

## Travers culturalistes et pertinences du social dans l'approche du sida en Afrique

Laurent VIDAL

*Anthropologue*

*Institut de Recherche sur le Développement<sup>1</sup>*

Certaines analyses du sida<sup>2</sup> en Afrique ont fortement mis l'accent sur le lien de causalité entre, d'une part, des conduites ou représentations présentées comme relevant de la culture et, d'autre part, la dynamique de l'épidémie. Ces analyses peuvent déboucher sur des lectures culturalistes de l'épidémie, lectures qui posent deux problèmes majeurs que je voudrais ici évoquer : une désignation abusive – le plus souvent négative, mais pas uniquement – des sociétés africaines à travers leurs cultures, et une occultation des véritables facteurs explicatifs de la situation du sida.

Je m'arrêterai tout d'abord sur l'approche de la question de la circoncision, qui a conféré à la culture un rôle certes « protecteur », mais néanmoins ambigu ; je reviendrai ensuite sur quelques analyses de pratiques culturelles présentées comme étant à l'origine de la propagation du VIH ; dans un troisième temps, j'essaierai de montrer l'intérêt de déplacer le débat vers les dimensions sociales de l'épidémie, ce qui suppose de porter une attention particulière aux individus.

### ***Une valorisation tendancieuse de la culture : le cas de la circoncision***

La question de la circoncision constitue un thème de discussion récurrent dans la littérature spécialisée sur le sida, et emblématique d'un processus ambigu de « culturalisation » du sida en Afrique.

Au début des années 1990, l'épidémiologie proposait des interprétations contrastées du rôle de la circoncision dans l'infection par le VIH : pour certains, le lien statistique entre circoncision *et* moindre contamination était attesté, pour d'autres il ne l'était pas : toujours est-il qu'on ne savait réellement « si la circoncision a un effet direct dans la transmission du VIH, ou indirectement à travers par exemple son rôle protecteur vis-à-vis des MST ulcératifs » (Ferry, 1999). Ces incertitudes sur l'« effet circoncision » quant à la transmission du VIH n'empêchèrent toutefois pas le développement d'analyses culturalistes : la circoncision était posée comme une pratique culturelle (ce qui reste à démontrer), et l'on pouvait donc délimiter des cultures « à risque » (celles qui ne pratiquent pas la circoncision) et les marquer spatialement à travers une cartographie de la « ceinture » de la circoncision (Caldwell & Caldwell, 1993) : de « bonnes » et de « mauvaises » cultures se voyaient ainsi désignées. Ceci en occultant les conditions de cette pratique, l'hétérogénéité de sa diffusion spatiale, et l'existence d'autres facteurs susceptibles d'expliquer une prévalence plus élevée du VIH dans les populations qui n'y ont pas recours.

Plus récemment, des études épidémiologiques ont permis d'avancer dans la compréhension de l'association entre circoncision et moindre risque de transmission du VIH. Tout d'abord, de façon plus systématique que l'absence de circoncision, l'herpès est nettement associé à une forte

---

<sup>1</sup> Unité de Recherche « Socioanthropologie de la santé », BP 1386 DAKAR, Sénégal. Adresse électronique : [vidal@ird.sn](mailto:vidal@ird.sn)

<sup>2</sup> L'auteur a spécifié sa préférence pour l'orthographe « sida » (en minuscules), admise dans la littérature scientifique francophone, suivant le principe de l'acronyme devenu substantif, possédant ses propres dérivés (« sidénologie » par exemple).

prévalence du VIH : la fonction protectrice de la circoncision est quant à elle attestée en certains endroits, moins dans d'autres. Toujours est-il qu'à partir de ces études épidémiologiques et cliniques on peut conclure que l'effet de la circoncision dans la réduction du risque de transmission du VIH – vers laquelle convergent les analyses – « ne serait pas dû aux facteurs culturels ou comportementaux auxquels elle serait associée » (Weiss & Lagarde, 2000). Ce qui veut dire qu'une association statistique ne signifie pas une relation de cause à effet, tant interviennent d'autres facteurs, au contraire de ce que les premières simplifications culturalistes avaient avancé. Ainsi, concrètement, au-delà d'une religion ou d'une « culture » données, ce sont l'âge au premier rapport sexuel ou au mariage, la présence d'autres MST (au premier rang desquelles l'herpès) qui sont – épidémiologiquement mais aussi sociologiquement parlant – déterminants.

L'identification de « cultures de la circoncision » a donc participé d'une forme de « culturalisation » du sida, certes hâtive et guère fondée, mais qui, d'une certaine façon, prétendait valoriser les cultures qui pratiquent la circoncision. Reste en suspens une question essentielle : même si l'on se fonde sur les récentes études épidémiologiques qui précisent le rôle de la circoncision dans la protection contre le VIH, quelle mesure de santé publique peut raisonnablement être promue ? Comment inciter des populations à dorénavant pratiquer la circoncision ? Une solution consisterait à la valoriser sur le plan médical, sans toutefois dévaloriser les populations qui la refusent – refus qui ne devrait pas être présenté comme le résultat de pesanteurs culturelles. En tout état de cause, il importe de ne pas faire de cet objectif l'unique élément d'une campagne d'information sur les moyens de maîtriser la diffusion de l'infection à VIH.

### ***La rhétorique des cultures comme obstacles à la prévention***

Certaines lectures culturalistes du sida, par leur vision restreinte de la réalité, en viennent à désigner négativement des cultures : par exemple lorsqu'il est question du lévirat, de la polygamie, du recours aux coiffeurs ou coupeurs d'ongles dits « traditionnels », ou enfin de l'utilisation du préservatif. La pérennisation de ces pratiques, ou dans le cas des relations sexuelles leur difficile adoption, a longtemps été présentée comme l'expression archétypique de cultures africaines potentiellement à risque et exposées au sida.

S'agissant du lévirat, le débat est nuancé : d'une part, le véritable enjeu est celui de l'accès au test du VIH et à l'information sur la prévention du sida ; d'autre part, des anthropologues ont insisté sur l'importance pour la femme dont le mari est décédé – notamment du sida – de rester dans le groupe familial, alors qu'un abandon du lévirat entraînerait une démission de la prise en charge familiale de la femme infectée (avec le risque, nullement écarté, qu'elle transmette le VIH à d'autres partenaires) (Taverne, 1996). En ce qui concerne la polygamie, aucune prévalence plus élevée n'a été repérée dans les couples polygames au regard des couples monogames : la question essentielle est la connaissance par chacun de son statut sérologique, et la protection des relations sexuelles dans ou hors du couple, qu'il soit polygame ou monogame. Pour ce qui est des pratiques dites « traditionnelles », aucun cas de transmission du VIH n'a pu être formellement attesté suite à un passage chez un coiffeur ou un coupeur d'ongles.

Enfin, en matière d'utilisation du préservatif, les obstacles peuvent aussi découler d'une information qui n'est guère adaptée. Autant de constats qui devraient *in fine* amener à une plus grande prudence dans la culturalisation des explications sur la propagation de l'infection à VIH en Afrique.

### ***Le mythe de cultures isolées et immuables***

La prudence commande de se pencher sur quelques universaux en matière de prévention de l'infection à VIH. Si le lien entre la diffusion de messages d'information sur le sida, leur interprétation et les effets en termes de modification de comportements demeurent complexes à étudier (faisant intervenir des facteurs psychologiques, économiques, sociaux aussi bien universels que culturellement délimités), il est un constat largement admis : sans information sur le sida, par quelque médiation que ce soit, on ne peut adopter de comportements pour éviter la contamination par le VIH. C'est là une position minimale, certes, mais universelle. Or, lorsque sont mis en avant des « traits culturels africains », ce sont les constats de cette nature, pourtant peu discutables, qui sont soit remis en cause, soit ignorés par ce réductionnisme culturaliste.

Par ailleurs, on est frappé que le culturel puisse ainsi occulter le social. L'image de cultures « a-sociales » est alors progressivement construite, où l'urbanisation, la recherche d'un travail, les processus d'individualisation et bien d'autres seraient marginaux. Ainsi isolée, la culture l'est aussi dans son rapport aux autres cultures, dans une illusion d'isolats culturels. L'illusion est celle d'une culture qui pourrait se définir en elle-même et pour elle-même, alors qu'une culture s'identifie essentiellement dans son rapport à d'autres cultures : J.-L. Amselle parle à cet effet de « branchements », en privilégiant l'analyse des relations à celle des éléments mis en rapport, pour en venir à délaisser l'image de cultures comme « systèmes clos ».

Enfin, lorsqu'il est « culturel », un obstacle est jugé – dans la conception de ceux qui le mettent en avant – par définition insurmontable. C'est le cas lorsqu'on impute les réticences à l'utilisation du préservatif à des « obstacles culturels » (garder la possibilité d'avoir toujours des enfants, ne pas « gaspiller » son sperme, ne pas admettre un moindre plaisir sexuel...) : on suggère alors *ipso facto* qu'il est impossible de les surmonter. On assiste ici à une « fixation » des cultures purement arbitraire.

### ***La prise en compte du social***

L'anthropologie s'est attachée à montrer que les conditions de diffusion du sida et ses conséquences sont avant tout de nature sociale. Ce déplacement de l'analyse du culturel vers le social ne dénie pour autant pas au premier toute valeur explicative : c'est plus exactement la réduction d'un ensemble de comportements ou de représentations à un argument uniquement culturel qui est ici contestée. Dans les processus d'urbanisation et de migration, dans l'organisation de la scolarisation ou de l'économie de plantation (par exemple en Côte d'Ivoire), mais aussi dans les déplacements de populations suite à des conflits, et plus généralement, dans les rapports quotidiens entre hommes et femmes, peuvent être repérées de multiples situations qui concourent à exposer les individus au VIH. Affirmer que ces situations restent culturellement déterminées est assurément réducteur : nous sommes là au cœur d'enjeux sociaux, qui traversent les cultures. Ils ne concernent ni exclusivement des groupes linguistiques donnés, ni les pratiquants d'une même religion, ni les habitants d'une région délimitée ou d'une ville. Ces différents facteurs portent en eux-mêmes des explications de la diffusion de l'infection à VIH. Qu'ils se combinent entre eux pour l'intensifier, ou qu'ils trouvent des relais dans des spécificités culturelles n'est guère contestable, mais il est indispensable de souligner explicitement ici la primauté des conditions sociales sur les critères culturels dans la propagation – ou la maîtrise – de cette épidémie.

### ***L'individuel comme accès au social***

Sous ce dénominateur général de « conditions sociales » doivent être conjointement rangés l'organisation familiale de la personne infectée, et les situations quotidiennes de vie de chacun – qu'il s'agisse de celles d'un malade, d'une femme dans une relation couple, d'un jeune homme à la recherche d'un travail, d'une sage-femme dans une structure sanitaire – mais aussi le fonctionnement de diverses structures (médicales, de santé publique, de « lutte contre le sida », associatives...) La diversité des formes du « social » doit toujours être appréhendée à travers les expériences individuelles. Il faut donc comprendre le déroulement des itinéraires thérapeutiques en explorant les motivations des malades et leur organisation, ou décrire la crainte du sida chez les sages-femmes, dans leur travail : mais l'objectif est aussi de croiser les regards. Celui des personnes séropositives sur le travail des personnels de santé ou sur les campagnes de prévention est riche d'enseignements. Il en est de même lorsque les personnes séropositives évoquent les situations vécues par des amis, eux-aussi malades, à la recherche d'un traitement ou confrontés aux réactions de l'entourage informé de leur statut sérologique. Placer l'individu au centre de la réflexion revient à interroger ses choix et à explorer ses représentations pour ce qu'ils nous apprennent non seulement sur ses attitudes mais aussi sur celles des autres. Le regard du soignant sur le malade doit aussi être scruté pour comprendre celui du malade sur le médecin ou l'infirmier. Il doit l'être, aussi, pour mieux saisir les enjeux qui président – chez le malade, mais du point de vue du soignant – aux choix thérapeutiques.

Cette attention pour l'individu – dans ses relations aux autres, dans ce qu'il « révèle » des autres et dans ce que les autres « révèlent » de lui – est une ouverture au social, en tant que lieu d'expression de stratégies collectives. Concrètement, lorsque l'observateur d'une société constate le développement d'un mouvement associatif qui s'approprie les problèmes de santé, les acquis de ce chercheur en matière de compréhension des itinéraires thérapeutiques des malades ou de représentations du risque chez les personnels de santé peuvent être mobilisés. Par ailleurs, un chercheur familier des stratégies politiques, statutaires ou économiques des responsables de mouvements religieux, sera le plus apte à appréhender la complexité des enjeux qui se manifestent lors de l'apparition d'un nouveau culte ou d'une nouvelle église. Le constat effectué ici n'est pas uniquement celui de l'importance d'une familiarité avec le « terrain » qui permettrait d'emblée une approche pertinente et opératoire, et que faciliterait, en somme, le regard sociologique ou anthropologique. La « familiarité » réellement nécessaire et l'« expertise » anthropologique décisive sont celles capables d'effectuer le lien entre les niveaux individuel et social d'une pratique, c'est-à-dire décrire le processus par lequel une série d'attitudes individuelles expriment une tendance sociale, à savoir un ensemble de positions ou de réactions partagées par des groupes dont les intérêts et les stratégies peuvent diverger (réseaux familiaux, associations de malades, corps de professionnels, adeptes d'un culte...)

### ***Conclusion***

Les lectures culturalistes du sida ont participé d'un mouvement enfermant de stigmatisation : enfermant car, à la mise en cause de l'individu pour ses pratiques (« sanctionnées » par la contamination par le VIH) a fait écho, insensiblement, un discours culturaliste où, au-delà de l'individu, c'est une culture qui est mise au ban. Stigmatisation donc, d'un côté par le comportement et de l'autre par les référents culturels. Ce processus de stigmatisation n'a certes pas les mêmes origines dans les deux cas, et n'est pas porté par les mêmes personnes ni les mêmes discours. Ceci étant, *in fine* se dessine l'image d'« individus culturels », avec des présupposés de pesanteurs, d'immobilisme, alors que les individus qui tentent de composer avec

la menace du sida ou de vivre avec cette affection sont aussi, et peut-être avant tout, des « individus sociaux ».

### ***Références bibliographiques***

Amselle, J. 2001. *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris, Flammarion.

Caldwell, J. & Calwell, P. 1993. The nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic. *Population and Development Review*, 19, 4, p. 817-48.

Ferry, B. 1999. Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain. Dans : C. Becker ; J.-P. Dozon ; C. Obbo ; M. Touré (ed.) *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, p. 237-55. Paris, Codesria-IRD-Karthala (coll. « Hommes et sociétés »).

Taverne, B. 1996. Stratégie de communication et stigmatisation des femmes aux Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé*, 14, 2, p. 87-104.

Vidal, L. 1996. *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos-Economica (« Sociologiques »).

\_\_\_\_\_. 2000. *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris, PUF (« Politique d'aujourd'hui »).

Weiss, H. ; Lagarde, E. 2000. Circoncision et transmission du VIH. *ANRS Information - Transcriptase - Le Journal du sida et de la démocratie sanitaire*. Numéro spécial, p. 54-55.

**L'APPROCHE CULTURELLE  
DE LA PREVENTION ET DU TRAITEMENT  
DU VIH/SIDA**

**PROJET DE RECHERCHE UNESCO/ONUSIDA**

**VIH/SIDA  
stigmatisation et discrimination :  
une approche anthropologique**

*Actes de la table ronde  
organisée le 29 novembre 2002  
à l'UNESCO - Paris*

Études et rapports, série spéciale, n°20

Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel  
UNESCO, 2003

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'UNESCO. De même, les appellations qui y sont employées et la présentation des données qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de l'UNESCO quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant à leurs frontières et limites.

(CLT – 2003 / WS / 09 )