



■ Les homosexualités dans l'action préventive contre le sida en Afrique. Pourquoi faire ?

Réflexion autour d'une polémique.

Sidanet, 2006, 3(5) : 928

Vendredi 12 mai 2006

Charles Guebogo

Sociologue, doctorant à l'Université de Yaoundé I.

gue_charles@yahoo.fr

En Afrique dans le champ de la prévention contre le Sida à travers l'utilisation des communications se servant des techniques de la publicité, une observation empirique montre que deux forces majeures, une externe et une autre interne, y opèrent. Celles-ci de manière générale ont orienté leur action communicationnelle préventive, sur le plan sexuel, vers l'hétérosexualité en omettant d'aborder aussi la réalité homosexuelle. Cet hétérocentrisme pose en filigrane la préoccupation du cursus sexuel dans lequel certains sujets africains inscrivent leur pratique sexuelle, avec une identification ou non comme relevant de l'ordre de l'homosexualité ou de la bisexualité. Cursus hautement à risque dans le cas des rapports sexuels intégrant des pratiques homosexuelles, comme le relève les données et les récits de vie recueillis auprès des sujets homosexuels et des sujettes lesbiennes à Yaoundé et à Douala au Cameroun. Y a-t-il nécessité d'intégrer l'aspect des homosexualités dans les communications préventives en Afrique ? Nous pensons que oui, parce que la sexualité humaine est « multiplex », cela suppose que l'infection au VIH dans le domaine sexuel est également plurielle.

Mots-clés : Homosexualité(s) ; Afrique ; Discrimination ; Cursus sexuel ; Communications préventives.

Summary :

In Africa the use of external communications to prevent the HIV/Aids inside the whole society through advertising technics is conducted by to principal forces : external and internal. Generally they use to act in their preventive communication, when talking about sexuality, especially with heterosexuality without talking about homosexuality. This heterosexism push out the problematic of the sexual curses of african individuals, relevant or not to homosexuality or bisexuality . We have used stories life of men who have sex with men and women who have sex with women in the townships of Douala and Yaoundé in Cameroon. Is there any necessity to integrate homosexualities realities inside prevents communications against HIV/Aids in Africa. Let's say yes, because human sexuality most be seen as a plurality.

Keys words : Homosexualities ; Africa ; Discrimination ; Sexual cursuses ; Prevents communications.

Introduction

Le problème ici est posé de manière directe et pourrait être considéré comme



Ce site respecte les principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

brutalement adressé. Cependant cette problématique formulée de cette façon devrait être saisie comme la préoccupation majeure des diverses forces intervenant dans l'action préventive contre le Sida en Afrique. En effet, **pour les politiques africains dans leur majorité, l'homosexualité est inexistante en Afrique ou alors elle est un sujet tabou**. Tandis que **pour les organisations internationales présentes en Afrique dans cette lutte, le fait homosexuel est si minoritaire, qu'il est quasiment inexistant**. Dans ces deux logiques aborder la question homosexuelle en Afrique en temps de Sida apparaît comme une préoccupation de moindre importance, l'urgence étant ailleurs. Pour eux donc, l'urgence du Sida en Afrique semble être ailleurs, parfois même loin de la réalité sexuelle qui pourtant demeure la voie de transmission du VIH la plus dominante. Dans cette logique, les événements jugés en Afrique comme urgents sont privilégiés. C'est le cas notamment des situations de crise (guerres, famines etc.) (Desclaux et Raynaut, 1997).

De plus, des attentions particulières sont portées sur la **catégorie des femmes**, car en temps de Sida en Afrique, celles-ci rencontrent de nombreuses difficultés dans les rapports avec les hommes, au désir d'enfant, à la négociation du port du préservatif et même face à la maladie. A ce niveau, tout est fait en sorte que le temps des femmes dans la lutte contre le Sida, soit celui d'une négociation des risques (Vidal, 2000), car l'handicap, la vulnérabilité des femmes africaines dans le contexte du Sida, ne peut qu'avoir des conséquences sociales néfastes (Hasoun, 1997).

Enfin l'accent est mis sur l'évaluation et la prise en charge des **orphelins et des enfants vulnérables**[1]. C'est donc dans ces principaux domaines qui associent les crises, la situation des femmes, la situation des orphelins, que les mobilisations les plus significatives, les messages de préventions sont davantage orientés. Il semblerait alors que ce serait à ces seuls niveaux qu'apparaîtrait l'urgence du Sida.

Dans cette même logique toujours, les forces externes, détentrices de capitaux auraient aussi ciblé l'urgence ailleurs, mais en étroite relation avec les préoccupations des politiques publiques de santé africaines. Leur préoccupation sur la question du Sida en Afrique sera surtout technique. La mission française de coopération par exemple se charge d'assainir les structures de soins ou d'organiser le soutien et le suivi psychosocial des personnes atteintes par le VIH/Sida, tandis que l'Union Européenne (U.E.) s'occupe du programme de sécurité transfusionnelle en réaménageant les banques de sang, souvent assorti de la formation du personnel technique. La coopération allemande quant à elle, axe son action sur la surveillance épidémiologique ou le soutien des projets de proximités.

Il apparaît ainsi que, plutôt que d'attaquer la maladie à sa racine, les forces externes s'attèlent à « jouer les pompiers », une fois le mal déjà répandu dans la sociosphère africaine. Pendant ce temps, **les politiques publiques internes de santé en Afrique continuent de discriminer et de stigmatiser les réalités liées aux homosexualités**. Cela pourrait apparaître fondé : l'urgence et l'aide financière étant tournées vers des centres d'intérêts jugés plus préoccupants. Les politiques internes, presque toujours en manque de fonds, se voient obligés de céder aux desiderata des organisations externes. En effet, vu le coût financier d'une prévention du Sida totalement adaptée aux homosexuels et aux homosexualités en Afrique (il est estimé à 2,5 milliards de dollars par an) (Vangroenweghe, 2002 : 181), il ressort qu'un tel investissement ne saurait en Afrique être consacré à une communauté frappée d'interdits sociaux et de tous les préjugés, pendant que ceux qui sont politiquement corrects sont dans le besoin.

C'est à partir du croisement des logiques des forces internes et externes dans la lutte contre le Sida en Afrique que ressort toute la notion de discrimination vis-à-vis de la catégorie homosexuelle. Cette discrimination, dans sa pratique, entraîne –qu'on le veuille ou non- une autre qui frappe également les catégories de personnes qui, bien que ne se reconnaissant pas une identité homosexuelle, sont impliquées dans les homosexualités c'est-à-dire les pratiques sexuelles en dehors des relations péni-vaginales. La discrimination ou la stigmatisation qui consiste en un traitement différencié d'un groupe ou d'une catégorie, ce qui peut entraîner un blâme public de celui-ci, a des conséquences néfastes, dans le domaine de la prévention contre le Sida. En effet, l'ONUSIDA a déjà établi que :

« La stigmatisation et la discrimination entravent les efforts visant à maîtriser l'épidémie mondiale, et créent un climat idéal pour sa propagation. A elles deux, elles constituent l'un des plus grands obstacles à la prévention d'autres cas d'infection (...), et à l'atténuation de l'impact de l'épidémie » (2003 : 31).

La discrimination a une forme en perpétuels mouvements. Elles changent constamment, il en va de même pour les catégories des objets de discrimination (Nations Unies, 2001 : 218): celles qui ont été retenues dans le cadre de cette réflexion sont les catégories homosexuelles et les personnes ayant des pratiques sexuelles associées aux homosexualités. Cela ne veut pas dire qu'en Afrique, ce sont les seules catégories à subir cette discrimination au niveau des communications préventives publiques du VIH/Sida (on peut citer au passage les personnes âgées et les personnes handicapées motrices ou mentales qui n'ont pas souvent accès à des communications préventives qui leur soient adaptées. La liste est loin d'être exhaustive).

Cette discrimination trouverait sa source dans la peur de l'inconnu, ce qui entraîne la peur d'une action qui serait comme condamnée à l'échec. A cela, il y a également l'anxiété pour les politiques africains de perdre de leur identité personnelle, c'est-à-dire leur légitimité ou leur autorité, en ce sens que, pour eux, donner l'autorisation de publiciser l'homosexualité et les homosexualités même en contexte de Sida, reviendrait à s'inscrire en faux contre une législation, dont le seul but semblerait être de maintenir leur pays dans une certaine probité morale. Ici, l'interdiction de l'homosexualité et des pratiques sexuelles en dehors d'une certaine orthodoxie entraînerait automatiquement la suppression de leur présence dans la société et, par conséquent, maintiendrait une certaine image « propre » de la société. Tandis que, supposer seulement leur existence à travers l'action préventive contre le VIH serait reconnaître que ça existe et, légitimerait en quelque sorte ladite existence ; or, cela ne semble pas être de bon augure pour l'image des pays en Afrique. Toute cette logique complexe trouverait un appui dans l'action que mènent les organisations riches externes en terre africaine au plan du Sida. Cet appui serait motivé par une stratégie idéologique de positionnement sur le plan scientifique, mais aussi de déculpabilisation à travers la possibilité qui serait offerte aux accusés d'hier s'ils le voulaient (les homosexuels en Occident) d'être les accusateurs d'aujourd'hui (les nouveaux boucs émissaires étant les hétérosexuels d'Afrique, puisque dans cette logique et d'après les données épidémiologiques, le Sida en Afrique ne se transmettrait qu'exclusivement par voie hétérosexuelle).

Les formes ou manifestations de la discrimination peuvent être observées dans plusieurs situations contemporaines (Idem : 10). C'est pourquoi dans cette réflexion, elle a pu être observée à travers la communication préventive du Sida dans les publicités dans le manque d'action concrète en direction des homosexuels ou des individus pratiquant les homosexualités. Dans ces communications préventives, tout ou presque tout, est hétérocentré, or cet hétérosexisme généralisé dans les préventions contre le Sida en Afrique, crée une fausse impression de sécurité chez certains individus, ce qui amenuise les effets de prévention en général (ONUSIDA, Ibidem).

Des conséquences liées à la discrimination et à la stigmatisation de l'homosexualité et des homosexualités dans la communication préventive du Sida en Afrique.

La discrimination et la stigmatisation de l'homosexualité et des homosexualités dans le contexte du Sida en Afrique à travers l'action publicitaire préventive ne peuvent qu'avoir des conséquences sévères au sein de certaines catégories de la population, comme les enfants de la rue, les jeunes ou les populations incarcérées, sexuellement actives.

Les jeunes ont de plus en plus une activité sexuelle précoce en Afrique.

Cependant les enfants de la rue, population très vulnérable, ont une expérience sexuelle encore plus précoce comme l'a démontré une étude à Abidjan et à Accra. Au cours d'une enquête à Abidjan auprès des jeunes de la rue, 86% ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels, l'âge du premier rapport variant entre 10 ans et 21 ans (Kponhasia, 2002 : 31). A Accra, ils étaient 53% (Anarfi, 2002 : 81). A Abidjan, 62% ignoraient l'usage du préservatif, tandis qu'à Accra, parmi les 83% qui connaissaient le préservatif, seulement 28% soit moins de la moitié, affirmaient l'avoir déjà utilisé. Le problème cependant se pose surtout au niveau du type d'activités sexuelles qu'ont ces jeunes, où de leur propre aveux, il est possible de retrouver le sexe oral, le sexe anal, des expériences homosexuelles, des viols ou le sexe collectif connu sous le nom de « partouze » ou « matasse » en Côte-d'Ivoire, « open sex » à Accra ou « rallye » ou « mpôti » au Cameroun. Parfois, ces pratiques sexuelles dans la rue sont liées à certains rites d'initiation parmi les groupes. L'initiation est alors contraint d'avoir des relations sexuelles anales réceptives avec un groupe de garçons. Ce fut le cas rapporté parmi les jeunes de la

rue à MWANZA en Tanzanie où,

« Les garçons (...), âgés de 8 ans à 20 ans, ont rapporté avoir eu des relations sexuelles anales avec d'autres garçons de la rue, comme une partie d'initiation rituelle pour avoir accès à la culture de garçon de la rue et, cela permet d'être accepté dans la vie de la rue, certains se réveillent souvent brusquement de leur sommeil dans la nuit pour se rendre compte qu'ils ont été analement pénétrés »(Brody et Potterat, 2003 : 432).

Aucun de ces garçons ne considèrent ces actes sexuels avec les personnes du même sexe comme étant des actes homosexuels (Idem)[2]. C'est ce qui est aussi observé dans les prisons, ou parmi certains jeunes en dehors de la rue.

Il existe aussi une autre réalité très présente en Afrique, surtout parmi les hétérosexuels : le sexe anal. C'est ainsi que 42% d'un échantillon d'étude parmi les camionneurs en Afrique du Sud ont admis être engagés dans les relations hétérosexuelles anales ; 14% parmi les prostituées, dans une étude menée au Kenya, et 42,8% parmi les prostituées en Afrique du Sud ont admis être engagées dans les relations sexuelles anales. 9% d'étudiants et d'étudiantes en Tanzanie dans une autre étude, ont reconnu que leur premier acte sexuel était le sexe anal, tandis que 18% d'hommes et 44% de femmes dans une enquête au Sénégal ont admis avoir eu des expériences homosexuelles. 12% d'étudiantes dans un internat, au Togo au cours d'une autre étude, ont aussi avoué avoir expérimenté le sexe anal. La liste est loin d'être exhaustive (Karim et Ramjee, 1998 ; Matasha, et al., 1998 ; Schenkel, 1971).

Soulignons aussi au passage deux histoire de vie de sujets rencontrés à Yaoundé au Cameroun. Il s'agit d'Erik et de Joseph[3].

Histoire d'Erik, 27 ans, homosexuel.

Nous l'avons rencontré au cours de l'enquête menée à Yaoundé et à Douala au Cameroun, où il a été notre guide dans les marchés homosexuels de Douala (Gueboguo, à paraître). Son histoire est singulière. Il dit être devenu homosexuel dès l'âge de 12 ans, après avoir été violé par un oncle. De temps en temps quand il a des rapports sexuels avec un homme, il utilise des préservatifs, mais pas systématiquement, puisqu'il dit ne pas apprécier le contact avec le latex. Ce qui est surtout marquant dans son histoire, c'est qu'il affirme avec conviction qu'il ne pourra jamais être infecté par le VIH, car il croit en Dieu. **« Je suis un enfant de Dieu, le Sida ne peut pas m'attraper »** dit-il alors avec force. Il traîne avec lui une IST, mais n'a jamais fait aucun rapprochement entre cette IST et la possibilité d'une infection au VIH. Il ne veut d'ailleurs pas entendre parler de tests de dépistage.

Histoire de Joseph, 31 ans, homosexuel.

Le cas avec Joseph n'est pas similaire de celui d'Erik. Nous l'avons rencontré à Yaoundé. Pour lui, chaque fois que l'occasion se présente, il va se faire dépister et le résultats, nous dit-il fièrement, est toujours négatif. Cela justifie la confiance exacerbée qu'il a de lui. Suivant les situations, il dit avoir des rapports sexuels avec le premier venu sans protection pour parer à l'urgence. Il dit être conscient de la réalité Sida et de son lot, mais affirme : **« quand on est en guerre sans munitions, on fait avec les moyens de bord »**.

Nous sommes face à deux sujets qui sont pour l'un conscient de la possibilité d'être infecté au VIH dans les rapports impliquant les homosexualités, mais qui se montre laxiste quant à la protection systématique dans lesdits rapports. Il procède à des dépistages compulsifs c'est-à-dire un dépistage qui répond au besoin de connaître son état sérologique dans le but d'une confirmation chez le sujet du sentiment d'être « in-infectable » ; pour l'autre, c'est le paravent de la croyance en Dieu qui est utilisé comme bouclier symbolique pour se protéger. Les deux répondants n'avaient pas suffisamment d'informations sur les risques qu'ils encourent. Ces deux témoignages sont le reflet de ce qui peut s'observer dans une large proportion dans toute l'Afrique.

Tout ce qui vient d'être présenté est utile pour montrer combien les réalités sexuelles à risque, comme le sexe anal, sont très présentes en Afrique, or toutes les données épidémiologiques sont unanimes dans la démonstration que la transmission du VIH est fréquente au cours des rapports ano-rectaux. Cela s'explique :

« D'une part par la plus grande fragilité de la muqueuse rectale par rapport aux muqueuses génitales et d'autre part par la plus grande fréquence, chez les sujets à rapports multiples, de lésions de cette muqueuse rectale » (Cassuto et al., 1996 :

Il est certes vrai que la façon exacte dont le VIH traverse ces muqueuses n'est pas encore clairement élucidée, cependant, « *la muqueuse anale de la zone rectale constitue très certainement une muqueuse relativement réceptive au VIH* » (Bélec, 2001 : 62) car,

« *La muqueuse ano-rectale apparaît plus vulnérable au VIH que les muqueuses sexuelles. Elle associe, en effet, une surface réceptive importante, un manque certain de résistance mécanique aux rapports anaux, et une forte densité de cellules cibles potentielles (...) Le réceptacle ano-rectale, de plus, a une capacité rétentionnelle sur les résidus de sperme* » (Idem).

Face à cela, tous les africains ne sont pas toujours informés de cette réalité. Les communications préventives n'y font pas allusion et la conséquence est que certains individus impliqués dans ces pratiques se croient protégés contre le VIH. Ces communications ne mentionnant pas ce danger laissent croire à certains individus que le VIH ne serait transmissible que dans les relations pénivaginales. C'est pourquoi, « *une telle croyance ne peut que perdurer si les campagnes contre le sida en Afrique s'obstinent à ignorer totalement l'homosexualité* » (Vangroenweghe, 200 : 219) et les homosexualités, puisque le sexe anal en Afrique est aussi bien répandu parmi les homosexuels que parmi les hétérosexuels. Dans un tel contexte, « *le VIH peut être transmis au cours d'une pénétration anale réceptive comme insertive. (C'est) la pratique sexuelle la plus efficace pour transmettre le VIH* » (Bélec : 81), avec un risque de transmission plus élevé comparé à celui lié aux rapports pénivaginaux. La majoration du risque de transmission dans les rapports anaux insertifs est comprise entre 1,5 et 15. Chez le partenaire réceptif, le taux de transmission par acte avec éjaculation peut varier entre 0,5% et 3% ; et les individus qui pratiquent à la fois les deux formes de rapports pénirectaux (insertifs et réceptifs) ont un risque maximal qui est multiplié par 30 environ d'infection au VIH (Idem : 82). C'est dire, dans les rapports sexuels anaux, que la transmission possible du VIH est bidirectionnelle, avec un risque moins élevé de contamination du partenaire insertif par rapport au partenaire réceptif. Les partenaires insertifs sont alors de ce fait, « *les véritables acteurs de la diffusion de l'épidémie* » (idem).

Un autre facteur de transmission possible du VIH dans les relations sexuelles, facteur tout aussi ignoré dans les communications préventives en Afrique, mais malgré tout très répandu parmi les populations, c'est la relation sexuelle pénibuccale, ou le sexe orogénital. En effet, certains africains, pour sortir des sentiers battus, ont adopté des comportements sexuels autres que la relation pénivaginale. Il s'en suit que le sexe orogénital parmi les jeunes en Afrique par exemple, est devenu d'après une observation empirique, une pratique très répandue voire incontournable. Erik affirme qu'en la matière il est passé maître, « **on me surnomme la « tailleuse de pipe** » claironne-t-il.

Pour certains, on peut observer à travers leurs discours que son absence peut équivaloir à un crime de « lèse sexualité. » C'est ce qui est observé chez de nombreux étudiants et étudiantes dans les universités. En Afrique, de tels rapports sont souvent unidirectionnels, c'est-à-dire que ces rapports sont davantage de type pénibuccal que de type cunnilingus, mais ces deux types de rapports sexuels incluant la relation du sexe à la bouche demeurent répandus. En effet, « *le risque de transmission lié à chacune de ces pratiques de sexe oral est a priori plus important en cas d'exposition à du sperme contaminé* » (Id : 83), qu'en cas d'exposition à d'autres fluides corporels comme les sécrétions vaginales ou anorectales. C'est pourquoi, plus de 20 observations bien documentées de contamination ont été rapportées à la suite des rapports pénibuccaux (Rothenberg et al., 1998). Cela s'explique par le fait que « *le tractus uro-génital masculin constitue un réservoir étagé pour le VIH-1 libre et associé aux cellules, qui alimentent les sécrétions génitales masculines, i.e. (sic) le liquide pré-éjaculatoire et le sperme* » (Bélec, 2001 : 32-33). Le tractus génital masculin est un site de réplication active du VIH, comme l'ont démontré les études d'autopsies d'hommes décédés de suite de sida. Ces études ont indiqué en effet que « *le VIH est présent dans de nombreux tissus du tractus urogénital, incluant ceux qui assurent la production et la maturation des spermatozoïdes* » (idem : 33). C'est pourquoi le VIH est aussi détecté dans le liquide pré-éjaculatoire. Le liquide pré-éjaculatoire est :

« *Une sécrétion visqueuse, produite par les glandes bulbo-urétrales de Cooper et de Littré ; il a un rôle lubrifiant. Ce liquide pourrait constituer un fluide corporel infectieux (...) Le liquide pré-éjaculatoire, qui est émis durant la phase orogénitale, accompagnée ou non d'éjaculation, lorsque le partenaire insertif est*

infecté » (id : 36).

Cependant certains individus sont enclins à penser que dans les rapports pénibuccaux, s'il n'y a pas éjaculation, il n'y a pas de risques de transmission du VIH. Cela s'applique bien entendu pour ceux, pas toujours nombreux, qui ont tant soit peu une idée de la transmission du VIH dans les relations péni-orales ; or les communications préventives du VIH/Sida en Afrique, en omettant cette réalité, poussent certains individus à demeurer exposés face à l'infection au VIH, à travers des pratiques sexuelles qui au premier abord, sont anodines. En outre, le fait que le sexe oral prévienne des grossesses à risque, pousse certains jeunes à s'y adonner sans protection. Ils ne sont pas informés qu'une protection pourrait et devrait être faite, même dans ce type de relation sexuelle.

A ce niveau, il ressort que les communications préventives du VIH en Afrique refusent de jouer dans la totalité leur rôle, qui est celui d'informer. Par information, il ne s'agit en aucun cas pour ces communications préventives de donner des détails et des explications techniques complexifiées, mais à travers le langage qu'elles ont adopté, de signaler avec insistance la nécessité d'une protection, même dans les relations sexuelles orales ou anales.

De telles actions ont pu être observées en Occident ou de grandes variétés de recommandations vis-à-vis de la fellation ou de l'anilingus ont pu être recensées (de Buscher, 1996) :

- Une brochure brésilienne destinée aux prostitués masculins publiée par le « Projeto Previna/Aids na Prostituiça » en 1989 a pu recommander clairement ceci : « *sucer ou se faire sucer est dangereux, vous devez alors utiliser un préservatif* » ;

- En Hollande dans une brochure destinée aux touristes homosexuels éditée par le « Stuurgroep Aidspreventive Homo's » en 1992, il était possible de lire la recommandation suivante : « *sucer ou se faire sucer sans éjaculation est sans risque. Vous devez juste éviter l'éjaculation* ». Cependant, nous avons vu que le risque d'infection au VIH, demeure car le liquide pré-éjaculatoire d'un individu contaminé est potentiellement infectieux. Cela dit, une telle initiative a quand même le mérite d'exister ;

- Dans une brochure bilingue des Etats-Unis (Anglais/Espagnol) du « Gay men Health Crisis » en 1991, l'information était beaucoup plus complète et la recommandation s'accordait avec celle de la brochure brésilienne. Il y était dit : « *Sucer ou se faire sucer sans éjaculation est considéré comme une pratique à faible risque de transmission, mais n'éjaculez jamais ou ne laissez jamais votre partenaire éjaculer. Si vous voulez avoir moins de risque, utilisez un préservatif* » ;

- Dans un petit livre *Hot Sex Now* du « Terrence Higgins Trust », en 1992 il était possible de lire dans une approche un peu différente ce qui suit : « *personne ne peut être sûr que le virus contenu dans le liquide préséminal ou dans le sperme ne puisse passer au travers des parois de la bouche et de la gorge (...) s'il existe un risque, celui-ci est très faible* », et cette conclusion de suivre : « *tu peux éventuellement utiliser un préservatif ou éviter de recevoir le sperme ou le liquide préséminal dans la bouche* » ;

- Pour l'anilingus, les recommandations sont tout aussi similaires. Aux Etats-Unis, il est conseillé d'utiliser une barrière en latex telle que la digue dentaire ; au Brésil cette pratique est considérée comme très dangereuse (« muito perigoso »), donc elle est à éviter ; c'était le même conseil qui en 1992, était donné en France.

Rappelons que toutes ces recommandations sont ou étaient faites à travers les communications publicitaires préventives et, les informations étaient distillées avec précision, sans aucune conceptualisation qui n'aurait pas eu sa place dans un langage publicitaire. C'est dire par conséquent que les communications préventives en Afrique, à travers la mise en scène langagière qu'elles ont adoptée, pourraient tout aussi informer leur cible sur les dangers liés aux homosexualités sans protection.

Cependant, même si une telle initiative était prise, la préoccupation de la fourniture des outils adaptés à cette protection demeure, car nous l'avons vu, les préservatifs rencontrés dans les marchés africains, fournis par les organisations externes et subventionnés par les Etats africains, sont exclusivement adaptés aux relations pénivaginales. Ce sont eux qui sont les moins chers et les plus répandus. Quand aux autres, s'il est possible de les rencontrer occasionnellement dans quelques rares pharmacies, ils ne sont pas accessibles financièrement aux individus de classe moyenne. En outre, beaucoup d'individus ne sont pas toujours informés du

fait que les préservatifs adaptés au sexe anal ou oral sont disponibles ou existent. Joseph a paru surpris quand nous avons émis cette idée : « **comment peut-on sucer avec du plastic dans la bouche ?** »

Les sujets, qui tant soit peu les utilisent, se contentent de ceux disponibles sur le marché (moins chers). D'où l'observation de nombreux cas de déchirures, les déchirures n'étant pas dues à la mauvaise utilisation, comme l'annoncent les publicités, mais à l'inadéquation entre les préservatifs et le type de relations sexuelles dans lesquelles ils sont utilisés.

Le problème principal qui rejailit ici est que les politiques publiques de santé africaines sembleraient n'être pas encore prêtes à insérer dans leur communication publicitaire de prévention contre le VIH, des informations liées aux dangers en cas de relations sexuelles incluant des homosexualités non protégées ; pendant ce temps les organisations externes rechigneraient à fournir des matériaux adaptés à des types multiples de relations sexuelles. Pour eux, un tel investissement en Afrique serait non rentable car le marché ne semble pas être important.

Cependant, à travers les informations partielles qui sont véhiculées aux populations par les publicités préventives de manière mécanique sur la réalité de la transmission sexuelle du VIH, certains individus ont choisi d'adopter des comportements sexuels en dehors de ceux qui sont présentés comme dangereux. Ils se croient protégés contre le VIH en adoptant, en dehors de leur couple ou d'une relation fidèle suivie, des comportements sexuels n'incluant pas des pénétrations vaginales comme les relations pénio-anales ou péni-orales sans protection. C'est le cas chez certains sujets hétérosexuels. Quant à ceux qui ont une orientation homosexuelle établie, mais qui, à cause des contraintes sociales se voient obligés d'entretenir aussi des relations de type hétérosexuel dans un but stratégique, il est possible de noter qu'avec les partenaires de l'autre sexe s'il peut leur arriver de se protéger, avec le partenaire du même sexe, la protection n'est pas systématique. Idem pour les individus hétérosexuels ayant des partenaires multiples. Les déchirures des préservatifs sont fréquentes, parce que les pratiques sexuelles dans l'action sont variées que l'on soit hétéro, homo, ou bisexuel et les risques de contamination sont élevés si l'un des partenaires est infecté. Or, il a été constaté que si au début dans les relations hétérosexuelles l'usage du préservatif est parfois systématique mais pas toujours, à la longue la confiance entre les partenaires finit par s'établir et le préservatif commence par être beaucoup moins utilisé. Si un tel individu a par conséquent contracté le virus avec son partenaire du même sexe, la probabilité pour qu'il le transmette à son partenaire de l'autre sexe est de ce fait maximisée. Le même état de chose peut être relevé pour des couples avec partenaires de même sexe. C'est pourquoi il a été souligné que « *la diversité des comportements et pratiques sexuelles prend (...) des formes sociales plus ou moins stabilisées, qui s'intègrent en d'autant de réseaux d'échanges sexuels* » (Bélec, 2001 : 70). Cela nous fait rentrer dans la notion du « cursus sexuel. »

« Cursus sexuel » et infection au VIH en Afrique.

La notion de « cursus sexuel » (Tchak, 2000) est utilisée ici pour montrer les conséquences sociales qui sont liées à la discrimination de certaines sexualités et des homosexualités dans les publicités préventives contre le VIH en Afrique, car certains individus, pour paraître socialement corrects sont contraints d'avoir aussi des relations de type hétérosexuel, bien que se définissant comme ayant une orientation homosexuelle et étant activement impliqués dans les relations sexuelles liées à cette réalité, principalement la sodomie, et la relation pénibuccale ou fellation (dans une large mesure). Chez les lesbiennes en Afrique c'est le cunnilingus qui est observé (en plus de l'emploi du fist-fucking et de l'usage des godemichés comme partout ailleurs dans le monde). Cette pratique sexuelle d'un individu séronégatif à une partenaire infectée, peut transmettre le VIH. Il est certes vrai que le risque de transmission dans les rapports orogénitaux est inférieur à celui lié aux rapports pénivaginaux et anaux, cependant il existe, et il est important de le souligner pour un impact significatif dans les mobilisations de prévention. En effet dans tout état inflammatoire, les muqueuses :

« *Génitales favorisent la transmission sexuelle du VIH, de façon probablement bidirectionnelle (...) l'inflammation génitale augmente la réceptivité des personnes non contaminées mais exposées sexuellement, à cause de l'afflux local de cellules cibles au VIH, et de la fragilisation de la barrière muqueuse* » (Bélec, 2001 : 99).

Les causes de ces inflammations génitales sont multiples et comprennent les agents infectieux des maladies sexuellement transmissibles.

Pour revenir au cursus sexuel, ce concept renvoie à l'héritage des expériences sexuelles passées d'un individu, transmis à un autre, lequel à son tour lègue le sien (son héritage du passé sexuel), en termes de risques d'infections à des maladies possibles et à venir. Autrement dit le cursus sexuel désigne l' :

« Ensemble des expériences sexuelles qu'une personne, homme ou femme, a déjà eues et celles qu'elle pourrait avoir aussi dans sa vie, et qui ont pu, ou pourront, lui faire contracter des maladies et/ou des virus sans qu'elle le sache forcément, et qu'elle peut transmettre à ses partenaires qui peuvent lui transmettre bien d'autres (...) Le cursus sexuel nous fait hériter du passé sexuel de l'autre, qui hérite aussi de notre passé sexuel en termes de risques pris » (Tchak, ibidem : 73).

Il s'agit donc d'une interaction sexuelle qui monopolise les habitus sexuels en termes de risques d'infections déjà pris par les partenaires, susceptibles ou étant sujettes à une exposition à de nouvelles infections. Le fait que dans la transmission sexuelle du sida certains domaines ne soient pas abordés dans les communications préventives en Afrique, est en soi un facteur hautement à risque. En effet, ces communications ont omis de prendre en considération cet aspect du cursus sexuel des individus, où il est tout aussi possible de retrouver chez un seul individu des cumuls de cursus sexuels (Idem : 74) qui maximisent les risques d'infections, risques d'autant plus élevés que les cursus sexuels sont cumulés.

La situation des sexualités est complexe en Afrique comme partout ailleurs, à cause des interdits et des stigmates sociaux, ce qui pousse les individus à avoir des comportements à risque élevé dans l'ombre et, partant, des cumuls de cursus sexuels. Si nous prenons par exemple le cas de l'homosexualité, l'observateur se rendra compte que les africains en Afrique se comportent davantage en bisexuels[4], plus qu'en homosexuels exclusifs, à cause des rigidités sociales : le comportement homosexuel étant celui qui est souvent caché et le comportement hétérosexuel celui qui est publicisé à la limite même claironné. L'homosexualité semble y avoir une dimension hautement bisexualisante. On peut même carrément faire état d'une homosexualité bisexualisée en Afrique, qui est la traduction chez les sujets, entre autres, d'une lutte âpre pour s'arrimer à la normativité et partant, à la normalité ou de ce qui semble en tenir lieu dans le milieu social.

Cet état de choses majeure l'exposition au risque de contamination des individus vivant dans ce perpétuel défi d'accès à la normalité en bricolant un peu avec la normativité. **Les risques eux-mêmes sont de trois principaux ordres.**

Les risques par confiance, où dans des relations établies entre les personnes, quelle que soit l'orientation sexuelle, la durée de la relation les pousse à supprimer toute protection au nom de la confiance. S'il s'agit d'un individu qui est amené à avoir un comportement bisexuel conjoncturel, c'est-à-dire pour faire écran à son vécu sexuel réel en raison de la pression sociale -comme c'est le cas en Afrique-, il s'en suit qu'avec le partenaire de même sexe et avec celui de l'autre sexe, la même notion de confiance peut finir par s'installer. Or, personne ne peut répondre de l'autre en son absence, d'où la possibilité d'un cumul des cursus sexuels, si l'un des partenaires a une relation accidentelle avec un autre partenaire infecté, relation sexuelle il va s'en dire, non protégée. C'est pourquoi la notion de cursus sexuel qui se situe dans une relation, fait de chaque individu l'héritier des risques d'infections sexuels et des problèmes de santé sexuelle de l'autre et, partant, même de toute la société (Idem : 76). C'est dire qu' « un seul cursus sexuel peut bouleverser le destin de toute une communauté » (Id : 75), c'est-à-dire qu'il suffit qu'un individu prenne le risque une seule fois de s'exposer au VIH, pour qu'il entraîne avec lui tout son réseau d'échanges sexuels. C'est souligner par ricochet que la consommation du sexe n'est pas un acte strictement individuel. Elle fait toujours appel à l'autre ou aux autres, intégrés *de facto* dans le réseau des échanges sexuels, comme partenaires. Ce réseau social n'est rien d'autre que l'ensemble des structures des relations sexuelles des individus, qui entraînent une interaction dans les cursus sexuels de chacun et où, en fin de compte, les individus finissent par s'intégrer et évoluer. Il s'agit donc d'une construction de la part des individus, qui capitalise les avoirs et lègue en retour les avoirs passés à travers les maillons de tout le réseau, entraînant une croisée dans divers sens d'une multitude de cursus sexuels, ce qui implique « logiquement la croisée de toutes les maladies qui transitent par le sexe » (Id : 80) . C'est pourquoi,

« Appliqués à la sexualité humaine, les réseaux d'échanges sexuels décrivent les structures relationnelles qui ont une influence normative sur les conduites sexuelles des individus, et définissent le cadre des rencontres et la sélection des partenaires sexuels » (Bélec, ibidem : 71).

L'influence de la norme n'a d'autre sens que celle de la norme officielle en vigueur dans le réseau d'échanges sexuels, et est orientée en fonction des desiderata de l'acteur qui est en position de domination symbolique et qui, par conséquent, devient le leader du réseau. Si un tel leader opte pour un risque de confiance en proscrivant à ses partenaires l'utilisation des préservatifs par exemple, ceux-ci sont contraints de subir cette influence qui *de facto* modifiera les conduites sexuelles de tous. La proscription du préservatif sera alors érigée en norme dans la structure relationnelle du réseau d'échanges sexuels, à cause de la confiance désormais instaurée.

Les deuxièmes risques sont dits risques par imprudence. Certains individus, surtout parmi les jeunes, se disent que la première fois ils peuvent éviter des déconvenues et s'exposent par le même fait à d'éventuelles infections. Pour ce qui est des rapports de type homosexuel, la difficulté de faire des rencontres dans les marchés (homo) sexuels africains amène certains individus à multiplier les risques par imprudence, c'est ce qui peut aussi expliquer la position de Joseph. Ainsi, une fois le premier venu durement repéré et acquis, certains individus optent pour un risque par imprudence dans la relation sexuelle, plutôt que d'insister pour une relation sexuelle protégée, de peur de voir l'autre se désister et disparaître. Les autres facteurs de risque par imprudence sont aussi parfois liés à l'apparence des individus qui convaincent certaines personnes qu'en fonction de celle-ci, il est aisé de distinguer un individu séronégatif d'un individu séropositif au VIH. Cependant, c'est sans compter avec le fait que les cursus sexuels des individus ne sont pas des tampons facilement repérables.

Les derniers et troisièmes risques sont les risques par ignorance. Nous l'avons souligné, certains individus en Afrique sont convaincus qu'une relation pénio-ale non protégée ou une relation pénibuccale les préservent d'une infection au VIH et évitent systématiquement en dehors du partenaire officiel, toute relation sexuelle de type pénivaginale. Il ressort donc que les communications préventives contre le VIH en Afrique, en omettant de présenter certaines pratiques liées au sexe en dehors de la relation sexuelle pénivaginale comme hautement à risque en cas de relation non protégée, sont eux-mêmes des facteurs qui conduisent les individus à avoir ces comportements à risque, qu'ils soient des risques par ignorance, des risques par confiance ou des risques par imprudence. Cela peut par conséquent étayer en partie pourquoi ces communications publicitaires sont inefficaces, malgré les moyens financiers qui y sont investis. C'est que les individus ne sont pas toujours convaincus par les informations que véhiculent ces publicités, tout simplement parce qu'ils sont rationnels, et donc raisonnables. Cependant, le rationnel ne peut être substituable au raisonnable. Le rationnel dans les comportements d'un individu traduit une « *adéquation des moyens choisis, par rapport aux fins poursuivies* » (Calvez, 1996 : 56), tandis que le raisonnable est une « *adéquation des conduites de l'individu à un univers normatif* » (idem) et se rapporte à une évaluation éthique des conduites. Si les individus peuvent être rationnels, ils ne sont pas toujours systématiquement raisonnables surtout quand ils ne voient aucune nécessité de l'être. Les publicités deviennent donc pour eux des corps étrangers avec lesquels ils n'ont des relations qu'occasionnelles au détour d'un « zapping » à la télévision ou alors à travers une rencontre fortuite d'une affiche dans la rue.

Pour conclure :

Au terme de cette réflexion, **il ressort que les publicités préventives contre le Sida, malgré les apparences, n'interpellent pas tout le monde.** Il s'en suit que ceux qu'elles ont choisi de délaisser, se retrouvent dans des comportements et des expériences socio-sexuelles en dehors des recommandations que véhiculent ces communications. Pour ces individus, ces comportements sexuels apparaissent comme rationnels, c'est-à-dire en adéquation avec les moyens qu'ils ont choisis et des fins qu'ils poursuivent. Toute cette situation leur est dictée ou imposée par la réalité sociale qu'ils subissent et avec laquelle ils se voient contraints de composer rationnellement.

Dans cette composition complexe, pour poursuivre la finalité de leur désir ou de leur penchant sexuel réel, **certaines individus cumulent des cursus sexuels, ce qui maximise les risques et décuple l'exposition à une infection potentielle au VIH.**

En fin de compte, **ce sont ces communications préventives qui apparaissent comme des facteurs indirects favorisant l'émergence de la propagation du VIH en Afrique, alors qu'elles ont pour rôle principal de freiner son avancée.** C'est un paradoxe qui trouve son origine dans le fait que ces communications sembleraient avoir oubliées que la transmission du VIH en Afrique la plus

dominante, est la transmission sexuelle. Cependant, qu'on le veuille ou non, la sexualité dans la vie des individus ne peut être qu'envisagée dans un possible pluriel ; et, les Africains ne font pas exception à cette logique. Il en va de même dans le domaine de la pratique sexuelle. Elle ne peut pas seulement avoir une seule nature comme semblent vouloir faire croire ces communications, mais la pratique sexuelle, en fonction des expériences sociales de chaque individu, est nécessairement dynamique et innovatrice. Du moment que deux individus ayant eu des expériences sociales différentes se croisent et s'engagent dans des relations sexuelles, il y a nécessairement échange à travers les interactions, ce qui fait de la pratique sexuelle une réalité aux facettes multiples en fonction de ces échanges.

Les communications préventives contre le VIH en Afrique, n'auraient pas pris suffisamment en compte cette dynamique et ont cru avoir à faire à des individus inertes. Elles apparaissent de ce fait comme des réclames, qui ont gagné en couleur, et qui ont le mérite de pouvoir être largement diffusé par des techniques modernes, sans plus. Pour une meilleure action médiatique contre le Sida en Afrique, il apparaît nécessaire de revoir l'approche communicationnelle, surtout sur les questions liées au sexe, car les publicités préventives actuelles contre le Sida en Afrique auraient peur du sexe, c'est-à-dire qu'elles hésiteraient à l'aborder dans sa dimension totale. Pourtant tout porte à croire que la réalité liée au sexe est indissociablement rattachée à la transmission du VIH/Sida en Afrique dans une large mesure. C'est la raison pour laquelle dans les communications préventives du VIH en Afrique, les homosexualité(s) devraient avoir une place importante pour plus d'efficacité et pour une meilleure information des populations.

[1] Lire : « Evaluation des besoins des orphelins et enfants vulnérables en contexte de VIH/SIDA », *Comment Dire, Rapport final mission au Cameroun*, mai 2003.

[2] Le rapport de 2004 de l'épidémie mondiale de Sida va plus loin dans ce sens, et ajoute que « *dans de nombreuses parties du monde, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifient généralement pas comme gays, homosexuels ou bisexuels* », p 79.

[3] Il s'agit de noms d'emprunt pour garder l'anonymat des répondants.

[4] La notion de bisexualité est beaucoup plus complexe qu'elle ne paraît, car il ne s'agit pas d'une sexualité ambivalente qui passe entre hétérosexualité et homosexualité, mais d'une orientation sexuelle identitaire qui s'inscrit dans la synthèse des deux premières orientations, sans se confondre à l'une ou à l'autre. De ce fait, il apparaît que certains africains sont des pseudo-bisexuels, des bisexuels conjoncturels et non des bisexuels identitaires. C'est pourquoi cette notion n'a quasiment pas été abordé le long de cette réflexion. Sur ce concept pour plus d'amples détails lire : J., DOLLIMORE (1997) ; R., MENDES-LEITE, C., DESCHAMPS, B., PROTH (1996).

■ Bibliographie

ANARFI, John, K. (2002).

"A Case Study of Street Children in Accra. The Interface of Urban Poverty and AIDS/STDS.? In: MOMAR-COUMBA, D., ed. *Pauvreté, jeunes de la rue et sida. Les cas d'Abidjan et d'Accra/Poverty, Street Children and Aids. The case Studies of Abidjan and Accra*. Paris-Abidjan-Accra: Karthala-PGU-GTZ, coll. "Questions d'enfances?": 61-106.

BELEC, L. (2001).

La transmission sexuelle du sida. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? », 2è édition.

BRODY, S., POTTERAT, J. (2003).

"Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of Aids in Africa?. *International Journal of STD & AIDS* 14: 431-436.

BUSSCHER, P.-O.,(de). (1996)

« L'association santé et plaisir gai et la construction du safer sex en France 1988-1994 ». In CALVEZ, M., SCHILTZ, M.-A., SOUTEYRAND, Y., eds. *Les homosexuels face au Sida. Rationalités et gestions des risques*. Paris : ANRS, coll « Sciences sociales et Sida. »

CALVEZ, M., (1996)

« La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale. » In : CALVEZ, M., SCHILTZ, M.-A., SOUTEYRAND, Y., (eds). *Les homosexuels face au Sida*.

Rationalités et gestions des risques. Paris : ANRS, coll. « Sciences Sociales et Sida » : 55-64.

CALVEZ, M., SCHILTZ, M.-A., SOUTEYRAND, Y., eds. (1996).
Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques. Paris : ANRS, coll. « Sciences Sociales et sida. »

CASSUTO, J.-P., PESCE, A., QUARANTA, J.-F. (1996).
Sida et infection par le VIH. Paris : Masson, 3^e édition.

DESCLAUX, A., RAYNAUT, C. (1997).
Urgences, précarité et lutte contre le VIH/Sida en Afrique. Paris : l'Harmattan, coll. « Etudes africaines ».

DOLLIMORE, J. (1997).
« Bisexuality. » In: MEDHURST, A., MUNT, Sally, R., eds. *Lesbian and Gay Studies. A Critical Introduction*. London: Cassel: 250-260.

GUEBOGUO, C., (A paraître)
La question homosexuelle en Afrique. Socio-analyse d'une réalité sexuelle croissante au Cameroun. Paris: l'Harmattan, coll "Etudes Africaines?"

HASSOUN, J. (1997).
Femmes d'Abidjan face au sida. Paris : Karthala, coll. « Médecines du monde. »

KARIM, G., RAMJEE, (1998)
« Anal sex and HIV transmission in women. » *American Journal of Public Health*, 88 : 1265-1266.

KPONHASIA, G. (2002).
« Les jeunes de la rue d'Abidjan (Côte-d'Ivoire) : pauvreté urbaine, sida et MST. » In : MOMAR-COUMBA, D., ed. *Pauvreté, jeunes de la rue et sida. Les cas d'Abidjan et d'Accra/Poverty, Street Children and Aids. The Case Studies of Abidjan and Accra*. Paris-Abidjan-Accra: Karthala-PGU-GTZ, coll. "Questions d'enfances?": 23-58.

MATASHA, T., et al., (1998).
"Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention.?" *Aids Care*, 10: 571-582.

MENDES-LEITE, R., DESCHAMPS, C., PROTH, B. (1996).
Bisexualité : le dernier tabou. Paris : Calmann-Lévy.

NATIONS-UNIES (2003).
Rapport sur la situation sociale dans le monde. New York: USA.

ONUSIDA (2003).
Le point sur l'épidémie de sida. Genève : Suisse.

ROTHENBERG, R., SCARLETT, M., et al. (1998).
"Oral transmission of HIV?." *Aids* 12: 2095-2105.

SCHENKEL, R., (1971)
« Le vécu de la vie sexuelle chez les Africains acculturés du Sénégal », *Psychopathologie Africaine*, 7 : 313-358.

TCHAK, S. (2000).
L'Afrique à l'épreuve du sida. Paris : l'Harmattan, coll. « Etudes africaines. »

VIDAL, L. (2000).
Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique. Paris : PUF.

VANGROENWEGHE, D.
(2000). *Sida et sexualité en Afrique*. Bruxelles : Epo.

© Copyright 2006 Sidanet www.sidanet.info

Cameroun

Date de publication : Jeudi 11 mai 2006

Date de mise à jour : Vendredi 12 mai 2006

[Retour à la liste](#)