus en 1991 pour atteindre 1761 en 1994 et ensuite 3950 individus en 1997. Le taux de prévalence estimé à 0,5 pour cent en 1987 est passé à 7,2 pour cent en 1999, puis à 11 pour cent en 2000. En 2003, le taux officiel de séroprévalence national était estimé à 12 pour cent et à 5,5 pour cent en 2005. Lorsqu'on considère la situation selon les groupes d'âges, les données relatives à l'année 2000 montrent que 12 pour cent de la population âgée entre 15 et 24 ans était porteur du virus. Au niveau de la tranche d'âge située entre 25 et 34 ans, le taux d'infection était de l'ordre de 9 à 10 pour cent. Au-delà de 35 ans cependant ce taux est le plus bas avec 8 pour cent de personnes infectées. Ainsi, il apparaît que la tranche d'âge de 20-24 ans avec 12,20 pour cent de personnes infectées est la plus touchée par la pandémie, suivie de celle de 15-19 ans avec 11,50 pour cent. Viennent ensuite les tranches d'âges de 25-29 ans (10 pour cent), de 30-34 ans (9,20 pour cent) et enfin les plus de 35 ans avec 8,10 pour cent de personnes infectées. Par ailleurs les données par sexe font ressortir un taux de prévalence de 11,7 pour cent chez les femmes (pour la plupart âgées entre 25 et 29 ans), contre 7,2 pour cent chez les hommes. La conclusion qui se dégage est que les femmes sont la couche de population la plus vulnérable à l'infection au VIH/SIDA. En général, les jeunes, notamment les filles libres, les prostituées, les camionneurs, les migrants, les ouvriers, les forestiers, les hommes en tenue (militaires, gendarmes, policiers) constituent la couche la plus exposée. Par ailleurs, la contamination de la mère à l'enfant, en l'absence de toute intervention, serait à elle seule responsable de plus de 20 000 nouvelles infections par an, soit 50 à 69 cas par jour chez l'enfant (CNLS 2001).

Le VIH/SIDA : une épidémie africaine à l'origine ?

Des préjugés ethniques et raciaux ont été véhiculés pour justifier l'origine africaine du VIH/SIDA, après que l'éventualité d'une origine simiesque de l'épidémie ait été écartée. Pour de nombreux Africains, le VIH-SIDA est la maladie de « l'homme Blanc », il est le produit des multiples manipulations transgéniques dont seuls les chercheurs occidentaux ont le secret (Sabatier 1989). Ces débats sur l'origine et surtout la propagation du virus, ses modes de transmission s'appuient sur le fait que les premières personnes touchées à travers le monde se retrouvent dans la plupart des cas, parmi la couche des populations démunies des « tropiques » et des exclus de la prospérité socio-économique des pays industrialisés.

Depuis près d'une décennie, les pratiques culturelles sont considérées comme des facteurs pouvant permettre d'expliquer le passage du virus de l'animal, principalement du singe africain à l'homme (Touré 1995). Cette conception culturaliste de l'origine du VIH/SIDA a été renforcée par la tendance diffusionniste selon laquelle, la propagation du virus est liée essentiellement au phénomène migratoire, avec notamment le déplacement des populations des zones rurales avec les singes vers les centres urbains. De ce fait, le niveau de vie précaire et la promiscuité ambiante des populations agglutinées dans des bidonvilles ne pouvaient que favoriser des comportements à risque et une dissémination de la maladie (Clumeck 1989). Pour ces raisons, les premières conclusions anthropologiques attribuaient la propagation vertigineuse du virus aux pratiques et comportements sexuels des Africains qui les rendraient plus vulnérables à cette maladie. Selon V. Kimani (1989), la promiscuité sexuelle inhérente à la culture africaine permet d'avoir plusieurs partenaires sexuels conformément aux règles qui régissent les institutions sociales et les pratiques fondées par les systèmes de filiation et de succession, d'une part, et le système de croyance y référant, d'autre part. De plus, la propagation du VIH est attribuée aux rapports hétérosexuels favorisés par les systèmes matrimoniaux polygamiques, le lévirat pour le cas de certaines sociétés africaines de type matrilineaire et les croyances fondées sur le culte des ancêtres (Caldwell 1993 cité par Touré 1995). Comment peut-il en être autrement quand on sait que les rapports hétérosexuels en Afrique sont responsables de 80 pour cent des modes de transmission de la maladie.

Au demeurant, le fait que les rapports sexuels ne soient pas le propre des Africains conduit à relativiser les conclusions des thèses culturaliste et diffusionniste (Touré 1995:136), et comme tel, ne permet pas leur généralisation. Ce qui fait du déterminisme culturel fondé sur les rapports hétérosexuels une

simple exagération de la réalité tant il est vrai que les multiples changements dont fait face l'Afrique subsaharienne ont nécessairement entraîné des transformations au niveau des « manières de penser, de sentir et d'agir » de toutes les couches de la population. Cette dynamique sociale touche amplement les pratiques dites traditionnelles au point de modifier ou d'altérer leur mode de fonctionnement et, par ricochet, participer à la propagation du VIH/SIDA en Afrique.

Valeurs traditionnelles, comportements sexuels et facteurs de propagation du VIH/SIDA

Les communautés qui peuplent l'Afrique sub-saharienne disposent d'un système de croyances, des institutions sociales et religieuses qui résistent tant bien que mal aux mutations qui affectent notre société contemporaine. C'est dire que quelle que soit la forme d'extraversion que peut subir une culture, il n'en demeure pas moins vrai que tout groupe socioculturel, comme le souligne Andezian (1985) :

à sa manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé qui dépend étroitement de sa représentation du monde, de la vie, de la mort, de son système de croyance, de ses valeurs, de son rapport à l'environnement, de son univers relationnel.

Ces schèmes culturels, surtout ceux qui sont étroitement liés aux comportements sexuels, ont évolué avec le temps et entraîné par le fait même des répercussions sur la perception du VIH/SIDA, la propagation de la maladie et le traitement des malades. La littérature sur la sexualité en Afrique montre que certaines mœurs sexuelles prédisposent les femmes à une grande vulnérabilité par rapport aux hommes.

Mœurs sexuelles et vulnérabilité des femmes

De nombreuses études ont démontré que d'une manière générale, la femme est plus exposée que l'homme face aux risques de contamination par le virus du SIDA en cas de rapport sexuel non protégé ; pour la simple raison que le sperme infecté par le virus reste plus ou moins longtemps dans le conduit vaginal. Ces mêmes études soulignent que les jeunes filles et femmes sont plus exposées que leurs aînées aux infections dans la mesure où les cellules protectrices sont moins nombreuses dans le vagin et que le col de l'utérus est plus fragile. Dans ces conditions, certaines pratiques traditionnelles telles que le mariage précoce, les rapports sexuels extraconjugaux, les legs des femmes, et plusieurs rituels sexuels

sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité de la femme notamment en ce qui concerne sa santé reproductive.

Les pratiques relatives aux formes de sexualité rituelle et thérapeutique reposent sur une double idéologie. Celles de la production et de la reproduction.

Production agricole et sexualité

Une étude menée par l'African Population Advisory Committee-Cameroun (2004) -APAC, montre que la pratique de la sexualité rituelle est fréquente dans les communautés Mafa, Toupouri et Mousgoum dès le début des campagnes agricoles et piscicoles. En effet, à ces périodes précises, les paysans se livrent à une sexualité désordonnée, voire à un libertinage des rapports sexuels en vue de « faire en sorte que les récoltes ou les moissons soient bonnes ». Le fait d'entretenir des rapports sexuels rituels est culturellement prescrit par une croyance selon laquelle ils donnent la vie tout comme la terre donne la vie aux plantes. Cette pratique normative est décrite ici par un informateur traditionaliste :

Quand les premières pluies commencent, les relations sexuelles sont encore normales. Mais quand c'est déjà les semences si tu as un champ, tu dois d'abord avoir les relations avant d'aller semer. C'est bon quand la femme avec qui tu vas aller a déjà accouché ; là, la terre va produire beaucoup... pendant la période là, les femmes ne refusent pas les hommes parce que, elles aussi elles doivent aller semer... les hommes qui sont mariés n'ont pas de problèmes, ce sont les célibataires qui sont obligés de se débrouiller n'importe où.

Le fait d'entretenir des relations sexuelles est supposé augmenter les chances de productivité ou de gain des partenaires sexuelles. Ainsi un homme qui va à la pêche après avoir eu des rapports sexuels avec une femme a d'énormes chances de faire une partie de pêche plus fructueuse qu'un autre qui n'a pas eu de rapport sexuel. En outre, un homme ou une femme qui va semer les grains d'arachide, de mil ou de boutures de manioc et d'ignames sans avoir de relations sexuelles avec un partenaire de sexe opposé, se retrouvera avec une maigre récolte.

Reproduction et sexualité thérapeutique

La sexualité thérapeutique n'est pas une pratique normative dans les communautés ethniques concernées par cette étude. Cependant, elle est une pratique courante. En effet, les guérisseurs traditionnels spécialisés dans l'ethno-gynécologie entretiennent très souvent des relations sexuelles avec les femmes à la recherche d'une grossesse, voir d'un enfant.

Ces relations sexuelles font partie du processus de guérison ou de délivrance des maladies et d'esprits maléfiques à l'origine du mal dont souffre la patiente. Les relations sexuelles entre les tradipraticiens et les femmes de tous les statuts matrimoniaux se caractérisent par l'absence de l'utilisation des préservatifs. Ces rapports sexuels permettent à la femme inféconde ou stérile par exemple, de retrouver sa fécondité ou sa fertilité, d'avoir un enfant (ce sont les cas les plus répandus).

Nous n'avons identifié dans l'ensemble que des aspects négatifs, en ce qui concerne la sexualité rituelle et thérapeutique au sein des groupes ethniques étudiés. Ainsi, au niveau de la sexualité rituelle, les relations sexuelles avec des partenaires inconnues ou différentes des épouses légitimes sont l'expression de l'infidélité, du multi-parténariat sexuel, et des relations sexuelles extra-maritales. Les risques d'infections sont très élevés dans un tel contexte. S'agissant de l'aspect thérapeutique, la négativité de la pratique se traduit par le fait que plusieurs femmes d'horizons diverses se rendent chez le même tradipraticien ou guérisseur avec qui elles ont des relations sexuelles pour trouver la solution à leurs problèmes. L'infection du tradipraticien implique la contamination de toutes ses clientes par voie sexuelle.

Ainsi, les mœurs sexuelles au même titre que les traditions, varient d'une société à l'autre, surtout lorsqu'il s'agit d'analyser les facteurs de permissivité et de non-permissivité (Rwenge 2000). En effet, pour le cas des sociétés permissives, il existe par exemple des cultures où, en cas d'absence prolongée de l'époux, la femme est autorisée à avoir des rapports sexuels extraconjugaux avec un homme faisant partie du lignage de son mari (le cas des Massai au Nord du Kenya). Ces mœurs sexuelles dans un monde de nomades sont de nature à accroître les risques de vulnérabilité de la femme, même si la finalité est moins le partage des épouses que l'assurance d'une conservation des capacités procréatrices des femmes (Rwenge 2002:24). Dans certains groupes ethniques en Ouganda, des rites funéraires sont pratiqués sur la femme lors du décès de son mari. Il s'agit pour la veuve de se livrer au cours de la nuit d'enterrement à des rapports sexuels avec le frère cadet de son défunt mari pour « chasser », voire exorciser le fantôme de ce dernier (Ilinigumugabo 1989).

Au Cameroun, il existe aussi des mœurs sexuelles qui rendent vulnérable la femme à la maladie. En effet, le cas de la femme Béti dans la société traditionnelle permet de se rendre compte non seulement de la liberté sexuelle qui a toujours été la sienne, mais également de la forme de gestion et de contrôle qu'exerce le conjoint sur sa sexualité (Alexandre et Binet 1958:81 ; Yana 1995:56). Car, si les rapports sexuels sont plus ou moins proscrits aux adolescentes impubères, les jeunes filles célibataires bénéficient quant à elles d'une grande liberté sexuelle

tant il est vrai que très peu d'importance est accordée à leur virginité. C'est ainsi que les cas de naissances enregistrés avant le mariage de la jeune fille étaient attendus et présentés comme preuve de sa fertilité (Alexandre et Binet, op. cit., p. 96). Lorsque celle-ci se retrouve dans son foyer, les relations extraconjugales, sans être encouragées, étaient tolérées par le mari cocu.

À ce titre, il n'était pas rare de voir un homme livrer l'une de ses femmes à une forme de « prostitution hospitalière » (Rwenge 2002:37) pour son propre prestige. Il pouvait de ce fait la céder pour une nuit à un ami dont il veut témoigner le grand attachement ou simplement la placer au centre d'un réseau d'échange (Ombolo 1990).

Par contre, dans les sociétés où ces mœurs sexuelles ne sont pas permises comme ce fut le cas dans les sociétés au pouvoir centralisé, la sexualité de la jeune fille était très contrôlée à telle enseigne qu'une grossesse prémaritale ou simplement des relations extraconjugales étaient sévèrement punies. Certaines relations adultérines donnaient lieu à des exclusions de la communauté ou à une élimination physique du coupable, surtout s'il s'agissait d'un « bien » appartenant à un dignitaire traditionnel (Hurault 1962:48-52). Les mutations sociales observées par les effets de l'urbanisation ont conduit néanmoins à l'adoption d'attitudes plus libérales, permissives.

Le lévirat

Le lévirat (« a yekla yik manyan » en langue Basa'a) et (« Ndongou-Réwbé » en « fulfuldé ») est une pratique culturelle que l'on retrouve au sein de tous les groupes ethniques étudiés à Lagdo et à Eséka. Cette pratique veut qu'une veuve consente à épouser le frère de son défunt mari. C'est le fait pour l'homme d'hériter de la femme de son frère qui est décédé (APAC-Cameroun, 2004) :

Chez nous quand un homme meurt, sa femme ne rentre pas dans son village ou sa famille. Elle devient la femme du frère de son mari avec tous ses enfants et biens laissés par son mari. C'est pour ça qu'on donne la dot. Elle doit continuer à faire les enfants avec le frère de son mari, le nom de son mari ne doit pas s'éteindre. On oblige même le frère du mari qui est mort d'épouser cette femme sauf si elle est déjà vieille et qu'elle ne peut plus accoucher (homme de 45 ans, 10-3-2003, Eséka).

Une autre pratique voisine du lévirat est le sororat. C'est une pratique culturelle consistant à remplacer dans un foyer une femme décédée par sa sœur célibataire. Le sororat reste cependant une pratique très peu répandue au sein des différents groupes ethniques à l'exception des Mousgoum.

Le nombre de décès liés au VIH/SIDA au sein des différents groupes ethniques étudiés a une influence encore mitigée que l'on retrouve parmi les groupes de populations ayant un niveau d'éducation au-delà du primaire. Cette couche de la population est sensée être exposée et perméable aux campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA. C'est ainsi que de plus en plus ils exigent la réalisation du test de séropositivité qui reste néanmoins essentiellement orienté vers la veuve. Mais en zones rurales et au sein de la population n'ayant aucun niveau d'éducation, les comportements à l'égard du lévirat n'ont pas du tout changé. L'acceptation de la pratique conduit au sein des communautés concernées à une intensification des rapports sexuels non protégés ; ce qui accroît les risques de contamination liés au statut sérologique du défunt époux. La pratique des tests de dépistage n'étant pas répandue dans la communauté, les populations sont bien évidemment exposées à l'infection.

La polygamie

Dans toutes les sociétés, les hommes semblent jouir d'une plus grande liberté sexuelle que les femmes. Ce qui leur permet de transgresser, même au sein des groupes christianisés, l'interdit des relations pré-nuptiales. Si la pratique du mariage est une réalité universelle, le type d'union basé sur la polygamie est considéré comme une pratique rurale. Cette dernière est en rapport avec les représentations et attentes de la société vis-à-vis de la femme. De manière générale, les facteurs évoqués visant à justifier la polygamie sont liés le plus souvent à la stérilité de la première femme, aux conflits qui naissent au sein du couple, à l'amélioration du niveau de vie, ou simplement au besoin d'une main-d'œuvre supplémentaire pour les travaux agricoles ou pour la fabrication des produits laitiers.

Force est de constater que la polygamie est une institution observée aussi bien dans les sociétés centralisées de l'Ouest ou du Nord Cameroun que les sociétés à pouvoir diffus du Centre, Sud et Est. Cette pratique culturelle était alors considérée comme la condition normale d'accroître son capital humain et d'asseoir son autorité au sein de la communauté. Un polygame a non seulement le privilège de désirer et de posséder d'autres femmes en plus de la première, mais aussi de remplacer les épouses âgées par des femmes plus jeunes et sexuellement plus attirantes (Tchak 1999:33).

Dans les sociétés à pouvoir diffus, l'autorité du chef se mesure non pas seulement à l'étendue des biens amassés, mais aussi à sa virilité, au nombre de femmes qu'il possède et également au nombre d'enfants considérés comme une richesse, malgré les conditions difficiles de vie et les épidémies qui expliquent

un taux de mortalité infantile assez élevé. Principal agent de production et par tant d'enrichissement de l'homme, la femme apparaît en outre comme facteur de renforcement du capital politique et symbolique. Au sujet de la situation de la femme dans la société Fang au Sud Cameroun, Georges Balandier (1963:149-150) affirme que :

La femme assure cette postérité qui est pour tout Fang le premier des biens. Par cette dernière, non seulement, il se montre pleinement mâle mais il obtient une véritable promotion sociale : acquérant une influence qui croit dans la mesure où prospère son groupement familial participant à cette couche sociale prééminente.

Dans les sociétés hiérarchisées de l'Ouest du Cameroun, la forme polygamique du mariage confère, après le décès du mari, une position plus valorisante à la mère de l'héritier par rapport à ses co-épouses (Yana 1995:38). Des analyses faites par S. Tchak (1999:29-30) montrent que malgré la critique adressée de nos jours, la fonction sociale de la polygamie ne devrait pas être reléguée au second plan. En effet, en dépit de la fonction économique qu'elle remplit, la polygamie permet aux co-épouses de se partager les tâches domestiques et champêtres. Par exemple, une des co-épouses peut voyager pour un long moment sans que cela ne se ressente au niveau de l'éducation des enfants ou de la sexualité du mari. La polygamie permettait en outre de réguler les naissances et de permettre à la mère d'allaiter son nouveau-né, sans être tenue d'entretenir des rapports sexuels avec son mari. Cet époux pouvant facilement concéder une longue période d'abstinence sexuelle à la femme qui allaite, dans la mesure où il aura toujours à sa disposition une autre femme disponible.

De nos jours, la confusion entre la puissance de l'homme et sa fécondité reste grande dans la mesure où, freiné par son identification à la bourgeoisie occidentale, l'homme est soumis soit par ses amis, soit par sa famille à une très forte pression sociale qui l'oblige à manifester autrement sa virilité à travers le mariage de nombreuses femmes. S'il advenait qu'il refuse d'épouser une deuxième femme, il sera poussé à avoir des relations sexuelles extraconjugales et même à entretenir un « deuxième bureau », une « petite amie » avec laquelle il entretient des rapports sexuels et qui est connue de tous, sauf de la femme légale. Cette situation donne lieu dans certains cas à des naissances hors mariage même si ces jeunes femmes, contrairement à la femme restée à la maison, ont droit à la contraception (Coquery-Vidrovitch 1994:336). C'est dire que le recul de la polygamie dans la société camerounaise contemporaine ne signifie pas pour autant que la monogamie est une réalité. En fait, comme le constate Paulette Béat Songué (1986:116),

Il y a une habitude et une conception de la virilité liée à la puissance qui a été conservée au fil des âges. Il nous semble que dans la société contemporaine camerounaise, les hommes sont restés sexuellement polygames, au plus profond d'eux-mêmes.

C'est dire que la liberté pré-nuptiale dont bénéficient les hommes est un préalable à des comportements sexuels de polygame ; et que le mariage ne change pas radicalement la propension poussée pour le multipartenariat.

La valeur sexuelle de l'enfant

De manière générale, les sociétés au système social patriarcal accordent plus d'importance à l'enfant de sexe masculin qu'à celui de sexe féminin. En effet, le garçon est présenté comme étant le continuateur de la lignée parentale, le garant des biens de la famille, le successeur du chef de famille alors que la fille est appelée à aller en mariage dans un autre clan. À ce titre, la recherche d'une progéniture de sexe masculin peut conduire une femme à multiplier ses naissances surtout que la recherche d'un enfant de sexe masculin peut conduire l'homme à trouver une seconde femme ou simplement à avoir des naissances hors mariage. Certaines jeunes filles mères quant à elles pensent ainsi avoir plus de chance de garder un homme si elles parviennent à lui donner un garçon. Cette considération de la valorisation du sexe masculin s'observe au niveau des représentations faites par l'un et l'autre sexe ainsi que de la forme différentielle d'éducation transmise.

En effet, l'éducation sexuelle différentielle a nécessairement des répercussions sur les représentations que chaque sexe se fait de l'autre au point où très tôt, les adolescents des deux sexes intériorisent les normes de fonctionnement basées sur des rapports inégaux de dominant et de dominé. Ces rapports de force, sans être totalement connus, trouveront leur fondement au niveau des organes génitaux où le pénis symbolise la virilité, la puissance alors que le vagin renvoie à l'effacement, la honte (Laburthe-Tolra 1981). Pour Tchak (1999:27), le fait que les parents répriment sévèrement les envies sexuelles de leurs filles tout en éprouvant de la fierté à voir leurs fils s'intéresser aux femmes traduit la valeur sociale de la sexualité masculine. Cette initiation qui continue jusqu'à la puberté et à l'apparition des premières règles inculquera à cette future femme l'idéologie selon laquelle sa réussite sociale se définit par rapport à sa possibilité de trouver un mari, mais également par sa capacité à générer des revenus. Les enfants grandiront avec cette représentation que le garçon sera plus tard le sexe dominant, chef de famille, et la fille celle-là qui doit être assistée par l'homme. Dans toutes les sociétés, l'apprentissage du corps se fait au sein des groupes

essentiellement homogènes et unisexués. La phase d'initiation qui intervient à la puberté était chez les garçons une cérémonie pleine de signification qui leur permettait d'entrer dans le monde des hommes, celui du pouvoir. L'initiation des fillettes qui commençait nettement plus tôt que celle des garçons était destinée à les instruire de manière précise sur les jeux sexuels, mais aussi les tabous pesant sur les menstruations et les « secrets » de l'enfantement (Coquery-Vidrovitch 1994:313). On leur enseignait comment s'asseoir de manière décente, comment se comporter devant les hommes à qui elles devaient avoir respect et soumission. Il est attendu de la fille gentillesse, soumission, serviabilité, respect de l'autorité masculine.

Les fonctions vitales dont la femme a la charge sont celles de la reproduction, fonction très valorisée dans une société plus soucieuse de capitaliser en êtres humains (et rapports sociaux) qu'en richesses matérielles durables ; celles de l'entretien des hommes, en assumant la plus large part des tâches de production (Balandier 1974:22). Plus précisément, il s'agit d'une « société virile » qui met les femmes à son service. C'est ce souci de contrôler la sexualité de la jeune fille qui est à l'origine des pratiques telles que le mariage précoce et les mutilations génitales féminines.

Mariage précoce et mutilations génitales féminines

Si le mariage dans la plupart des sociétés africaines ne répond pas en tous points à la définition européenne d'un acte légal d'union entre deux conjoints, il ressort tout de même qu'il renvoie à une forme de mariage reconnue socialement, donnant lieu à une cérémonie et à un échange de biens. Dans certaines sociétés, l'importance accordée à la virginité de la jeune fille était telle qu'à l'âge de 10-13 ans, l'adolescente était arrachée des mains de sa mère pour rejoindre de gré ou de force son nouveau foyer.

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 40 pour cent des femmes africaines subissent des formes différentes de mutilations génitales. Ces formes variées de mutilations de l'organe reproducteur de la femme, quelle que soit la signification symbolique attribuée au rite (différencier plus clairement les deux sexes, éliminer le clitoris qui est un organe « sale » ou « laid », dangereux à même de tuer un bébé à sa naissance si sa tête l'effleure, ou rendre un homme impuissant si sa verge le rencontre chez les Mossi du Burkina-Faso, etc.), ont pour principales raisons le désir masculin de contrôler la sexualité de la jeune fille exposée, à cet effet, à des traumatismes psychiques et physiologiques. Ainsi, des conséquences à long terme peuvent également suivre à l'instar des abcès et kystes, les vaginites et salpingites, des difficultés urinaires, des infections à répé-

tition et même une stérilité. Les pratiques culturelles que véhicule une société peuvent permettre d'en savoir un peu plus sur ses comportements et mœurs sexuelles.

Des actions menées aussi bien par les décideurs que par divers organismes tendent de plus en plus à lutter contre les mariages précoces et les mutilations génitales féminines considérés comme pratiques culturelles traumatisantes pour les jeunes filles. Néanmoins, les éléments culturels sus-mentionnés ne peuvent à eux seuls justifier la vulnérabilité des femmes et partant, la propagation continue de l'épidémie du VIH/SIDA, tant les mutations sociales ont modifié considérablement les pratiques qu'on pourrait qualifier de « traditionnelles ». Pour F. Eboko (2000:236), l'expansion de la pandémie du SIDA au Cameroun est en rapport direct avec la crise des modes de régulations socioéconomiques qui avaient cours avant la période d'ajustement structurel, qui a eu pour effet immédiat le glissement d'une majorité de la population dans la pauvreté.

Au sein des groupes ethniques concernés par la pratique de l'excision au Cameroun, la majorité des femmes excisées restent favorables à la continuité de la pratique (par souci de préservation de la coutume) contre une proportion plus grande des jeunes filles adolescentes excisées qui dénoncent cette pratique au motif que leur consentement n'avait pas été requis. Même si l'acceptation de l'excision augmente le niveau d'intégration sociale des filles dans ces communautés, il n'en reste pas moins que cette pratique expose les victimes aux risques d'infection au VIH/SIDA. Par exemple, chez les Kotoko du Nord Cameroun où la pratique est collective, le même instrument (un couteau bien tranchant et plus récemment la lame de rasoir), est utilisé pour toutes les filles soumises à l'opération les unes après les autres. L'infection au VIH/SIDA de la première fille ou de la deuxième fille à être excisée peut entraîner la contamination à travers l'instrument utilisé.

Scarifications corporelles

La scarification corporelle désignée sous le terme de « Njehel » chez les Bassa, et « Yiérol » ou « Toupago » chez les Foulbé et les Mafa est une pratique culturelle qui a lieu sous diverses formes et est soutenue par autant d'idéologies. Chez les Mafa et les Guiziga, elle a une fonction socialisatrice, parce qu'elle représente une identité ethnique et culturelle (Balafres). La scarification chez les Foulbé, les Guiziga et les Toupouri a une fonction esthétique (perforation des lèvres ou des narines : perforation simple des lèvres). Enfin, au sein de tous les groupes ethniques étudiés elle a une fonction thérapeutique (blessure de la peau).

Chaque type de scarification constitue une pratique particulière ayant une idéologie précise. S'agissant de la dimension identitaire de la scarification, on retrouve les balafres chez les Guiziga et les Mafa de sexe masculin. Cette pratique consiste à faire des traits le long des joues gauche et droite, généralement trois traits de chaque côté. La pratique a lieu de manière individuelle mais aussi collective. En ce qui concerne le type collectif, des jeunes enfants et parfois des adolescents de la même génération sont regroupés pour subir la pratique qui est effectuée par le spécialiste de la localité à l'aide d'une lamelle de tige de mil ou de couteau. Les blessures occasionnées, dans lesquelles est appliquée une poudre cicatrisante doivent rester entrouvertes jusqu'à la guérison ; afin de mieux faire ressortir la fente. Les garçons passent en fait les uns après les autres sous le couteau du praticien. Les balafres participeront ainsi de leur beauté et feront d'eux de vrais hommes Guiziga ou Mafa.

S'agissant de l'aspect esthétique, les jeunes filles foulbé (imitées de plus par les autres groupes ethniques du Lagdo) utilisent des épines ou des aiguilles pour se perforer légèrement toutes les lèvres supérieures et inférieures. Elles appliquent sur les lèvres ensanglantées un liquide noir tiré de l'écorce d'un arbre (mais aujourd'hui les filles utilisent de plus en plus un produit appelé black qui sert à noircir les cheveux) pour les rendre plus noires.

On fait ça avec les épines. On pique d'abord, on pique, on pique tes lèvres là jusqu'à le sang coule. Quand le sang cesse de couler, l'eau commence à sortir alors, et puis on met le black. On utilise douze épines pour une personne, si c'est encore bon, ton amie peut encore faire sa part avec. Ce sont les épines de jujubes (Aminata, 18 ans habitant de Lagdo).

La couleur noire irréversible que prennent désormais les lèvres participe de leur beauté et de leur charme. D'une manière générale, elles le font les unes les autres avec les mêmes foins d'épines ou d'aiguilles.

La troisième forme de scarification qui a une fonction thérapeutique concerne tous les groupes ethniques étudiés.

Quand tu es malade, tu vas à l'hôpital, on ne peut pas te soigner, on part seulement chez le marabout, il te blesse avec la lame qui est toujours à côté de lui et il met le produit. Tu guéris même si c'est un sorcier qui te cherche. On fait aussi ça pour te protéger contre les mauvais esprits et les sorciers (une femme, de Lagdo).

Cette forme est en générale pratiquée par les guérisseurs traditionnels qui blessent légèrement la peau de leurs patients à l'aide d'un couteau ou d'une lame de

rasoir. Malgré le caractère individuel de la pratique, il convient de relever le fait que l'outil (lame de rasoir ou couteau) utilisé par le guérisseur est soigneusement gardé par ce dernier pour une utilisation ultérieure sur un autre client. La pratique vise à prévenir contre les maladies et malheurs futurs ou ceux dont souffre le patient. À l'intérieur de la blessure faite à l'épaule, au poignet, sur le dos ou sur le front, le tradipraticien introduit généralement une poudre dont lui seul connaît la nature et parfois les vertus.

Les scarifications corporelles sont apparues au courant de toute notre étude comme un facteur ne pouvant que favoriser la propagation du VIH/SIDA. Nous constatons que dans toutes les formes, il y a effusion de sang et utilisation d'un seul outil pour tous les individus. Les outils imbibés du sang d'une première personne sont utilisés immédiatement pour une deuxième, ainsi de suite. Le virus peut ainsi se transmettre facilement d'une personne à une autre et se répandre dans les différentes communautés. En général, les réactions concernant premièrement les scarifications ayant une fonction thérapeutique se caractérisent essentiellement par l'acceptation, car il s'agit d'une pratique culturelle faisant partie de l'ethnomédecine, du système thérapeutique des groupes ethniques étudiés (cf. APAC-Cameroun 2004).

Facteurs socio-économiques, mutations sociales et modèles de comportements sexuels

Les comportements sexuels des jeunes et adolescents au Cameroun restent liés à l'évolution de la société globale, au contexte de changement rapide que connaît cette société. Cette situation entraîne nécessairement des incidences sur la propagation du VIH/SIDA et la prise en charge des malades. Pour Bémat Songué (1998:177), ces changements sont la cause de l'introduction des valeurs et modèles étrangers en matière de sexualité (mariages, rôle de la cellule familiale, modalités du rapport sexuel, etc.), mais aussi de l'évolution du niveau de l'éducation, de la formation, des infrastructures sanitaires publiques et privées, et de l'emploi. A ce titre, les conduites qui se reproduisent dans les choix, les attitudes et comportements individuels des jeunes et adolescents dans un milieu social donné leur seront dictées par les valeurs véhiculées dans le groupe d'appartenance.

Propagation du VIH/SIDA et impuissance de l'État

Une certaine grille de lecture permet d'établir une corrélation entre la progression rapide de la pandémie du SIDA, l'engagement de l'État dans la lutte contre

ce fléau et la situation de désarroi dans laquelle vivent la plupart des Camerounais suite aux mesures internationales d'Ajustement structurel des économies des pays africains. En effet, avant la mise sous tutelle de l'économie camerounaise par les institutions de Bretton Woods au début des années 1990, c'est à l'État que revenait le rôle de régulateur social et politique par sa capacité de distribution des revenus, de contrôle du jeu politique et de promotion des valeurs idéologiques qui en font un véritable moteur des aspirations de mobilité sociale et des représentations sociales qui confortent l'illusion de sa toute puissance. La mise sur pied des Programmes d'ajustements structurels ne fit qu'accroître le nombre de populations misérables, notamment en milieu urbain. Un rapport de la Banque mondiale publié en décembre 1995 estimait le pourcentage des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté à 20 pour cent à Yaoundé et à 30 pour cent à Douala. A cette crise économique s'est ajoutée une crise politique qui pour certains analystes, annonçait le désarroi d'un État en voie de privatisation. Face à ce désengagement de l'État de plusieurs de ses fonctions régaliennes, les mesures qui tenaient lieu de politique gouvernementale de lutte contre le SIDA au Cameroun ne portaient pas d'une réelle volonté de la part des décideurs. Pour F. Eboko (2000:237),

L'inféodation du Programme national de lutte contre le sida (PNLS), dès 1987, aux financements de bailleurs de fonds étrangers, le contenu ambigu de la communication sociale relative à la prévention, la faiblesse manifeste de la volonté politique en face des questions liées à la sexualité et le refuge dans des réponses scientifico-techniques montrent les limites de l'État camerounais dans sa gestion des risques relatifs au VIH/sida.

À ce titre, la propagation du virus du SIDA est à attribuer aussi bien au changement social global qui affecte de manière radicale la société camerounaise, qu'aux pratiques sociales anciennes. En effet, si les rapports sexuels avant le mariage étaient considérés comme indécents pour la famille de la jeune fille, la femme mariée par contre semblait avoir acquis le droit à l'usage de son corps. En pays Bassa par exemple, V. Coquery-Vidrovitch (1994:189) observe qu'en cas d'adultère, l'amant se devait de donner au mari cocu un poulet, ce qui permettait d'officialiser la liaison tout en reconnaissant le préjudice causé par cette polyandrie tacite. Le changement observé dans différentes cultures, conséquence de l'urbanisation et de la croissance démographique, a entraîné nécessairement une modification des mœurs sexuelles et une gestion plus individuelle que communautaire de la sexualité de la jeune fille. Ces facteurs sont générés soit par la pression démographique, soit par les conditions socio-économiques précaires des personnes appartenant à certaines couches de la population.

Poussée de la fécondité et incidence du VIH/SIDA

Différentes études ont pu montrer que l'Afrique au sud du Sahara détient le taux de fécondité le plus élevé du monde (Tabutin 1988). Pour ce qui est du Cameroun, des Enquêtes démographiques et de Santé montrent que la fécondité demeure élevée avec en moyenne 5 enfants par femme, avec cependant une fécondité précoce élevée dans la tranche d'âge se situant entre 15 et 19 ans, soit 142 pour mille. Celle-ci augmentera rapidement pour atteindre des maxima dans la tranche 20-24 ans, soit 273 pour mille et entre 25-29 ans, soit 244 pour mille. Cette poussée de la fécondité se maintient longtemps dans les tranches d'âges de 30 à 34 ans, soit 189 pour mille et de 35 à 39 ans, soit 136 pour mille. Par la suite, ce taux va décroître très rapidement.

En outre, la même étude révèle que le niveau de fécondité est plus fort en milieu rural qu'en milieu urbain tant il est vrai que l'indice synthétique de fécondité est de 3,1 dans les villes de Yaoundé et Douala, 4,5 dans les autres villes, mais se situe à 5,8 en milieu rural. La relative constante des niveaux actuels de fécondité permet d'estimer le nombre d'enfants d'une femme en zone rurale à 2,7 enfants de plus qu'une femme de Yaoundé et Douala et à 1,3 enfants de plus qu'une femme des autres villes. Toutefois, quelque soit leur milieu de résidence, les femmes réalisent le maximum de leur fécondité entre 25 et 29 ans. Cette pression démographique observée découle non seulement de la représentation que l'Africain se fait de la famille, mais aussi des comportements actuels en matière de sexualité. A ce titre, l'enfant en milieu africain continue d'être perçu à la fois comme une valeur biologique et culturelle. L. Roussel (1995:140) note à ce titre que « la famille est le lieu obligé de cette double survie puisqu'elle assure à la fois le renouvellement des générations et par l'éducation, la permanence des valeurs sociétales ».

Cette importance accordée à la fécondité de la femme est de nature à rendre fragile la santé de reproduction de la mère et même à la rendre vulnérable aux IST dont le SIDA. Comment peut-il en être autrement quand on sait par exemple qu'en Afrique, le nombre de naissances, surtout les garçons, détermine le statut social de celle-ci (Akam 1999 et Rwenge 2000). C'est ce qui explique que la fécondité élevée est un trait caractéristique et reluisant de l'image de la femme. À ce titre, plus une femme est féconde, plus grand sera son statut au sein de la société, et toute remise en question de cette fonction maternelle de la femme peut conduire cette dernière à la marginalisation (Dozon et Guillaume 1994:179-223) et au mépris.

En replaçant la fécondité dans son système culturel, l'on constate aisément que les attitudes des personnes sont révélatrices des rapports et des comportements

les plus fondamentaux de l'homme et de la femme. À ce titre, l'amélioration du statut de la femme passe nécessairement par une action sur la fécondité, les conditions de vie et de santé tant en milieu urbain qu'en zone rurale.

Facteurs socioéconomiques et démographiques

La capacité de la famille et de la collectivité à prendre soin des malades du SIDA reste tributaire dans une grande mesure du niveau de revenus et des réseaux sociaux. Or, la crise économique et la paupérisation qui touchent les populations depuis plus d'une décennie ont permis de développer des nouvelles stratégies de riposte à la crise, et la sexualité en est une pour bon nombre. C'est ainsi que dans les grandes agglomérations s'est développée une sexualité de crise (Eboko 2000:245-246) où, en plus des prostituées habituelles, se sont ajoutées des prostituées occasionnelles (dont les charmes sont monnayés ponctuellement), les jeunes femmes qui combinent leurs aspirations affectives aux besoins matériels pour une polyandrie plus ou moins officieuse (un « sponsor » qui finance et le « meilleur petit » pour le recours affectif) et enfin les « filles à marier » dont les espoirs familiaux et personnels sont exclusivement portés vers la recherche d'un bon partenaire pour la vie.

Le plus souvent, les personnes qui décèdent sont généralement ceux sur qui reposent tous les espoirs de la famille tant il est vrai que l'épidémie décime le groupe d'âge le plus actif et le plus productif (20-25 ans). Des études ont montré que la disparition d'un membre de la famille adulte dans la force de l'âge a des répercussions à long terme sur le reste de la famille. Dans cet ordre d'idées, c'est la femme qui prend soin du mari malade jusqu'à sa mort. Lorsque le cas inverse se produit par contre, la femme est ramenée soit chez sa mère, soit auprès de ses sœurs ou de ses filles. Lorsque la femme survit à son mari, elle devient entièrement responsable de la famille, ce qui l'amène à se remarier ou à se livrer à la prostitution, pour la survie de ses enfants.

L'âge du premier rapport sexuel a considérablement reculé à cause d'un ensemble de facteurs : l'urbanisation rapide et la scolarisation de plus en plus tardive des jeunes filles, le travail des femmes ainsi que de nouveaux modèles de vie que véhiculent les médias occidentaux. Le changement observé concerne plus les circonstances de ces premiers rapports sexuels. Avant, la coutume voulait que la jeune fille soit placée sous la surveillance et la protection d'une tante paternelle avant ses premières règles. De nos jours, il y a moins de surveillance et les rapports sexuels avant le mariage ne sont pratiquement plus sanctionnés.

Le phénomène migratoire et l'incidence sur la santé de la famille

Le déplacement des populations d'une région à une autre est un phénomène social ancien qui concerne à la fois riches et pauvres, jeunes et vieux, mariés et célibataires, divorcés et veufs. Les raisons évoquées visant à justifier ces migrations sont diverses et complexes. Ce sont : de la recherche d'un emploi ou d'une vie meilleure, la fuite de la guerre, la poursuite des études, le rejet par les autres membres de la communauté et bien d'autres causes encore. Cette recherche d'une vie meilleure conduit le plus souvent les personnes démunies à entretenir des relations sexuelles avec des personnes plus âgées moins pour le plaisir que pour de l'argent. En effet, l'expression sexe pour de l'argent renvoie à cette pratique répandue qui consiste à monnayer les relations sexuelles. Cette expression est également utilisée pour désigner les filles ou les femmes qui ont plusieurs partenaires, même s'il n'y a pas échange d'argent tandis que la prostituée est cette femme qui entretient des rapports sexuels en dehors du mariage. Une étude menée en Ouganda a montré qu'un pourcentage assez élevé de veufs âgés de 30 à 40 ans et de veuves de 15 à 44 ans quittent leur domicile conjugal. Les jeunes veuves quant à elles retournent auprès de leurs parents. La connaissance de cette pandémie a considérablement réduit le taux de migrants stigmatisés par le SIDA. En outre, les veufs possédant des enfants sont plus enclins à la migration que ceux qui n'en possèdent pas. Cette trajectoire migratoire peut être relié au SIDA dans la mesure où la maladie a permis aux veuves d'hériter des biens ou de se remarier. Plusieurs d'entre elles sont expulsées du village et voient leurs biens saisis. Pour échapper ainsi à la stigmatisation sociale, beaucoup quittent la région pour s'occuper de leur famille. Les veufs âgés de 29 ans et les veuves de 30 ans et plus constituent la catégorie sociale qui émigre le plus. Les plus âgées vont retrouver leur fils ou parents puisqu'elles ont moins de chance de se retrouver à nouveau sous un toit conjugal.

Famille et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'image véhiculée sur le SIDA, du fait même de l'absence de remèdes et de traitement efficace contre la maladie, a influencé dans une grande mesure les réseaux communautaires de prise en charge des malades. Cette prise en charge reste fonction de l'ethos social ancré dans les représentations populaires de la maladie au Cameroun. Ainsi, des stéréotypes ont été véhiculés à propos du VIH/SIDA présenté comme étant « la maladie de la honte », symbole du « relâchement des mœurs », résultat du « vagabondage sexuel » et de tout un ensemble de propos comportementalistes qui conduisent à culpabiliser moins ceux

qui continuent d'entretenir des relations sexuelles conformes aux normes et à la morale que ces couches de la population identifiées très tôt comme groupes à risque (jeunes scolaires et universitaires, militaires, prostituées, transporteurs).

En matière de prise en charge, le choix de la personne appelée à s'occuper d'un malade de SIDA dépend d'un certain nombre de facteurs qui vont de la perception que l'on a de la maladie, du niveau de revenus de la personne et de sa famille, de sa situation matrimoniale, de la gravité de son état de santé ou encore celle de son conjoint. Au sein d'un couple, les deux partenaires s'occupent mutuellement l'un de l'autre. Les célibataires quant à eux sont généralement pris en charge par leur mère lorsqu'elle est vivante, leurs frères ou sœurs dans le cas contraire.

Conclusion

Cette étude montre que l'élément culturel est un facteur non négligeable si l'on veut engager une action efficace de lutte contre une épidémie comme celle du VIH/SIDA. Toutefois, les facteurs culturels ne suffisent pas à expliquer entièrement l'ampleur et la propagation du VIH/SIDA dans la mesure où les questions de sexualité et de santé de la reproduction se posent avec acuité. La pression des valeurs nouvelles fait en sorte que les jeunes générations ne parviennent pas à résister à l'attrait de la modernité et par conséquent, à reproduire les schèmes comportementaux transmis par les parents. Cette situation peut être observée par exemple au niveau du choix des partenaires sexuels pour une liaison temporaire ou pour la vie de couple.

Il serait intéressant d'initier des études anthropologiques spécifiques sur l'origine des comportements sexuels pour mieux comprendre l'effet des valeurs culturelles sur la propagation et le traitement du VIH/SIDA, avec un accent particulier sur les groupes présentés comme étant les plus vulnérables (jeunes adolescents, prostituées, militaires, femmes libres, camionneurs, enfants des rues, etc.). En outre, l'analyse de la relation existante entre le taux de prévalence du VIH et la pauvreté, l'évaluation de l'effet des valeurs culturelles sur le VIH/SIDA, la détermination de l'influence du changement d'attitudes à l'égard des traditions sur les différents aspects de la propagation, du traitement et de la prise en charge de la maladie se présentent comme autant de domaines qui peuvent permettre de mieux comprendre la corrélation qui existe entre la propagation de la maladie et les facteurs socioculturels au Cameroun.

Bibliographie

- Akam E., 1999, « Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche de facteurs – le cas du Cameroun », in *Les Cahiers de l'IFORD*, no. 26, IFORD, Yaoundé, octobre.
- Alexandre P., Binet, J., 1958, *Le groupe dit Pahouin Fang*, Boulou, Beti, Paris, PUF.
- Andezian S., 1985, « Nouvelles représentations de la santé et de la maladie : la dialectique entre traditions et modernité », Université de Laval.
- APAC-Cameroun, 1994, « Étude de base communautaire sur les facteurs socio-culturels de la propagation et de la prévention du VIH/SIDA au Cameroun ». Rapport de recherche.
- Balandier G., 1974, *Anthropologiques*, Paris, PUF.
- Balandier G., 1963, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF (2e éd.)
- Beat Songue P., 1998, « Influence du milieu social sur la sexualité et les comportements reproducteurs des adolescents au Sud Cameroun », in Kuate-Defo, B. (dir.), *Sexualité reproductive durant l'adolescence en Afrique. Avec une attention particulière sur le Cameroun*, Québec, EDICONSEIL Inc.
- Beat Songue P., 1986, *La prostitution en Afrique, l'exemple de Yaoundé*, Paris, L'Harmattan, 154 p.
- Beker ch., Dozon j.p., Obbo ch. & Touré M. (Eds.), 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, CODESRIA-Karthala-IRD.
- Caldwell J. C. & al., 1989, « The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, no. 15, p.185-234.
- Caldwell J. C., 1993, «Tenth Transition: The Cultural Social and Behavioural Determinants of Health in the Third World », *Social Science and Medicine*, Vol. 36, no. 2.
- Care International, 2001, *Analyse de la situation du VIH/SIDA sur les axes routiers du Cameroun*, Yaoundé.
- Clumeck N., 1989, *Heterosexual-promiscuity Among African Patient with AIDS*, N. Eng. J. Med.
- CNLS, 2001, *Guide technique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Cameroun*, Yaoundé : Imprimerie Saint Paul.
- Coquery-Vidrovitch C., 1994, *Les africaines* (Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXe au XXe siècle), Paris, Éd. Desjonquères.
- Dozon J. P. et Guillaume A., 1994, « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida », *Populations africaines et Sida*, Paris, La Découverte / CEPED, p. 179-223.
- Eboko F., 2000, « Risque-sida, sexualité et pouvoirs. La puissance de l'État en question » in Courade, G. (dir.), *Le désarroi camerounais : l'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala, pp. 235-262.
- Hurault J., 1962, *La structure sociale des Bamiléké*, La Haye, Mouton.

- Ilinigumugabo A., 1989, *L'espacement des naissances au Rwanda : niveau, causes et conséquences*, Louvain-La-Neuve, CIACO/Institut de démographie, 243 p.
- Kimani, V., 1989, *Sexuality in Africa: The Role of Cultural Belief and Behaviour in the Control of AIDS*, Montreal.
- Laburthe-Tolra P., 1981, *Les seigneurs de la forêt. Essai sur le passé historique, l'organisation sociale et les normes ethniques des anciens Bété du Sud Cameroun*, Paris : Sorbonne.
- Nebout N., 1994, *Lumières sur le SIDA, Les classiques africains*, Versailles, 103 p.
- Ombolo J. P., 1990, *Sexe et société en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- ONUSIDA, 2000, *Le SIDA en Afrique : pays par pays*, Genève.
- ONUSIDA/UNESCO, 1999, « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, l'expérience de l'Ouganda » – Rapport national.
- Rosenheim M. et al., 1989, *SIDA : Infection à VIH. Aspects en zone tropicale*, Paris, AUPELF/ELLIPSES.
- Roussel L., 1995, « Fécondité et famille » in Gérard, H. et Piché, V. (dir.) *La sociologie des populations*, Montréal : PUM ; Paris : AUPELF/UREF.
- Rwenge M., 1999, « Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun », in *Les Cahiers de l'IFORD*, no. 26, IFORD, Yaoundé, octobre.
- Rwenge M., 1999, Facteurs contextuels des comportements sexuels (le cas des jeunes de la ville de Bamenda, Cameroun), UEPA/IFORD, no. 40, 164 p.
- Rwenge M., 2002, « Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun », IFORD, *Les Cahiers de l'IFORD*, no. 28, 276 p.
- Sabatier R., 1989, *L'épidémie raciste*, Paris, L'Harmattan, Institut Panos.
- Tabutin. D., 1988, *Population et sociétés en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- Tchak S., 1999, *La sexualité féminine en Afrique : domination masculine et libération féminine*, Paris, L'Harmattan.
- Touré, M., 1995, « À propos des facteurs anthropologiques de la propagation du SIDA en Afrique », *Anthropologie africaine*, Revue de l'Association panafricaine d'Anthropologie, vol. II, n°2, pp.129-143.
- Yana, D., 1995, « À la recherche des modèles culturels de la fécondité : une étude exploratoire auprès de Bamiléké et Bété de la ville et de la campagne », Institut de démographie de l'UCL, Louvain-La-Neuve, Académia, Paris, L'Harmattan.