



HAL
open science

Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au sud Cameroun

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

► **To cite this version:**

Severin Cecile Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezy, Nicole Vernazza-Licht. Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au sud Cameroun. Bulletin du Shadyc, 2001, Les Professionnels de santé, 2, pp.27-36. hal-01442681

HAL Id: hal-01442681

<https://hal.science/hal-01442681>

Submitted on 27 Mar 2017

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.

HIERARCHIES SOCIALES ET ENJEUX DE SANTE DANS UNE SOCIETE A ECONOMIE DE PLANTATION AU SUD CAMEROUN

Séverin Cécile Abega*, Daniel Bley**, Hélène Pagezy,*** Nicole Vernazza Licht****

Les données que nous présentons proviennent d'une enquête anthropologique en cours sur la gestion du risque MST-Sida dans une plantation du sud Cameroun¹ connue sous l'acronyme d'HEVECAM, la plus grande unité agro-industrielle de cette zone. Cette plantation possède un hôpital et 14 dispensaires de santé dispersés à travers les villages qui hébergent les travailleurs. Nous menons cette recherche depuis 1999.

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.

A partir de l'exemple des MST et du Sida nous avons pu mettre en évidence:

- L'impact de l'organisation administrative, conçue sur un modèle fortement pyramidal, dans la gestion de la santé du travailleur et de sa famille.
- L'impact de la stratification sociale au sein de l'entreprise, car l'accès aux soins dépend fortement du statut de travailleur, de la place qu'il occupe dans la hiérarchie administrative et sociale, et d'une catégorisation entre membres "légitimes" et "illégitimes" au sein des familles de travailleurs.
- L'impact de représentations normatives, notamment vis à vis des maladies sexuellement transmissibles, qui implique une gestion différenciée de la prise en charge.

* UCAC, Yaoundé, Cameroun

** CNRS, Bordeaux

*** CNRS, Bordeaux

**** CNRS, Bordeaux

¹ Les données que nous analysons ici ont été collectées dans le cadre du projet de recherches intitulé *Exposition au risque de MST/Sida et gestion de la sexualité d'une communauté de travailleurs dans une société de plantation au Sud Cameroun*, projet financé par Sidaction-Ensemble contre le Sida et l'ANRS. Nous remercions la direction et tout le personnel d'HEVECAM pour leur précieuse collaboration dans le déroulement de cette enquête. Nous avons aussi bénéficié d'un soutien du programme de santé de la Coopération française qui nous a permis de prendre part au séminaire de Dakar du 27/02 au 03/03/01 au cours duquel ce papier a été présenté.

Le présent travail décrit ce jeu plutôt complexe des hiérarchies dans l'administration, les services de santé et la société pour éclairer les relations entre soignants et soignés et discute des éléments de médiation de cette relation.

Eléments de présentation de l'entreprise

La société HEVECAM a été créée le 30 avril 1975 par décision gouvernementale. Cette société de développement axée sur l'exploitation agricole d'hévéas et la production de caoutchouc a été privatisée en décembre 1996 et rachetée par le groupe indonésien PANWELL. Elle est installée sur deux sites importants au Cameroun, l'un à Douala où se trouve le siège social, et l'autre à la Niété, site de la plantation.

La plantation se trouve à Niété, dans l'arrondissement d'AKOM II, Département de l'Océan, Province du Sud. Elle se situe à 40 kms de Kribi et à 60 kms au nord-Ouest de Campo, les deux villes les plus proches. La forêt équatoriale dense a été progressivement détruite et remplacée par des hévéas. Elle s'étend sur 30 000 ha dont 15 000 ha plantés d'hévéas. La société emploie 6 300 personnes, et on considère que, compte tenu de l'entourage familial, environ 20 à 25 000 personnes résident régulièrement dans la plantation, ce qui revient à dire que chaque employé de l'entreprise a à sa charge, en moyenne, 3 à 4 personnes.

Des infrastructures industrielles (usine, routes, bureaux) et sociales (logements, écoles, collège, dispensaire, hôpital) permettent l'activité agro-industrielle et le vécu des travailleurs et de leur famille sur le site. Les habitations sont pour la plupart en bois, la taille et l'équipement intérieur variant avec la catégorie socio-professionnelle. L'accès à l'électricité est assuré par la Société Nationale d'Electricité. Une somme est prélevée sur le bulletin de paye pour couvrir la facture d'électricité. L'accès à l'eau courante varie selon les habitations et les villages. Ces habitations sont réparties en 14 villages comportant chacun une école primaire et maternelle, un lieu de culte, un dispensaire, des commerces, un terrain de football.

Les Villages 1 et 2 sont majoritairement habités par du personnel administratif et des jardiniers. Les autres villages, numérotés de 3 à 15 sont occupés par les seigneurs ou les manoeuvres agricoles. Il faut citer aussi Ngok, qui abrite 300 personnes. Ce sont des paysans planteurs d'hévéa, ayant un contrat avec l'entreprise. Ngok compte 50 planteurs villageois qui produisent pour leur propre compte du caoutchouc qu'ils livrent à la Société. Un collège d'enseignement supérieur est situé dans le village II (V2). Les enseignants des écoles et du collège sont soit des employés du Gouvernement, soit des maîtres recrutés par la société. Il existe également une institution privée, le foyer d'art ménager bilingue, qui

prépare à des formations telles qu'aides-soignants, infirmiers, et qui est dirigée par l'épouse d'un cadre. Un économat approvisionné par la société permet d'acheter des produits de première nécessité : riz, huile, sucre à des prix conventionnés. Le village des cadres comprend un club. Chaque village est sous l'autorité d'un chef de village choisi parmi les cadres et les agents de maîtrise.

Le district de Niété est sous l'autorité d'un chef de district et d'un administrateur municipal. Une brigade de gendarmerie, un commissariat et un bureau de poste sont implantés à la Niété. Cette population de travailleurs est uniquement constituée d'adultes majeurs et considérée comme très active sexuellement. L'activité sexuelle est considérée par tous comme plus forte lors des périodes de paye et l'accent est mis par tous sur la venue à cette occasion de prostituées surnommées les "arrivages".

Un grand marché mensuel se tient dans la plantation, au village où des installations fixes sont prévues à cet effet. Il regroupe les commerçants locaux mais aussi ceux venant d'autres villes. Les commerçant(e)s viennent parfois de loin : Douala, Yaoundé distants d'environ 160 et 300 kms respectivement, mais également de la ville la plus proche : Kribi. C'est le marché périodique le plus important du sud du pays. Il coïncide avec le dimanche de la grande paye, ce qui permet aux travailleurs de s'approvisionner dans tous les articles nécessaires. A la quinzaine, s'installe un marché plus petit dans un autre site de la concession, au village V7; c'est un marché essentiellement alimentaire même si d'autres produits sont proposés : produits de beauté, vêtements, etc. Des commerces fixes sont installés aux abords : couturière, petit bar, épicerie, et un grand bar appelé le "Refuge" avec des chambres sur place pour le personnel.

Lors de la création de la plantation en 1975, le service médical n'était représenté que par le dispensaire du V1/V2 sous la responsabilité du Docteur Galéga. Avec l'extension de la plantation, les exigences sanitaires devenant de plus en plus croissantes, il a été créé, par décret ministériel, un service médical autonome.

Le service médical

Le service médical est assuré à partir de l'hôpital central. L'hôpital est composé de 7 bâtiments (5 pavillons, une salle d'attente extérieure, une morgue). Le pavillon central comprend :

- Un bloc opératoire comportant :
 - une salle d'opération
 - deux salles de réveil et de réanimation
 - une salle de stérilisation

- un vestiaire avec toilettes et douches
- quatre bureaux de consultation pour le médecin-chef, les médecins-adjoints ou vacataires, le surveillant général
- une salle de garde
- un laboratoire
- une salle de radioscopie
- un secrétariat et un internat

- Les quatre autres pavillons sont :

- le pavillon de médecine – isolement
- le pavillon de pédiatrie et chirurgie
- le pavillon de gynéco-obstétrique
- le pavillon des services : pharmacie, comptabilité/facturation, stock, buanderie, salle de vaccination, cabinet dentaire

Le but du service médical est d'assurer la sécurité du travailleur, d'apporter un avis sur les risques professionnels, et surtout de dispenser des soins aux travailleurs et à leur famille et de promouvoir la médecine préventive (éducation sanitaire, planning familial, prévention des maladies et en particulier des MST et du sida). 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'État, commerçants, familles et amis en séjour à la plantation etc.), que ceux qui appartiennent à d'autres entreprises environnantes et qui ne disposent uniquement que de dispensaire comme la SOCAPALM, entreprise privée proche de l'HEVECAM.

Deux ambulances assurent le transport des malades au sein de la plantation et à l'extérieur, en direction des grands hôpitaux de Douala et Yaoundé. Certaines évacuations peuvent également s'effectuer en hélicoptère. Les soins de santé primaires sont prodigués aux malades dans les quatorze dispensaires. Chaque dispensaire est dirigé par un infirmier-chef breveté ou diplômé d'État, parfois assisté d'un aide-soignant. Les infirmiers dispensent les premiers soins en fonction de leur compétence, du matériel et des médicaments dont ils disposent, mais surtout, assurent la première consultation d'orientation vers l'hôpital.

Le jour de consultation, planifié en fonction des villages et des cars qui assurent le transport, le patient est orienté par le service d'accueil où il est enregistré vers le pavillon médical concerné, soit après une consultation par l'infirmier surveillant général qui prescrit un traitement, décide d'examen de laboratoire complémentaires, soit après consultation par un médecin.

Prise en charge de la maladie et jeux de pouvoir

Dans la plantation, le remboursement des frais médicaux se répartit entre une partie prise en charge par l'entreprise et une partie restant à la charge du salarié. La part restant à la charge du salarié va dépendre de son statut professionnel, et pour sa famille d'une différenciation entre famille légitime et famille non légitime. Ainsi les frais de remboursement de médicament vont être pris en charge par l'entreprise à 75 % pour le travailleur et sa famille légitime, et à 0% pour la famille non légitime.

La part restant à la charge du salarié va également dépendre du statut accordé à la maladie ou au problème de santé. Ainsi les accidents liés au travail sont pris en charge à 100 % par l'entreprise. Par contre le traitement des MST n'est pas pris en charge par l'entreprise, de même que les consultations médicales et les examens médicaux. Il existe en effet dans l'entreprise une prise en charge différenciée des maladies à partir d'une distinction entre : les *maladies à responsabilité partagée* et les *maladies à responsabilité personnelle*.

Dans la catégorie des maladies à responsabilité personnelle rentrent : *les coups et blessures à la suite de rixe, d'altercation, la circoncision, et les Maladies Sexuellement Transmissibles, les avortements ou tout du moins, puisque l'avortement est illégal, les suites d'avortements mal gérées : infection, curetage, médicaments, etc...* Le remboursement des frais médicaux fonctionne donc sur la notion de "faute" et de punition. La punition consiste à ne pas rembourser le fautif qui va ainsi assumer en totalité les frais entraînés par les soins ou le traitement puisqu'il est responsable de son problème de santé en n'ayant pas su adopter un comportement ou une attitude sans risque.

Ce remboursement et donc le statut différentiel accordé aux maladies met en évidence l'impact de l'organisation administrative dans l'hôpital et sa normativité par le classement entre les "*bonnes maladies*" et les "*mauvaises*". Ceci prend un retentissement particulier du fait que la société est un univers à part dont les échanges avec le monde extérieur sont limités par un relatif isolement et réglementés. L'entrée par des guérites est surveillée jour et nuit par des vigiles, et la forêt offre une barrière difficile à franchir. La notion de punition repose sur un rapport de pouvoir et de domination entre "supérieur/et inférieur" au détriment du malade. Le corps médical est chargé de s'ériger en censeur moral au détriment du malade. Elle montre la normativité de l'entreprise, qui par l'intermédiaire des soignants, sanctionne et décide des "*bons*" comportements et des "*mauvais*" et par voie de conséquence, du classement sous-jacent qui peut s'opérer entre les "*bons*" travailleurs et les autres ou encore, entre les "*bonnes*" familles et les autres.

Cette attitude de l'entreprise dont les praticiens et les paramédicaux sont les opérateurs entraîne des effets pervers en favorisant des soins réalisés par des guérisseurs, c'est à dire hors de la sphère de prise en charge médicale (dispensaires et hôpital de la plantation) ou encore en faisant appel à des infirmiers en dehors du circuit officiel. On peut aussi citer les commerces clandestins de médicaments de contrebande par des vendeurs à la sauvette. Le personnel médical et paramédical peut ainsi jouir d'un prestige et d'avantages divers, notamment financiers (cf. les avortements, la circoncision). Cela accroît le "pouvoir" des paramédicaux et des soignants. Pouvoir que l'on retrouve également "ailleurs", dans des cliniques du pays par exemple ou des médecins pratiquent à un coût élevé des avortements clandestins, comme l'ont mentionné plusieurs informatrices.

L'hôpital, d'institution dispensatrice de soins, s'est transformée en dispensateur de normes sociales : s'il détermine le bon et le mauvais, il prend aussi en charge la consolidation de l'ordre social. Il ne s'agit pas seulement d'entériner l'organisation administrative, mais d'imposer un autre ordre, qui est médical. L'organisation administrative distingue les cadres, les agents de maîtrise et les simples employés. L'hôpital les classe en un centre et une périphérie. Les cadres et le personnel médical de l'hôpital ne vont jamais au dispensaire, compte tenu de la situation géographique de l'hôpital. Seuls y vont les simples employés et les agents de maîtrise affectés dans les villages. L'infirmier du village leur délivre un papier qui permet de les recevoir à l'hôpital. Les éléments de stratification sociale ne se comprennent cependant que quand on les replace dans l'ensemble des rapports sociaux qui s'organisent autour de l'acte d'administration des soins.

Réseaux sociaux et développement des interstices

Le modèle de base qui ressort de la pratique hospitalière au sein de la société que nous étudions oppose deux logiques : une logique binaire et une autre, ternaire. Les malades sont ainsi divisés en deux groupes principaux. Les employés de la société et leurs familles dites légitimes, enfants et épouses, bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 75 % pour les maladies à responsabilité partagée, et tous les autres malades paient la totalité des frais. Cette deuxième catégorie est composée des membres de la famille étendue de l'employé (ascendants directs, collatéraux, alliés, etc.), désignés par le terme de "famille illégitime", des habitants des villages environnants, des employés des unités agro-industrielles situées à proximité, et à l'intérieur de la plantation, des petits commerçants, des fonctionnaires de l'État, des artisans du secteur informel (coiffeuses, restaurateurs, artisans divers). Si la famille est divisée en "légitimes" et en "illégitimes" par rapport à la prise en charge, la maladie apparaît aussi au sein d'un couple organisé par la

réglementation en vigueur : maladie à responsabilité partagée, et maladie à responsabilité personnelle.

La troisième classe est interstitielle, et prend une importance singulière dans ce modèle. Au milieu du couple interne/externe qui distingue les malades légitimes des autres, émerge un groupe hétérogène : malades pris en charge par les ouvriers sans rabatement des frais, pupilles présentés comme des enfants, mais aussi par exemple des employés qui se font soigner par un collègue. Le cas est fréquent lors des partenariats sexuels. Une employée va négocier la prise en charge de ses soins médicaux par un collègue qui est un partenaire régulier ou occasionnel. Elle est alors considérée comme membre de la famille illégitime de l'homme, et les frais sont à la charge de celui-ci, qui les paiera en totalité. Signalons le cas d'un employé qui entretient des rapports de réciprocité avec un groupe de Pygmées dont le campement est voisin de la plantation. Si ceux-ci lui offrent du gibier ou la force de leurs bras pour des travaux divers, il pourra à son tour, en dehors de prestations diverses, les faire soigner à ses frais à l'hôpital où ils seront considérés comme membres de sa famille illégitimes.

La division binaire entre personnes prises en charge et malades soumis au paiement de la totalité des frais éclate. Des traitements qui auraient pu être couverts à 75 % ne le sont pas à partir du moment où l'employé passe à la charge d'un collègue. On remarque aussi l'avantage que constitue la faculté de se faire soigner à crédit. Un agent de la société donne son numéro matricule à l'hôpital, et les frais qui lui sont imputés sont défalqués de son salaire. Quand il veut couvrir un malade, assumer les dépenses occasionnées par son traitement médical, il lui "donne son numéro". La personne concernée peut ainsi se rendre à l'hôpital munie de la carte professionnelle du travailleur qui assure sa couverture médicale, ou, plus simplement, communiquer son numéro matricule au service financier. Il s'agit là d'un élément de négociation sociale importante quand les revenus sont bas.

Un autre élément existe : les employés peuvent se soigner à crédit. Les frais médicaux sont alors remboursés par prélèvement direct après déduction de la part couverte par la société. Leur famille est soignée aux mêmes conditions dans la mesure où ils assurent la prise en charge. Les autres malades doivent payer cash. La notion de famille illégitime permet cependant à certains de se faire soigner à crédit sous la couverture du numéro matricule d'un employé.

Le système mis en place ne met cependant pas tout le monde à égalité. Voici un exemple qui montre la situation d'un salarié. Le salaire d'un saigneur (vu fiche de paie) est de 34 881 FCFA/mois brut². Les retenues s'élèvent à 12 348 (Avance quinzaine : 4 000 ; divers éconamat : 1 830 ; Acompte dimanche : 3 000). Le solde net versé à l'employé est

² 100 CFA = 1 FF.

de 22 500. Dans ce contexte, les coûts médicaux les plus modestes, 5000 ou 6000 CFA par exemple, peuvent apparaître comme onéreux, alors qu'un cadre les sent à peine, sauf lorsqu'ils deviennent vraiment importants. Cette règle consolide donc les hiérarchies sociales, et le recours aux soins hospitaliers des employés du bas de l'échelle sociale n'est pas le même que celui des cadres, d'où l'importance prise par les procédés alternatifs qu'offrent les guérisseurs, l'automédication, les plantes médicinales plus ou moins connues de manière informelle, les produits pharmaceutiques vendus clandestinement, les actes médicaux hors cadre offerts par le personnel médical.

Au niveau décentralisé, les dispensaires des villages ne semblent pas prélever des coûts. Ceux qui y vivent peuvent donc s'y soigner gratuitement, même s'ils ne sont pas employés par l'entreprise. L'appartenance aux mêmes réseaux sociaux le permet. Une observation dans les dispensaires des villages permet ainsi de voir par exemple des enfants, dont les plus jeunes ont peut-être huit ou dix ans, se présenter seuls devant l'infirmier avec des messages qui commencent par des formules comme la suivante : "Maman m'a dit de te dire que ...". Ces enfants sont toujours nantis d'un cahier qui sert de carnet médical. Dans ces conditions, il est difficile de parler de contrôle d'identité, et de s'assurer que la personne qui parle est vraiment malade.

Un élément important est la circoncision. Nous sommes dans une région où la circoncision est une norme culturelle, et où elle est devenue très médicalisée, sans cependant perdre entièrement son caractère rituel et cérémoniel. Tous les petits garçon la subissent donc, et elle est pratiquée par les infirmiers. Cependant, les lieux changent selon les informateurs. Certains infirmiers disent la pratiquer chez les parents de l'enfant. D'autres la font au dispensaire, et un troisième groupe opère à l'hôpital.

S'agissant des paiements, le premier groupe affirme ne rien réclamer aux parents, lesquels tiennent cependant à offrir boissons et nourritures, souvent un coq immolé à l'occasion, selon un usage consacré par le temps. Un infirmier qui exerce dans un dispensaire de village³ affirme aussi qu'il procède de la même manière. Les autres actes se divisent en deux groupes. Certains infirmiers se font payer directement par les parents, alors qu'à l'hôpital, certains autres disent qu'il procèdent à un recouvrement de coûts normal. A cet égard, la circoncision, acte médical est aussi un acte rituel, et l'infirmier qui impose un acte chirurgical est, qu'il le veuille ou non, un ritualiste. Il serait aussi intéressant de suivre la manière dont se pratiquent les interruptions volontaires de grossesse dont ont parlé plusieurs informatrices dans un cadre où cette pratique est interdite par la loi.

³ Nous nous abstenons volontairement de dire lequel.

Cet espace interstitiel, qui apparaissait à Mary Douglas (1966) comme porteur de désordre et une menace pour la structure sociale, se présente ici comme celui des négociations, des marchandages. Il est la matrice d'engendrement d'un grand nombre de jeux sociaux autour de l'acte médical et du personnel soignant. L'insertion de celui-ci dans les réseaux sociaux, son exploitation individuelle du pouvoir que lui donne son savoir-faire technique se jouent dans cet espace. Il ne s'agit donc pas seulement du tri entre le bon et le mauvais, l'externe et l'interne, mais aussi de discriminer le grand du petit quand le cadre ne va pas au dispensaire, et d'ouvrir cet espace liminal par lequel se secrète un pouvoir.

Notre description permet de distinguer la logique binaire de la ternaire : la première est celle de la réglementation qui installe une coupure entre permis et interdit, légitime et illégitime, employé et non employé. La description des pratiques et des stratégies montre la disparition des coupures, l'importance des interstices, lesquels finissent par former une classe entière. Ce développement naît de ce que les textes épousent rarement la réalité, et que les acteurs développent des stratégies et des pouvoirs pour profiter des flottements dans le système. L'extraversion des textes, la difficulté d'y intégrer les modèles locaux favorisent cet élargissement des interstices.

Conclusion

Initialement, la fonction du service médical est d'assurer au sens strict du terme la gestion de la santé des travailleurs dans le cadre de la médecine du travail. Au sens large, le service médical est une direction de l'entreprise et occupe une place décisionnelle dans la vie de la société. On constate que la gestion de la maladie dans la plantation crée la normativité. Elle renforce l'ordre social par la consolidation des hiérarchies et les coupures organisatrices, mais en même temps, elle crée un ordre qui lui est propre, et qui se superpose à l'ordre réglementaire à partir d'une logique différente, bien qu'intrinsèquement indissociable dans les faits de l'ordre réglementaire.

S'agissant de la gestion du risque des MST-Sida, l'existence d'une dichotomie entre les "bonnes" et les "mauvaises" maladies, et sa traduction sur le plan comportemental, de même que l'adoption d'un système de prise en charge qui favorise les employés du haut de l'échelle salariale, ou la ritualité de certains actes médicaux, conduisent le travailleur à une pluralité de recours thérapeutiques.

Bibliographie

- BECHU N., CHEVALLIER E., 1993, "Impact du Sida sur les structures des ménages et des familles et impact sur l'économie familiale", in *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution des sciences sociales* (UIESP éd.), Liège, Fondation Marcel Mérioux/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- BRUYIN de M., 1992, "Women and Aids in Developing Countries", *Soc. Sci. Med.* vol. 35, 3 : 249-62. Mérioux/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- CHEVALIER-SCHWARTZ M., 1995, "Premières analyses en Sciences Sociales consacrées au sida", in *Les sciences sociales face au Sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien* (JP Dozon & L. Vidal éd.), Paris, ORSTOM : 39-56.
- DOZON J. P., VIDAL L. ,1995, *Les sciences sociales face au Sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM.
- DOUGLAS M., 1966, *Purity and Danger*, London, Penguin Books.
- FERRY B., 1993, "Mesurer les comportements sexuels des populations générales des pays en développement, leçons des études récentes", in *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution des sciences sociales*, (UIESP éd.) Liège, Fondation Marcel Mérioux/Centre Jacques Cartier : pagination discontinuée.
- RWENGUE Mburano, 1996, "Facteurs contextuels de la transmission du Sida en Afrique Subsaharienne : une synthèse", *Actes du colloque Sciences Sociales et sida en Afrique*, CODESRIA-ORSTOM : 289-304.