



HAL
open science

Sida et gestion de la santé des travailleurs dans une plantation au Sud-Cameroun

Nicole Vernazza-Licht, Severin Cecile Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezy

► To cite this version:

Nicole Vernazza-Licht, Severin Cecile Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezy. Sida et gestion de la santé des travailleurs dans une plantation au Sud-Cameroun. *Le Journal du SIDA*. Hors série, 2001, 138, pp.29-34. hal-01442676

HAL Id: hal-01442676

<https://hal.science/hal-01442676v1>

Submitted on 11 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Sida et gestion de la santé des travailleurs dans une plantation au Sud-Cameroun

Nicole Vernazza-Licht*, Séverin Cécile Abega**, Daniel Bley*, Héléne Pagezy***

Une plantation d'hévéas camerounaise comme lieu d'exposition au risque de contamination par le VIH ? Une équipe de chercheurs en sciences humaines issus de deux laboratoires français et d'un laboratoire africain s'est intéressée aux structures de soin et aux personnels de santé entourant les salariés de l'entreprise. Ces derniers s'organisent et réclament une formation pour y endiguer l'étendue indéniable de la pathologie.

Les exploitations forestières et les sociétés de plantation constituent au Cameroun des lieux de travail et de vie pour une partie de la population du pays. Les travailleurs viennent de toutes les régions et des pays limitrophes et, pendant de nombreuses années, ils résident seuls ou en famille au sein de l'exploitation, loin de leur ville ou village d'origine où ils retournent essentiellement lors des vacances annuelles. Occupant de vastes hectares, ces sites d'activité constituent en fait de véritables villes dans la forêt et représentent des lieux de brassage de population et des pôles attractifs du fait des échanges économiques, en

particulier lors des week-ends de paye avec la venue de populations extérieures à la plantation.

Dans ce contexte, il nous avait semblé pertinent de prendre comme exemple l'une de ces entreprises agricoles pour y étudier la gestion de la sexualité des travailleurs et leur exposition aux risques de sida et de maladies sexuellement transmissibles (MST), en faisant l'hypothèse que les entreprises forestières peuvent constituer des noyaux de diffusion de l'épidémie, largement sous-estimés, notamment en direction du milieu rural.

La plantation où nous menons notre étude¹ est située en milieu rural, au Sud-Cameroun. Elle est spécialisée dans la culture de l'hévéa

et la commercialisation du caoutchouc. Elle emploie 5 600 travailleurs et on considère que, compte tenu de l'entourage familial, environ 25 000 personnes résident régulièrement dans la plantation². L'entreprise s'étend sur 40 000 ha : 15 000 ha sont plantés d'hévéas, entièrement clôturés et accessibles par trois entrées. L'entreprise, qui est l'une des plus importantes du Cameroun, a mis en place pour la gestion de la santé de ses travailleurs un service médical et des structures de soin (15 dispensaires satellites et un hôpital de 150 lits). L'hôpital comprend cinq pavillons, un service de chirurgie avec un bloc opératoire, et différents services de médecine spécialisée (pédiatrie, gynéco-obstétrique), une pharmacie et un laboratoire d'analyse³. Les dispensaires sont implantés dans chaque village de la plantation sous la responsabilité quotidienne d'un infirmier. Composé de 80 personnes, le service médical est chargé de dispenser des soins aux travailleurs et à leur famille⁴ et de promouvoir

* UMR 5036 du CNRS, université Victor-Segalen, Bordeaux II.

** IRSA, université catholique de Yaoundé, Cameroun.

*** UMR 6578 du CNRS, université de la Méditerranée, Marseille.

la médecine préventive (éducation sanitaire, planning familial, prévention des maladies, et en particulier des MST et du sida).

Les difficultés économiques et logistiques auxquelles sont confrontées certaines entreprises africaines du fait de la diffusion de l'épidémie de sida dans les couches jeunes et actives de la population et chez les cadres ont été mises en évidence à différentes reprises et par différents auteurs (Aventin, Garenne, 1998 ; Aventin, Huard, 1997, 1999 ; Brown, Clapper-ton, 1996 ; Chevalier, 1994). Faits et rumeurs mettent l'accent sur des politiques de dépistage systématique de la part d'entreprises soucieuses de limiter les frais suscités par l'absentéisme, la maladie et le décès de travailleurs. Au Cameroun, des chefs d'entreprise délèguent effectivement au service de médecine du travail la charge de dépister systématiquement au moment de l'embauche les postulants à l'emploi (Talom, 2001 : 18). L'un d'eux, en décembre 2000, à Yaoundé, nous expliquait ainsi que le dépistage est une condition préalable pour être recruté dans son entreprise et que le coût du test est à la charge du postulant. Données statistiques à l'appui, il estimait que 10 % des postulants se révélaient séropositifs. Le dépistage systématique des travailleurs à l'embauche n'est pas pour autant une pratique généralisée dans toutes les entreprises, même celles qui très tôt ont été concernées par des cas de séropositivité et de sida, comme la plantation où nous menons notre étude. Initialement, la population de travailleurs était essentiellement constituée d'hommes célibataires, présentés dans les discours des différents

responsables comme très actifs sexuellement. Lors des jours de paie, qui correspondent avec le grand marché mensuel, et à la quinzaine quand sont payés des acomptes sur le salaire du mois en cours, vient en effet à la plantation une masse importante de gens, parmi lesquels beaucoup de femmes surnommées les « arrivages ». Leur objectif avoué est, soit d'écouler des produits vivriers, soit des produits manufacturés (articles vestimentaires, cosmétiques, bijoux bon marché, etc.), soit de rendre visite à des parents ou à des amis. Mais beaucoup de filles viennent aussi « se promener, voir, accompagner » quelqu'un. Elles sont là à la recherche d'opportunités de partenariat occasionnel avec un homme qu'elles connaissent déjà, ou que la fortune mettra sur leur route.

Il semble cependant que, si le phénomène *arrivage* a été important autrefois, lorsque la population laborieuse était essentiellement masculine, il a tendance à diminuer avec la formation de familles et l'accroissement des taux de féminité. La population des travailleurs s'est féminisée, même dans les emplois agricoles, et aujourd'hui de nombreuses « saigneuses » sont employées aux travaux de récolte de l'hévéa.

Dès lors, la mobilité sexuelle se concentre de plus en plus au sein même de la plantation, entre adultes mais également avec la population de jeunes et d'adolescents qui fréquentent le collège. On peut craindre en conséquence que les facteurs de proximité et d'interconnaissance qui limitent l'usage du préservatif (Vernazza-Licht, 2000), ajoutés aux éléments classiques de non-usage (coût, accessibilité, réticence), participent de la diffusion de l'épidémie dans une couche

jeune de population qui se croit à l'abri de tous risques au cœur même de la forêt (Sauzade et al., 2000).

La proximité, le voisinage jouent donc un rôle essentiel dans les relations sociales, et les rapports individuels s'organisent d'abord entre habitants d'un même village de la plantation, d'autant que certains villages sont distants de plus de 17 kilomètres. Cependant, le voisinage n'a pas la même importance pour le propriétaire d'un véhicule, bicyclette, motocyclette ou automobile. Ceux-ci peuvent circuler plus facilement, aller d'un village à l'autre, aller dans la ville voisine. De ce fait, il leur est facile de nouer des partenariats avec des personnes vivant sur d'autres sites. Pour cette catégorie de personnes, les limites du village s'ouvrent, et le lieu de résidence ne peut donc pas être considéré comme le lieu privilégié des échanges.

De l'information à la distribution de préservatifs : les limites de l'intervention

Nous pensons aussi que les relations sexuelles s'organisent dans un rapport où l'établissement des liens dépend beaucoup de la mobilité et de la fortune. En effet, si la femme propose essentiellement des services, l'homme offre des prestations à caractère matériel. Sa capacité de négociation dépendra donc beaucoup de sa situation économique. Or il n'existe pas de service de taxi à l'intérieur de la plantation, et les déplacements sont essentiellement tributaires des moyens individuels. Voitures et motos sont, dans une large mesure, détenues par les hommes. Enfin, à cause des travaux de ménage et des soins aux enfants, la mobilité des femmes est plus

faible que celle des hommes. L'examen de ces différents éléments montre bien que les hommes du sommet de l'échelle ont les moyens de négocier leurs partenariats avec les femmes de toutes les autres catégories, quel que soit leur lieu de résidence. Ils sont donc exogames par rapport à ces deux éléments, tandis que les catégories les plus modestes pratiquent plus souvent une forme d'endogamie parce qu'ils peuvent surtout s'adresser à des femmes qui partagent leur unité de résidence et leur classe sociale.

Les femmes, de leur côté, ont le comportement inverse : elles sont endogames quand elles sont en haut de l'échelle sociale, et exogames quand elles sont simples ouvrières ou manœuvres. Il se dessine ainsi un double schéma. L'homme cherche sa partenaire sur le même palier ou sur les paliers inférieurs de la stratification sociale, alors que à l'envers, la femme peut les trouver sur le même palier ou sur les paliers supérieurs.

Les travailleurs ne sont pas conscients de cette situation. Leur discours met l'accent, en dehors des « arrivages » qui masquent une réalité de gens « à risque » bien différents, sur une deuxième catégorie, celle des « cadres », terme générique pour désigner une cinquantaine de personnes, qu'ils considèrent comme la fraction la plus « mobile sexuellement ». Dans les deux cas, le risque est donc perçu comme lointain, lié à des personnes « différentes », voire inaccessibles, et cette situation tend à leur faire minimiser le risque lié aux personnes qu'ils fréquentent effectivement. Les dirigeants de l'entreprise, les professionnels de santé et les travailleurs, à des titres divers, sont sensibilisés à la

question du sida depuis très longtemps, même si, comme le note une informatrice, cadre de l'entreprise dans la plantation, la connaissance des travailleurs sur le sida a semble-t-il évolué : « Il y a quatre ans, on vous aurait dit : Le sida est-ce que ça existe même ? Aujourd'hui les gens ont vu des gens mourir, n'âgir, ils ne savent pas exactement de quoi, mais ils pensent sida ! »

En effet, la maladie reste difficile à reconnaître par la population qui en entend parler notamment par la radio, les journaux et la télévision. Au sein de la plantation, différentes modalités d'information des travailleurs (meeting, conférences-ateliers, causeries éducatives...) ont été utilisées au fil des années pour informer et sensibiliser les travailleurs et leurs familles aux risques liés au sida et plus globalement aux MST. Il faut noter qu'un discours de prévention associant les MST et sida, comme on l'a vu se développer depuis plusieurs années tant en Europe qu'en Afrique, n'est pas forcément entendu et compris dans une population qui a l'habitude de vivre avec les MST en les ignorant (beaucoup de stérilité secondaire ne sont pas imputées aux MST), en les supportant ou en les banalisant (douleurs, écoulements). Un médecin stagiaire, lors d'un entretien, s'est étonné du nombre de MST relevé lors de consultations par rapport à ce qu'il a l'habitude de voir dans les services médicaux de Yaoundé. Ayant fait le même constat dans une autre plantation où il a fait un stage préalablement, il estime que cette situation est caractéristique des travailleurs des sociétés forestières. Il pense que cette situation n'est pas due seulement à l'ignorance des personnes, car il a noté que le phénomène touche



toutes les catégories sociales, y compris le personnel soignant. Il attribue cette forte mobilité sexuelle à l'absence de distraction dans ce « genre de lieu » et considère que, « si c'est aussi le cas des villages de milieu rural, la différence tient au fait que, dans les plantations et les entreprises agricoles, cette mobilité est accrue par la circulation d'argent ». Ce jeune médecin estime que le niveau de MST est sous-évalué car il s'agit d'une maladie « honteuse » et que, de ce fait, toutes les personnes concernées ne viennent pas consulter à l'hôpital. En revanche, il s'est aperçu que ce sont souvent les mêmes personnes qui reviennent se faire soigner et qui, donc, continuent à ne pas prendre de précaution, notamment par l'usage de préservatif. Pour faire prendre conscience des risques et lutter contre le sida, la direction de l'entreprise en collaboration avec le service médical a pourtant distribué, plusieurs années, trois préservatifs gratuits dans l'enveloppe de la paye. Le médecin chef, pour bien montrer l'intérêt de cette mesure, précise qu'« on retrouvait les préservatifs autour du stade de foot

le lundi matin ». Cette distribution a été arrêtée ces dernières années en raison, semble-t-il, de restrictions budgétaires. Elle doit être rétablie à la demande expresse des comités représentant les travailleurs.

Counselling et dépistage : le monde médical et ses contradictions

On constate néanmoins que l'usage du préservatif reste limité, faute d'accessibilité notamment, puisqu'il est difficile d'en trouver dans les commerces de la plantation et que les saigneurs, qui constituent la grande masse des travailleurs, comme les jeunes adolescents, sortent rarement de la plantation.

Le sida, au Cameroun comme ailleurs, est une maladie que l'on dépiste avec angoisse, parfois à l'insu du malade. Faute de la mise en place d'un véritable circuit de dépistage, à l'exemple des centres de diagnostic anonymes et gratuits en France, les certitudes, quant aux modalités d'information sur le dépistage, puis sur la remise du résultat positif sont difficiles à acquérir. Le discours sur les pratiques relève en

dernier ressort du secret entre le médecin et son patient. Cela alimente nombre de rumeurs sur la qualité de l'information dont dispose une personne qui a été dépistée. Elles sont d'autant plus fortes que, en milieu professionnel, les travailleurs restent suspicieux tout en n'ayant pas toujours les moyens cognitifs et logistiques de savoir quelle est la conduite adoptée par l'entreprise, sa suggestion effective vis-à-vis du service médical ni d'ailleurs l'autonomie et les capacités de rétention d'information des médecins par rapport à leurs dirigeants.

Dans les faits, on peut relever que, en dehors du don de sang, les tests de dépistage sont souvent réalisés lorsque le personnel médical, au vue de complications de santé, maladies ou diarrhées chroniques, suspecte un cas de séropositivité/sida. Il est difficile d'apprécier avec certitude l'état de connaissance réelle des patients en ce qui concerne le dépistage et l'annonce de résultat positif, étant donné que la prescription et l'annonce relèvent strictement du médecin et de sa discrétion.

Les laborantins qui réalisent les tests ne savent jamais précisément qui est avisé d'un résultat positif. Des cas de personnes informées de leur statut sérologique sont cités, notamment celui d'une jeune femme qui s'est évanouie après la remise du résultat par le médecin-chef, ou celui d'une autre jeune femme qui, étant allée faire confirmer son résultat dans un laboratoire de Douala, lequel s'est révélé négatif, a agressé verbalement le médecin à son retour, se plaignant par ailleurs du non-respect de la confidentialité. Il y a aussi le cas de ce travailleur parti quelques temps en France pour se faire soigner et obtenir les traitements adéquats... Néanmoins, les infirmiers hospitaliers sont inquiets des risques qu'ils peuvent encourir à ne pas connaître le statut sérologique de patients séropositifs. Au-delà des discours souvent contradictoires et dont il est difficile d'apprécier la part de vérité, il existe malgré tout des pratiques clairement énoncées par les médecins. Interrogés sur leurs pratiques en matière de counselling, les médecins précisent que la remise du résultat dépend de la volonté et de la capacité des malades à entendre le résultat et à se prendre en charge ; ils doivent apprécier, au cas par cas, la quantité et la qualité des informations que la personne contaminée est en mesure de recevoir. Un médecin commentant sa pratique en matière de dépistage considère que, dans le cadre du « colloque singulier médecin-malade, il essaie de conduire la personne, dont il pense qu'elle peut être atteinte, à accepter l'idée » d'un dépistage. Il fait ensuite l'annonce et explique que la séropositivité ce n'est pas la mort. Il tient un « discours d'espoir »

disant que « avec une bonne hygiène de vie (nourriture, sport, repos) plus les médicaments (trithérapie pour ceux qui ont de l'argent), le malade a des chances de vivre longtemps ». A l'appui de sa thèse, il donne l'exemple de travailleurs qu'il sait séropositifs depuis plus de quinze ans. Il donne de l'espoir en expliquant qu'entre-temps la recherche peut avoir fait des progrès et que le patient pourra bénéficier d'un vaccin ou de traitements et explique qu'il faut préserver les autres en utilisant le préservatif mais que cela revient aussi à se protéger soit même en évitant ainsi les surcontaminations. L'ensemble de ses arguments va dans le sens d'un discours d'accompagnement de la personne ; le problème pour ce médecin est qu'il tient, comme il le souligne d'ailleurs, « un discours qui ne peut concerner que des personnes instruites ou ayant une attitude raisonnable ». De surcroît, il considère qu'« un tel accompagnement ne peut concerner que de petits effectifs », car « compte tenu des moyens dont il dispose, il ne peut pas s'occuper des 600 séropositifs de la plantation ». Force est de constater qu'avec un discours médical prônant un exercice en colloque singulier l'on se heurte ici à l'opacité de l'exercice

médical⁸ (Vernazza-Licht, 1996). Conscients des problèmes posés par leur pratique et la progression de l'épidémie au sein de la plantation, les médecins sont unanimes à réclamer une aide pour la formation des soignants au counselling adapté aux réalités des sociétés africaines et en même temps à leur situation particulière au sein d'une entreprise. Cette demande est identique et régulière chez tous les paramédicaux auprès de qui nous avons enquêté, qu'ils travaillent au sein de l'hôpital ou dans l'un des dispensaires installés dans les villages de la plantation. Ils se sont d'ailleurs, pour certains, regroupés en association.

Des initiatives individuelles

Deux associations se sont créées, ces dernières années, à l'initiative de soignants travaillant à la plantation. Si leurs objectifs ne sont pas totalement similaires, elles témoignent de la conscience qu'ont ces personnes de la nécessité de s'organiser pour lutter contre l'épidémie, au-delà de l'action qu'ils ont dans leurs activités quotidiennes de médecins, d'infirmiers ou de laborantins. En octobre 1998, à l'initiative d'un laborantin et de deux infirmiers, une association a été

créée, Aids and our Reactions (AOR). Elle a d'emblée affiché sa volonté de réaliser des actions de sensibilisation et d'information auprès des travailleurs de la plantation, dans la mesure où ces paramédicaux ont à connaître de nombreux cas de séropositivité, parfois même de proches, ou de collègues avec lesquels ils travaillent au quotidien.

Pour le laborantin à l'origine de AOR, « les travailleurs ne sont pas enclins à croire les discours d'information sur le sida des personnes venant de l'extérieur car se sont des étrangers ; les actions de sensibilisation doivent venir de gens connus par les travailleurs, qu'ils côtoient régulièrement et auxquels ils font confiance ». Il considère en effet que le danger en matière de sida s'est considérablement accru dans la plantation et qu'il ne s'agit plus seulement de se méfier des femmes venues lors des marchés et des week-end, le danger est maintenant dans la plantation compte tenu de la mobilité sexuelle des travailleurs entre eux. Effectivement, les données fournies par le service médical montrent une augmentation constante des cas connus puisque, sur deux ans, 210 cas de séropositifs sont relevés, 66 cas de malades et 14 cas de décès liés au sida.

La somme des bonnes volontés, quel que soit le niveau d'où elles émanent, ne suffit pas pour mettre en place une politique cohérente de prévention et de prise en charge de la maladie.

Ayant une « position privilégiée pour connaître le nombre de sérologies positives et l'ignorance par les populations de leur statut sérologique », ce laborantin pense que « l'utilité de son association pourrait être de mettre en place une équipe de counselling pour suivre les personnes séropositives et malades et les aider ».

L'inquiétude des paramédicaux tient notamment au fait qu'ils ne savent pas précisément quel est l'état de connaissances des personnes séropositives quant à leur statut, ni quelles sont les informations qui leur ont été communiquées par l'équipe médicale. Ils s'inquiètent face aux comportements de séropositifs qui multiplient les partenaires ou de jeunes mères qu'ils savent contaminées.

Cette association de douze membres fondateurs (paramédicaux et médicaux essentiellement) a grandi, passant de vingt-cinq à cinquante adhérents, mais son action reste limitée faute de moyens de base tels que l'essence ou un véhicule pour circuler au sein de la plantation.

L'autre association, Asacardi-SVR International (Association for Aids Care and Related Diseases), a été fondée en janvier 2000 à l'initiative du médecin chef, mais son siège est à l'extérieur de la plantation, à la ville balnéaire voisine. Il s'appuie sur un réseau de notabilités et de médecins dont certains ont, ou ont eu, des responsabilités au ministère de la Santé à Yaoundé ou dans des hôpitaux de Douala et de Yaoundé. L'objectif de cette dernière association est plus axé sur la participation à un réseau d'associations susceptibles d'œuvrer au plan national pour obtenir des aides internationales, et notamment

l'accès aux médicaments disponibles mais trop coûteux pour l'Afrique et le Cameroun. L'absence de traitements peut entraîner diverses dérives comme celle notée par le médecin, président de l'association dans le document de présentation de cette ONG : « *Aujourd'hui, les charlatans et guérisseurs traditionnels d'Afrique et d'ailleurs deviennent de plus en plus les vrais maîtres du jeu en matière de sida. Ils se sucent et s'engraissent... Le plus révoltant et même décourageant est que les thérapies les plus récentes capables d'améliorer la qualité de vie des victimes ne sont pas à la portée des Africains.* »

La direction se dit préoccupée par l'épidémie au sein de l'entreprise

L'étude sur la perception et la gestion du risque vis-à-vis du VIH conforte notre hypothèse initiale que les entreprises agricoles implantées en milieu rural constituent des lieux à risque de propagation de l'épidémie. Elle met également en évidence que les entreprises, quels que soient les moyens adoptés (dépistage systématique pour certaines, minimisation de l'épidémie pour d'autres), n'apportent pas toujours les réponses adéquates.

De la part des travailleurs, même si chacun s'accorde à reconnaître la grande mobilité sexuelle à l'intérieur de l'entreprise, on constate que le danger reste toujours perçu comme venant de l'extérieur, de personnes catégorisées à risque, comme « les arrivages », et non comme un danger de proximité. Le risque lié à la mobilité des travailleurs hors de la plantation, essentiellement vers leur village d'origine lors

des vacances annuelles, n'est absolument pas pris en considération.

Soucieuse d'une manière générale de la santé de ses travailleurs, l'entreprise a mis en place dès sa création en 1975 des infrastructures de santé mais également des facilités d'accès aux soins en instaurant une gratuité partielle et une accessibilité au service de santé dans ce milieu rural. En ce qui concerne le sida, en dehors de la distribution de préservatifs, on ne note pas, de la part de l'entreprise, de politique cohérente dans la durée pour gérer le risque ou pour prendre en charge les personnes séropositives, et ce, malgré l'augmentation constante des cas de personnes contaminées. En cela, la conduite adoptée par l'entreprise ne diffère pas de celles qui sont menées au plan national et qui n'ont pas permis de contenir l'épidémie au Cameroun (Gruénais et al., 1999 ; Eboko, 2000).

Il semble que, avec les années, l'attention accordée initialement à la santé des travailleurs et à l'action du service médical au sein de la plantation est devenue moins importante en raisons de difficultés économiques, de restructurations internes et de modifications de l'actionnariat. Aujourd'hui, la nouvelle équipe de direction se dit préoccupée par le développement de l'épidémie au sein de l'entreprise et tente d'y remédier. La création d'une cellule sida, la mise en place de campagnes de sensibilisation sont à l'étude, et une demande d'intégration de l'entreprise au programme Tricam, afin de bénéficier de traitements à prix réduits, a été faite en novembre 2000 auprès du ministère de la Santé publique.

D'ailleurs, la santé des travailleurs sur un plan plus gé-

néral semble redevenir une préoccupation puisque la direction envisage également de lutter contre le paludisme qui sévit dans la plantation et affecte les jeunes enfants en mettant en place une distribution de moustiquaires aux enfants dans deux villages de la plantation.

Face à l'ampleur de l'épidémie et à l'impact sur les travailleurs et leurs collègues, les soignants, n'ayant pas toujours reçu les formations nécessaires, se montrent désarmés : faut-il procéder à des dépistages ? comment annoncer la maladie ? comment accompagner le malade ? comment aider sans exclure ? Ils cherchent des solutions et s'organisent, limités toutefois dans leur action par les ressources financières. Les difficultés n'empêchent pas qu'il y ait une cohabitation avec des séropositifs, un respect du secret, des volontés de non-exclusion, comme si la maladie entrant dans un ordre plus général de fatalité sociale participait plus largement du quotidien.

Au-delà des structures et des situations particulières, que ce soit en termes de création d'associations de lutte contre l'épidémie ou d'impulsion pour le changement de politique à l'intérieur de l'entreprise, ce sont les hommes qui ont une action déterminante. Pourtant, la somme des bonnes volontés, quel que soit le niveau d'où elles émanent, ne suffit pas pour mettre en place une politique cohérente de prévention et de prise en charge de la maladie. Il faut aussi que les différents acteurs (travailleurs, soignants, cadres dirigeants) agissent en concertation et que leur action puisse être relayée par des structures nationales spécifiques. ■

Notes et sources

1. - Exposition au risque de MST-sida et gestion de la sexualité d'une communauté de travailleurs dans une société de plantation du Sud-Cameroun », étude financée par l'ANRS et par Sidaction-Ensemble contre le sida. Différents entretiens avec les membres du personnel administratif, du personnel de santé et des travailleurs, ainsi qu'une observation in situ à l'hôpital et dans les dispensaires nous ont permis d'apprécier les modalités de prise en charge de l'état de santé des travailleurs et les itinéraires de soin au sein de la plantation.

2. Les habitations sont réparties en quinze villages (sous la responsabilité d'un cadre ou agent de maîtrise) comportant chacun une école primaire et maternelle, un lieu de culte, un dispensaire, des commerces, un terrain de football. Un collège d'enseignement supérieur est situé dans la plantation, et les enseignants et le personnel du collège sont employés soit par l'entreprise, soit par l'Etat.

3. Des consultations d'ophtalmologie et de chirurgie dentaire sont assurées hebdomadairement par des praticiens venant de Douala.

4. L'hôpital assure également des soins à des personnes non employées par la société, que ce soit ceux qui travaillent au sein de la plantation (gendarmes, policiers, enseignants d'Etat, commerçants, familles et amis en séjour

à la plantation, etc.), ou ceux qui appartiennent à d'autres entreprises environnantes et qui ne disposent que d'un dispensaire.

5. Les récents débats en Europe sur une reconnaissance législative de l'euthanasie par les médecins reprennent en partie des discours similaires sur l'autonomie des médecins et leur capacité à gérer en leur âme et conscience les situations entre eux et leurs malades.

Bibliographie

Aventin L., Garenne M., 1998, « Mortalité du personnel d'entreprise provoquée par le VIH/sida : dynamique de l'épidémie de VIH et risques pour le secteur industriel. L'exemple d'Abidjan », communication à l'atelier « Risques face au VIH/sida », IRD, Marseille, 19-20 octobre 1998.

Aventin L., Huard P., 1997, « Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique », RISS, n° 161, pp. 435-448.

Aventin L., Huard P., 1999, « HIV/Aids and Manufacturing in Abidjan », 1996-96, Aids Analysis Africa (Southern Africa Edition), 7 (6) : 10 : 12.

Brown J.C., Clapperton, 1996, « Impact of HIV/Aids on Private Sector in Malawi », Report STAFH project (USAID), 19 p.

Chevalier E., 1994, Enquête en Côte d'Ivoire. Sida et entreprises, édition IMPACT-Sida & Entreprise-Sidalerte internationale, Ambérieu, 130 p.

Eboko F., 2000, « Risque-sida, sexualité et pouvoirs. La puissance de l'Etat en question », in Le Désarroi camerounais (dir. Courade G.), Paris, Karthala, pp. 235-262.

Gruenais M.E. (dir), 1999, Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports Etats/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal), IRD-ANRS, 283 p.

Sauzade S., Vernazza-Licht N., Abega S.C., 2000, « Le passage : pré-adolescence et sexualité au Sud-Cameroun », in Psy-Cause, n° 20-21, pp. 90-95.

Talom J.M., 2001, « Cameroun : encore un effort », in Transversal, n° 1, pp. 17-18.

Vernazza-Licht N., 1996, « La gestion du risque par les professionnels de santé, le dépistage du VIH à l'hôpital », Conseil national du sida, rapport, 48 p.

Vernazza-Licht N., 2000, « Usages des préservatifs et gestion de la sexualité dans une population forestière du Sud-Cameroun dans le contexte de l'épidémie de sida », in L'Homme et la forêt tropicale, Bahuchet, Bley al. eds, SEH/Editions de Bergier, Chateaufort de Grasse, pp. 689-707.