



HAL
open science

Religion et éducation pour la prévention du VIH / SIDA : un point de vue arabo-musulman

Sandrine Musso, Delphine Fanget, Kémal Cherabi

► **To cite this version:**

Sandrine Musso, Delphine Fanget, Kémal Cherabi. Religion et éducation pour la prévention du VIH / SIDA : un point de vue arabo-musulman. Perspectives : revue trimestrielle de l'éducation, 2002, 32 (2), pp.201-214. hal-03336063

HAL Id: hal-03336063

<https://hal.science/hal-03336063>

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sandrine Musso, Delphine Fanget et Kémal Cherabi
Un point de vue arabo-musulman
Perspectives, vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Langue originale : français

Sandrine Musso (France)

Anthropologue chargée du programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité, Institut de médecine et d'épidémiologies africaines, Marseille. Courrier électronique : sdimitrijevic@caramail.com

Delphine Fanget (France)

Sociologue chargée des associations d'Ensemble contre le SIDA (ECS), Paris.

Kémal Cherabi (Algérie/France)

Médecin de santé publique, responsable de la formation du programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité, Institut de médecine et d'épidémiologies africaines, Faculté de médecine Xavier Bichat, Paris. Courrier électronique : dockem@yahoo.fr

RELIGION ET ÉDUCATION

POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

UN POINT DE VUE ARABO-MUSULMAN

Sandrine Musso, Delphine Fanget et Kémal Cherabi

La maladie est un état (Augé et Herzlich, 1984) qui rappelle pertinemment à l'homme tout à la fois son unité propre et la diversité des sociétés et des cultures dont il fait partie. Évènement biologique et intime, la maladie est dans le même temps un événement social et collectif comme l'indique l'étude des représentations et enjeux sociaux qu'elle engendre.

Si, dans les sociétés contemporaines, la conception biomédicale semble prévaloir, l'histoire et l'anthropologie (Augé et Herzlich, 1984 ; Fassin, 1996) démontrent bien que les médecines ne sont pas uniquement des arts de guérison de l'individu mais également des arts des « usages sociaux de la maladie » (Zempléni, 1986). Au sein même de la biomédecine, certains auteurs se sont même attachés à montrer comment ces traitements ont été influencés par les milieux culturels (Good, 1998).

Dans toutes les cultures, les champs de la médecine et du religieux sont intimement liés. L'exemple des miracles et des guérisons surnaturelles est éloquent et existe dans nombre de traditions religieuses. Pour qu'un Saint soit canonisé par l'église, il faut par exemple qu'il y ait eu des guérisons sur sa tombe. Dans le cas de l'islam, chaque sourate du Coran est réputée être efficace

pour une maladie. Ce sont souvent les mêmes personnages qui prennent en charge les domaines de l'infortune, du malheur et les rituels de la médecine et de la religion.

Ces exemples succincts illustrent les ressources communes de la médecine et de la religion, et montrent que, même si dans nos sociétés contemporaines médecine et religion constituent des champs distincts, elles restent encore très imbriquées et se manifestent dans l'approche du patient consultant son médecin. Une demande ne relève jamais totalement du traitement de l'organe affecté, mais renvoie toujours aux sentiments que soulève l'expérience de la maladie. La maladie constitue ainsi un exemple concret du lien intellectuel entre perception individuelle et symbolique sociale.

Ces préalables posés, il est d'autres caractéristiques universellement reconnues lorsqu'il s'agit des représentations de la maladie quand il est question d'épidémie en général et du SIDA en particulier.

En premier lieu, les interprétations de la maladie en font souvent la conséquence d'une inconduite ou de la transgression de normes sociales. Le SIDA fait, dans ce cas, figure de paradigme du fait de ses modes de transmission. En second lieu, les phénomènes épidémiques soulignent, aujourd'hui comme hier, l'émergence de logiques de « mise en accusation » (Farmer, 1992) au sein desquels l'« autre », l'« étranger », est incriminé de préférence, comme « porteur originel du virus » (Micollier, 2000). C'est d'altérité et donc d'identité auxquelles nous renvoient ces représentations.

Les sociétés arabo-musulmanes ne font pas exception à ces règles. Après une période reconnue de déni dans les années 80, et les interprétations de l'épidémie de VIH et de sa prévention ont mis en exergue des questions liées au « moralisme et à l'identité » (Ferri et Radi, 1997). Le SIDA comporte des dimensions qui constituent une épreuve primordiale pour ces sociétés.

Quelques implications dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA

Les pratiques et représentations sont néanmoins très souvent vécues comme un obstacle, un frein majeur à l'accès au discours moderne, à la connaissance scientifique et médicale. Introduisant une dichotomie entre culture moderne et culture traditionnelle, les positions culturalistes tendent à caractériser cette dernière par son irrationalité et son archaïsme. Ces approches empêchent de comprendre les variables culturelles dans toutes leurs dimensions. En effet, les représentations sont

aussi produites dans des contextes sociaux qu'il est important de prendre en compte dans la prévention du SIDA.

De plus elles risquent d'enfermer l'autre dans ce qu'on croit savoir de lui, et de forger ainsi une notion de culture à risque. Cette interprétation peut en outre mener à des discours relevant d'une certaine « ségrégation scientifique ». Enfin, cette approche s'empêche d'appréhender les pratiques et les représentations culturelles et religieuses comme des dynamiques sans cesse modelées et donc susceptibles de changement et d'évolution (Vidal, 1985). « Raisonner uniquement en termes de culture 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 ».

L'interprétation de la maladie met alors en œuvre la symbolique religieuse qui, plus qu'une référence dogmatique à l'islam, intervient plutôt comme une référence constante à un système de valeurs, qui peut être assimilé comme facteur d'influence parmi le public appartenant à la sphère musulmane.

La problématique de la prévention du VIH en milieu musulman est relativement complexe faisant appel à différents niveaux d'analyse, sociaux, culturels, comportementaux.

Il nous semble important de rappeler que le problème ne se pose pas qu'en terme d'information, au sens restrictif. En effet, on sait, d'une part que l'information n'est pas suffisante à elle seule pour déterminer des changements de comportements, mais, d'autre part la dimension sociale, qui selon nous caractérise le déni et son corollaire, le fatalisme, impose la mise en place d'une stratégie globale, multidisciplinaire et transversale, dont l'objectif serait d'initier une véritable dynamique sociale dans le milieu arabo-musulman.

À propos d'une démarche

La difficulté pour tout professionnel de l'éducation ou de la santé à poser les termes de la problématique de la prévention du VIH en milieu arabo-musulman apparaît comme évidente. On peut relever deux points de débats majeurs. D'une part, cette problématique est souvent pensée en terme exclusivement culturel, provoquant la résistance des tenants d'un universalisme ou d'un humanisme universel qui se refuse à envisager toute spécificité des populations concernées. D'autre part, elle se heurte au débat universalisme contre débat communautarisme, dans lequel les uns

défendent l'idée d'une prévention universelle, se méfiant de toute création de ghetto communautaire, et les autres pensent au contraire résoudre les difficultés repérées par la création de structures ou de groupes spécifiques.

Il semble ici que les termes du débat tels qu'ils sont posés conduisent à une véritable impasse et empêchent une vision claire des enjeux. Face à ce constat, il paraît fondamental que les responsables de la santé publique et de l'éducation posent le cadre conceptuel et politique permettant de sortir de cette dichotomie et d'appréhender le problème du VIH/SIDA dans ce milieu musulman d'une façon relativement consensuelle. Il s'agira de déployer une stratégie équilibrant impératifs nationaux de santé publique et prise en compte des attentes et des besoins de ces populations.

Il semble également que le déni et la mise à distance du VIH/SIDA caractérisent le milieu arabo-musulman, tant pour les personnes concernées que non concernées. Maladie honteuse, le VIH/SIDA est rejeté à la frontière du groupe et quand une personne est atteinte, elle l'est par erreur, parce qu'elle a transgressé les normes sociales. Ainsi, les attitudes d'ouverture, d'empathie ou de dialogue de la part du groupe de référence sont rendues difficiles, précisément à cause de l'absence de communication à l'intérieur même du groupe. *Le déni et le silence* constituent en quelque sorte le système de réaction social du milieu arabo-musulman face au SIDA. Ils en constituent également la vulnérabilité jouant quasiment comme facteur de risque face à l'épidémie. C'est dans ce sens, selon nous, qu'il s'agit de promouvoir une prise en compte du VIH par le milieu, c'est-à-dire comme un fait existant, réel, concernant tous les membres du milieu et que loin d'être attaché à la honte et à la culpabilité, l'ensemble du groupe est concerné par la prévention.

Ainsi on pourrait partir du constat que certaines franges de la population sont plus vulnérables que d'autres, du fait de leurs conditions socio-économiques, de leur statut de migrant et de leur manque d'accès aux droits universels, et qui pour toute une série de raisons (cultures différentes, refus d'acceptations de stéréotypes, facteurs socio-économiques, méconnaissance par des professionnels, etc.), en font des exclus.

À partir de là, on peut affirmer que l'objectif premier est bien d'assurer l'accès à une offre de prévention et de soutien de la part des services publics et pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de mettre place des actions et des programmes adaptés. En effet, le but n'est pas d'atteindre une population spécifique mais plutôt de mettre en œuvre les moyens de l'atteindre. Étant donné les difficultés identifiées, on ne peut pas se cantonner à une réponse formelle, universaliste, qui

se contenterait de réaffirmer les droits à la prévention du VIH pour tous. Nous devons réfléchir et nous donner les moyens pour que chacun accède à cette prévention quel que soit son niveau, son contexte social ou son mode de vie.

Il semble indispensable de mettre en place des *lieux de médiation* correspondant au mode de vie musulman et à la culture, facilement accessibles à la population, qui permettraient d'assurer une place dans la prévention du VIH dans le respect de ses valeurs et de son contexte socioculturel.

Il s'agit donc, et la responsabilité en incombe aux acteurs de la santé publique et de l'éducation, de promouvoir une double approche réaffirmant le droit et la nécessité d'accès de ces populations à l'offre existante, en développant des réponses novatrices afin que les droits soient assurés et effectifs.

La sexualité et l'Islam

Le SIDA pose en outre une question qui est au cœur des évolutions contemporaines, celle de la sexualité et des relations entre les sexes.

Si l'humanité a toujours «fait du social avec du sexuel», ce qui caractérise de manière spécifique l'islam au regard des autres traditions religieuses monothéistes, c'est l'affirmation du caractère sacré de la sexualité : «La bivalence est vouloir de Dieu, et la sexualité, qui est mise en relation du mâle et de la femelle, n'est qu'un cas particulier d'une volonté divine absolument universelle » (Boudhiba, 1966). À telle enseigne que la vision coranique du paradis est celle d'un lieu où les houris (de jeunes vierges), dont l'hymen se reforme après chaque rapport sexuel, récompensent pour leur vie mondaine les heureux élus. Ainsi, ce n'est donc pas l'acte sexuel proprement dit qui est l'objet d'interdits, car «Les notions de culpabilité et de péché au sens chrétien sont pour ainsi dire inexistantes » (Boudhiba; 1966, p. 19).

En revanche, le thème de l'impureté consécutive à l'exercice organique de la sexualité est central en Islam, et nombre de codifications rituelles l'encadrent.

De plus l'accent est mis sur le contexte social de la relation sexuelle : la licéité ou l'illicéité de la relation est liée à la légitimité sociale, au regard de l'alliance. L'islam distingue ainsi le Nikah, qui est la sexualité socialement légitimée dans le cadre du mariage, et le Zinah, synonyme de « désordre » et

de « fornication ». D'où l'importance de la virginité, et les rapports entre sa perte physique et le déshonneur social.

Il faut également souligner que les pratiques sexuelles entre hommes sont particulièrement prohibées : le Divin ayant voulu la bivalence, les rapports entre personnes de même sexe constituent une atteinte à cet ordre. En droit, cela signifie que ces pratiques sont pénalisées. Dans le cadre de l'hétérosexualité, la pratique de la sodomie constitue une condition suffisante, en droit, de l'arrêt de la relation conjugale par la femme mariée. Le rite veut qu'elle se rende devant un fkih et qu'elle retourne sa chaussure sans mentionner de quoi il s'agit pour que sa demande de divorce soit accordée.

Cette anecdote nous éclaire sur une autre dimension des enjeux que soulève la prévention en matière de sexualité : comment s'exprimer publiquement sur ce thème.

Selon le recteur de la mosquée Adda'wa de la rue de Tanger à Paris :

Dieu n'aime pas la souffrance. Une méditation profonde des enseignements islamiques nous permet de dire que, en quelque sorte l'homme est responsable de sa souffrance. Dès qu'il transgresse les lois qui régissent sa personne, dès qu'il transgresse son milieu environnant, l'homme s'expose à une suite de déséquilibre (...) c'est dans cette perspective qu'il faut se poser des questions sur les épidémies qui sont dues à un mode culturel. Ce mode culturel est le mode occidental qui nous domine tous. Il faut chercher une issue plutôt que soulager les symptômes (...).

Il ajoute que « l'Islam considère la sexualité comme l'une des expressions de l'être humain. À travers sa façon de concevoir la sexualité l'on découvre sa façon de vivre et sa façon de considérer l'autre ».

Il précise en outre que « le malade du SIDA est la victime d'un mode de vie. En tant qu'êtres humains, nous sommes constamment agressés par l'environnement. C'est donc une responsabilité communautaire ».

C'est en occident que les rapports sexuels sont considérés comme une pratique qui éloigne de Dieu. Non ! le Prophète nous dit textuellement : « Si le couple procède à l'acte sexuel dans l'intention d'une réjouissance sexuelle pour la procréation, pour le plaisir sexuel, s'il se situe dans cette perspective de plaire à Dieu, de lui exprimer reconnaissance et obéissance il est en train de faire un acte d'adoration ».

Enfin selon le recteur Larbi Kechat : « Aujourd'hui, on limite l'Islam à une série d'interdits. Ce n'est pas comme ça qu'il faut traiter l'Islam. Quand je deviens esclave de ma sexualité, je sais que la sexualité telle que je la pratique hors du mariage est rejetée par l'Islam. Mais il ne suffit pas de

me dire : «ce que tu es en train de faire est illicite», je le sais ! je suis déjà noyé, j'ai besoin d'une main qui secourable !. c'est de toute une nouvelle éducation dont j'aurais besoin » (Bruner et Cherabi, 1997).

Limites d'un discours normatif fondé sur un « risque » désincarné

L'un des facteurs fondamentaux du déni et du refus de l'autre provient sans doute du fait que l'information sur le VIH/SIDA soit dénuée de sens, articulée qu'elle est le plus souvent sur des données médicales épidémiologiques abstraites aux détriments des dimensions psychologiques et sociales. De plus, les discours de prévention axés de façon injonctive sur le «tout préservatif » peuvent également provoquer une mise à distance et faire l'objet d'un rejet ou d'une indifférence, jugés comme relevant d'une morale sociale ou ayant des fondements éthiques dans lesquels les groupes et les personnes ne se reconnaissent pas. De façon générale une information abstraite provoque des attitudes de mise à distance, particulièrement marquées pour ce public. En fait, il semble que la désincarnation de l'information scientifique renforce les mécanismes de déni dans ces milieux. En effet, il est rare que tous les aspects subjectifs de la dimension de la maladie, de la souffrance, de l'angoisse devant l'annonce d'une séropositivité ou à l'occasion d'une prise de risque, soient abordés dans les actions de prévention du VIH/SIDA, lorsqu'on s'adresse à ce public.

En revanche, lorsqu'une intervention est enrichie de tous les aspects de l'épidémie, lorsque de nombreux exemples sur les trajectoires de vies, le vécu des personnes viennent ponctuer une information, celle-ci prend tout à coup une autre valeur et une signification que chacun est en mesure de prendre en compte.

Dans un milieu marqué par un déni et la mise à distance, par le fatalisme et la honte, il devient important d'insister sur la dimension humaine de l'épidémie, sa dimension subjective afin que cette information ait un sens.

Les voies classiques de prévention du SIDA trop souvent fondées sur l'information générale ont montré leurs limites ; il est par conséquent nécessaire de rénover les approches de la prévention en posant le principe d'une véritable participation des publics concernés. Ces actions de prévention nécessitent en outre une identification des réseaux de sociabilité à travers lesquels devraient intervenir les médiateurs.

Il s'agit d'impulser un travail de réappropriation singulière et collective pour que le fossé existant entre les savoirs scientifiques et les savoirs profanes de ces publics soit comblé. Plusieurs actions ont été menées en France avec des chefs religieux musulmans, pour s'adresser à des publics immigrés se référant à la philosophie musulmane. Ces expériences ont montré tout l'intérêt pour ces publics de parler d'un tel sujet en présence d'une autorité religieuse qui, bien plus qu'une caution morale, intervient pour rappeler le caractère contemporain de cette maladie qui n'épargne aucune religion, aucune race et qui nécessite le non jugement, l'empathie et la tolérance.

À l'instar de tous les publics, une stratégie de prévention VIH/SIDA avec la population arabo-musulmane, devrait se fonder sur la construction d'un espace de médiation. Les médiateurs devraient être en mesure d'approcher le public dont ils sont issus ou proches afin d'y mener des actions de médiation ou de reformulation.

Cette démarche vise la participation des publics arabo-musulmans à la mise en œuvre d'actions de proximité et à la promotion d'une prise de conscience de l'existence du phénomène. Ainsi, la médiation en santé deviendra un outil permanent, de dialogue, de participation au processus de décision, d'exercice de la fonction de veille et de partage harmonieux de l'information pour optimiser les priorités de santé publique.

Il est impératif de rendre socialement compréhensible et acceptable un discours de santé ou de prévention à travers les différents canaux de sociabilité et d'échange. Il faut permettre à chacun d'avoir la chance d'accéder à de nouvelles formes de savoir et favoriser leurs appropriations comme de nouvelles données venant s'intégrer aux valeurs individuelles et collectives.

Références

- Augé, M. ; Herzlich, C. 1984. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines.
- Boudhiba. 1966. *La sexualité et l'Islam*. Paris, Presses universitaires de France.
- Bruner, C.; Cherabi, K. 1997. Numéro spécial: monde arabe. *Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris), décembre 1996-janvier 1997, p. 30. (journal@arcats-sante.org.)
- Cherabi K. ; Fanget D. 1997. *Le VIH/SIDA en milieu arabo-musulman en France*. Paris, Arcat-SIDA.
- Farmer, P. 1996. *La victime accusée : le SIDA en Haïti*. Paris, Karthala.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris, PUF Sociologie.
- Ferri, J. N. ; Radi, S. 1997. «Moralisme et identité : le SIDA en Égypte ». *Le journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris), décembre 1996-janvier 1997. (Numéro spécial: Monde arabe-Migrants.)
Courrier électronique : edition@arcats-sante.org
- Good, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale : médecine, rationalité, vécu*. Paris, Synthélabo.
- Micollier, E. 2000. « L'«étranger», porteur originel du virus ». Dans : *Le SIDA des autres*. Paris, Éditions de l'IRD.
- Vidal, L. 1995. « Les risques du culturalisme ». *Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris).

Zempléni, A. 1986. «Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture ». *L'ethnographie* (Paris), n° 96/97.