

Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ?

B. BILA*, M. EGROT**

Résumé

Cette recherche anthropologique menée au Burkina Faso montre les difficultés de nombreux hommes à dire à autrui leur séropositivité et à fréquenter les lieux de soins des PvVIH. Les conditions sociales de ces difficultés sont analysées à travers les valeurs attachées à la masculinité chez les moose.

Entretiens semi-structurés, observation directe et entretiens de groupe ont permis le recueil des données de 2003 à 2007. Ces données transcrites ont été traitées par analyse de contenu.

La masculinité, étroitement liée au statut social de *zaksoba* (chef de famille), se décline en termes de capacité des hommes. Elle est conditionnée par la reconnaissance sociale d'aptitudes et de responsabilités physiques, matérielles et morales. Elle permet de mieux comprendre l'attitude des hommes consistant à taire leurs problèmes relatifs à l'infection à VIH. Ne pas pouvoir préserver leur image sociale d'homme mais aussi leur position dominante se décline pour eux en termes de honte et d'indignité.

Les difficultés de nombreux hommes à assumer socialement leur séropositivité et leur vulnérabilité dans l'accès aux soins et aux traitements sont donc en grande partie induites par les valeurs culturelles relatives à la masculinité que les hommes défendent et valorisent habituellement.

Mots-clés : sida, Afrique, accès, traitement, genre.

AIDS treatment access in Burkina Faso: vulnerable men?

Abstract

This anthropological research conducted in Burkina Faso shows the difficulties encountered by many men when telling others of their seropositivity and when attending health care facilities for PLWH. The social context of these difficulties is analyzed by studying the values attached to masculinity in the Moose culture. The data were collected through semi-structured individual interviews, direct observation and group interviews between 2003 and 2007. After transcription, these data were processed by means of content analysis. Masculinity, closely related to the social status of the *zaksoba* (head of household), is considered in terms of men's capacity. It is conditioned by the social recognition of physical, material and moral aptitudes and responsibilities. This helps to better understand men's attitudes when they conceal problems relating to their HIV infection. They experience their inability to preserve their social image and their dominant position as shame and unworthiness. The difficulties many men have in socially accepting their seropositivity, and their vulnerability in terms of access to health care and treatments, are mainly induced by cultural values related to masculinity, which the men defend and emphasize.

Keywords: AIDS, Africa, access, treatment, gender.

* Institut de Recherches en Sciences de la Santé du Centre National de Recherche Scientifique et Technologique (IRSS/ CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso, blandinebila@yahoo.fr

** UMR 145 « sida et maladies associées » de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) - Montpellier, France et UMR 7043 du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) – Université Marc Bloch de Strasbourg, France, marc.egrot@misha.fr

Introduction

L'Afrique subsaharienne regroupe 68 % des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dans le monde, avec en moyenne deux tiers de femmes (ONUSIDA 2007). Bien des études montrent que les femmes, davantage exposées au risque d'infection, subissent plus que les hommes les conséquences de la séropositivité (ONUSIDA *et al.*, 2004 ; DESCLAUX, DESGREES DU LOÛ, 2006 ; VIDAL, 2000 ; TAVERNE, 1996).

La grande visibilité des femmes dans les études sur les relations entre genre et sida contraste avec une relative absence de prise en compte des hommes. Pourtant, les professionnels de santé, comme les responsables d'associations, évoquent les difficultés particulières que rencontrent ces derniers dans leur démarche thérapeutique quand ils sont confrontés à l'infection par le VIH.

Cet article présente des résultats issus d'une étude anthropologique qui vise à mieux comprendre les motifs et les logiques sociales sous-jacentes aux réticences des hommes à assumer socialement leur séropositivité et à fréquenter les lieux de soins, dans une population résidant à Ouagadougou et majoritairement moose. Les difficultés masculines sont analysées à travers une approche compréhensive des hommes en tant que catégorie sociale de sexe, avec les prérogatives, droits, rôles et valeurs qui y sont attachés. Nous avons pris en compte les relations entre hommes et femmes au sein des couples, des familles et plus largement des réseaux sociaux, mais aussi les rapports des hommes aux structures de soins. En effet, ces deux niveaux apparaissent imbriqués dans la construction sociale et culturelle des réticences masculines constatées dans le champ du sida.

Programme et méthodes

Les données proviennent du programme ANRS 1281/Sidaction intitulé « réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les PvVIH au Burkina Faso » réalisé de 2003 à 2005, puis des travaux de thèse menés par B. BILA¹.

Des méthodes classiques en anthropologie, à savoir des entretiens semi-structurés, des observations directes et des entretiens de groupe ont été utilisées. De 2003 à 2007, 53 PvVIH ont été interviewées à plusieurs reprises (entre deux et huit), dont 35 femmes et 18 hommes âgés de 20 à 63 ans, majoritairement moose², avec pour la plupart d'entre eux, un niveau de scolarisation très faible. L'enquête concerne aussi 40 acteurs du dispositif de santé (32 hommes et 8 femmes) dont les profils d'activité sont de 18 médecins (17 hommes, 1 femme), 19 associatifs (13 hommes, 6 femmes) et 3 paramédicaux (2 hommes, 1 femme).

Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits. Les données ont été analysées à partir de grilles pré-établies. Dans le souci de respecter la confidentialité, les noms utilisés sont des pseudonymes.

¹ L'étude ANRS 1281 / Sidaction à laquelle se rattache le travail doctoral, a obtenu un avis favorable du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso et l'autorisation de recherche n° 2003/799MS/CAB/CTK le 9 juillet 2003 auprès du Ministre de la santé du Burkina Faso.

² Important groupe ethnique du Burkina Faso.

Résultats : les difficultés des hommes face à la séropositivité

La difficulté des hommes à assumer socialement leur propre séropositivité ou celle de leur conjointe se manifeste de différentes manières.

L'histoire de Sylvie et d'Antoine est emblématique. En 1989, Antoine commence un zona thoracique qui progressivement s'étend au bras, au visage et au dos. Pendant 10 ans, il alterne soins médicaux et traditionnels. Il refuse la proposition de son frère médecin de faire le test VIH. En bonne santé mais inquiète, sa femme, sur conseil médical, fait son propre test en 1998. Son statut sérologique est positif et elle en informe son mari. Elle développe avec les soignants des stratégies conduisant son mari à faire un test, dont le résultat est aussi positif. Antoine refuse néanmoins de partager l'information sur son statut sérologique avec sa famille malgré l'insistance de sa femme. Il décède en janvier 2000, laissant derrière lui Sylvie avec 5 enfants.

Pour les hommes, mieux vaut ne pas savoir !

Si les hommes parlent peu rétrospectivement de la période qui précède le test pour eux-mêmes, par contre les femmes et les soignants l'évoquent abondamment.

Les femmes, – veuves, séparées, répudiées ou en couple – soulignent presque toutes ce refus de leur conjoint de faire leur test. Le mari de Aïcha, 32 ans, explique qu'il « *peut faire tout pour [l]'aider, mais de ne pas lui demander d'aller se dépister* ».

Souvent, les femmes suspectent une séropositivité de leur mari, malade parfois depuis longtemps, avec des signes évocateurs d'un sida. Sur 16 veuves interviewées, 15 en étaient persuadés bien avant le décès de leur conjoint. Cependant, même confrontés aux signes de sida, à la conviction et à l'insistance de leur épouse, les hommes persistent généralement dans le refus du test.

Cette opposition se traduit parfois par une interdiction faite aux femmes de faire leur propre sérologie VIH. Certaines veuves ne l'ont fait qu'après le décès de leur mari. Pour les autres femmes, beaucoup sont passées outre l'interdiction pour faire leur test. Le résultat positif n'a néanmoins pas changé l'attitude de la plupart des conjoints qui ont persisté dans leur refus d'envisager leur propre séropositivité.

Surtout en dire le moins possible !

Parmi les personnes interviewées, les hommes apparaissent bien plus réfractaires que les femmes au partage d'information sur la séropositivité au niveau de leurs réseaux sociaux (parenté, relations d'amitié, de travail, voisinage), qu'il s'agisse de la leur ou de celle de leur conjointe.

Toutes les femmes séropositives ayant réalisé leur test du vivant de leur mari ont partagé l'information avec lui, pour la plupart aidées par des soignants ou des militants associatifs offrant leur soutien dans les lieux de soins.

Pour les hommes par contre, la demande auprès des acteurs de soins pour un soutien au partage d'information sur leur statut sérologique n'est pas apparue dans les entretiens. Ce partage reste bien souvent une entreprise solitaire et redoutée. Seuls deux récits rapportent un partage fait immédiatement après l'annonce : Mathieu (fonctionnaire, 41 ans), pour qui sa femme ne saurait le quitter pour cela et Elimane (chauffeur routier, 39 ans) qui veut rompre avec son épouse séronégative. Pour les autres, le partage d'information avec la conjointe est généralement différé sur plusieurs

mois, voire plusieurs années. Kamin, 43 ans, fonctionnaire, n'informe sa femme qu'au bout de 6 ans. Pour Bakary (comptable au chômage, 38 ans) et Hébié (chauffeur au chômage, 38 ans), cette initiative fut indéfiniment repoussée. Hébié pense même qu'il est préférable que son épouse découvre elle-même cette information : « *Si tu laisses tout avec Dieu, elle le saura forcément* ».

Pour certains comme Bakary, la peur de la réaction féminine est la principale cause des difficultés : «... *Le problème c'est surtout ma femme parce qu'elle n'est pas solide... elle ne supportera pas* ». D'autres, comme Hébié, craignent de transmettre leur peur du sida à leur femme considérée comme plus faible. Beaucoup, comme cet intervenant dans un entretien de groupe, évoquent une incapacité des femmes à garder un secret : « *Tu connais les femmes.... une mésestante et elle va le dire.... Qu'elle apprenne que l'homme a le sida et elle finira par lui mettre la honte* ». Un autre ajoute : « *Dès qu'elle l'apprend, [elle] va quitter le domicile conjugal* ». Toutes ces craintes se conjuguent pour renforcer cette position masculine : surtout en dire le moins possible. Comme le montrent bien les propos ci-dessus, souvent, ce refus de dire est constaté, même vis-à-vis de la conjointe.

La crainte du regard des autres : se montrer le moins possible !

Pour Hébié, « *les pintades domestiques et sauvages ne se ressemblent pas.... Si tu dis [que tu as le sida] tu deviens comme un animal sauvage, montré du doigt... Tout le monde veut te regarder, tu deviens populaire et c'est un problème* ». La métaphore fait référence aux représentations et pratiques locales relatives aux pintades. Domestique, la pintade se reconnaît à ses ailes coupées à ses extrémités ; elle est respectée en tant que propriété d'une personne. Sauvage, elle n'appartient à personne et peut donc être chassée par qui le veut. Pour Hébié, afficher sa séropositivité revient à se livrer, comme une pintade sauvage, au risque d'agressions dues aux préjugés populaires.

Les femmes interviewées sont unanimes : les hommes séropositifs répugnent à se montrer dans les lieux de soins. Christine, avec l'aide des soignants, parvient à conduire son mari dans une association. Lorsque finalement il accepte, elle explique : « *Il dit que s'il rencontre quelqu'un, il va lui préciser que c'est moi qu'il a accompagnée et que c'est moi la sidéenne* ». Certains maris, comme celui d'Aïcha vont jusqu'à interdire à leur conjointe de s'afficher sur les lieux de traitement.

Un responsable associatif affirme que les hommes craignent tellement « *la honte et l'infamie* » qu'ils « *en meurent réellement !* » car tant qu'ils ne sont pas « *au pied du mur, ils ne viennent pas* » dans les lieux de soins. Selon lui, « *certain, tu ne les vois jamais s'aligner ni même s'asseoir ici. Quand ils viennent pour les médicaments, il faut les recevoir rapidement. Pour les vivres, ils envoient leurs femmes ou leurs enfants* ».

Six hommes présents à une discussion de groupe répondent unanimement « *raoa zoeta yande* », « l'homme a peur de la honte » en lien avec la crainte d'être aperçus dans les files d'attente de structures étiquetées « sida ». Dans ce groupe, un homme de 32 ans déclare : « *l'homme ne marchande pas sa dignité comme une femme* » avant d'énoncer l'adage « *kuum sao yande* », « plutôt la mort que la honte ».

Certains aspects de l'organisation de la prise en charge, telle la mixité des groupes, sont également évoqués. Pour Victor, 41 ans, ce « *système qui mélange hommes et femmes et leur impose de s'aligner ensemble, c'est difficile* ». Il ajoute que les interruptions et les multiples va-et-vient occasionnés par les horaires fixes d'ouvertures et de distribution sont particulièrement éprouvants pour les hommes peu accoutumés à se soumettre à de telles contraintes.

Analyse : les réticences masculines à la fréquentation des lieux de soins en matière de sida

La situation concernant le traitement social du sida au Burkina Faso est ambivalente. Les pratiques de stigmatisation et les discriminations à l'encontre des PvVIH persistent et sont encore fréquentes (OUATTARA *et al.*, 2004 ; OUEDRAOGO *et al.*, 2005). Pour autant, la recomposition de la sociabilité des PvVIH ne se décline pas uniquement dans le registre de la détérioration ou de la rupture, mais également en termes de renforcement ou de création de liens sociaux (EGROT, 2007). Néanmoins, la peur d'une mort sociale annoncée reste très forte, plus encore pour les hommes que pour les femmes, pour de multiples raisons.

Les réticences parmi les hommes enquêtés à fréquenter les structures de prise en charge des PvVIH peuvent être considérées en rapport avec les valeurs socialement attachées à la masculinité dans une population largement influencée par les représentations culturelles moose. La plupart de ces hommes expriment, de façon récurrente et dans des termes qui traduisent leur désarroi voire leur tourment, une difficulté à partager l'information sur leur séropositivité en général. Presque tous font état de difficultés particulières à accepter les conditions de suivi dans les structures de soins, notamment la prise en charge indifférenciée et commune des hommes et des femmes. Concernant par exemple les séances de distribution de vivres ou de médicaments au cours desquelles hommes et femmes doivent s'aligner dans les mêmes files d'attente, Kassoum, 57 ans, cultivateur, observe avec un air gêné : « *Vous savez bien que les hommes et les femmes ne peuvent pas se mettre ensemble. Si encore c'est un groupe d'hommes, là ça va ! Mais s'il s'agit d'un ou de deux hommes parmi des femmes, beaucoup d'hommes ne peuvent pas rester dans un milieu de femmes, c'est difficile* ». L'analyse de cette situation dans le champ du sida révèle ainsi une vulnérabilité paradoxale des hommes. Ce paradoxe s'inscrit dans l'analyse de BOURDIEU (1998) relative au système social qui assigne aux catégories sociales, qu'elles soient dominantes ou dominées, des rôles et devoirs tout aussi contraignants pour les unes que pour les autres. Par ailleurs, ces difficultés face à l'infection à VIH se conjuguent avec une moindre aisance des hommes par rapport aux femmes, dans leurs rapports avec le système de soin, aspect généralement peu documenté dans la littérature.

Représentations populaires du sida et masculinité

Au delà de la crainte des conséquences physiques de l'infection, la séropositivité favorise la perte de l'estime de soi et la crainte du rejet par les autres. Plus pour un homme que pour une femme, être infecté par le VIH peut se décliner en termes de déchéance sociale. Les représentations sociales font en effet du sida une maladie « indigne » pour l'homme, souligne Mathieu. Le partage d'information risque d'étaler au grand jour un état peu compatible avec le fondement social de la masculinité. Il s'oppose à l'image de l'homme capable. Cette notion de capacité, physique, économique ou en termes de responsabilités au sein de la famille, est en effet l'un des piliers sur lequel se construit l'image de l'homme valorisée par la culture.

La métaphore de Hébié sur les pintades entend traduire cet état de l'homme malade, vulnérable, dépendant, marginalisé ou rejeté et dont les capacités à assumer ses fonctions et obligations sociales sont mises en doute. Pour Mathieu, « *ce n'est pas une maladie digne. Dire ça à quelqu'un, il va se demander comment toi-même tu t'es arrangé. C'est ça qui fait le plus mal* ».

Dans une société traditionnellement polygame, la critique sociale redoutée par les hommes porte davantage sur une remise en cause de leurs capacités de discernement – n’avoir pas su se préserver et préserver leur famille du sida – que sur un jugement relatif à leur sexualité. L’auto-isolement et le silence apparaissent comme des actes de protection contre cette menace sociale de remise en cause des capacités.

Peur de la honte

La difficulté des hommes à dire leur séropositivité ne peut s’analyser sans référence à leur habituelle position de pouvoir dans la société et leur rapport à l’autorité dans leurs relations avec les femmes.

Le partage de l’information sur leur statut sérologique est ressenti par eux comme une occasion d’abaissement qu’ils redoutent particulièrement et pour laquelle ils expriment bien souvent leur peur extrême de la honte.

Les logiques moose d’imputation désignent préférentiellement les femmes comme coupables de la survenue de nombreuses maladies (EGROT, 2004), en particulier pour la catégorie des « maladies de femme (*pogbanse*) » dans laquelle le sida s’est inséré. Apparaître responsable de l’introduction du sida dans le foyer altère donc fortement l’image de l’homme. Dans cette logique, dire ou accepter sa séropositivité est perçu comme la reconnaissance d’une défaillance. Beaucoup d’hommes expriment également des difficultés à partager l’information sur leur séropositivité à leur conjointe par crainte d’être abandonnés par elle, au moment où, confrontés à la maladie, ils auront le plus besoin des compétences de soignantes familiales des femmes, décrites dans de nombreux contextes socioculturels (SAILLANT, 1999).

La nécessité de préservation de leur position dominante peut aussi justifier la peur des hommes de concéder à une femme un quelconque moyen de pression. Les représentations sociales traduisent bien la crainte qu’inspire aux hommes l’éventuelle virulence verbale d’une femme animée par la colère, comme l’exprime un proverbe moose : « *La bouche de la femme est son carquois* ».

La notion de *zaksoba*, chef de famille, fortement valorisée localement, rend inapproprié tout signe de défaillance masculine. Elle permet de mieux comprendre l’attitude des hommes qui consiste à taire leurs problèmes relatifs à l’infection par le VIH, tout en les transposant souvent sur les femmes, socialement plus autorisées à faillir par leur statut.

Les déterminants de l’auto-isolement des hommes

Par anticipation à une réaction sociale projetée comme forcément négative, de nombreux hommes s’isolent eux-mêmes et de ce fait, favorisent la mise en place de processus sociaux aboutissant à la stigmatisation.

Le sentiment d’indignité et la peur de la stigmatisation sont à inscrire dans un souci de préservation d’une image culturelle de l’homme valorisée socialement. La masculinité est conditionnée par la reconnaissance sociale d’aptitudes physiques, matérielles et morales. Chez les moose, un mari et plus encore un *zaksoba* doit être « capable ». Du fait de ces représentations, afficher la séropositivité du chef de ménage implique une remise en cause de cette capacité attachée à la masculinité. Par ailleurs, s’afficher comme séropositif et donc potentiellement dépendant d’autrui (pour les soins, le soutien financier, le bon vouloir des femmes) est souvent perçu, surtout par les hommes, comme une situation qui « n’est pas digne ».

Conclusion

Les hiérarchisations que la valence différentielle des sexes induit dans une société (HERITIER, 1996) permettent de mieux comprendre comment les représentations de la masculinité valorisée par la société – et par les hommes en particulier – peuvent avoir un impact négatif, notamment dans l'accès des hommes aux soins et aux traitements du sida (BILA *et al.*, 2007). Cette analyse rappelle celle de BOURDIEU (1998) dans la société kabyle. Il montrait alors comment les hommes bien que privilégiés par le système social pouvaient néanmoins se retrouver, tout comme les femmes, « prisonniers et sournoisement victimes de la représentation dominante ». En effet, dans la présente étude, être socialement perçu comme « frappé par le malheur » et donc « incapable de s'en prémunir » se décline en termes de honte, un sentiment particulièrement craint par les hommes dans la société moose.

Cette analyse montre comment les hommes peuvent être piégés par les valeurs que eux-mêmes diffusent, reproduisent et défendent. Néanmoins, les femmes participent aussi à la construction de ce piège quand, par certains discours et comportements, elles surenchérisent sur les valeurs culturelles de la masculinité.

Cette situation retentit sur le vécu de la séropositivité des hommes, sur leur accès aux soins et aux traitements, ainsi que sur la qualité de leur prise en charge médicale. Mais il ne faut pas négliger le fait qu'indirectement, les femmes en subissent les conséquences. L'absence ou le retard du partage d'information sur la séropositivité, l'imposition d'un silence vis-à-vis de l'entourage, les interdits auxquelles les femmes se soumettent encore souvent, l'état de santé dégradé voire le décès du conjoint sont autant d'évènements qui affectent bien évidemment les femmes.

Références bibliographiques

- BILA B., EGROT M., DESCLAUX A., 2007.** The perception of HIV and men's attendance in health-care facilities in Burkina Faso. *AidsImpact* 2007, Marseille, 1st - 4th July.
- BOURDIEU P., 1998.** La domination masculine, Seuil, Paris, 177 p.
- DESCLAUX A., DESGREES DU LOÛ A., 2006.** Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Popul. Soc.* (428), 1 - 4.
- EGROT M., 2004.** Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne, *Sci Soc Santé* 22(3), 45 - 70.
- EGROT M., 2007.** Renaître d'une mort sociale annoncée : recomposition du lien social des PvVIH en Afrique de l'Ouest, *Cultures & Sociétés* (1), 49 - 56.
- HERITIER F., 1996.** Masculin, féminin. La pensée de la différence, O. Jacob, Paris, 332 p.
- ONUSIDA, 2007.** Le point sur l'épidémie de sida, Genève.
- ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM 2004.** Women and HIV/AIDS : Confronting the Crisis, Genève, New York.
- OUATTARA F., GRUENAI S.-E., HUYGENS P., TRAORE A., 2004.** Sida, Stigmatisation et exclusion, étude anthropologique au Burkina Faso, Rapport de recherche, Marseille-Bobo Dioulasso, IRD/SHADEI/ANRS, 114 p.
- OUEDRAOGO T. L., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO V. et al., 2005.** Infection à VIH et modifications des relations sociales, Ouagadougou (Burkina Faso), *Cah Etud Rech Franc* 15(4), 253 - 257.
- SAILLANT F., 1999.** Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique, *Anthrop & Soc.* 23(2), 15 - 39.
- TAVERNE B., 1996.** Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso, *Sci Soc Santé* 14(2), 87 - 106.
- VIDAL L., 2000.** Femmes en temps de sida, PUF, Paris, 195 p.