Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

82-83 | 2000

Anthropologie des sexualités

Sexualité et SIDA en Afrique: prévention et évolution des recherches

Entretien avec Laurent Vidal réalisé par Laurent Bazin

Laurent Vidal et Laurent Bazin

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/3410>

DOI : 10.4000/jda.3410

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2000

Pagination : 309-323

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Laurent Vidal et Laurent Bazin, « Sexualité et SIDA en Afrique: prévention et évolution des recherches », *Journal des anthropologues* [En ligne], 82-83 | 2000, mis en ligne le 28 octobre 2010, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/3410> ; DOI : 10.4000/jda.3410

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

Journal des anthropologues

Sexualité et SIDA en Afrique: prévention et évolution des recherches

Entretien avec Laurent Vidal réalisé par Laurent Bazin

Laurent Vidal et Laurent Bazin

- 1 **Laurent Bazin** – *L'épidémie de sida a provoqué un regain d'attention sur la sexualité dans la recherche africaniste ainsi qu'une demande formulée en particulier à l'égard de l'anthropologie. Je souhaiterais que tu présentes les grandes tendances qui apparaissent et qui marquent une transformation dans l'appréhension de la sexualité face à la question du sida.*
- 2 **Laurent Vidal** – Dans les premiers temps de réflexion et de recherche sur l'épidémie en Afrique, la simple idée que la particularité de la situation africaine renvoyait à des réalités sociales et économiques complexes était totalement absente : l'urgence affichée était d'identifier « une » sexualité « africaine » ; des particularités au niveau des comportements sexuels devaient expliquer la flambée épidémique. On limitait la compréhension de la sexualité à l'acte sexuel lui-même et à sa multiplication : infidélité, rôle des maîtresses, etc.
- 3 Cette image d'« une » sexualité, qui n'était pas documentée par des enquêtes qualitatives, a conditionné une demande étroite adressée aux anthropologues : « vous qui connaissez les populations concernées, expliquez-nous leurs comportements sexuels ». Dès le départ la question était biaisée parce qu'on s'adressait par exemple à des spécialistes d'une culture sans même penser que l'anthropologue pouvait avoir des choses à dire de façon transculturelle. C'était pernicieux car ainsi la responsabilité attribuée à l'Afrique dans la transmission du VIH par voie sexuelle était liée à des comportements culturels, à des ethnies, avec en filigrane l'idée que ces comportements seraient difficiles à modifier parce qu'ils renvoient à des traditions culturelles que l'on préjugait globalement immuables.
- 4 Il est intéressant de relever que certains démographes participaient de ce mouvement en dressant des cartes de l'Afrique avec des ceintures – du terme anglais *belt* – correspondant aux aires de distribution de comportements sexuels. On avait identifié à l'intérieur de

l'Afrique des zones où la polygamie, la circoncision, etc., étaient ou n'étaient pas pratiquées et on essayait de superposer ces cartes avec des cartes de diffusion de l'épidémie. Cela participait d'un même principe qui consistait à désigner des cultures comme responsables de l'épidémie, sans même imaginer que si l'on a affaire à une épidémie, c'est précisément parce qu'il y a des déplacements et des échanges : constat qui contredit l'idée d'un enfermement dans des cultures, que l'on tentait de faire entériner par des anthropologues. Là résidait l'ambiguïté de la demande adressée à l'anthropologie : elle était formulée dans des termes qui posaient problème et qui constituaient une sorte de piège pour la discipline. D'où la nécessité d'élaborer des enquêtes qui replacent la sexualité dans des relations sociales plus larges. Cela ne s'est réalisé que dans un second temps.

- 5 Parallèlement à cela, l'OMS a lancé, à la fin des années quatre-vingt, de grandes enquêtes appelées KABP en anglais ou CACP (Connaissances, attitudes, croyances et pratiques) en français. Ce sont des enquêtes par questionnaires qui ont été conçues à l'OMS puis diffusées à des équipes qui les appliquaient. Ces dernières essayaient d'adapter les questionnaires, mais ils l'étaient en fait relativement peu. Au moyen d'échantillons représentatifs de la population on étudiait le profil socio-économique des personnes et leurs comportements sexuels : nombre de partenaires, utilisation du préservatif, tout ceci dans le temps, etc. On retombe alors sur les difficultés propres à l'interprétation de ces grandes enquêtes quantitatives : dans quelle mesure peuvent-elles donner des indications précises d'un comportement aussi intime que celui de la sexualité ? Est-ce que l'on peut se fier dans ce domaine à des réponses à un questionnaire unique, standard ? Les notions utilisées n'étaient pas vraiment conceptualisées : qu'est-ce qu'un comportement sexuel ? Qu'est-ce qu'un partenaire ? Qu'est-ce qu'une rencontre occasionnelle ? On les reproduisait dans des questionnaires sans y avoir toujours suffisamment réfléchi.
- 6 Indépendamment des problèmes posés par ces grandes enquêtes, la façon dont on les a utilisées en Afrique pose problème. D'abord, on pensait pouvoir les reproduire. C'était un des principaux intérêts de ces enquêtes : les reproduire pour pouvoir mesurer l'évolution des comportements. En fait, très peu d'entre elles l'ont été parce qu'elles coûtent très cher. Il y a donc un premier objectif qui n'a pas été tenu. Deuxième aspect : l'idée était aussi de pouvoir moduler les campagnes de prévention en fonction des informations recueillies par ces questionnaires. Or, quand on examine le contenu des campagnes de prévention menées en Afrique, on n'a pas l'impression qu'elles aient fondamentalement évolué. Ce sont toujours les mêmes messages qui sont diffusés.
- 7 Il y a donc eu ce contexte de désignation des comportements sexuels en Afrique, la demande faite aux anthropologues et ces enquêtes quantitatives. Des enquêtes anthropologiques ont été menées, soit en milieu urbain, soit en milieu rural, mais elles ne prenaient pas comme base de réflexion première le groupe ethnique, justement parce qu'il ne s'agissait pas de se conformer à une demande qui constituait un piège. Ces études ont d'abord essayé de montrer qu'en Afrique on n'avait pas affaire qu'à des groupes à risque et que, justement, la catégorie de « groupes à risque », si elle pouvait se justifier au niveau épidémiologique, était extrêmement problématique d'un point de vue sociologique.
- 8 Le premier « groupe à risque » désigné en Afrique, était celui des prostituées. Or, l'anthropologie et la sociologie ont permis de décrire plusieurs types d'attitudes de femmes dans les rapports qu'elles établissent entre argent et relations sexuelles. Tous ne peuvent pas, de toute évidence, être classés dans les catégories de prostitution ou de

« sexe commercial ». Dès le départ, il y avait une réflexion insuffisante sur la notion de prostitution et à travers celle-ci, c'était bien évidemment des femmes qui étaient désignées. Même si, au niveau épidémiologique et du strict point de vue de la dynamique de l'épidémie en Afrique, on peut supposer qu'il y ait eu un noyau de femmes contaminées pour que la diffusion de l'épidémie puisse se produire, le problème n'est ensuite plus de porter la prévention au niveau des seules prostituées. Or, c'est tout ce qui a été retenu de la prévention dans un premier temps. Le problème était aussi de porter la prévention au niveau des partenaires de ces prostituées, donc des hommes. Et en second lieu auprès des partenaires féminines de ces hommes qui elles, ne peuvent guère être incluses dans les « groupes à risque » d'alors. Ceci n'est pas une analyse sociologique, mais tout simplement un raisonnement de bon sens sur l'organisation des réseaux sexuels.

- 9 Ensuite, venait le risque de désigner des « groupes à risque ». Dans un premier temps, les prostituées étaient désignées comme telles, mais très vite, on s'est aperçu que c'était l'ensemble des malades que l'on risquait de désigner. Quand on connaît la difficile acceptation de la maladie, en Afrique notamment, c'était extrêmement dangereux de continuer à parler de « groupes à risque » et tout à fait préjudiciable à la prévention comme à la prise en charge des malades. On a donc moins parlé de groupes à risque mais plutôt de comportements à risque. Même cette notion ne permet pas de comprendre pourquoi, par exemple, des femmes qui se disent fidèles et qui n'ont pas d'autres partenaires que leur mari sont massivement contaminées. C'est pourtant bien la situation que l'on observe dans les études auprès des femmes enceintes : on relève des taux d'infection de l'ordre de 10-15%, voire 30% et plus en Afrique australe. On n'est plus dans la catégorie sociale des prostituées : cela concerne l'ensemble des femmes qui consultent pendant leurs grossesses, et c'est relativement représentatif de l'ensemble des femmes. Donc, on n'est plus dans le registre des comportements, mais dans celui de ce qu'on a nommé par la suite des situations à risque. C'est-à-dire que ce n'est pas par leur comportement que ces personnes – il s'agit en fait des femmes – sont exposées, mais par la situation dans laquelle elles sont et donc dans leur plus ou moins grande capacité à pouvoir négocier l'utilisation du préservatif (en général de ne pas pouvoir le négocier ou difficilement : c'est ce qui les expose).
- 10 **L.B.** – *Tu en es venu à parler des femmes, de leur situation. Il y a une focalisation importante actuellement sur leur situation face à l'épidémie de sida. Est-ce que cette nouvelle manière d'appréhender les problèmes se traduit par une meilleure prise en compte du contexte sociologique dans lequel les relations sexuelles sont insérées ?*
- 11 **L.V.** – On assiste effectivement à cette nouvelle prise en compte qui, telle qu'elle se présente au premier abord, pourrait sembler positive. L'idée est qu'il ne faut pas faire porter la prévention uniquement par les hommes mais aussi par les femmes. Il s'agit essentiellement ici de la prévention par le préservatif masculin, le préservatif féminin étant très peu diffusé. C'est une attitude qui pose beaucoup de problèmes. En voulant trop en faire, en impliquant les femmes dans la prévention, on tend à leur faire porter toute la responsabilité de la protection des rapports sexuels au moyen d'un objet, le préservatif, qui est masculin. C'est assez paradoxal. D'abord, cela déresponsabilise les hommes alors qu'en ce qui concerne l'information tout n'a peut-être pas été tenté auprès des hommes pour pouvoir dire qu'on ne peut obtenir d'eux aucun changement de comportement.
- 12 En se focalisant sur les femmes et en particulier sur les jeunes femmes – faire en sorte qu'elles refusent des relations sexuelles avec des hommes plus âgés moyennant

rétribution, etc. – il y a, derrière une intention certes louable, une possible désignation des femmes dans leur incapacité à pouvoir s'approprier la prévention. Parce que justement la difficulté qu'elles ont à négocier le préservatif, on ne peut la résoudre au niveau des femmes sans se pencher sur les questions que cela soulève au niveau des relations de genre au sens large. Et là, l'image initiale du sida que j'évoquais réapparaît. Non seulement les femmes ont à gérer leurs relations avec les hommes – qu'elles ont toujours eu à gérer : le sida est venu se combiner avec des situations existantes – mais en plus, dans la négociation du préservatif avec leurs partenaires masculins, elles ont affaire avec l'image répandue de la maladie, qui est celle d'une maladie de prostituées. Derrière cela se profile l'idée que la femme qui propose le préservatif, c'est la prostituée. Le mal a été fait dès le départ, par une désignation de la prostitution comme principal sinon seul moyen de diffusion du VIH et qui n'a pas été accompagnée d'une analyse fine de ce que l'on entendait par prostitution. Cette difficulté liée à l'image de la prostitution se superpose au fait que, dans la plupart des sociétés africaines, les MST et donc ensuite le sida, ce sont des maladies de femmes, sous-entendu de femmes « libres », de femmes de « mauvaise vie », etc. On voit bien qu'il y a une conjonction entre le discours épidémiologique et médical et les représentations populaires dans ce qu'elles ont de moins malléable.

- 13 Les femmes sont donc confrontées au problème de devoir gérer la prévention. C'est pourquoi a émergé il y a plusieurs années un discours sur la vulnérabilité des femmes. Cela part d'un bon sentiment – se pencher sur la situation des femmes – mais cela implique aussi des simplifications et des catégorisations globalisantes. De même qu'on regroupait des femmes qui ont des habitudes et des pratiques très différentes sous le label de prostituées, de même on perçoit aujourd'hui l'ensemble des femmes à travers le prisme de la vulnérabilité.
- 14 Cela repose sur des réalités incontestables : physiologiquement les muqueuses génitales des femmes laissent passer beaucoup plus facilement le VIH que celles des hommes. On sait que la transmission d'homme infecté à femme non infectée est plus fréquente que l'inverse. Mais cela n'est pas dit dans les messages de prévention. Il y a vulnérabilité physiologique et vulnérabilité économique. La difficile indépendance financière et la quête de l'autonomie financière qui ne peut pas toujours se réaliser orientent les rapports aux hommes et modèlent la possibilité d'imposer le préservatif. Toutes ces situations dans lesquelles sont placées les femmes ont été incluses dans la catégorie de la « vulnérabilité » qui, de fait, recouvre des pans de réalités très différentes. On ne peut pas prétendre appréhender et résoudre l'ensemble des problèmes en les regroupant sous le seul label de la vulnérabilité.
- 15 Cela renvoie plus généralement aux problèmes des messages de prévention au sujet de l'évitement du VIH dans sa transmission sexuelle. D'une façon générale, les messages de prévention ont tendance à uniformiser une réalité médicale qui est complexe. C'est-à-dire que sont mis sur un même plan tous les modes de transmission, dans les documents ou les discours : le VIH se transmet par voie sexuelle, par transfusion, par utilisation de matériel médical mal aseptisé et de la mère à l'enfant (ce dernier point est venu plus tardivement). C'est à la fois juste mais c'est aussi un raisonnement insuffisant qui induit des comportements dangereux. D'un strict point de vue épidémiologique, la voie de transmission la plus dangereuse, c'est la transfusion. Quelqu'un qui reçoit une transfusion infectée a une probabilité très élevée d'être infecté. La probabilité d'être infecté par rapports sexuels potentiellement contaminants est relativement faible. Ce n'est pas dit,

mais elle est de 1% voire de 1‰. Beaucoup de cofacteurs interviennent, selon que ce soit la femme ou l'homme qui est infecté, selon le stade d'avancement de la maladie. Tout cela n'est pas dit. Pour la transmission de la mère à l'enfant, absolument aucun détail n'est fourni sur la façon dont elle s'opère, pendant la grossesse, pendant l'accouchement. La transmission par l'allaitement, on en parle très peu également. Au bout du compte, les gens reçoivent un message indifférencié. A mon avis c'est dangereux : quand on ne donne pas de détails aux gens sur la nature exacte des risques et leur importance relative, il s'ensuit une confusion. Par exemple, il y a eu beaucoup d'inquiétudes sur l'éventualité de contamination chez le coiffeur, quand les lames ne sont pas bien nettoyées : on est là encore dans un registre largement fantasmagorique. Cette confusion est induite par une espèce d'extrapolation hâtive des connaissances scientifiques par les messages de prévention : on n'a pas documenté scientifiquement le cas de personnes qui ont été contaminées de cette façon par un coiffeur, en ayant exclu une possible contamination par voie sexuelle, par exemple. Au bout du compte on arrive à une situation où les gens prennent tous les risques pour équivalents les uns aux autres avec pour conséquence ultime une crainte et une marginalisation accrue des malades. On ne mange plus avec eux, parce qu'on pense que cela peut être contaminant.

- 16 Pour en revenir aux modes de contamination par voie sexuelle, il y aurait un effort à faire en matière de prévention pour expliquer comment se passe la transmission et que toutes les transmissions ne sont pas forcément équivalentes. L'objectif n'est pas de dire « vous pouvez vous passer d'utiliser le préservatif » mais simplement d'informer les gens avec le maximum de précision. En Afrique, dans les messages de prévention sur le sida et ses modes de transmission, on trouve fondamentalement l'idée que le niveau de compréhension des gens est relativement faible et qu'il ne faut surtout pas leur donner trop de détails. A force de ne pas vouloir donner de détails, la seule information délivrée est qu'il faut utiliser un préservatif. On retombe fatalement sur une compréhension du rapport sexuel réduite à l'acte sexuel, perçu comme l'adoption d'une technique : ce qui est largement contradictoire avec les discours sur la nécessité de prendre en compte, notamment, la nature des relations de genre.
- 17 Une contradiction fondamentale n'est pas levée par les messages de prévention : entre la gravité d'une maladie qui « est dans le sang », qui est extrêmement grave, incurable, et la solution qu'on propose et qui, elle, est extrêmement simple. Qu'il n'y ait pas de traitement pour une maladie, c'est déjà problématique. C'est du registre de l'incompréhensible ou de l'impensable que, pour une maladie aussi grave, on ne propose qu'un objet aussi simple (le préservatif), qui existait déjà alors que la maladie est nouvelle. C'est quand même difficile à comprendre et cela débouche sur des réflexions du type : « les blancs qui nous parlent de cette maladie et nous demandent de nous protéger n'ont pas trouvé de médicament et ne nous proposent que ça ». C'est une image qui est là depuis le début et qui a retardé l'adoption de mesures de prévention en Afrique. Beaucoup de gouvernants ou d'acteurs sur le terrain en Afrique renvoyaient ce discours à l'occident en disant : « vous voulez qu'on utilise le préservatif parce que vous voulez contrôler les naissances. Si vous vous intéressiez vraiment à cette maladie, vous vous occuperiez du traitement ». Il y a une certaine logique dans cette argumentation.
- 18 **L.B.** – *Peux-tu expliciter les systèmes de représentation sur lesquels sont bâties les campagnes de prévention en Afrique ?*
- 19 **L.V.** – Dans les messages de prévention il y a eu la volonté – et l'anthropologie est directement concernée – de se pencher sur les pratiques dites traditionnelles qui mettent

en jeu des comportements sexuels. Là encore la demande vis-à-vis des ethnologues est ambiguë dans la mesure où on les invite à parler du lévirat, de la polygamie, etc., avec l'idée de prouver que ce sont des pratiques qui participent de la dynamique de transmission du VIH. Des études anthropologiques ont été menées qui tendent à montrer au contraire que le lévirat et la polygamie n'étaient pas forcément des pratiques à risque par rapport au VIH : on peut citer par exemple les études de Bernard Taverne et d'Annie Le Palec sur le lévirat – pratique qui consiste, lorsqu'un homme est décédé, à marier sa femme à l'un de ses frères. Le danger supposé était que l'épouse d'un homme mort du sida allait contaminer son nouveau mari sans savoir qu'elle était infectée, ou sans vouloir le dire, etc. On peut très bien penser au contraire que si l'on interdit le lévirat – parce qu'il y avait cette idée-là, qui en elle-même pose question : comment peut-on interdire une pratique traditionnelle ? On voit bien les débats qu'il y a autour de l'excision, même si les choses avancent, l'interdiction ne règle pas *ipso facto* la question – la femme serait d'abord en rupture avec sa famille. Or, si c'est une femme séropositive c'est quand même extrêmement dommageable en terme de prise en charge. De plus, si c'est une jeune femme qui a une vie sexuelle active, elle peut très bien transmettre le VIH à d'autres hommes. Ce ne sera pas à son beau-frère mais à d'autres. Ce simple principe de bon sens de diffusion de l'épidémie n'était pas pris en compte. Il y a une espèce d'obsession pour les pratiques traditionnelles dans les schémas de pensée de certaines personnes qui ont réfléchi aux questions de prévention en Afrique, ou qui ont conçu des campagnes. Cela relève d'une sorte de culturalisation de l'épidémie. L'argument avancé ici par les promoteurs de cette culturalisation est le suivant : si l'épidémie en est au point où elle en est en Afrique, c'est à cause de cultures africaines qui, soit sont absolument rétives à tout moyen de prévention, soit favorisent en elles-mêmes des comportements à risque. Par rapports à ces deux institutions mises en cause, par exemple, le lévirat et la polygamie, il n'existe aucune donnée épidémiologique : ce sont de pures vues de l'esprit. Pour la polygamie l'idée sous-jacente est que, si l'homme ou l'une des épouses est contaminée, l'ensemble du ménage polygame sera contaminé. Si on en reste là, sans réflexion sociologique, c'est effectivement à cette seule conclusion que l'on aboutira. Mais le fait est que l'homme peut très bien avoir des partenaires sexuelles en dehors de ses femmes légales. Du coup, le problème n'est pas celui de la polygamie en elle-même mais celui de la protection des relations sexuelles hors du mariage, que ce dernier soit polygame ou monogame. On retombe alors sur le problème de l'information de l'homme potentiellement contaminé. De même, pour le lévirat, le problème est celui de l'information de la femme. Sur ces points, les messages de prévention ont souvent tendance à déresponsabiliser les systèmes de santé, les responsables de la santé publique pour sur-responsabiliser les individus.

- 20 **L.B.** – *Un certain nombre de textes ont montré que les campagnes de prévention du sida avaient tendance à restaurer certains systèmes de prescription morale sur les rapports sexuels. On a l'impression à t'entendre qu'en Afrique ces modes d'imposition reprennent des voies antérieures, par exemple celles des missionnaires de l'époque coloniale, qui tentaient de culpabiliser des pratiques, telles que la polygamie ou le lévirat justement, ou d'autres encore qui étaient perçues comme des horreurs du point de vue du discours chrétien. Qu'en penses-tu et comment les gens se positionnent-ils vis-à-vis de ce système d'imposition ?*
- 21 **L.V.** – Par rapport à l'inscription historique de ces campagnes de prévention je pense que c'est effectivement le cas. Il est par ailleurs intéressant de voir, à travers les documents historiques, notamment sur la situation des femmes – et là les choses n'ont pas tellement

changé –, comment la question de la femme et de la santé est appréhendée en Afrique, en tout cas dans la littérature sur l'Afrique et dans la littérature de terrain. La femme n'a « existé », en matière de santé et de prévention, qu'en tant que prostituée et en tant que mère. La femme qui n'est ni l'une ni l'autre n'existe pas. La prostitution, historiquement, c'était le traitement des maladies vénériennes : les textes fourmillent d'indications sur le nombre de maladies vénériennes traitées et contractées par les colons. C'est bien pour cela qu'on s'intéressait aux prostituées. Ils évoquent aussi largement tout ce qui tourne autour de la santé de la mère et de l'enfant, ce que l'on appelle aujourd'hui la santé de la reproduction. Il y a actuellement une mortalité infantile très importante et il y a effectivement une forte prévalence du VIH chez les femmes enceintes, mais globalement, on en vient à oublier le commun des femmes qui entre deux maternités ou avant d'avoir connu la maternité sont susceptibles d'être malades. La femme adulte non prostituée ou non mère est largement occultée dans les questions de santé. Ce phénomène est historiquement déterminé.

- 22 Un autre problème concernant la prévention du sida mais aussi la réflexion sur la maladie en Afrique tient à la question de l'urgence. A partir du moment où on a constaté que la maladie flambait en Afrique, ou en tout cas que sa lecture statistique montrait qu'elle flambait, on s'est dit qu'il y avait urgence à répondre. Cela peut se comprendre, mais l'urgence a aussi fait perdre beaucoup de temps. C'est ce qui a donné lieu à ces grandes enquêtes quantitatives qui sont réalisées rapidement mais qui ne donnent pas beaucoup de résultats concrets. Plus encore, en ce qui concerne le discours de prévention, ce qui a résulté de l'idée qu'il fallait agir rapidement c'est la nécessité que les gens changent vite de comportement et que par conséquent tout changement de comportement valable d'un point de vue médical et épidémiologique était immédiat et durable. Or, on sait bien – et ce ne sont pas les situations africaines qui nous le montrent spécialement – que les changements de comportement en matière de sexualité, ne peuvent être que progressifs, d'une part, et que d'autre part, l'information doit être répétée pour qu'ils soient pérennes. C'est un problème culturel au niveau des messages de prévention : ce n'est pas la culture des populations qui est en cause mais celle de ceux qui communiquent sur la prévention. Ils échouent fréquemment à faire passer des messages qui ne culpabilisent pas ceux qui ne changent pas ou qui ne changent qu'un peu, ou progressivement, de comportement. Alors que c'est éventuellement en se protégeant quelques fois et progressivement que l'on arrive à se protéger tout le temps. Ce n'était pas pensé comme cela. Le problème est qu'on peut aboutir à des régressions concernant l'utilisation du préservatif parce que les gens se sentent coupables d'être incapables (pour différentes raisons) de se conformer du jour au lendemain aux directives des messages de prévention. Il faut absolument que les messages de prévention cessent de culpabiliser les changements progressifs, même s'ils ne sont pas entièrement satisfaisants en termes épidémiologiques. Il faut peut-être faire un pari sur l'avenir et penser que l'important n'est pas l'urgence d'un changement radical mais de préparer à long terme des changements de comportement irréversibles.
- 23 **L.B.** – *Pour en revenir à la question des rapports de sexe : dans la façon dont la femme a été située au centre de la diffusion de l'épidémie et de la logique des systèmes de prévention, dans la manière dont on focalise ces derniers, soit sur la prostitution avec tout ce que cela implique comme imprécision, soit sur la fragilité économique des femmes, il y a la question de l'argent, de sa conjugaison avec la sexualité et plus généralement avec les rapports hommes/femmes. C'est comme*

si l'argent était construit symboliquement comme un élément négatif, comme un facteur dont la mobilisation indique la présence de risques.

- 24 **L.V.** – C'est vrai que c'est la présence d'argent à un moment donné dans la relation entre hommes et femmes qui a provoqué, de l'extérieur, un discours sur la prostitution amalgamant un ensemble de rapports sociaux de nature différente. Cela fait partie des relations entre hommes et femmes qui ont été décrites depuis longtemps. Je pense par exemple au texte de Claudine Vidal sur la « guerre des sexes » à Abidjan¹. Les sexes sont « en lutte », les uns doivent se déterminer par rapport aux autres : rien n'est acquis et très clairement les femmes, lorsque l'on discute avec elles des problèmes d'argent, se situent dans ce type de relation : « certes, on nous accuse de demander de l'argent, des cadeaux, mais nous sommes dans une situation d'incertitude avec les hommes ». Cela ne peut se réduire à un échange de rapports sexuels contre de l'argent. Les hommes ont aussi intégré cette demande féminine. Les relations sont possibles sans cela mais les « cadeaux » entrent en scène à un moment ou à un autre : c'est une manière de pérenniser la relation. De même qu'il y a des stéréotypes masculins sur les femmes (« il n'y a pas moyen de faire quoi que ce soit avec elles sans argent »), il y a des stéréotypes féminins sur les hommes (« on le fait parce qu'ils sont de toute façon infidèles, ils ne prennent pas leurs responsabilités quand on tombe enceinte, etc. Donc la seule façon de se prémunir contre cette irresponsabilité des hommes et cette infidélité notoire c'est de gagner quelque chose dans cette relation »). Ce sont des relations de négociation, d'« évaluation » de l'autre... Il existe une certaine clairvoyance sur ce que les femmes peuvent attendre des hommes et ce que les hommes peuvent attendre des femmes. C'est là que se situe la monétarisation des relations hommes/femmes plutôt que des relations sexuelles. Cela perdure dans le mariage évidemment, mais dans le mariage c'est accepté comme cela l'est partout. Fondamentalement, les femmes beaucoup plus que les hommes sont dans une situation d'incertitude vis-à-vis de la relation de couple. La seule façon de se prémunir contre cette incertitude et de tester le sérieux de la relation que propose l'homme, c'est de le faire s'engager matériellement. Mais dans leurs expériences de couple, les femmes voient bien que ce n'est pas parce que l'homme subvient à leurs besoins qu'il est fidèle. Ce n'est pas suffisant mais c'est nécessaire : si l'homme n'a pas ce type de prévention à leur égard, c'est qu'il est susceptible d'entretenir une relation avec une autre femme.
- 25 **L.B.** – *Y a-t-il une corrélation entre circulation matérielle entre hommes et femmes et la façon dont la protection du VIH va se négocier ?*
- 26 **L.V.** – Le problème c'est que justement, à partir du moment où cette confiance est testée et acquise sur ces bases de soutien matériel, le problème du VIH se pose autrement. D'une part, il peut y avoir des relâchements en termes de prévention. C'est un registre classique de la prévention : à partir du moment où une proximité se crée, il est clair que la protection devient plus difficile. La question du test, de la connaissance du statut sérologique peut être réintroduite à ce moment : on incite les femmes à proposer le test à leur mari ou à leur partenaire mais cela peut aussi entrer en contradiction avec la confiance dont on se prévaut. Là aussi, c'est investir les femmes d'un rôle trop important parce qu'après tout, il faudrait sensibiliser plutôt les hommes à faire le test. Le problème est véritablement là : faire en sorte que les conditions des relations entre hommes et femmes puissent intégrer la menace du sida. Certaines femmes en milieu urbain arrivent bien à associer les deux, c'est-à-dire à avoir une relation avec un homme tout en faisant attention à la menace du VIH.

- 27 Cela se conjugue aussi avec l'accès au travail. De plus en plus de femmes cherchent à acquérir une autonomie financière. De plus en plus de femmes le disent, c'est un gage pour avoir un mari, c'est aussi une sécurité en cas de rupture. Dans cette recherche de travail, elles ne sont pas à l'abri de ce qu'on appellerait un harcèlement sexuel ou des pressions sexuelles, de la part d'un employeur pour trouver ou conserver un emploi ; ou d'un homme susceptible de financer la mise sur pied d'un commerce, par exemple (cela existe depuis longtemps). Dans cette recherche d'une source de revenu, il faut donc compter avec la menace du VIH. Les femmes ont intégré l'idée qu'il ne fallait pas oublier les consignes de prévention du VIH dans ces demandes qui peuvent créer une dépendance envers un homme. C'est une position délicate à tenir pour les femmes, toutes n'y arrivent pas, mais elles intègrent progressivement l'idée qu'elles ne peuvent plus se lancer dans la recherche d'un travail sans qu'à un moment dans leur parcours elles aient à gérer la menace du VIH. Or, les messages de prévention n'aident pas les femmes sur la façon dont elles doivent négocier les deux registres conjointement. Les messages de prévention ont repris tout un discours autour de la vulnérabilité des femmes, de la nécessité de renforcer leur autonomie, c'est l'*empowerment* : dans leur vie quotidienne les femmes le savent depuis longtemps, et ont œuvré en ce sens bien avant et indépendamment de ce discours sur l'*empowerment*. Et simultanément, les messages les incitent à se tester, à proposer le préservatif à leurs partenaires. Par exemple, une situation pour laquelle les femmes n'ont guère de soutien, c'est dans leur couple. C'est typiquement la situation où elles doivent associer les deux problèmes : continuer à travailler et être indépendantes financièrement, tout en continuant à gérer la menace du VIH. Ce n'est pas parce qu'on est indépendante financièrement qu'on est à l'abri du VIH. Cela peut sembler banal de le dire mais la prévention ne dit rien sur ce point. Sauf à travers l'image de l'infidélité, la prévention n'explique guère comment se prémunir contre le VIH dans le couple : c'est-à-dire comment parler du préservatif, comment suggérer à son conjoint de se tester, par exemple quand le couple interrompt les moyens de prévention pour avoir un enfant. Ces questions ne font pas l'objet d'un discours de prévention réellement construit.
- 28 Pour résumer, les messages de prévention rencontrent de grandes difficultés pour associer le sexuel et le social. Les gens l'associent de plus en plus dans leurs pratiques personnelles mais la prévention a tendance à disjoindre les deux : « soyez autonomes financièrement parce que vous pourrez plus facilement négocier le préservatif » explique-t-on aux femmes, mais les messages n'entrent pas dans la complexité des rapports entre ces deux registres.
- 29 **L.B.** – *Tous ces éléments que tu viens de présenter donnent effectivement à réfléchir sur la complexité de l'architecture sociale de la sexualité, sur laquelle les promoteurs de la prévention se heurtent continuellement. Il est sans doute indéniable que la nécessité de la prévention et les rapports que ses promoteurs entretiennent avec la recherche ont fait progresser les connaissances théoriques et les problématiques, en particulier en imposant de construire de manière dynamique cet objet « sexualité » dans son architecture sociale. Les campagnes de prévention se manifestent aussi comme un système de prescription/incitation/stigmatisation qui s'articule avec les logiques de communication en vigueur. Ta présentation montre que ce rapport – dans lequel la recherche elle-même est impliquée de façon ambiguë – est extrêmement révélateur. En ce sens, il peut être saisi de manière centrale pour construire une grille d'analyse de la sexualité et, au-delà, un éclairage sur l'ensemble des rapports sociaux.*

NOTES

1. Vidal C, 1978. « Guerre des sexes à Abidjan. Masculin, féminin, CFA », *Cahiers d'Etudes Africaines*, XVII, 65 : 121-153.

AUTEURS

LAURENT VIDAL

IRD – Centre d'Etudes Africaines