

S'appuyant sur les études qu'il a menées en Côte-d'Ivoire, dans des domaines aussi variés que le lévirat, l'annonce de la séropositivité ou les médecines traditionnelles, l'anthropologue Laurent Vidal souligne à quel point la réalité africaine est éloignée des stéréotypes.

Les risques du culturalisme

PAR LAURENT VIDAL

P ARMI les rôles que se voient assignés les disciplines scientifiques concernées par l'analyse des faits de maladie, celui d'éclairer les pratiques culturelles d'une population donnée échoit systématiquement à l'anthropologie. L'anthropologue est en effet sollicité à la fois pour fournir des explications de l'émergence d'une pathologie dans tel groupe plutôt que dans tel autre et pour éclairer les résistances à des mesures de prévention ou des traitements qui ont fait la preuve – ailleurs – de leur efficacité.

Cet « ailleurs » renvoie essentiellement à une culture différente, dont les caractéristiques propres et les facultés d'adaptation aux consignes en matière de santé lui ont permis d'éviter ou de limiter l'extension de la maladie en question. Apparaît dès lors rapidement une dichotomie entre les sociétés qui s'adaptent et celles qui résistent aux changements dictés par la « rationalité sanitaire ». Nous voyons donc se dessiner une tendance à expliquer les moindres conceptions et attitudes relatives à un problème de santé en référence à des traits culturels, tantôt valorisés quand ils permettent des adaptations, tantôt décriés lorsqu'ils paraissent figés et opposés au moindre changement.

L'écueil de ce type d'interprétation « culturaliste » des réponses à la maladie réside, tout d'abord, dans l'ignorance des initiatives individuelles (en particulier celles des malades et de leurs proches) et des contextes sociaux et économiques (nature des situations familiales et professionnelles, possibilité d'accès à une information précise sur le sida) pouvant les déterminer. D'autre part, le risque est de relativiser les échecs des interventions sanitaires sous le prétexte qu'elles se sont heurtées à un « problème de culture », rapidement présenté comme spécifique aux pays africains. Apparaît en effet une tendance à l'ethnocentrisme de chercheurs – toutes origines confondues – convaincus que si une résistance d'ordre culturel est mise en évidence,

le problème est, de fait, insoluble et la raison se situe du côté des conceptions et des pratiques, en matière de santé, développées par les pays du Nord. Inversement, la posture intellectuelle consistant en un repli sur les « valeurs africaines » conduit à nier leurs dynamiques et à ignorer des facteurs qui ne relèvent pas explicitement d'héritages culturels. Dans les deux cas, raisonner uniquement en termes de culture (au point d'ériger le culturalisme en mode d'approche du comportement humain en société) favorise, au mieux, l'ignorance des véritables ressorts

sociaux et individuels des pratiques observées et, au pire, le développement de processus de stigmatisation de l'Autre, définitivement assimilé à sa culture. Nous souhaitons donc attirer l'attention ici sur le fait que l'on ne peut systématiquement désigner les pratiques culturelles comme facteurs de diffusion du sida, et que leur caractère dynamique peut, au contraire, les amener à mettre en œuvre des solutions originales dans une perspective de maîtrise de l'épidémie. Dans le même temps, il sera possible de contredire l'image d'un continent perçu comme un ensemble culturel indifférencié et inévitablement en marge de toute action efficace dans la lutte contre le sida.

Notre travail sur le sida en Côte-d'Ivoire – autour des représentations et attitudes des malades, de leurs proches et du personnel médical – servira d'illustration à ce propos. Trois thèmes, sur lesquels l'anthropologie tente d'apporter des analyses, retiendront notre attention : la sexualité, l'annonce de la séropositivité et la place de la médecine traditionnelle. Nous verrons ainsi qu'intéressant, à des degrés divers, les interventions dans les domaines de la

prévention et de la prise en charge du sida, ces questions sollicitent l'anthropologie tout en posant les limites et les risques du regard culturaliste.

Dans le domaine de la sexualité, les analyses sur l'ancrage culturel de pratiques sexuelles jugées à risque participent nettement d'une vision

“

Il est possible
de contredire l'image
d'un continent perçu comme
un ensemble culturel
indifférencié
et inévitablement en marge
de toute action efficace
dans la lutte contre le sida.

”



de l'Afrique comme terre d'élection du sida, et des Africains eux-mêmes comme obstacles à la limitation de la propagation du VIH. Le refus ou, à tout le moins, les réticences face au préservatif nous sont justifiés par deux types d'arguments : d'une part, il s'agit d'une forme de contraception, or les populations africaines seraient opposées; d'une façon générale, à tout contrôle des naissances et, d'autre part, son emploi irait à l'encontre des représentations symboliques des fluides et de leurs échanges, le sperme nourricier ne pouvant plus être déposé dans le vagin.

Ces deux réponses participent d'une série de lieux communs culturalistes et occultent le fait que la difficulté d'accepter le préservatif – qui est loin d'être générale en Afrique – ne peut s'expliquer par et se résumer à des traits de culture. Ainsi et fort banalement, les personnes hésitantes face à l'utilisation du préservatif mentionnent la diminution du plaisir sexuel qui, elle-même, constitue une remise en cause de la virilité masculine, mais il est aussi possible de relever – à l'instar de représentations de la sexualité relevées dans des pays européens –, de la part des femmes notamment, un désir d'enfant inconscient dans tout rapport sexuel et que le préservatif vient annuler. Plus important à noter, le discours sur la nécessaire utilisation du préservatif, s'il est compréhensible dans ses objectifs de santé publique, n'aborde pas la question, pourtant centrale, de la négociation de l'acte sexuel où des positions de pouvoir, de « genre » sont redéfinies. Parler du préservatif, c'est, *ipso facto*, penser le rapport à l'autre, et en particulier celui de la femme à l'homme : il y a dans ces enjeux des interrogations universelles nullement réductibles à des problèmes de culture locale (à l'échelle d'une région, d'une entité ethnique), ou même « africaine ».

L'absence de circoncision (mais aussi la monogamie ou l'existence d'un système de filiation matrilineaire) a été présentée, en particulier par John et Pat Caldwell, comme un facteur de diffusion de l'infection à VIH (1). Est ainsi superposée à des cartes présentant l'extension de ces pratiques culturelles en Afrique une « ceinture du sida », selon leur expression. La désignation de zones et, de ce fait, de cultures à risque qui en découle nous paraît discutable et dangereuse.

Sur les plans anthropologique et épidémiologique, des exceptions viennent en effet contredire ce qui est exposé comme une règle : ainsi, la pratique de la circoncision en Côte-d'Ivoire n'a nullement évité une prévalence importante du VIH. Certes, des « cofacteurs » médicaux (comme l'existence de MST) peuvent être avancés : en ce cas, pour quoi utiliser le support de cartes si ce n'est pour inscrire dans la distribution géographique des cultures des degrés d'exposition au sida ? Par ailleurs, en figeant de la sorte ces pratiques culturelles suivant leur dimension « positive » ou « négative », le chercheur s'interdit de penser leurs dynamiques.

Le lévirat – pratique selon laquelle une veuve doit épouser le frère de son mari – est fréquemment présenté comme l'expression d'une culture, mais donne lieu à des interprétations opposées au regard de la diffusion du sida. Un premier type d'analyse a consisté à mettre en garde contre le risque de contamination du beau-frère par la femme dont l'époux serait décédé du sida : les cultures africaines, dans ce qu'elles ont – dit-on – de plus spécifique, pouvaient dès lors être créditées d'options dangereuses, donc à combattre. Or, des anthropologues ont, par la suite, émis un jugement totalement différent sur le rôle du lévirat (Le Palec, 1994). En effet, si une femme est confiée et même mariée à son beau-frère sans qu'il y ait relation sexuelle – ce qui est notamment le cas lorsque la veuve est âgée –, l'objectif du lévirat est atteint (pouvoir vivre au sein du lignage auquel appartiennent ses enfants) et la contamination éventuelle d'autrui évitée. Dans le cas où la femme

est jeune, le problème demeure moins le lévirat que la prise de conscience du risque de transmettre le VIH et, de là, la nécessité de protéger ses relations sexuelles. D'un « obstacle culturel », nous passons ici à une nécessité d'information, de « sensibilisation », pour reprendre un terme utilisé dans les campagnes d'IEC des programmes de lutte contre le sida. En somme, il s'agit, tant dans les analyses que dans les interventions, de ne pas se tromper de cible et de bien orienter l'effort sur le contact avec le conjoint et l'entourage familial (en leur tenant un discours sur la prévention du sida), et non sur la stigmatisation d'une pratique culturelle.

Second exemple retenu, l'annonce de la séropositivité oblige à un réexamen des conditions de l'échange entre médecin et patient. Aux questions posées par le choix de la langue de communication, l'utilisation de métaphores pour parler du sida et de son virus ou encore la révélation du statut sérologique d'un individu à son partenaire, des réponses sont apportées qui tentent de justifier les silences ou les allusions, ainsi que les ruptures du secret médical, par l'existence de contraintes culturelles dont ni le patient ni sa famille ne pourraient se défaire.

Les patients infectés par le VIH à Abidjan, par ailleurs en traitement pour une tuberculose, et que nous avons suivis, pour certains d'entre eux, pendant quatre ans, ont clairement montré qu'une explication précise sur leur statut sérologique est préférable à l'utilisation de métaphores : ces dernières favorisent en effet l'abandon des mesures de prévention (au terme de son traitement antituberculeux, le patient séropositif peut s'estimer guéri de tous ses maux et, notamment, de celui qui touche son « sang » et qu'il n'impute pas au virus du sida), et suscitent des réactions de peur que leur emploi (« sang mauvais », « sang sale », « microbes dans le sang ») se proposait justement d'éviter (Vidal, 1992-a et -b, 1994). La métaphore comme moyen d'accéder aux représentations culturelles du patient nous paraît, de ce fait, illusoire.

Dans le même ordre d'idées, la tentation d'encourager des procédures d'information de l'entourage d'un séropositif (on parle à cet effet de « confidentialité partagée ») présuppose une capacité d'acceptation de la maladie par les parents, mais aussi de mobilisation et de solidarité de ces derniers : si de telles réponses au sida d'un proche existent, penser qu'elles sont dans tous les cas acquises procède d'un *a priori* culturaliste. La solidarité familiale systématique, qui peut être observée pour certaines affections, ne se retrouvera pas nécessairement lorsque le groupe sera confronté à un cas de sida.

Enfin, troisième thème sur lequel nous souhaiterions nous attarder, le regain d'intérêt – peut-être plus médiatique et politique que populaire – pour la médecine traditionnelle tend à situer la solution aux problèmes de prise en charge thérapeutique et sociale du sida dans le recours à une pratique culturelle, en l'occurrence traditionnelle, trop longtemps délaissée par la médecine moderne. Ce mouvement, pouvant déboucher lui aussi sur une approche culturaliste sommaire du sida, ne se donne pas les moyens d'un regard approfondi sur les itinéraires thérapeutiques des malades, qui révèlent en réalité la fragilité de ce recours à la médecine traditionnelle, et l'extrême hétérogénéité des parcours à la recherche de soins. Nous avons ainsi observé que, dans leur recherche d'un traitement et d'explications sur l'origine de leur maladie, les personnes infectées par le VIH ont recours à différents représentants de la médecine « traditionnelle » : ils passent fréquemment de l'un à l'autre et les échecs de traitements chez les guérisseurs non seulement existent, bien entendu, mais sont interprétés comme tels par les malades. Ceux-ci, tant dans leurs choix thérapeutiques que dans leurs discours, ne valorisent pas la médecine traditionnelle mais mettent l'accent sur les compétences de tel guérisseur

“
Parler du préservatif,
c'est, *ipso facto*,
penser le rapport à l'autre,
et en particulier
celui de la femme
à l'homme :
il y a dans ces enjeux
des interrogations
universelles nullement
réductibles
à des problèmes
de culture locale.
”

par rapport à tel autre, de même qu'ils ont une approche différenciée des offres de soins de la médecine moderne. En d'autres termes, ils déplacent le débat habituel et figé entre médecine moderne et médecine traditionnelle vers des mises en parallèle de recours clairement identifiés (l'automédication par les plantes sera ainsi préférée au guérisseur, dont les interventions sont très onéreuses, et à la petite structure sanitaire à l'hôpital, par exemple).

En préférant comparer, tester, évaluer les uns par rapport aux autres en fonction de ce qui leur est demandé (un traitement, une prise en charge de nature plus psychologique ou encore des explications sur l'origine ou l'évolution de la maladie) des recours qui sont, dès lors, choisis indépendamment et au-delà de leur appartenance à une médecine « moderne » par opposition à une médecine « traditionnelle », les malades témoignent, dans leurs expériences, des limites d'une interprétation culturaliste du sida – de sa prise en charge quotidienne à l'interprétation de sa diffusion.

Ajoutons, pour conclure, qu'à travers le discours sur le rôle de la médecine traditionnelle (considérée abusivement comme un tout indistinct) dans le traitement et la prise en charge du sida, se profile un traditionalisme qui peut être aisément « utilisé » de l'extérieur, moins pour valoriser ses initiatives se fondant sur des acquis culturels que pour leur imputer le manque d'efficacité de la lutte contre l'épidémie : citons l'exemple des problèmes de « compliance » aux traitements, qu'on pourra être tenté d'expliquer par un recours excessif à la médecine traditionnelle.

Il convient par conséquent d'aborder les interprétations culturelles de la maladie (son apparition, son traitement, sa prévention) avec prudence, en se gardant de les systématiser, afin d'éviter de fonder un culturalisme qui, sous couvert d'une prise en compte des « spécificités africaines », s'interdit de repérer les réponses changeantes et novatrices apportées, tant par les malades que par les médecins, à la progression du sida : de telles réponses ne peuvent naître que d'un dialogue des uns avec les autres, auquel l'anthropologie peut contribuer.

Laurent Vidal

ORSTOM - Institut Santé Développement

Références :

J. et P. Calwell, 1993, « The nature and limits of the sub-saharian african AIDS epidemic », *Population and Development Review*, 19, 4 : 817-48.

A. Le Palec, 1994, « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie Africaine*, 26, 2 : 211-34.

L. Vidal, 1992-a, « Sida et représentations de la maladie ; éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire) », *Cahiers des Sciences Humaines*, 28, 1 : 83-98 ;

1992-b, « Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire) », *Cahiers Santé d'Etudes et de Recherches Francophones*, 2, 5 : 312-21 ;

1994, « Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan », *Psychopathologie Africaine*, 26, 2 : 265-82.

*Ce texte est issu d'une communication présentée lors du colloque « Maladies, culture, communication et environnement » (Unesco - Institut Santé Développement), tenu à Bamako les 6 et 7 mars 1995.

(1) D'autres expressions de la culture sont mentionnées : la prédominance de la monogamie et l'existence d'un système de filiation matrilinéaire (voir, et P. Caldwell, 1993).

Les toxicomanes sont-ils des cons ?

Le concept de « réduction des risques » et la pratique de la substitution ne font pas l'unanimité, loin s'en faut, parmi les soignants engagés dans la prise en charge des toxicomanes. Témoignage de ce texte d'assez méchante humeur...

JE SAIS bien que ce n'est pas vrai. Je sais bien qu'il conviendrait à beaucoup de parvenir à les ordonner sur une liste : des cons, des salauds, ou des malades... Je sais bien que cette entreprise, dont l'effort théorique et éthique de quelques-uns, il y a vingt-cinq ans, nous a en partie préservés, retrouve aujourd'hui, via le sida, une vigueur nouvelle, une apparente légitimité qui m'épouvante.

Je veux parler de cette politique dite de « réduction des risques », de l'un de ses piliers, la substitution, massivement proposée, promue et subventionnée. « Il n'y a pas de mixture, fût-ce la plus absurde, que la société ne soit prête à avaler, pour peu qu'on la proclame antidote contre la surpuissance redoutée de la sexualité. » Car, même si ces lignes sont de 1926 et de Sigmund Freud, il s'agit, toujours et encore, bien de cela : calmer, étouffer quelque chose de bouleversant, d'intolérable. Devant ceux qui ont choisi de tenter d'être les maîtres de leur plaisir, la sainte trouille, notre horreur fascinée.

Bien que chronologiquement postérieur, ça passe d'ailleurs beaucoup mieux que la disponibilité des seringues, pas d'ersatz de seringue...

En soustrayant le toxicomane au manque, nul doute qu'on ôte au geste de l'injection son caractère d'urgence et que, contribuant ainsi à en assurer les conditions d'asepsie, on réduise le risque de contamination. Dans quelle faible mesure et à quel prix ! Celui de la mainmise sur la vie de milliers de sujets. Soustrait, le toxicomane en moins, le malade occupe seul la scène, enfin rendu compliant, fidélisé. Dans quelques années, la facture sera présentée de cette dépendance organisée en masse.

Toxicomanes à qui l'on offre la substitution, vous a-t-on dit qu'il est bien plus difficile de sortir de la méthadone que de l'héroïne ? Dans une évaluation de 1978 sur 1 413 toxicomanes new-yorkais, suivis et traités par substitution depuis 1996, Dole, l'inventeur de la maintenance à la méthadone, en retrouve 72 qui, sans prendre de produit, vont apparemment bien. Soixante-douze sur 1 413, après plus de dix ans de « traitement »...

J'enrage de ne savoir ici que dénoncer.

Puisque la légalisation de la drogue n'est pas pour demain (serait-ce un bien ?...), je n'ai rien d'autre à vous proposer que d'essayer de redevenir libres, libres d'en prendre ou de ne pas en prendre, par exemple. Des lieux existent où ce fameux contrat : « ni drogue, ni violence », devenu tarte à la crème de toutes les prises en charge, ne s'applique pas qu'à vous, mais engage également les soignants.

Des lieux qui ne se réclament d'aucune autre légitimité que la demande d'un être déplacé par sa souffrance. Des lieux où vous ne serez pas traités comme des diabétiques de l'esprit. Ne soyez pas cons...

D' Bernard Géraud

Attaché de psychiatrie, hôpital Rothschild, service du P^r Rozenbaum, et centre Marmottan, service du P^r Olievenstein.