

“ De nos jours, chacun fait ce qu’il veut ” ?

**Dynamiques des relations sociales
et pratiques sexuelles
dans le contexte du VIH/sida
à Ouagadougou, Burkina Faso**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Würde einer Doktorin der Philosophie

vorgelegt der

Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät

der Universität Basel

von

Patricia Schwärzler

aus Bönigen (BE)

Basel, 2014

Genehmigt von der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät auf Antrag von Prof. Dr. Marcel Tanner (Fakultätsverantwortlicher), Prof. Dr. Brigit Obrist van Eeuwijk (Dissertationsleiterin) und Prof. Dr. Carol Vlassoff (Korreferentin).

Basel, den 18. Juni 2013

Prof. Dr. Jörg Schibler
Dekan

Sor wěnda a tũuda.

– *La route ressemble à celui qui l'emprunte.*

Sãan wěnda a teedo.

– *On reconnaît le voyageur à ses bagages.*

Koom na sa m nifě pondr yaa pond-koεnga.

– *Le crapaud qui veut être témoin de la fin de l'eau de la rivière sera un crapaud sec.*

Sãan so a kěnd la a ka so a kuilb ye.

– *L'étranger est maître de son voyage, mais n'est pas maître du jour où il retourne chez lui.*

proverbes moose*

* (Pasteur Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

TABLE DES MATIERES

Remerciements	vii
Résumé	xi
Summary	xv
Zusammenfassung	xix
Kumbgo	xxiii
Abréviations et sigles	xxvii
Liste des illustrations	xxix
1 Introduction	1
2 Objectif de l'étude	31
3 Sexe, mensonges et enregistrements : Considérations théoriques et méthodologiques	37
4 La zone d'étude : <i>Le secteur 29, un quartier périurbain de Ouagadougou</i>	59
5 Sexe dans la Cité : Récits des vieilles et des vieux sur la sexualité des jeunes et le sida à Ouagadougou	83
6 Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité : Un tour d'horizon anthropologique	105
7 'Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...' : Pratiques relationnelles et sexuelles des adolescent·e·s à Ouagadougou, Burkina Faso	135
8 'En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin' : Représentations et perceptions des conséquences sociales et morales du préservatif à Ouagadougou, Burkina Faso	163
9 Discussion générale et implications	183
Annexes	199
Références	209

REMERCIEMENTS

Sous le slogan « priorité aux populations », mes premiers remerciements vont au Burkina Faso. Grâce à la générosité, l'hospitalité et le soutien de nombreuses personnes de Ouagadougou, j'ai pu accomplir cette thèse. J'exprime d'abord ma profonde gratitude à tous les participant-e-s de l'étude du *secteur 29*. Elles/Ils m'ont permis d'avoir un aperçu de leur vie personnelle et intime. Les personnes travaillant dans des centres de santé, dans des organismes nationaux de santé, dans des ONG soutenant des personnes vivant avec le VIH/sida, dans des communautés religieuses ou dans des associations m'ont aidé à mieux comprendre le contexte local.

Les invitations du Département de sociologie de l'Université de Ouagadougou, par le Prof. Dr. André Soubeiga, et de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) de Ouagadougou, par le Dr. Alain Casenave, m'ont permis d'obtenir une bourse auprès du Fonds National Suisse ainsi qu'une collaboration avec les membres et les bibliothèques de leurs instituts. Les échanges réguliers avec les membres de l'unité de recherche travaillant sur la *Prise en charge du sida en Afrique* à l'IRD, spécialement avec Marc Egrot et Blandine Bila, ont été très fructueux. Ils ont mené à un approfondissement des contacts noués début 2003 lors d'un cours sur l'anthropologie du sida, co-organisé par Alice Desclaux et Bernard Taverne et d'autres membres de l'association *amades* (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé), à l'Université d'Aix-en-Provence, et qui m'ont permis de rencontrer mes ainé-e-s dans la recherche en anthropologie de la santé sur le sida au Burkina Faso. Les réunions hebdomadaires de l'association des *Femmes de l'avenir* du *secteur 29* de Ouagadougou, dirigée par Franceline Tarnagda, m'ont donné une idée des conditions de vie des femmes. Les autorités burkinabè m'ont fourni l'autorisation de recherche et ont ainsi marqué leur accord quant à cette étude.

Sans la collaboration compétente et engagée d'Honorine Kangambèga Wandaogo, Amadou Siguy Fidèle Kabré et Oussimane Ouédraogo de nombreux éléments m'auraient échappé. Diane Germaine S. Sawadogo, Béatrice Bekouonè Nirbètermalo Somé Hien et Odette Etien et Gouloh Kouémy ont pris soin de transcrire et de faire la saisie informatique des enregistrements de nos entretiens et discussions sur le terrain.

Les amitiés profondes nouées, pour certaines lors de mon premier séjour en 1996, se sont approfondies et m'ont beaucoup facilité la vie quotidienne et récréative. Salif Simbré était mon traducteur interculturel et conseiller pour toute question pratique. Pendant le séjour ethnographique, j'ai pu loger chez Chantal Brunelli. Un *barka wusgo*, *namasté* et *jeredief* chaleureux vont spécialement à Françoise Sawadogo, Jacques et Adeline Magnini, Claire Sanon, Idriss Ouédraogo, Mamadou Diarra et Lamine Seye : vous avez tou-te-s contribué – d'une

manière ou d'une autre – à mon bien-être lors de mes séjours à Ouagadougou. Isabelle Zangré ne m'a pas seulement hébergé lors de mes séjours annuels de suivi, elle s'est aussi investie dans la correction et le raffinement de mes textes avec sa compétence et son don linguistique.

L'accompagnement scientifique de ma directrice de thèse, Prof. Dr. Brigit Obrist van Eeuwijk, et de l'experte Prof. Dr. Elisabeth Zemp Stutz, à travers leurs recommandations, suggestions et observations critiques m'ont encouragée et menée à des réflexions plus approfondies. Je remercie le Prof. Dr. Till Förster, directeur de l'Institut d'Anthropologie, de sa compréhension lors du changement de discipline et de faculté, et le Prof. Dr. Marcel Tanner de sa générosité pour m'avoir acceptée comme doctorante autofinancée à l'Institut Tropical et de Santé Publique (Swiss TPH) de Bâle. Marcel Tanner m'a impressionné par sa chaleur humaine, son enthousiasme communicatif pour la science et ses applications, et spécialement pour son énergie inépuisable et contagieuse. J'adresse également mes remerciements à Prof. Dr. Carol Vlassoff qui a spontanément accepté l'invitation de servir de corapporteuse.

Je suis profondément reconnaissante à mes deux supérieurs, Prof. Dr. Marcel Tanner et Prof. Dr. Jakob Zinsstag, de l'opportunité qu'ils m'ont offerte ainsi que la liberté et l'indépendance qu'ils m'ont confiée à mon poste en tant que collaboratrice scientifique au Swiss TPH et coordinatrice de la composante santé & eau et assainissement en Afrique et en Asie du Sud-est du programme transdisciplinaire et intersectoriel international *Pôle de recherche national Nord-Sud (National Centre of Competence in Research, NCCR Nord-Sud)*, cofinancé par la *Direction du Développement et de la Coopération (DDC)* et le *Fonds National Suisse (FNS)*. Les collaboratrices et collaborateurs venant des quatre coins du monde, ainsi que l'ambiance familiale qui y règne, font du Swiss TPH un lieu de travail exceptionnel et privilégié.

Dr. Lilo Roost Vischer est à l'origine de ma découverte de Ouagadougou en me fournissant un premier contact, qui m'a permis de développer par la suite un large réseau de relations et de renforcer mon attachement à la sous-région lors de mes voyages consécutifs. En Suisse ou à Ouagadougou, j'ai toujours été enrichie par les échanges personnels avec Dr. Claudia Roth et son travail à Bobo-Dioulasso.

Je remercie vivement mes collègues et ami-e-s de différents organismes de leur soutien :

- du Groupe de mentorat collectif *Entre Médecine et Culture* et du subséquent Groupe de recherche en anthropologie médicale à l'université de Bâle (*Medical Anthropology Research Group, MARG*) : Yvonne Adam, Iren Bischofberger, Silvia Büchi, Marcel Dreier, Piet van Eeuwijk, Jana Gerold, Stefanie Granado, Andrea Grolimund, Karin Gross, Sybille Obrecht, Sandra Staudacher, Noëmi Steuer, Hilde Strahl, Magdalena Stülb, Vendelin Tarmo, Amina Trevisan et Kristina Würth ;

- du NCCR Nord-Sud, spécialement du RP7, du JACS WAF et du Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) à Abidjan : Sylvia Adu-Gyamfi, Collins Ahorlu, Mahamat Béchir, Bassirou Bonfoh, Rita Bossart, Kouassi Dongo, Mohamed Doumbia, Gilbert Fokou, Cléopâtre Kablan, Moussa Keïta, Ives Kengne, Soh Kengne Ebenezer, Brama Koné, Gnangadjomon Koné, Abdias Nodjiadjim Laoubaou, Constanze Pfeiffer, Richard Faustine Sambaiga, Ibrahima Sy, Henri-Michel Yéré ;

- du département Épidémiologie et Santé Publique ainsi que du Centre Suisse de Santé Internationale de Swiss TPH, spécialement celles/ceux travaillant sur la santé sexuelle et reproductive : Christina Biaggi-Stucki, Lisa Crump, Julia Dratva, Christine Forrester-Knauss, Sara Gari, Sofie Hansen, Heidi Johnston, Claudia Kessler, Elisabeth Kurth, Adriane Martin Hilber, Barbara Matthys, Sonja Merten, Kate Molesworth, Christian Schätti, Esther Schelling, Joëlle Schwarz, Bettina Schwind, Florence Secula, Anna Späth, Ellen Stamhuis, Jen Wang, Mitchell Weiss, Kaspar Wyss, Manfred Zahorka ;

- des Écoles doctorales en études genre partageant les pauses café au *deuxième bureau* mis à disposition par le Centre d'études genre de Bâle : Silvia Hess Kottmann, Aglaia Wespe, Serena Dankwa, Jacqueline Weber, Fleur Weibel.

J'ai beaucoup apprécié l'appui efficace offert par les secrétariats du Swiss TPH (Margrith Slaoui, Christine Walliser) ainsi que les bibliothèques de Swiss TPH (Giovanni Casagrande, Rebekka Hirsbrunner), de l'université (Alice Spinnler) et de l'Institut d'anthropologie de Bâle et le service d'informatique de Swiss TPH.

L'enquête de terrain a été financée par une bourse du Fonds National Suisse de la recherche scientifique, la période d'analyse et de rédaction majoritairement à travers un emploi à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) pour le *Pôle de recherche national (NCCR) Nord-Sud* 'Partenariats de recherche pour atténuer les syndromes du changement global' ainsi que par le coordinateur régional du JACS WAF du NCCR Nord-Sud au CSRS à Abidjan du moment, Prof. Dr. Guéladio Cissé, la Fondation Max Geldner de Bâle, l'École doctorale des études genre et le *Reisefonds* de l'université de Bâle, une donation de mes parents Bruno et Elisabeth Schwärzler, et enfin des propres fonds. L'impression de la thèse a été couverte par la *Geigy Foundation* de Swiss TPH et le *Dissertationenfonds* de l'université de Bâle. Je suis profondément reconnaissante à tous les bailleurs de fonds. La photo de la couverture a été prise à Ouagadougou par le photographe Thomas Schuppisser pour le compte de Swiss TPH ; le résumé en *mooré* a été traduit par Constance Sawadogo et son équipe.

Claudia Sauerborn, Barbara Sasshofer, Nicole Mathys et Silvia Villiger – chacune à sa manière – m'ont accompagné lors des périodes récurrentes de gestation initiatique et transformative, le surf ou *Wellenreiten*, qui ont marqué ce parcours doctoral sinueux.

RESUME

Bien que l'Afrique de l'Ouest enregistre des taux de prévalence remarquablement faibles, le sida est cependant une préoccupation brûlante pour la population de Ouagadougou. La capitale burkinabè affiche les taux les plus élevés du pays avec une prévalence au VIH, en 2010, de 2,1% parmi les personnes adultes de 15-49 ans, comparée à 1% au niveau national (ONUSIDA 2012a:19).

En effet, le sida est une maladie que nombre de personnes associent à des comportements sexuels répréhensibles et socialement condamnables. La présente étude vise une meilleure compréhension et une contextualisation de la dynamique des relations sociales et des pratiques sexuelles à Ouagadougou, en mettant un accent particulier sur les filles et les garçons adolescent·e·s.

Cette recherche a été menée parmi les résident·e·s d'un quartier périurbain et défavorisé de la ville, le *secteur 29*, dont la population, issue notamment de l'exode rurale ces dernières décennies, est diversifiée en terme d'origine ethnique, sociale et religieuse. Des groupes de discussions dirigées et des entretiens individuels approfondis ont été menés avec des femmes et des hommes de trois générations classificatoires : celles des « enfants », des « parents » et des « grands-parents ». Pour une triangulation plus étoffée, des données qualitatives supplémentaires ont été recueillies à travers des entrevues avec des responsables religieux, des agents de soins traditionnels et biomédicaux, et des représentants d'ONG spécialisées dans le domaine du sida, le suivi des médias populaires y compris les journaux et des émissions à la télévision et à la radio, et enfin l'observation et la participation à la vie sociale du *secteur 29*.

Les pratiques sexuelles sont des activités façonnées par le contexte culturel et social et sont donc soumises aux changements sociaux et à des négociations de positions entre différents groupes au sein d'une communauté. Elles reflètent les rapports de force qui animent les relations sociales entre les générations et les genres, mais aussi au sein d'une même génération ou d'un même genre. À Ouagadougou, différents modèles de relations et une variété de discours sur et de pratiques de la sexualité coexistent. Nous avons observé une tension marquée entre la génération des grands-parents et celle des enfants.

La génération des grands-parents compare les pratiques relationnelles et sexuelles des jeunes gens grandissant aujourd'hui en ville avec des institutions culturelles coutumières qui servaient autrefois à contrôler la sexualité préconjugale des adolescent·e·s et à forger des alliances matrimoniales entre différents lignages. Les vieilles et les vieux se plaignent de l'affaiblissement

de ces institutions et la plupart d'entre eux attribue la propagation du VIH à ce déclin du contrôle familial, et blâme principalement les jeunes filles.

Les jeunes réagissent par rapport à ces discours sociétaux et présentent une autre image de leurs propres pratiques. Celles-ci sont plus complexes et dynamiques que celles représentées par l'ancienne génération. Les jeunes filles sont indécises et ambiguës par rapport à la gestion de leur sexualité. Les informations polyphoniques qu'elles reçoivent posent un dilemme pour elles à savoir d'être sexuellement abstinentes ou actives. À côté des représentations positives de la sexualité, elles se représentent aussi différents risques – additionnement à une grossesse non planifiée ou une infection à IST ou à VIH : l'abstinence sexuelle pourrait les rendre malades ou infécondes ; la masturbation mène forcément à des pulsions sexuelles incontrôlables et à l'infidélité ; le début de l'activité sexuelle n'est conseillé que quand le corps est entièrement développé ; et, enfin, l'infidélité est due à la masturbation, à l'initiation sexuelle précoce ou à des nécessités économiques. Les filles se plaignent vivement d'être abordées par des hommes du quartier pour des rapports sexuels transactionnels ou par les enseignants pour des rapports gratificateurs. En général, les jeunes filles ne disposent que d'informations fragmentées sur la sexualité, en construisent des représentations 'créatives', et ont une pluralité de pratiques qui résultent de leur contexte à valeurs multiples et divergentes et d'un manque d'orientation qui les mettent dans l'ambiguïté.

Selon les jeunes, hommes et femmes confondus, leurs pratiques relationnelles et sexuelles sont diverses et s'étendent sur une vaste gamme allant de l'abstinence à des relations multiples et concomitantes. L'abstinence, l'un des pôles de cette gamme, a une valeur sociale élevée pour les jeunes, et spécialement pour les filles. L'autre pôle de cette gamme, le multi-partenariat, n'implique pas forcément des rapports sexuels ou avec tou-te-s les partenaires. En général, les jeunes ne sont pas tou-te-s sexuellement (hyper)actifs/ves, comme imaginé par la génération des personnes âgées. Elles/ils pratiquent plutôt une variété de formes et de combinaisons de relations qui n'impliquent pas toutes nécessairement une activité sexuelle. Les jeunes considèrent leur adolescence et les pratiques relationnelles et sexuelles comme une expression de leur étape de vie actuelle avant le mariage qui leur permet des choses qu'elles/ils évaluent comme inacceptables à l'avenir en tant qu'épouses/époux socialement respecté-e-s.

Pour les acteurs et actrices de la santé publique, l'utilisation du préservatif par les personnes sexuellement actives, est un élément crucial des programmes combinés de prévention du VIH. Cependant, comme toute technologie, le préservatif n'est pas perçu comme un objet neutre et exempt de valeur dans une communauté. Il entre en fait dans un contexte social imprégné d'idées recouvrant une variété de thématiques. À Ouagadougou, ces représentations liées au préservatif sont d'ordre historique, macro-politique, économique, religieux, social, sanitaire ou symbolique. L'ensemble de ces aspects influe sur son appropriation ou les réticences ainsi que sa

gestion. En outre, le jugement de la population ouagalaise sur le préservatif est négatif en ce qui concerne la perception des conséquences sociales et morales de son utilisation. Celles-ci sont dépréciées à deux niveaux : la dévalorisation de la sexualité, taxée de banalisation, vulgarisation ou normalisation, ainsi que la dégradation des valeurs relationnelles fondamentales, à travers l'infidélité, l'adultère, le multi-partenariat et l'accentuation du plaisir sexuel en lieu et place de la procréation.

Nos résultats contredisent les vues réductionnistes sur la sexualité et la promiscuité africaine et donnent de la visibilité aux débats moraux actuels à travers et au sein de groupes de genres et de générations. Une compréhension de ces débats peut aider à mieux orienter les efforts de santé publique culturellement sensibles dans le domaine du planning familial et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH.

À cette fin, nous recommandons trois activités d'application de nos résultats. Au niveau local, la mise en place de forums de discussions aiderait à combler le manque d'informations sécurisées pour les jeunes et à initier la communication entre parents et enfants sur des aspects d'éducation et de santé sexuelle. Nous proposons une double approche pour ces forums : d'une part ces lieux de communication destinés aux jeunes traiteront de la santé sexuelle et reproductive, et d'autre part des forums intégreront des filles et des garçons, des mères et des pères, en vue de favoriser la communication intergénérationnelle. Au niveau national, nous proposons d'initier, au travers des structures de santé publique, un dialogue communautaire afin de contrer et affaiblir les représentations entravant l'utilisation des préservatifs.

Pour la recherche, nous suggérons quatre nouvelles pistes. Tout d'abord il serait important d'examiner les possibles relations transactionnelles entre des jeunes garçons et des « mamans gâteaux », ou entre des jeunes garçons et d'autres hommes, comme source de revenu pour les garçons. Il serait de plus intéressant de vérifier si de nouvelles formes de relations plus égalitaires seraient en train de se développer à Ouagadougou entre les jeunes hommes et femmes, éduqué·e·s et aisé·e·s, impliquant une sexualité à la recherche de plaisir et de satisfaction mutuelle. Sans aucun doute, la recherche fondamentale sur les modes de vie, les réseaux de sociabilité et la culture homosexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes serait également importante. Enfin, dans la sphère religieuse, des sources de discordance sont perceptibles : parmi les croyant·e·s d'une part, entre les prescriptions religieuses et leurs pratiques réelles, et parmi les représentant·e·s des différentes communautés religieuses d'autre part, entre leurs énonciations et leurs activités « déviantes » par rapport aux doctrines officielles. L'étude et l'élucidation de ces différences permettraient de mieux comprendre les dilemmes des deux groupes d'acteurs religieux, les croyant·e·s aussi bien que les responsables religieux, et de favoriser le renforcement des bonnes pratiques liées à la prévention du VIH et au sida. Ces

nouvelles pistes de recherche pourraient nourrir les axes de développement d'interventions de prévention et de sensibilisation culturellement adaptées, et basées sur le vécu des populations et sur des résultats empiriques.

SUMMARY

Although West Africa shows remarkably low prevalence, AIDS remains a burning issue for the population of Ouagadougou. The capital of Burkina Faso has the highest rates in the country with an HIV prevalence in 2010 of 2.1% among adults aged 15-49, compared to 1% at the national level (UNAIDS 2012:19).

Indeed, AIDS is a disease that many people associate with socially unacceptable and condemnable sexual behavior. This study aims to better understand and contextualize the dynamics of social relations and sexual practices in Ouagadougou, with a particular focus on adolescent girls and boys.

This research was conducted among residents of a peri-urban and disadvantaged area of the city, the *secteur 29*, with a population, accrued from rural exodus in recent decades, which is diverse in terms of ethnic, social and religious origin. Focus group discussions and in-depth interviews were conducted with men and women of three classificatory generations: "children", "parents" and "grandparents". For a more robust triangulation, additional qualitative data were collected through interviews with religious leaders, representatives of the traditional and the biomedical health systems and representatives of NGOs working in the field of AIDS, as well as monitoring popular media including newspapers and television and radio broadcasts and, finally, observation and participation in the social life of *secteur 29*.

Sexual practices are activities shaped by the cultural and social context and are thus subject to social change and negotiations of position between different groups within a community. They reflect the power relations between and within generational and gender groups which drive social relations. In Ouagadougou, different types of relationships and a variety of discourses and practices of sexuality coexist. We observed a marked difference between the generations of grandparents and children.

The grandparent generation compares relational and sexual practices of young people growing up today in the city with customary cultural institutions that were once used to control teenage premarital sexuality and to forge matrimonial alliances between different lineages. Old women and men complain about the weakening of these institutions, with most of them attributing the spread of HIV to the decline of family control. They mainly blame the girls.

Young people react against these societal discourses and present a different image of their own practices. These are more complex and dynamic than those represented by the older generation.

Girls are uncertain and ambiguous with respect to their sexuality. The polyphonic information they receive poses a dilemma for them on whether to be sexually active or abstinent. In addition to positive images of sexuality, they also represent different risks – in addition to an unplanned pregnancy or infection with STIs or HIV: sexual abstinence could make them sick or infertile, masturbation necessarily leads to uncontrollable sexual urges and infidelity, the onset of sexual activity is recommended only when the body is fully developed, and finally, infidelity is due to masturbation, early sexual initiation or economic needs. The girls complained strongly about being addressed by men of the neighborhood for transactional sex or by teachers for 'gratificational' sex. In general, girls have only fragmented information on sexuality and hence construct 'creative' representations and have a diversity of practices resulting from their context coined by multiple and divergent values and a lack of orientation that leaves them ambiguous.

According to both young men and women, their relational and sexual practices are diverse and span a wide range from abstinence to multiple and concurrent relationships. Abstinence, one of the poles of this range, holds a high social value for young people, especially for girls. The other pole of this range, multiple partnerships, does not necessarily imply sex with all, or even with any, partners. In general, young people are not all sexually (over)active as imagined by the older generation. They rather practice a variety of forms of relationships and combinations of them that do not all necessarily involve sexual activity. Young people perceive their adolescence and their relational and sexual practices as an expression of their current life stage before marriage allowing them things they value as unacceptable in their future live as socially respected wives and husbands.

For actors in public health, use of condoms by sexually active people is a crucial element of the combined HIV prevention programs. However, like all technologies, a condom is not viewed in any community as a neutral and value-free object. It actually enters a social context impregnated by a multitude of ideas covering a variety of topics. In Ouagadougou, condom related representations are historical, macro-political, economic, religious, social, sanitary or symbolic. All these aspects affect the appropriation or reluctance, as well as its management. In addition, the burkinabè population perceives negative social and moral consequences with the use of condoms. Those are depreciated on two levels: the devaluation of sexuality, valued as trivial, vulgar and ordinary, and the degradation of basic relational values, through infidelity, adultery, multiple partnerships and the emphasis of sexual pleasure instead of procreation.

Our results contradict the reductionist views on African sexuality and promiscuity and give visibility to the current moral debates across and within generational and gender groups. An understanding of these debates can help to better target culturally sensitive public health efforts in the field of family planning and prevention of sexually transmitted diseases and HIV.

To this end, we recommend three activities of application of our results. At the local level, on the one hand, the establishment of discussion forums on sexual and reproductive health for young people, as well as intergenerational forums with girls and boys, with mothers and fathers, on the other hand, would both help to address the lack of accurate information for youth and to initiate communication between parents and children on aspects of education and sexual health. At the national level, we propose the initiation of a community dialogue to counter and weaken representations impeding the use of condoms.

For research, we suggest four new avenues. Firstly, it is important to examine the possibility of transactional sex between young boys and "sugar mummies", or between boys and men, both as sources of revenue for the boys. It would be additionally interesting to see whether new forms of more egalitarian relationships are beginning to develop in Ouagadougou between well-educated and well-off young men and women, involving pleasurable and mutually satisfactory sexuality. Undoubtedly, basic research on lifestyles, social networks and homosexual culture of men who have sex with men and women who have sex with women is also important. Finally, elucidating the differences, on the one hand among believers between religious commands and actual practices, and on the other hand among the representatives of the different religious communities between their preaching and their activities, possibly deviant from official doctrines, would help to better understand the dilemmas of the two religious actors, both believers as well as religious leaders, and to reinforce good practices related to HIV prevention and AIDS. These research avenues could contribute to the development of new culturally appropriate interventions for prevention and sensitization based on the lived experiences of people and on empirical results.

ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl Westafrika bemerkenswert niedrige Prävalenzraten aufweist, ist AIDS ein Thema, bei dem in der Bevölkerung von Ouagadougou große Besorgnis zum Ausdruck kommt. Die Hauptstadt von Burkina Faso verzeichnet für das Jahr 2010 landesweit die höchste HIV-Prävalenz von 2,1% bei den Erwachsenen im Alter von 15-49 Jahren. Der Landesdurchschnitt liegt im Vergleich dazu bei 1% (UNAIDS 2012:19).

AIDS ist eine Krankheit, die viele Menschen mit verwerflichem und sozial zu verurteilendem Sexualverhalten verbindet. Diese Studie zielt darauf ab, die Dynamiken sozialer Beziehungen und sexueller Praktiken in Ouagadougou besser zu verstehen und zu kontextualisieren. Ein besonderer Fokus wird dabei auf jugendliche Frauen und Männer gerichtet.

Die Forschung wurde in einem benachteiligten Viertel am Strandrand von Ouagadougou durchgeführt, dem *secteur 29*, dessen Bewohner:innen in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Landflucht zuzogen, und das ethnische, sozial und religiös durchmischt ist. Die Daten wurden in Fokusgruppendifkussionen und Tiefeninterviews mit Männern und Frauen dreier klassifikatorischer Generationen erhoben: den "Kinder", "Eltern" und "Großeltern". Um eine umfassendere Triangulation zu gewährleisten, wurden zusätzliche qualitative Daten gesammelt durch Interviews mit religiösen Führern, mit Vertreter:inne:n des traditionellen und des biomedizinischen Gesundheitssystems und Verantwortlichen von AIDS-NGOs. Darüber hinaus wurden die öffentlichen Medien, einschließlich Zeitungen und Fernseh- und Radiosendungen, zum Thema AIDS verfolgt und schließlich habe ich das soziale Leben im *secteur 29* beobachtet und daran teilgenommen.

Sexuelle Praktiken sind durch den kulturellen und sozialen Kontext geprägt und unterliegen daher dem sozialen Wandel und dem Aushandeln verschiedener Positionen zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb einer Gemeinschaft. Sie spiegeln Machtverhältnisse zwischen und innerhalb von Generationen- und Geschlechtergruppen wider, die soziale Beziehungen prägen. In Ouagadougou koexistieren verschiedene Arten von Beziehungen und eine Vielzahl von Diskursen über und Praktiken von Sexualität. Zwischen den Generationen der Großeltern und der Kinder ist zu diesem Thema ein gespanntes Verhältnis zu beobachten.

Die Generation der Großeltern vergleicht die Beziehungen und sexuellen Praktiken der Jugendlichen, die heute in der Stadt aufwachsen, mit den herkömmlichen kulturellen Institutionen, die einst dazu dienten, die voreheliche Sexualität der jungen Menschen zu kontrollieren und durch arrangierte Ehen Allianzen zwischen verschiedenen Lineages zu

schmieden. Alte Frauen und Männer beschwerten sich über die Schwächung dieser Institutionen und die meisten von ihnen schreiben die Ausbreitung von HIV dem Niedergang der familiären Kontrolle zu und weisen hauptsächlich den jungen Frauen die Schuld dafür zu.

Die Jugendlichen reagieren auf diese gesellschaftlichen Diskurse und präsentieren ein anderes Bild der eigenen Praktiken. Diese sind komplexer und dynamischer als die von der älteren Generation dargestellten. Mädchen sind unentschlossen und verunsichert in Bezug auf den Umgang mit ihrer Sexualität. Die polyphonen Informationen, die sie zum Thema Sexualität erhalten, führen für sie zum Dilemma darüber, ob sie sexuell aktiv oder abstinent sein sollen. Neben positiven Bildern von Sexualität, stellen sie sich auch verschiedene Risiken vor – zusätzlich zu ungeplanten Schwangerschaften oder der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit oder HIV: sexuelle Enthaltsamkeit könne krank oder unfruchtbar machen; Masturbation führe zwangsläufig zu unkontrollierbarem sexuellen Drang und zu Untreue; der Beginn der sexuellen Aktivität sei erst empfohlen, wenn der Körper voll entwickelt ist; und sexuelle Untreue gründe auf Masturbation, zu frühem Beginn der sexuellen Aktivität oder auf wirtschaftlicher Notwendigkeit. Die jungen Frauen beklagen sich, angegangen zu werden für Sex gegen Geld von Männern aus der Nachbarschaft oder zu Sex gegen gute Noten von Lehrern. Im Allgemeinen haben die Mädchen nur bruchstückhafte Informationen über die Sexualität, konstruieren daraus kreative Vorstellungen darüber und haben eine Vielzahl von Praktiken, die aus dem mehrdeutigen Kontext unterschiedlicher Werte und einem Mangel an Orientierung herrühren und sie ambivalent zurück lässt.

Laut den Aussagen der jungen Männern und Frauen sind ihre Beziehungsformen und sexuellen Praktiken vielfältig und umfassen einen weiten Bereich, der von Abstinenz zu mehrfachen und gleichzeitigen Beziehungen reicht. Abstinenz, auf der einen Seite dieser Spannbreite, hat für die jungen Menschen einen hohen sozialen Wert, insbesondere für Mädchen. Die Mehrfachbeziehungen, auf der andere Seite dieser Spannbreite, bedeuten nicht zwangsläufig überhaupt oder mit allen Partner·inne-n Sex zu haben. Im Allgemeinen schildern sich die jungen Menschen nicht als sexuell (hyper-)aktiv, wie es sich die ältere Generation vorstellt. Sie leben eine Vielzahl von Formen und Kombinationen von Beziehungen, die nicht unbedingt eine sexuelle Aktivität beinhalten. Junge Menschen werten ihre Beziehungen und sexuellen Praktiken als einen Ausdruck ihrer aktuellen adoleszenten, vorehelichen Lebensphase. Sie bewerten ihr derzeitiges Verhalten als zukünftig inakzeptabel, wenn sie als respektable Ehefrauen und Ehemänner angesehen werden wollen.

Für Akteure und Akteurinnen der öffentlichen Gesundheit stellt die Verwendung von Kondomen von sexuell aktiven Menschen ein entscheidendes Element der kombinierten HIV-Präventionsprogramme dar. Doch wie bei allen Technologien wird auch das Kondom in einer Gemeinschaft nicht als ein neutraler und wertfreier Gegenstand gesehen. Es trifft vielmehr auf

einen gesellschaftlich geprägten Kontext von Vorstellungen zu unterschiedlichen Themenfeldern. Die in Ouagadougou mit dem Kondom verknüpften Vorstellungen stehen in einem historischen, makro-politischen, wirtschaftlichen, religiösen, sozialen, gesundheitlichen und symbolischen Zusammenhang. All diese Aspekte beeinflussen die Aneignung des oder Vorbehalte gegen das Kondom und den Umgang damit. Zudem beurteilt die Bevölkerung von Ouagadougou den Gebrauch der Kondome negativ in Bezug auf die Wahrnehmung von sozialen und moralischen Folgen. Diese stellt sie auf zwei Ebenen fest: der Abwertung und Banalisierung der Sexualität sowie dem Niedergang grundlegender Werte in Beziehungen, wie Untreue, Ehebruch, Mehrfachpartnerschaften und der Betonung von sexueller Lust statt der Fortpflanzung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie widersprechen den reduktionistischen Ansichten über afrikanische Sexualität und Promiskuität und machen aktuelle moralische Debatten zwischen und innerhalb Generationen- und Geschlechtergruppen sichtbar. Ein Verständnis dieser Auseinandersetzungen kann dazu beitragen, kulturell angepasste Interventionen im Bereich Familienplanung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und von HIV zu stärken.

Zu diesem Zweck werden drei Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Resultate vorgeschlagen. Auf lokaler Ebene würden einerseits die Einrichtung von Diskussionsforen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für junge Menschen und andererseits Plattformen des intergenerationellen Austausches zwischen Mitgliedern der Kinder- und der Elterngeneration helfen, den Mangel an sicheren Informationen für Jugendliche zu lindern und die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern zu Aspekten der Sexualität zu ermöglichen. Auf nationaler Ebene würde ein Dialog mit und innerhalb der Gesellschaft dazu beitragen, den verschiedenen Vorstellungen, die für den Kondomgebrauch hinderlich sind, zu begegnen und diese zu mindern.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie schlagen wir zudem vier Forschungsbereiche um AIDS und Sexualität vor: Zunächst wäre es wichtig, mögliche sexuelle Beziehungen mit „sugar mummies“ oder mit anderen Männern als Einnahmequelle für jugendliche Männer zu untersuchen. Es wäre interessant zu sehen, ob sich auch in Ouagadougou Formen egalitärerer Beziehungen zwischen gebildeten und gut verdienenden jungen Männern und Frauen entwickeln, in den eine lustvolle und beidseits befriedigende Sexualität gelebt wird. Zweifellos ist Grundlagenforschung wichtig zu den Lebensformen, den sozialen Netzen und der homosexuellen Kultur von Männern, die Sex mit Männern und von Frauen, die Sex mit Frauen haben. Schließlich sollten die verschiedenen religiösen Gemeinschaften untersucht werden, insbesondere die Unterschiede, einerseits der religiösen Gebote im Gegensatz zu den aktuellen Praktiken der Gläubigen, und andererseits der Aussagen im Gegensatz zu den tatsächlichen, von

den offiziellen Doktrinen abweichenden, Handlungsweisen der Führerinnen und Führer dieser verschiedenen religiösen Gemeinschaften. Aus den Ergebnissen könnten *Best Practices* im Zusammenhang mit der Prävention von HIV und mit AIDS entwickelt und diese dadurch verstärkt werden. Diese neuen Forschungsausrichtungen könnten die Entwicklung neuer, kulturell angemessener Leitlinien für Präventions- und Sensibilisierungskampagnen unterstützen, die auf den Lebenswirklichkeiten der lokalen Bevölkerung sowie auf empirischen Ergebnissen gründen.

Baa ne Afirik wīndig sēn luttē pugē wā, sīda wā belem pa waooge, la a yellā yaa būmb sēn namsd nin-buiidā wāgdog pugā nin-buiidu. Burkina Faso na-tēngā pugē, sīdā wā belem yūda a sēn be tēn-kurems a taabā. Yuumd 2010 pugē wāgdgo, neb yuum sēn zems 15 n ta 49 wā suka, neb 100 zugu, neb 2,1 n tar sīda. La sā n yaa tēngā fāa pugē, neb 100 zugu, ned a yeyn n tar sīda wā wa onisīda 2012a sēn wīnig a seb-vā-neng 19 pugē.

Sīd me, sīda wā yaa bāag neb wusg sēn dik n mamsd ti yaa tuum yood rāmb bāag ti pa zems ne nin-buiidā raab ye. Tuumd ning sēn maan woto wā ratame ti wāgdog pugē wā, bi b tōog n wum pag ne rao sēn naagd taab vōore, la sēn yaa sōma, b na n tika kom-bubā (pagb ne rapa) vum n tōog n wum sōma.

Veesg ning sēn maan woto wā yu nin-buiid sēn be wāgdog sag-kuremsā suka, ti b nusā pa tarē ye; yaa sekteer 29; nebā naoor wusg yaa sēn yi tēn-kuremsē wā n wa kē be yuumā noore, b buudā yaa toay-toaya, b paoongā la b wēn-tūurā me leb n welgame. Sōsg buud la b luglyā, la b sōs ne neb kēer yembr-yembr n tadg ne pagb la rap bugs a tā: yaa koamba, yaa roagdba, la yaab-rāmba. Sēn na yul n paas nebā sōore, b leb n sōsa ne wēnnaam sor tūudb taoor dāmba, rog-n-mik tūsdba, laafi getba, Owennze rāmb taoor dāmb sēn get sīda wā yelle, pog n ges kibayā kūun yell ne seb-gundbā la kiba-kiṭb neba, tele la radio rāmb pusē, la sēn na n baase, yaa gesg buud la b maan nin-buiidā vum pugē sekteer 29 wā suka.

Pag ne rao naagr ne taabā yaa būmb sēn tik nin-buiidā rog-n-miki, n yaa būmb sēn toeemd ne nebā vum yela, nebā sul sēn zems ne taab būmb ning fāa pugē. A leb n tika tōog ning sēn be nin-buiidā sul sugse, kom-yoaabā ne kom-kasemsā suka, la pagbā ne rapā suka. Wāgdog pugē wā, vum ne taab makr buud n be, goam buud ne f to naagrā pugē me n be, n dell nebā sēn naagd taab to-to. Tōnd yāame ti rē pugē, kom-bāoonegā ne b yaab-rāmbā suka pa-zems-taab n be.

Koambā yaab-rāmb wumb pugē, b rikda koambā sēn bi galu-tēnsē wā vum ne taab la b sēn naagd ne taab to-to n makd ne rog-n-mikā yel sēn da be ti yaa rē la b ra tar n kogend kom-bubā kāadem vum, la b zāad b rogem yalgr b vumā pugē. Pog-yāamsā ne nin-kēembā zabda wakat fāa ti rog-n-mikā tara faagre, ti neb wusg tagsdē ti sīda wā sēn piuugdā yaa ba-rāmbā ne ma-rāmba sēn ye pa tōe n gūus biig a meng zāab pugē wā; la rē fāa, sā n yaa ne bāmba yaa kom-pugliy wā la sabaab ti yel-kāensā fāa ki yēg nebā vum pugē.

Kom-bubā tara leokr ne yel-kāens fāa, la b tagsdame ti bāmb sēn maand būmb ningā pa wa pīnd rāmbā sēn bilgda ye. Bāmb sēn maandā tara beoog n yud

kudem-dāmbā sēn gomdā. Kom-pugliy wā sēn be rūndā wā pa mi yelā vēeneg b taorā zāab pugē ye. Kibay nins b sēn paamdā lengdb la b taorā pugē ti b pa mi b sēn maand yellā pugē ye; b na n gāda b mens n ta b kāadem wakat bi b na n maanda naag-taab wa b sēn date. Taorā yel wīnigr sēn yaa sōma wā loogr poore, zu-loees a taab n be. Yaa wala pug sēn pa rat rikre, taor bāas la sīda: yōk f meng n pa kē ne rao tōe n kō-b la bāas wall kao b rogem; yōg-f-mengā wata ne taor daab sēn pa tōe n zā la tuum wood sēn pa kogend kāadem; sā n pa nedā yīng n yidg sōma, b pa sagl t’a soabā saag n sung ne ned laogeng ye; sēn na n baase, kāadmā sēn pa zāad sōma wa yaa sēn yōgd b mensā yīnga, sēn sungd laogeng ne taab pīndā, la ligd raabo. Kom-pugliy wā zabdame, ti bāmb vumē wā, sakā rap kēer yekda bāmb naor wusg n dat n yao la b naag ne bāmba, bi Karen-saam-dāmb kēer dat n lagma ne bāmb n kō-b not sōmse. Naor wusg me, kom-pugliy wā pa tar kibay sōma b taorā zāab pugē ye, yaa bāmb n makd b sēn dat b sā n wa sok-b wakat ninga, la b tar b sēn maand būmb ning b taorā zāab pugē ti wakat wusg pugē bi yellā liibd-ba.

Sā n yaa ne kom-bubā, pagbā la rapā sēn naage, b sēn maand b vumā yel pugē la b laogengē wā yaa yel wusgo, n tōe n sung gād-f meng pugē, n wa ta f sēn na n naagd ne neb wusgo. Gād-f-meng n da kē ne nedā sēn yaa tikr a yeyn taorā zāab pugē wā yaa būmb sēn tar piuug ne kom-bubā, la sēn yud fāa yaa kom-pugliy wā. Būmb a to sēn tog n tik yaa laogeng ne neb wusgā la rē pa rat n yeel ti b lagemda ne taoā bi b lagemda ne nebā fāa ye. Naor wusgo, kom-bubā fāa pa tar b taorā yell vēr-vēr wa neb nins sēn yaa kasemsā sēn tagsdā ye. B maanda yel toay-toay ti pa wīnigd ti b sēn maandā yaa b taoā n pak-b ye. Kom-bubā mamsdame ti bāmb yāadmā la b sēn maandā yaa bāmb wakat tuum b sēn nan pa kē kāadem, la b miime ti sēn wate, bāmb sēn maandā pa sakd ne kāad sēn tar waoogr nin-buiidā suk ye.

Sā n yaa ne laaft wā zāadba, kom-bub nins sēn ta laogengā tall taor sūudā n maan laogeng yaa būmb sēn tog n tik n beool sīda wā. Baa ne rē fāa, wala yel-paalā sēn yitā, taor sūudā pa būmb sēn pa tar hakt nin-buiidā suk ye. B rik-a lame t’a lebg yel wusg nebā vum pugē. Wagdog ka, nebā sēn ningd būmb ning b yamē taor sūudā zug tika kibay, politiki, laogo, wēnd sor tūubu, neb ne taab vum la laaft yel ti ketē. B sēn tikd woto wā kitame ti nebā sak n dikd-a bi b bas-a kell n kē neb wusgo. Sēn paasde, wagdog nebā sēn tagsd ne taor sūudā yaa wēenga, sā n yaa ne b sēn mamsd ne būmb ning a sēn tōe n wa ne la a tallgo. Ka wā, yel a yi n sām zī-kāngā: ned ne a to laogeng sēn lebg n faag ti tik ti yaa būmb sēn pa tar yōod ti fāa sāag n bui kāadem sōmblem wala tōdg kāad-n-taaga, lagem ne ned sēn pa kēn kāadem ne-fo, laogeng ne neb wusgo, vum sū-noog paoosg ti rogem baob pa be suk ye.

Tõnd sēn yā būmb ningā pa tū yā-kueesā sēn be laogengā pugē wā sulā la nebā suk ye. A tikame tu goamā sēn be laogā rūndā wā zugā yaa tu wumbā tōe n sōnga ne laafi wā koglg wala rog-yaagrā zugu, taor bāasā ne sīda wā beoolgo.

Rē yīngā, tõnd sagendame tu b tik tuum a tā tõnd sēn yā wā pugē. Ziig pugē, b tog n lugla yēsg buud sēn na sōng ne kibay kūun kom-bubā vum zugu, la b kō b ba-rāmbā kibay b taorā laafi pugē. Tõnd mamsdame tu b tog n maana tikr a yi: pipi, kibayā b sēn kōt kom-bubā tog n goma taor laafi la rogem yelle, t'a yiib soaba, goamā pugē b tog n ninga kom-pugliy, ma la ba-rāmba, sēn na yul n sōng kibayā kūun nebā sul ne taab suka. Sā n yaa ne tēngā fāa pugē, tõnd sagendame tu b sung laafi wā tuum-noy pugē sēn na yul n faag yam ning sēn be rūndā n pa rat tu nebā rikd taor sūudā b laogeng ne taab wakatā.

Sā n yaa ne baoobā pugē wā, tõnd wīnigda so-paals a naase. Pipi, sēn yaa sōma yaa b reng n ges kom-dibliy wā suk ne ma-rāmbā sēn kogend b koambā wusgā, wall kom-dibliy ne rapā, sēn tōe n yt sabaab tu kom-dibliy paam ligdi. Segdame tu b ges wagdog pugē wā, sēn na bāng zems-taab sēn yud pīnd pa sigend rap ne pagb sēn tar bāngr la b nus tar suka, n yaool n tik laogeng ne f to tu yaa vumā noom ne taab bal n pake. Sik sēn kae, baoobā sēn maand vumā yel pugē wā, rao ne rao b pag ne pag laogeng ne taab pugē wā yaa būmb sēn tar yōod wusgo. Sēn na n baase, wēnnaamā sor pugē, kus-taab n be: tēedbā suka, sēn be wēnnaamā sor pugē ne b sēn maandā zugu, la wēnd soayā taor dāmb suka, la yōsgr buud fāa sēn maand soayā pusē. F sā n tags n ges sēn toemdā fāa, d tōe n bānga būmb ning sēn be wēnamm neb a yiibā suka; tēedbā, la taor dāmbā n tōog n daool sīda wā beoolg tuuma. So-paalā sēn tugsā tōe n vēnega sor ning sēn tog n dik n beool sīdā wā piuugr n tik nin-buiidā sēn mi n maand b vumē wā, la b sēn yāt beoog sēn vēeg fāa.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ARV	médicament antirétroviral, utilisé pour le traitement des infections liées aux rétrovirus (comme le VIH)
ATK	<i>Allgemeiner Tropenkurs</i> (cours tropical général), enseigné à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse à Bâle
CASO	Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou, hospice situé au <i>secteur 30</i>
CD4	marqueur cellulaire exprimé majoritairement à la surface des globules blancs qui constitue la molécule d'adhésion du VIH pour son entrée dans la cellule ; l'énumération des cellules exprimant ce marqueur constitue le moyen classique (par des tests) de suivre l'évolution de la pathologie
CDC	<i>Centers for disease control and prevention</i> , Atlanta, États-Unis
CFPS	Commission fédérale pour les problèmes liés au sida, Suisse
CHU	Centre hospitalier universitaire (4 ^e et plus haut niveau de la pyramide sanitaire au Burkina Faso)
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale (2 ^e niveau de la pyramide sanitaire au Burkina Faso)
CNLS-IST	Conseil national de lutte contre le sida, le VIH et les infections sexuellement transmissibles du Burkina Faso
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale (1 ^{er} niveau de la pyramide sanitaire au Burkina Faso)
CSRS	Centre Suisse de Recherches Scientifiques, Abidjan, Côte d'Ivoire
CV	charge virale
EDS	enquête démographique et de santé
FCFA	francs CFA (jadis : franc des Colonies françaises d'Afrique ; aujourd'hui : franc de la Communauté financière africaine) est le nom de deux monnaies communes à plusieurs pays d'Afrique constituant la zone franc d'Afrique de l'Ouest (UEMOA, Union économique et monétaire ouest-africaine) et d'Afrique centrale (CEMAC, Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale)
GRID	<i>gay-related immune deficiency</i> (déficience immunitaire liée aux homosexuels), premier nom de la nouvelle maladie renommée sida plus tard
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso
IRD	Institut de recherche pour le développement (anciennement ORSTOM), Ouagadougou, Burkina Faso

IST	infection sexuellement transmissible
NCCR Nord-Sud	Pôle de recherche national Nord-Sud « Partenariats de recherche pour atténuer les syndromes du changement global » (<i>National Centre of Competence in Research, NCCR North-South</i>), cofinancé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) et par l'Agence suisse pour le développement et la coopération (DDC)
PAMS	<i>Partnership Actions for Mitigating Syndromes</i> (Actions en partenariat pour atténuer les syndromes) du programme de recherche NCCR Nord-Sud
PROMACO	Programme de Marketing Social et de Communication pour la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PvVIH	personnes vivant avec le VIH
RAJS	Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV	thérapie antirétrovirale (en anglais : ART, <i>antiretroviral therapy</i>)
TME	transmission du VIH de la mère à l'enfant (aussi appelé transmission verticale)
UNAIDS	<i>joint United Nations programme on HIV/AIDS</i>
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VIH-	statut sérologique négatif : personnes non infectée par le VIH
VIH+	statut sérologique positif : personnes infectée par le VIH
VIS	virus de l'immunodéficience simienne
WHO/GPA	<i>WHO Global Programme on HIV/AIDS</i> , devenue ONUSIDA/UNAIDS

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Graphiques

graphique 1 : Schéma du déroulement de l'infection	10
graphique 2 : Développement de l'incidence du VIH au Burkina Faso (1990-2008)	15
graphique 3 : Développement de la prévalence du VIH au Burkina Faso (1990-2008)	16
graphique 4 : Évolution de la prévalence du VIH des jeunes femmes et hommes	18
graphique 5 : Évolution de la prévalence du VIH des jeunes femmes enceintes	18
graphique 6 : Pyramide des âges par groupes d'âges quinquennaux de la population	62

Tableaux

tableau 1 : Risque d'infection estimé en fonction du type de l'exposition à une source infectée	8
tableau 2 : Fréquence des symptômes du syndrome rétroviral aigu	9
tableau 3 : Grille pour la classification du stade de la maladie	11
tableau 4 : Maladies opportunistes apparaissant selon les taux de CD4	11
tableau 5 : Prévalence du VIH estimée selon les tranches d'âge	17
tableau 6 : Différents taux de prévalence du VIH	19
tableau 7 : Échantillon des participant-e-s aux EI et aux FGD	49
tableau 8 : Évolution de la population de Ouagadougou (1904-2006)	69
tableau 9 : Croissance de la ville de Ouagadougou depuis 1950 et projection jusqu'en 2025	72
tableau 10 : Croissance de la population dans l'arrondissement de Bogodogo et au <i>secteur 29</i>	77
tableau 11 : Équipements collectifs du <i>secteur 29</i>	78
tableau 12 : Schéma des modèles de relations sociales et sexuelles présentés par les jeunes	141

Figures

figure 1 : Schéma de la réplication du VIH et des cinq possibles points d'attaque d'ARV	12
figure 2 : Taux de prévalence du VIH estimés au cours des vingt dernières années	14

Cartes

carte 1 : Croquis de Ouagadougou réalisé par l'explorateur français Binger en 1888	65
carte 2 : Organisation territoriale de Ouagadougou (1892-1932)	66
carte 3 : Tracé de la nouvelle ville coloniale de 1920	67
carte 4 : Lotissement de l'aire urbaine (1932-2003)	70
carte 5 : Ancien découpage de la ville en 5 arrondissements et 30 secteurs	74

Photos

photo 1 :	L'auteure avec le Prof. Luc Montagnier	7
photo 2 :	Enfant Patricia	55
photo 3 :	Urbanisation de Ouagadougou entre 1986 et 2001	73
photo 4 :	Le <i>secteur 29</i> avec ses parties lotie et non lotie	75
photo 5 :	Limite entre les parties lotie et non lotie du <i>secteur 29</i>	76
photo 6 :	Vue sur le non loti du <i>secteur 29</i>	77
photo 7 :	Entrée du Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou (CASO) au <i>secteur 30</i>	80

1

INTRODUCTION

– *Ce n'est pas celui qui est né le premier qui est sensé connaître l'éléphant ;
c'est celui qui a fait la brousse qui connaît l'éléphant.*

[Chacun doit s'inspirer des expériences d'autrui.]

proverbe moaga¹

Introduction

« De nos jours, chacun fait ce qu'il veut ». Nous avons entendu cette formule de plusieurs hommes et femmes pendant notre séjour à Ouagadougou comme expression de leur malaise au regard des changements sociaux rapides marquant leurs vies. Les personnes de la vieille génération l'utilisaient pour témoigner de leur regret de constater que les valeurs et normes strictes et claires qui avaient guidé les relations entre jeunes pendant leur propre adolescence, ne sont plus valables de la même façon en ville aujourd'hui. Étonnamment, les filles et garçons de la jeune génération ont utilisé les mêmes termes. Dans leur entourage, ils observent différentes formes relationnelles pratiquées par les adultes en ville. Ils reçoivent aussi des consignes comportementales et des informations plurivoques, parfois contradictoires, provenant de sources différentes, comme la famille, l'école, les pair·e·s, les institutions sanitaires, les communautés religieuses ou encore les médias. Les jeunes aujourd'hui vivent des situations plus complexes que leurs aînés au même âge, car ils ont davantage de liberté de choix en matière de relations amoureuses et sexuelles, mais en même temps, ils sont obligés de faire des choix en fonction de l'environnement social qui évolue et des nouveaux risques qui leur sont apparus.

Dans la présente étude, nous allons exposer les dynamiques des relations sociales et des pratiques sexuelles de trois générations d'hommes et de femmes, leurs influences mutuelles ainsi que leur emprise par rapport au sida qui marque désormais la vie relationnelle et sexuelle.

Le sida est une maladie qui a été découverte il y a seulement une trentaine d'années, alors qu'elle existait déjà depuis plusieurs décennies (voir Historique et étiologie biomédicales du VIH/sida, page 6). Cette maladie a tout d'abord été décrite par les sciences biomédicales² et

¹ (Pasteur Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

² J'utilise le terme biomédical dans une perspective d'anthropologie de la santé. Ce terme démontre que le système médical dominant en Europe et en Amérique du Nord s'est développé dans ces régions et est intégré dans ces cultures et systèmes des pensées, autant que l'Ayurveda Indien, la médecine Chinoise ou les explications médicales dites 'traditionnelles' d'autres parties du monde n'ayant atteint ni systématisation, ni dissémination suprarégionale, voire mondiale. Du fait que tout système médical est une image symbolique de la société qui l'a formé, soit un système culturel, la biomédecine est donc perçue dans cette étude comme un modèle culturel équivalent (et non pas supérieur) des représentations du corps humain, des concepts de bien-être ou de ses affectations ainsi que des interventions menant à la guérison (Schwartzler 1996).

épidémiologiques³. Ces disciplines dominent toujours les travaux sur le sida et servent de cadre de référence à toutes les autres disciplines. Les travaux des sciences sociales – et de l’anthropologie de la santé⁴ en particulier – ont permis d’élargir les connaissances et de les contextualiser. Ces contributions sont de plus en plus valorisées et prises en compte dans les domaines de la recherche et appliquées dans des programmes de prévention et de prise en charge médicale. Notre étude veut contribuer à une meilleure compréhension des dimensions sociales du VIH au Burkina Faso afin de fournir des éléments pour une prévention et une gestion plus adéquate et compréhensive de cette affection.

Recherche sur la sexualité et le VIH en Afrique dans une perspective d’anthropologie de la santé

Les sciences sociales se sont impliquées dans les recherches autour du sida nettement plus tard que les sciences naturelles⁵. Les débuts, dans les années mi-1980 et jusqu’aux années 1990, ont été dominés par la psychologie. Le focus des chercheur·e·s portait sur les croyances, attitudes et comportements individuels. Sur cette base, des recommandations et des interventions ont été développées pour promouvoir des changements de comportements à un niveau individuel.

L’anthropologie de la santé a commencé à s’impliquer dans le domaine du sida seulement dans les années 1990⁶. Au fil du temps, les quatre différentes pistes présentées ci-dessous ont été développées (Parker 2001; Ramin 2007; Schoepf 2001; Taylor 2007).

³ Je présume que toutes les disciplines dans la catégorie ‘biomédecine’ sont basées sur cette même épistémologie et représentent les mêmes bases théoriques de la maladie affectant une personne et des médicaments pour la soigner : la virologie, la génétique, la pharmacie, etc. Je conceptualise l’épidémiologie (ainsi que la santé publique et la santé internationale) comme une science fondée sur ces mêmes compréhensions, mais les transposant au niveau des (sous-groupes de) populations et en étudiant la distribution des maladies ainsi que les facteurs de risque d’en être atteint·e.

⁴ Tout au long de cette étude, j’utilise l’expression ‘anthropologie de la santé’ pour indiquer que le champ d’acteurs, des thématiques et des domaines impliqués vont bien au-delà de la maladie, le sida dans notre cas, et s’ouvre à des structures sociétales et culturelles et au bien-être en général. Massé la définit de la manière suivante : « L’anthropologie de la santé peut être sommairement définie comme une sous-discipline de l’anthropologie consacrée à l’analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l’intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé » (Massé 1995:15).

⁵ Cette section est inspirée d’une introduction de Brigit Obrist présentée lors de son cours sur les ‘Anthropologies du sida’ enseigné à l’institut d’anthropologie à l’université de Bâle pendant le premier semestre de l’année universitaire 2013.

⁶ Des anthropologues ont travaillé sur la sexualité dès le 19^e siècle et ont été productifs en décrivant des pratiques étranges aux yeux des chercheur·e·s Euro-Américain·e·s. En 1932, Bronislaw Malinowski s’est excusé d’avoir contribué à la ‘satiété du sexe’ dans la littérature ethnographique (Tuzin 1995). Plus tard, ce champ de recherche a disparu de l’agenda des anthropologues, pour resurgir avec l’épidémie du sida (Tuzin 1991; Vance 1991) quand il a été réalisé que les connaissances sur les pratiques sexuelles étaient limitées (Vangroenweghe 2000:147-156).

Dans un premier temps, l'anthropologie était au service des sciences biomédicales et épidémiologiques et a soutenu leurs recherches sans contester le paradigme biomédical et le biais individualiste de leur perspective, dans des enquêtes sur les conceptualisations et pratiques liées à la sexualité et aux rapports sexuels⁷.

Plus tard, positionné·e·s en tant qu'expert·e·s du culturel, et adoptant le paradigme des communautés étudiées, les anthropologues ont réalisé les limites d'une perspective individualiste et se sont penchés sur la complexité des facteurs sociaux, culturels et structurels qui interviennent dans les dynamiques au sein des différents groupes de populations. Le focus reposait sur l'interprétation des significations culturelles attribuées aux causes de la transmission du VIH, aux symptômes et traitements du sida dans différents contextes – et ceci non seulement au niveau des individus, mais aussi au niveau intersubjectif et social. Un autre focus portait également sur le potentiel de réponse à l'épidémie à travers des programmes de prévention culturellement adaptés.

Ayant réalisé que ni les perspectives individualistes, ni celles au niveau communautaire, arrivaient à expliquer certains phénomènes, les anthropologues, sous l'angle de l'économie politique et dans le paradigme de la violence structurelle, se sont ensuite penché·e·s sur les racines historiques et les structures à une échelle macroscopique qui forment le cadre dans lequel les significations culturelles de la sexualité et du sida se manifestent et contribuent à limiter l'agence (*agency* en anglais) et à augmenter la vulnérabilité de certaines personnes, spécialement des femmes.

Enfin, dans une nouvelle perspective d'anthropologie engagée et appliquée, ces différentes approches ont été combinées dans une synthèse anthropologique visant à allier les connaissances sur les significations culturelles et les facteurs structurels dans des résultats scientifiques plus étoffés et à les traduire en programmes de prévention mieux adaptés et plus efficaces.

Les trois perspectives et leur combinaison dans l'approche de l'anthropologie de la santé ont apporté des nouvelles connaissances fondamentales dans le domaine complexe et interdisciplinaire (MacQueen 2011; Ramin 2007), voire transdisciplinaire, du sida. Ces contributions scientifiques sont de plus en plus reconnues par les chercheurs biomédicaux et épidémiologistes, et notre discipline trouve de mieux en mieux sa place dans le paysage scientifique et une reconnaissance méritée en ce qui concerne ses applications pratiques (Ellis 2013).

⁷ Au Burkina Faso également, dans une première publication, un psychiatre a décrit la culture *moaga* comme entrave à la prévention du VIH en se concentrant sur la sexualité de manière décontextualisée et en la réduisant à des éléments comportementaux individuels (Ouedraogo 1994). Par contraste, les travaux abondants dont nous faisons état plus bas, dans la section sur les *Recherches qualitatives sur la santé, la sexualité et le sida au Burkina Faso* (page 21), prennent en compte le contexte culturel, social, économique, politique – mais à peine le religieux – dans une approche plus étoffée.

Historique et étiologie biomédicales du VIH/sida

Afin de mieux reconnaître les risques pris par certaines personnes et leur situation de vulnérabilité dans le contexte que nous allons présenter plus bas, nous résumons⁸ ici les explications et théories biomédicales du VIH et du sida.

Le sida est une maladie d'origine zoonotique. Un chimpanzé atteint du virus de l'immunodéficience simienne (VIS) aurait infecté un chasseur. Après avoir tué sa proie, le chasseur se serait blessé en manipulant celle-ci et aurait été contaminé ; puis, il aurait ensuite transmis le virus muté en virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à d'autres personnes. Sur la base d'examen de vieux échantillons de sang collectés au début des années 1930 au Congo belge (aujourd'hui République démocratique du Congo, RDC), d'analyses phylogénétiques du VIS et d'habitat de l'espèce simienne (*Pan troglodytes troglodytes*), source du VIS, Jacques Pepin (2011) déduit de manière convaincante que les tous premiers cas détectables remontent à cette époque et sont originaires de ce pays⁹. Selon cet auteur, la maladie se serait propagée très lentement pendant les premières décennies avant que la société congolaise ne subisse des transformations profondes : l'exode rural et la migration de travail, l'urbanisation, le développement de la prostitution et enfin des interventions en santé publique impliquant des vaccinations de masse avec des seringues réutilisées après rinçage à l'eau.

La propagation du virus au-delà du continent africain, d'abord dans les Caraïbes, se serait passée à la suite de l'embauche de plusieurs milliers de Haïtiens au Congo-Zaïre, majoritairement comme enseignants, pendant les années 1960. D'Haïti, le virus aurait fait son chemin en Amérique du Nord, puis dans le reste de monde. Le VIH est un virus versatile qui s'est rapidement diversifié en différents groupes et sous-groupes génétiques dont la contagiosité et la virulence est variable (Pepin 2011).

En juin 1981, les premiers cas du VIH furent détectés en Amérique du Nord chez des hommes homosexuels vivant en Californie et à New York, souffrant de pneumonies pneumocystiques. Maladie peu courante dans ce pays, tous leurs médecins durent commander les médicaments au CDC (*Centers for disease control and prevention*) à Atlanta, États-Unis. C'est là que les responsables réalisèrent rapidement qu'une nouvelle maladie était en train de se développer. Une année plus tard, le CDC élabora une première définition de la maladie comme étant une déficience immunitaire liée aux homosexuels (*gay-related immune deficiency*, GRID¹⁰) basée

⁸ Les informations de ce chapitre sont essentiellement basées – sauf indication contraire – sur le document distribué et des notes prises lors de la présentation de Markus Frei (médecin spécialisé en médecine tropicale et en VIH/sida) dans le cadre du *Allgemeiner Tropenkurs* (ATK) de 2010 à l'Institut Tropical et de Santé Publique à Bâle (Frei 2010).

⁹ Pepin date donc l'origine historique nettement plus tôt que la fin des années 1950 (Hooper 1999). Schoepf dit même que la mutation du VIS en VIH ce serait passée au cours du 17^e siècle, malheureusement sans donner de précisions ou d'indication de la source de cette information (Schoepf 2001).

¹⁰ communément appelée « peste des gays » (*gay plague*) au début de l'épidémie

sur l'observation et la description de ces cas. En 1984, le virus fut découvert. La paternité de cette découverte fut longtemps revendiquée par les groupes de Robert Gallo (*National Cancer Institute*, Bethesda, Maryland, États-Unis) et de Luc Montagnier (Institut Pasteur, Paris, France) et fut finalement attribuée au chercheur français et confirmée par sa distinction avec le Prix Nobel de médecine en 2008¹¹.



photo 1 : L'auteure avec le Prof. Luc Montagnier au CSRS lors de la Conférence Internationale Scientifique sur le sida (CISSIDA) en Octobre 2008 à Abidjan, la veille de l'annonce de l'attribution du Prix Nobel de Médecine

À la suite d'une exposition au VIH, une personne peut ne pas être contaminée ou infectée par le VIH. Le risque d'infection dépend de la source d'infection. Le risque est extrêmement fort lors de transfusions sanguines, élevé en cas de blessures de la peau et des muqueuses (par exemple en présence d'infection sexuellement transmissibles, IST) ou de contact avec le sang, mais relativement faible lors des rapports sexuels sans présence d'IST, comme le démontre le tableau 1 à la page suivante :

¹¹ Une contribution éclairante sur la concurrence, les logiques de pensées et le fonctionnement de laboratoires ainsi que les stratégies et la construction d'axes de recherches est fournie dans une enquête d'un anthropologue et pharmacien ayant travaillé comme observateur participant à l'Institut Pasteur en Guyane française (Perrey 2012).

exposition	risque (en %)
transfusion sanguine	90%
échange de seringue entre toxicodépendants	0,7%
rapport anal (récepteur)	0,5%
blessure percutanée par piqûre d'aiguille	0,3%
rapport vaginal (femme)	0,1%
rapport anal (partenaire passif)	0,07%
rapport vaginal (homme)	0,05%
rapport oral (récepteur) avec éjaculation dans la bouche	< 0,01%
rapport oral (pénétration)	< 0,005%

tableau 1 : Risque d'infection estimé en fonction du type de l'exposition à une source infectée par le VIH (OFSP 2006:712)

Une personne infectée peut ne pas développer de symptômes (5% de la population) ou réagir avec une suppression immunitaire (95% de la population). Comme un parasite, le virus s'amarre aux récepteurs des molécules CD4. Ceux-ci se trouvent dans les lymphocytes, dans les macrophages des tissus, des muqueuses et du tractus génital, dans les cellules gliales du cerveau, dans les épithéliums des intestins et dans les cellules de la moelle osseuse. À l'intérieur des molécules CD4, le VIH s'approprie d'une partie du patrimoine génétique de son hôte en vue de se faire reproduire dans un processus de transcriptase inverse (Weiss 2001) illustré dans la figure 1 (page 12). Deux jours après la contamination, le virus est détectable dans les nœuds lymphatiques ; trois jours plus tard, il peut être cultivé à partir du plasma sanguin (Kahn et Walker 1998).

Quelques jours, voire quelques semaines après la contamination, la toute première phase de l'infection primaire commence. C'est le syndrome rétroviral aigu qui se manifeste sous une combinaison des symptômes suivants et de manière individuelle chez chaque personne atteinte (selon leur fréquence, tableau 2 à la page suivante) :

symptômes	fréquence de l'occurrence (en %)
fièvre	> 80 – 90%
fatigue	> 70 – 90%
éruptions cutanées	> 70%
bubons	40 – 70%
maux de tête	40 – 70%
douleurs musculaires ou articulaires	40 – 70%
leucopénie ou thrombopénie ¹²	40 – 50%
ulcérations orales	10 – 20%
transaminases ¹³ élevées	20%

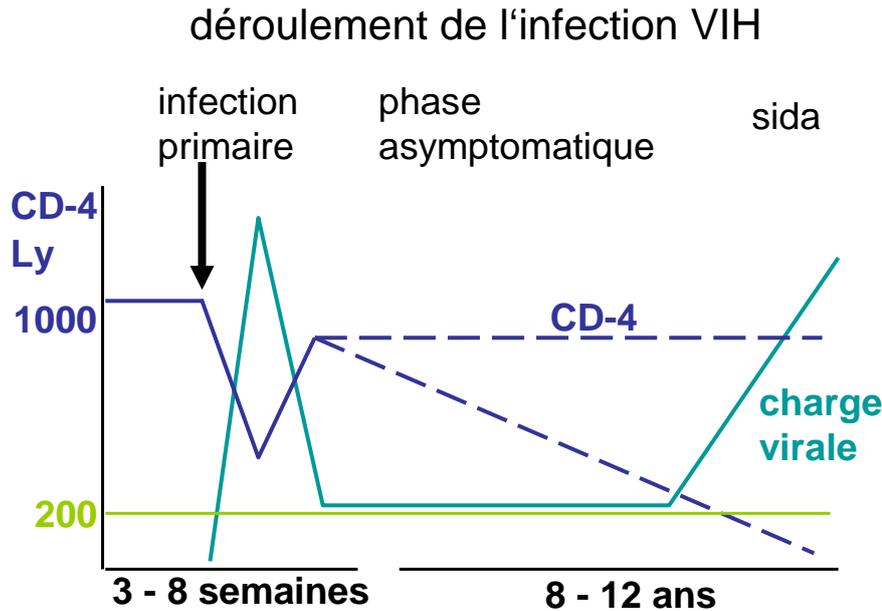
tableau 2 : Fréquence des symptômes du syndrome rétroviral aigu
(sources : présentation de Markus Frei, ATK 2010 et Kahn and Walker 1998)

Cette maladie aiguë peut durer entre quelques jours et plus de dix semaines, mais est habituellement inférieure à quinze jours. Pendant cette période, les personnes sont très contagieuses, mais ne savent souvent pas qu'elles sont porteuses du VIH.

L'apparition des troubles de la santé est due à des processus qui s'opèrent dans le corps (graphique 1 à la page suivante). Peu de temps après la contamination, le taux de CD4 chute de manière significative, avant de remonter à un niveau toutefois inférieur à celui avant la contamination. La charge virale, en revanche, augmente au-delà du seuil problématique (CV 200), avant de baisser à nouveau. Il en suit une phase stable et asymptomatique (dite latente) de la maladie, dont la durée peut varier énormément, en moyenne 8-12 ans, allant jusqu'à 25 ans. Enfin, des maladies dites opportunistes se développent au fur et à mesure que le niveau des CD4 baisse. Quand la charge virale augmente à nouveau et le taux des CD4 est affaibli, alors c'est la maladie dénommée sida qui s'est déclenchée.

¹² diminution des globules blancs ou des plaquettes dans le sang

¹³ enzymes capables d'activer l'échange du groupement amine NH₂



graphique 1 : Schéma du déroulement de l'infection
(présentation de Markus Frei, ATK 2010, adapté par l'auteure)

Après un certain temps, un test sanguin peut détecter l'infection. Différents tests, disponibles sur le marché, mesurent différentes molécules et peuvent être utilisés à différentes périodes après une infection supposée :

- 1 le test des anticorps :
indique une séropositivité après 25 jours ; a une spécificité de plus de 95% 2 mois après l'infection
- 2 le test des anticorps et de l'antigène p24 (duo-test) :
indique une séropositivité après 19 jours ; est le test de routine
- 3 Western blot :
test de confirmation
- 4 PCR :
indique une séropositivité après 14 jours
- 5 RNA PCR :
au cours de la thérapie antirétrovirale

Souvent, les résultats des tests ne sont pas clairs et doivent être répétés pour confirmer une séropositivité. Les tests font une énumération des molécules CD4 (mesure de la destruction du système immunitaire) et de la charge virale. Toutefois, un test positif ne donne aucune indication sur le stade de la maladie.

La définition du stade de la maladie est faite sur la base d'un classement combinant le taux de molécules CD4 et les manifestations cliniques chez une personne atteinte :

taux de CD4 (nombre de CD4/ml de sang)	manifestations cliniques		
	A	B	C
	- infection aiguë - asymptomatique - lymphadénopathie ¹⁴	symptômes outre les catégories A et C	sida
1 : > 500	A1	B1	C1
2 : 200 – 499	A2	B2	C2
3 : < 200	A3	B3	C3

tableau 3 : Grille pour la classification du stade de la maladie
(présentation de Markus Frei, ATK 2010, adapté par l'auteure)

La maladie du sida est définie par les infections opportunistes et certains cancers malins d'origine virale (par exemple lymphomes ou herpès). Les manifestations les plus fréquentes au stade C sont les suivantes : pneumonies répétées, pneumonie *pneumocystis carinii*, méningite à cryptocoque, toxoplasmose, sarcome de Kaposi, cancer du col de l'utérus. L'apparition de ces maladies est liée au taux de CD4 :

taux CD4 (nombre de CD4/ml de sang)	maladies
500 – 250	mycoses (candidoses) tuberculose
250 – 150	sarcome de Kaposi lymphomes
150 – 50	mycobactérioses atypiques herpès simplex toxoplasmose méningite à cryptocoque
< 50	infections de cytomégalie

tableau 4 : Maladies opportunistes apparaissant selon les taux de CD4
au stade C de la maladie (source : présentation de Markus Frei, ATK 2010)

Les médicaments utilisés pour le traitement des infections liées aux rétrovirus – telles que le VIH – sont appelés antirétroviraux (ARV). Les premiers médicaments ont été disponibles en

¹⁴ atteinte des ganglions lymphatiques

1987. Le but des ARV, luttant contre le VIH, est d'éliminer la charge virale dans le sang jusqu'à ce qu'elle ne soit plus détectable (CV 0). Comme une partie des virus migrent dans le système lymphatique, ils restent détectables dans ce système, même si la charge virale dans le sang est zéro. C'est depuis le système lymphatique que la reproduction du virus peut reprendre en cas d'échec thérapeutique.

Le début d'une thérapie antirétrovirale (TARV) est lié à un seuil planché de taux de CD4. Les recommandations de ce seuil ont changé plusieurs fois au cours des dernières années. De nouvelles initiatives demandent par ailleurs un début de la TARV directement après un test positif.

Le cycle complexe de la réplication du VIH est illustré dans le schéma suivant (figure 1). Ce processus offre cinq possibles lieux de combat où les ARV peuvent intervenir, indiqués avec des signes rouges. Chaque catégorie de médicaments attaque une étape différente du cycle de réplication. En 2011, il y avait 27 médicaments sur le marché, ce qui offre la possibilité de les combiner. Ainsi, plusieurs médicaments à travers une combinaison de différents points d'attaque, peuvent être choisis pour la thérapie personnalisée d'un-e patient-e. Le plus souvent, il s'agit d'une bi- ou d'une tri-thérapie.

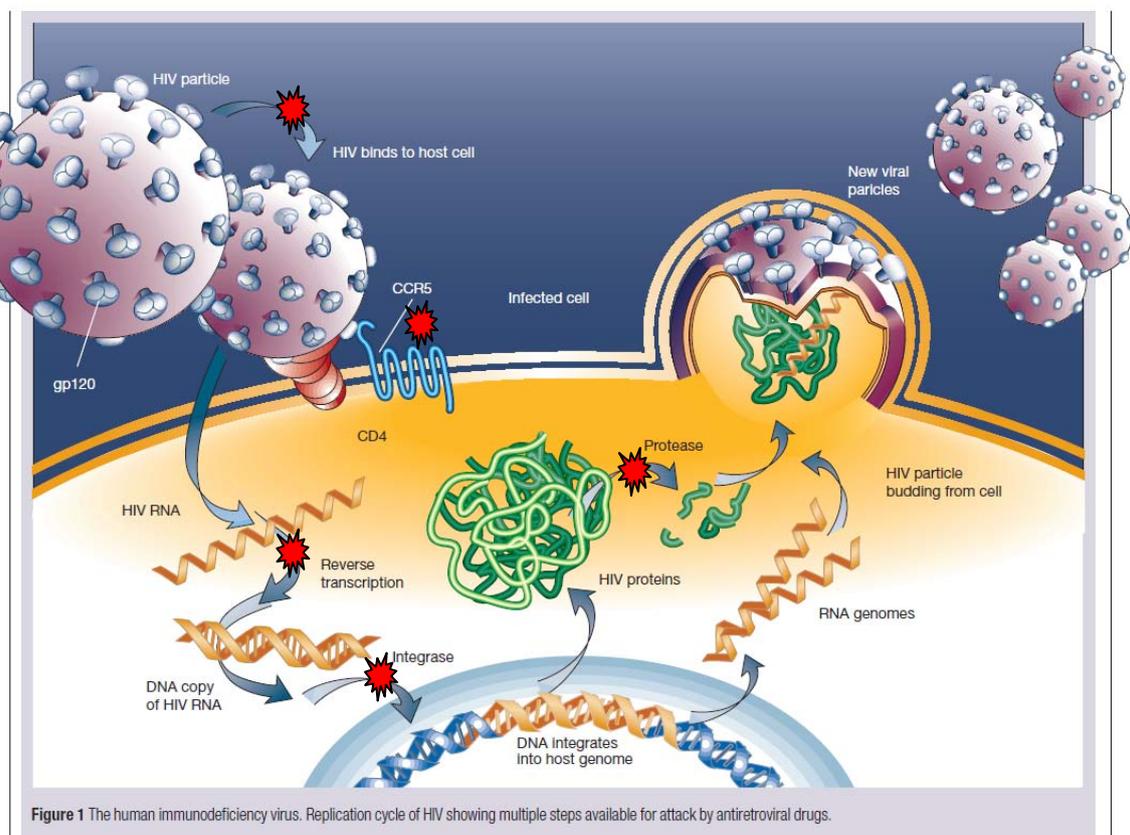


figure 1 : Schéma de la réplication du VIH et des cinq possibles points d'attaque d'ARV (Weiss 2001 :965, adapté par l'auteure)

Une personne sous ARV peut avoir un succès thérapeutique (90%) ou ne pas réagir suffisamment aux médicaments (10%). Le succès dépend des facteurs suivants : du choix de la combinaison des médicaments, de la prescription correcte (surtout en cas de résistances), de l'absence de résistances existantes chez le/la patient·e ainsi que de l'adhérence de celui-/celle-ci. L'espérance de vie d'une personne VIH⁺ sous traitement ARV efficace peut être augmentée de 30 à 40 ans.

L'échec thérapeutique a pour conséquence l'augmentation de la charge virale et l'apparition de maladies opportunistes, la possibilité de mutations du virus et le développement de résistances aux médicaments (tous deux transmissibles), et nécessite le changement vers des médicaments de 2^e ligne qui sont généralement plus compliqués et plus coûteux.

Lors de la conférence mondiale du sida en 2008 au Mexique, la délégation suisse a suscité un grand débat international. Elle a défendu une déclaration de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) disant qu'une personne infectée par le VIH et bénéficiant d'une TARV efficace ne transmet pas le virus du VIH lors de rapports sexuels à condition qu'elle

- prenne les médicaments de manière conséquente
- fasse des contrôles réguliers
- ait une charge virale de zéro depuis au moins six mois et
- n'ait pas d'autres IST

Ce message de la CFPS (Vernazza et al. 2008) n'a pas été repris par d'autre pays et n'est valable que pour la Suisse (information de Markus Frei, ATK 2010).

Avant de passer à l'épidémiologie du VIH/sida au Burkina Faso, nous voulons citer ici les voies de transmission de l'infection les plus fréquentes en Afrique sub-saharienne (Claudia Kessler 2010) :

1. transmission hétérosexuelle (dans un contexte d'épidémie généralisée spécialement au sein de couples monogames stables)
2. transmission verticale (de la mère à l'enfant)
3. transmission au sein de groupes fortement stigmatisés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), consommateurs de drogues intraveineuses)

Dans une perspective de santé publique, les risques pris par une personne dépendent de son comportement individuel au cours de situations aggravantes, comme pour les rapports sous l'influence d'alcool, les rapports sexuels non protégés ou sans utilisation correcte du préservatif. Ces risques sont influençables par une personne et peuvent être abordés à travers la prévention des comportements à risque. La situation est différente pour les personnes en situation de vulnérabilité qui n'ont pas, pour des raisons sociales ou structurelles, la possibilité d'influencer

le risque, par exemple pour des raisons de pauvreté, d'inégalité des genres, de migration, de manque d'accès à l'éducation. Ces aspects ne peuvent être corrigés que par l'amélioration des conditions de vie (Kessler 2010).

La situation épidémiologique du VIH/sida au Burkina Faso

En Afrique subsaharienne, les taux de prévalence du VIH ont évolué différemment au cours des vingt dernières années¹⁵. La figure 2 illustre qu'en général, l'Afrique de l'Ouest a toujours enregistré des taux de prévalence inférieurs parmi la population adulte (15-49 ans) à ceux des autres régions d'Afrique subsaharienne (ONUSIDA 2010).

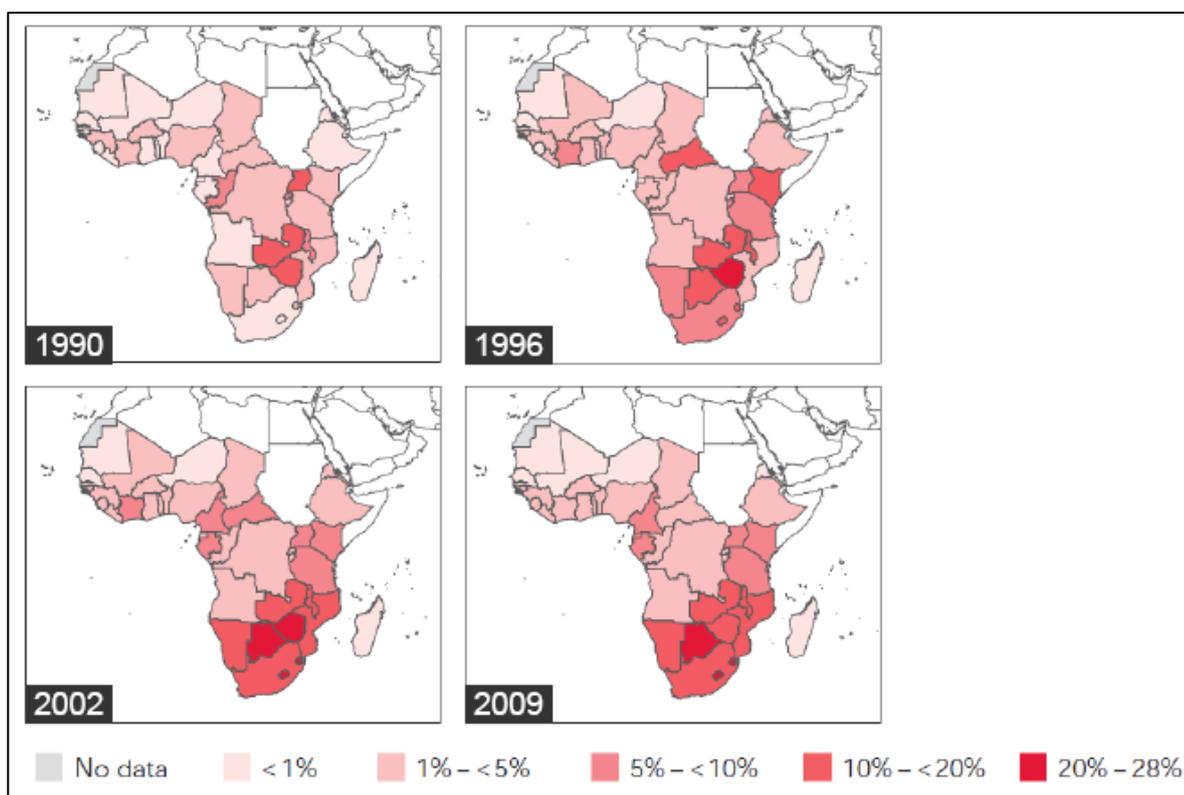


figure 2 : Taux de prévalence du VIH estimés au cours des vingt dernières années en Afrique subsaharienne parmi la population adulte (15-49 ans) (ONUSIDA 2010)

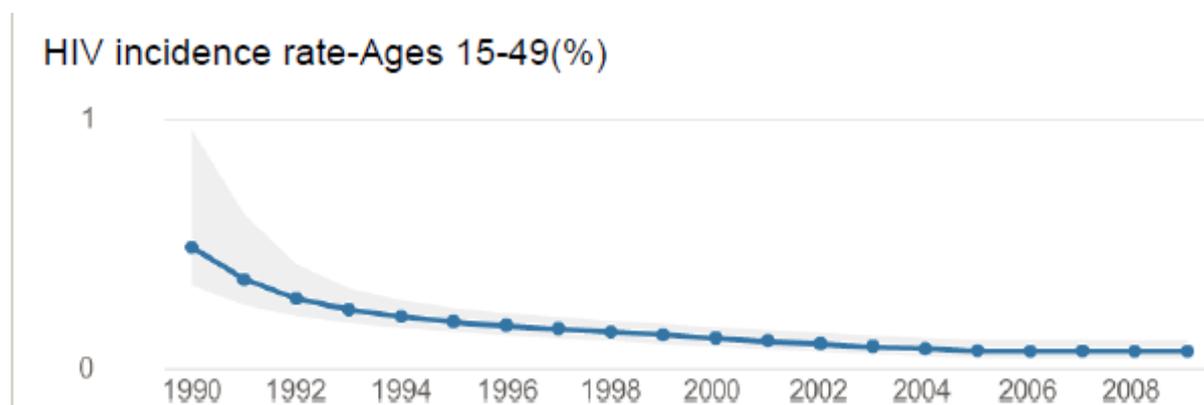
Selon la classification de l'ONUSIDA, une épidémie généralisée est marquée par une transmission hétérosexuelle du VIH dans la population générale entretenant l'endémie et par une prévalence du VIH au-dessus de 1% chez les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi

¹⁵ Je suis reconnaissante à Esther Schelling pour la relecture et les commentaires de cette section.

prénatal. Dans beaucoup de pays, des sous-groupes sociaux contribuent de façon disproportionnée à la propagation du VIH (ONUSIDA 2010, 2011).

Comme dans d'autres pays de la sous-région ouest-africaine, ces critères sont applicables à la situation du Burkina Faso¹⁶, malgré une prévalence basse dans la population générale de 1%. Les femmes enceintes de 15-49 ans ont un taux de prévalence de 1,6% (INSD et ICF International 2012:250; ONUSIDA 2012a:26). Le niveau de prévalence est très élevé dans deux groupes sociaux spécifiques, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (23% en 2010) et les « professionnelles du sexe » (16,5% en 2010) (INSD et ICF International 2012:251).

Au Burkina Faso, les taux d'incidence¹⁷ et de prévalence¹⁸ du VIH ont baissé continuellement au cours de ces dernières années (voir graphique 2 ci-dessous et graphique 3 à la page suivante).



graphique 2 : Développement de l'incidence du VIH au Burkina Faso (1990-2008) parmi la population adulte de 15 à 49 ans (en %) (UNAIDS 2013)

Le taux d'incidence du VIH est présenté par région administrative. L'incidence de cas de sida en 2010 s'élève à 3,89 cas pour 10 000 habitants au niveau national et à 7,47 cas pour 10 000 habitants dans la région du Centre, dominée par la capitale Ouagadougou¹⁹ (ONUSIDA

¹⁶ L'historique de la réponse institutionnelle du système de santé burkinabè face à cette nouvelle maladie a été largement traité et résumé (Desclaux 1999b:163-170; Egrot 2001; Soudré et Sondo 2008).

¹⁷ Le taux d'incidence décrit le nombre de nouveaux cas d'une maladie observés pendant une période donnée (normalement un an) parmi une population à risque.

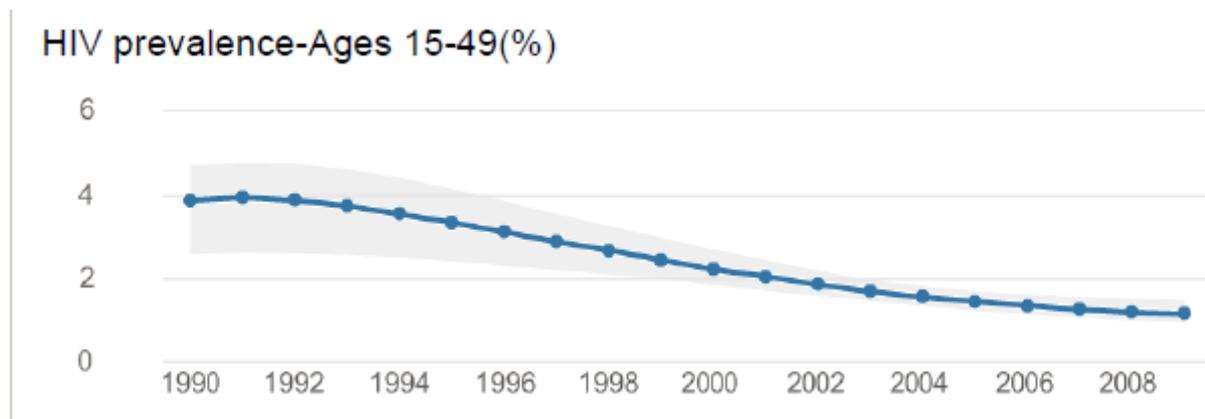
La population à risque au VIH est définie comme la population sexuellement active, souvent appelée « population adulte », représentée par des personnes entre 15-49 ans. Cette fourchette d'âge implique que les moins de 15 ans et les plus de 49 ans ne sont pas encore ou plus sexuellement actifs/actives.

¹⁸ Le taux de prévalence indique la proportion de personnes atteintes d'une maladie à un instant donné, soit les cas cumulés dans une population à travers une période de temps. La prévalence est le résultat des nouveaux cas (incidence), des cas de guérison (ce qui n'est pas possible dans le cas du sida jusqu'à nos jours), et de décès dans une population.

¹⁹ Dans le document d'ONUSIDA (2012:22), la population du Centre s'élève à 2'043'945 personnes. Selon World Urbanization Prospects (2011), Ouagadougou comptait 1'911'000 habitants en 2010 (voir aussi le tableau 9 à la page 72). Cela voudrait dire qu'une grande partie de la population du Centre habite à Ouagadougou. Cette région administrative affiche le plus haut taux d'incidence avec une proportion de 25% des nouveaux cas notifiés en 2010 au niveau national. La plus grande facilité

2012a:22). Souvent le taux de prévalence des jeunes (filles et garçons) de 15-24 ans est repris comme approximation du taux d'incidence national : « Étant donné que peu d'enfants infectés au VIH survivent jusqu'à l'adolescence, l'infection chez les jeunes fournit une indication des infections récentes et peut fournir, indirectement, une estimation de l'incidence » (INSD et ICF International 2012:264). Ce taux s'élève à 0,3%. Une telle approximation n'implique pas seulement une inactivité sexuelle chez les jeunes de moins de 15 ans. La supposition de l'arrêt de l'activité sexuelle à partir de 50 ans semble plus douteuse.

Les taux de prévalence discutés dans ce qui suit sont basés sur deux sources présentant des estimations différentes, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et les sites sentinelles. Les dernières estimations nationales de la prévalence du VIH selon l'EDS-IV réalisé en 2010 (INSD et ICF International 2012) montrent une moyenne nationale parmi la population adulte de 1% (ONUSIDA 2012a:19).



graphique 3 : Développement de la prévalence du VIH au Burkina Faso (1990-2008) parmi la population adulte de 15 à 49 ans (en %) (UNAIDS 2013)

Ce taux bas fait oublier les disparités sociales et géographiques à travers le Burkina Faso. Pour 2010, au niveau national, les femmes adultes ont une prévalence de moitié plus élevée (1,2%), que les hommes adultes (0,8%). Ventilées par groupes d'âge, les prévalences enregistrent des fluctuations. Nous observons que les femmes ont des taux plus élevés à partir de l'âge de 25 ans, avec le plus grand pic de 2,4% dans le groupe des 30-34 ans (INSD et ICF International 2012:259; ONUSIDA 2012a:20). La prévalence des jeunes de 15-24 ans, les deux genres confondus, est de 0,33%. Dans les groupes des 15-19 ans et des 20-24 ans, les taux sont au détriment des garçons dans le groupe des plus jeunes (0,4% chez les garçons et 0,1% chez les filles). Mais dans le deuxième groupe, les deux genres sont touchés quasiment de la même façon (0,5% chez les garçons et 0,4% chez les filles) (ONUSIDA 2012a:19). Considérant la pyramide

d'accès au dépistage du VIH à Ouagadougou contribue probablement de manière disproportionnée à ce taux élevé.

des âges, avec une population burkinabè majoritairement jeune (graphique 6, page 62), les hommes et femmes en dessous de 25 ans sont les plus touchés par le VIH en nombres effectifs, comme le démontre le tableau 5 :

Groupe d'âges	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif
15-19	0,1	1 600	0,4	1 408	0,3	3 008
20-24	0,4	1 615	0,5	1 016	0,4	2 630
25-29	1,2	1 453	0,5	923	0,9	2 377
30-34	2,4	1 287	1,1	915	1,8	2 202
25-39	1,7	985	1,2	770	1,5	1 754
40-44	2,0	726	1,4	689	1,7	1 415
45-49	1,7	628	1,1	592	1,4	1 220
Ensemble 15-49	1,2	8 293	0,8	6 314	1,0	14 607
50-59	na	na	1,1	770	na	na
Ensemble 15-59	na	na	0,8	7 084	na	na

na=non applicable

tableau 5 : Prévalence du VIH estimée selon les tranches d'âge (INSD et ICF International 2012 :258 ; ONUSIDA 2012a :19)²⁰

Également les disparités géographiques sont remarquables. La prévalence nationale montre un taux plus de trois fois plus haut dans les zones urbaines (2,1%) par rapport aux régions rurales (0,6%) parmi la population adulte de 15-49 ans. Dans cette même tranche d'âge, la capitale Ouagadougou affiche 2,1% avec une disparité nette des genres (2,5% chez les femmes et 1,7% chez les hommes) (ONUSIDA 2012a:20).

Les données de séro-surveillance des sites sentinelles de 2010 diffèrent légèrement des taux présentées plus haut. Sur treize sites²¹, en plus de l'utilisation de questionnaires, un test volontaire et anonyme de dépistage du VIH a été proposé à un sous-échantillonnage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans²² (INSD et ICF International 2012:4-9, 25off). Les estimations sur la base des questionnaires et des prélèvements de sang montrent des taux de

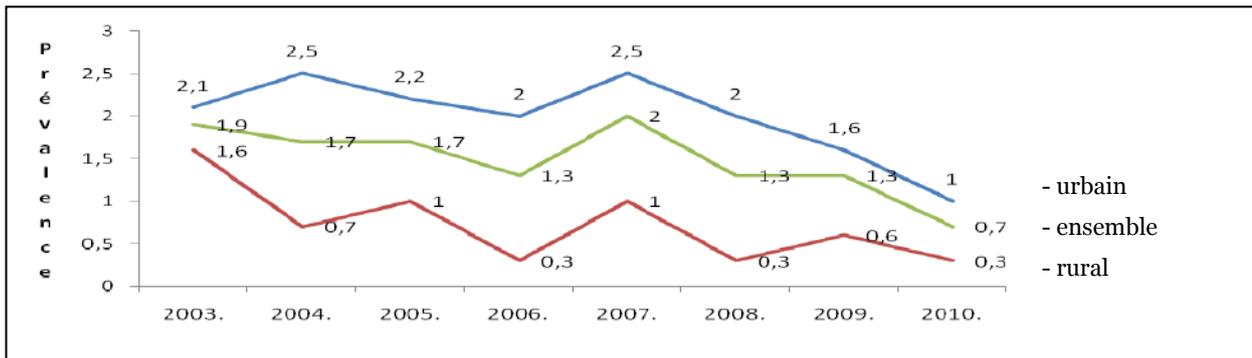
²⁰ Les données de ce tableau proviennent de sites sentinelles (voir plus bas) où un test du VIH a été proposé à un sous-échantillonnage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans. Pour cette raison, certaines lacunes (indication 'na') figurent dans ce tableau (INSD et ICF International 2012).

²¹ Les résultats de sept sites sentinelles en zone urbaine (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Fada N'Gourma, Gaoua, Koudougou, Ouahigouya, Tenkodogo) et de six en zone rurale (Dedougou, Dori, Kaya, Manga, Sindou, Ziniare) sont présentés en détails (ONUSIDA 2012a:25-26). Au total, le Burkina compte 43 centres de prélèvement dans quinze districts sanitaires (neuf en zone urbaine, six en zone rurale) qui fournissent les données.

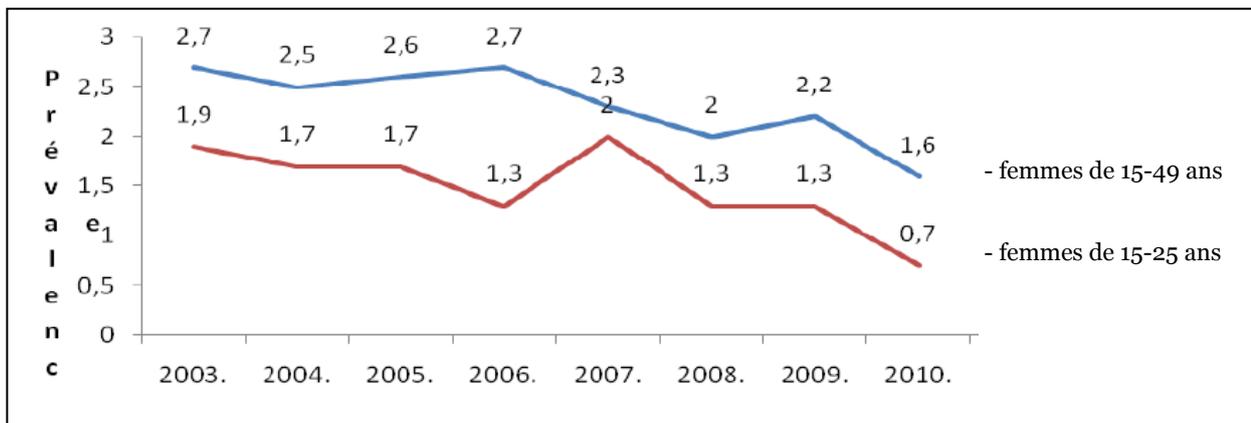
²² La différence dans la limite supérieure est à remarquer ici entre la tranche d'âge des femmes et celle des hommes. Elle est pareille dans le tableau 5 en haut de la page.

prévalence globale en 2010, parmi la population adulte de 15-49 ans de 1,6% [1,4-2,0²³], et parmi les jeunes de 15-24 ans de 0,7% [0,5-1,1] (ONUSIDA 2012a:24).

Les taux de prévalence des jeunes (femmes et hommes, en milieu urbain et rural) ainsi que des jeunes femmes enceintes, de la tranche d'âge de 15-24 ans des deux groupes, connaissent une baisse ces dernières années (ONUSIDA 2012a:26), comme le démontrent le graphique 4 et le graphique 5²⁴ :



graphique 4 : Évolution de la prévalence du VIH des jeunes femmes et hommes de la tranche d'âge de 15-24 ans dans les sites sentinelles de 2003 à 2009 (ONUSIDA 2012:26; adapté par l'auteure)



graphique 5 : Évolution de la prévalence du VIH des jeunes femmes enceintes de la tranche d'âge de 15-24 ans dans les sites sentinelles de 2003 à 2009 (ONUSIDA 2012:26, adapté par l'auteure)

²³ L'intervalle de confiance n'est pas indiqué ici, mais est probablement à 95% comme pour tous les autres taux des sites sentinelles présentés dans ce rapport.

²⁴ Le pic en 2007 dans les deux graphiques n'est pas expliqué dans le rapport. Il peut être dû à une modification des méthodes.

Ces données enregistrent également une prévalence plus faible pour 2010 en milieu rural parmi la population adulte de 15-49 ans et celle des jeunes de 15-24 ans (0,6% [IC 95% 0,4-1,0] et 0,3% [IC 95% 0,1-0,8]) qu'en milieu urbain (2,3% [IC 95% 1,9-2,8] et 1,0% [IC 95% 0,6-1,5]). Dans les deux groupes d'âge, les taux de prévalence du site sentinelle de Ouagadougou sont les plus élevés du pays, soit 3,5% [IC 95% 2,6-4,7] parmi les adultes de 15-49 ans, et 1,9% [IC 95% 1,1-3,5] chez les jeunes de 15-24 ans (ONUSIDA 2012a:25-26).

Nous avons récapitulé les taux de prévalence des différentes sources pour l'an 2010 dans le tableau suivant :

prévalence VIH en 2010	grou- pes d'âge	femmes		hommes		ensemble	
		EDS	sites sentinelles	EDS	sites sentinelles	EDS	sites sentinelles
nationale	15-49	1,2%		0,8%		1,0%	1,6%
	15-19	0,1%		0,4%		0,3%	
	20-24	0,4%		0,5%		0,4%	
	15-24		0,7%			0,33%	0,7%
nationale rural	15-49					0,6%	0,6%
	15-24		0,3%				0,3%
nationale urbain	15-49					2,1%	2,3%
	15-24		1,0%				1,0%
Ouaga- dougou	15-49	2,5%		1,7%		2,1%	3,5%
	15-24						1,9%

tableau 6 : Différents taux de prévalence du VIH
[compilation par l'auteure sur la base des données de INSD et ICF International (2012) et ONUSIDA (2012)]

Les divergences dans ces données démontrent la difficulté de capter et décrire la complexité de la réalité en chiffres. Dans le domaine du VIH/sida, les taux indiqués sont basés sur des estimations à base de populations représentatives, des auto-déclarations collectées à l'aide de questionnaires et des résultats de prélèvements de sang volontaires. Les différentes sources utilisées recourent à différentes bases de données, de l'inclusion de différentes catégories de données et des modèles mathématiques. En fonction de la pondération des différentes parties de la formule mathématique et en fonction de la quantification des facteurs de transmission supposés, un résultat différent en résulte comme taux de prévalence estimé.

Cette construction des taux de prévalence estimés est devenue spécialement évidente lors du changement de certaines hypothèses et de la formule mathématique à partir de 2004 par ONUSIDA, à la suite duquel les taux de prévalence de beaucoup de pays ont été corrigés à la baisse.

Il est intéressant de noter que la population ouagalaise a interprété la chute significative de plus de la moitié des taux de prévalence en 2004 de 4,2% à 2% comme une déclaration politico-économique plutôt que comme une représentation améliorée de la réalité. Dans la perception publique, la révision des taux était une expression des besoins financiers par l'état auprès des bailleurs de fonds afin d'intensifier leur engagement monétaire argumentant avec le grand succès des interventions menées. Parmi la population, le sida était jugé nettement plus important que les nouveaux taux bas faisaient croire. Au contraire, l'impression générale était que le sida avait toujours pris de l'ampleur.

Ce ne sont pas uniquement des populations locales qui interprètent les chiffres publiés comme construites à des fins politiques. Certains auteurs, quelque fois des anciens collaborateurs et collaboratrices d'ONUSIDA ou de l'organisation antécédente WHO/GPA, critiquent ONUSIDA comme partie prenante et l'accusent de ne pas toujours adopter des décisions à la base de résultats scientifiques fondés sur des preuves, des chiffres et des considérations épidémiologiques, mais de considérer plutôt des aspects politiques, économiques, sociaux et moraux (Chin 2007) ou d'utiliser les résultats scientifiques pour rédiger des rapports à des fins politiques (Pisani 2009).

Malgré ces considérations et prudenances par rapport aux chiffres – et aussi par manque d'autres moyens de quantification du problème –, nous pouvons dire que la situation épidémiologique du VIH de la population générale au Burkina Faso est stabilisée, voir décroissante, depuis plusieurs années et caractérisée par les facteurs suivants :

1 urbanisation du VIH :

les villes – et surtout Ouagadougou – enregistrent les taux les plus élevés du pays

2 féminisation du VIH :

à partir de 25 ans, les femmes sont nettement plus touchées que les hommes et la disparité des sexes parmi les jeunes en dessous de 25 ans est petite comparée à celle des groupes plus âgés

3 juvénalisation du VIH :

en chiffres effectifs, les jeunes jusqu'à 24 ans sont le groupe d'âge le plus touché du VIH

En résumé, l'ensemble de ces données permet de projeter la plus grande exposition des filles urbaines au risque de contracter l'infection à VIH.

Comme abordé déjà plus haut, malgré le taux de prévalence relativement bas dans la population générale, le sida est un sujet brûlant pour la population générale qui est débattu dans les lieux publics de Ouagadougou. Ce constat est d'autant plus compréhensible, si nous gardons à l'esprit que dans notre zone d'étude, le *secteur 29* de la ville, lors de notre séjour de terrain, parmi une population totale de 55'000 habitants avec un taux de prévalence de 4,8% (UNAIDS/WHO 2006:4 pour 2004) ou de 5,4% (taux indiqué par IRIN/PlusNews pour Ouagadougou en 2004²⁵) entre 2'640 et 2'970 personnes devaient être infectées au VIH et leurs familles et réseaux sociaux affectées.

Recherches qualitatives sur la santé, la sexualité et le sida au Burkina Faso

Au niveau ethnographique, avant que je commence la collecte de donnée en 2003, peu de travaux qualitatifs existaient sur la santé au sein du groupe culturel dominant du Burkina Faso, les *Moose*²⁶. Trois chercheur·e·s s'étaient penché·e·s sur des questions du système médical : Doris Bonnet, Marc Egrot et moi-même. Doris Bonnet (1981, 1985, 1986, 1988, 1990, 1994, 1995, 1996) avait produit de nombreuses publications sur les représentations *moose* par rapport à différentes maladies (le paludisme, l'épilepsie, les aspects du «corps chaud» et les maladies infantiles). Ses travaux ont représenté une source importante pour mon propre mémoire de maîtrise (Schwartzler 1996). Dans ce travail, j'ai compilé des aspects du système médical et des représentations des *Moose* sur le corps. J'ai présenté la gestation de l'être humain dès la conception et pendant la grossesse, j'ai discuté de différents organes et parties du corps ainsi que des éléments immatériels d'une personne. En outre, j'ai décrit les représentations du corps en état de bien-être et de mal-être, ainsi que les thérapeutes 'traditionnels'. Ce mémoire

²⁵ PlusNews est un service d'information par e-mail et Internet sur le VIH/sida pour l'Afrique subsaharienne géré par les Réseaux d'information régionaux intégrés (IRIN), un service des nouvelles et analyses humanitaires du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA).

²⁶ J'utilise ici la notation qui se modèle sur l'ethnonyme des *Moose* telle que suggérée par Lilo Roost Vischer (1997:9). Habituellement le groupe culturel principal du Burkina Faso est appelé Mossi, selon la prononciation et l'orthographe française.

Les *Moose* (sg. *Moaga*, aussi utilisé comme adjectif) sont l'un des plus grands groupes en Afrique de l'Ouest. Les diverses sources orales et écrites laissent présager que les *Moose* se soient formés entre le 12^e et le 14^e siècle suite à différents processus de migration, de superposition et de mélanges avec d'autres ethnies (Roost Vischer 1997:35-46). Représentant 52% de la population, ils constituent également le plus grand groupe du Burkina Faso, la société dominante à Ouagadougou et dans une grande partie du centre du pays, et rayonnant sur les autres ethnies. Leur langue, le *mooré*, sert de langue véhiculaire dans le pays au-delà du territoire des *Moose*, le *Mogho*, à côté de la langue officielle, le français. En raison de leur histoire, les *Moose* ont une culture syncrétique et hiérarchique (*naaba* = chef, pl. *nanamse*). Traditionnellement, ils vivent par filiation patrilinéaire en résidence patrilocale, sont gérontocratiques et ont une séparation nette des genres (Schwartzler 1996).

représentait un travail préparatoire considérable pour la présente étude. En 2001, Marc Egrot a publié l'œuvre de base sur le système médical des *Moose* (Egrot 2001). Formé en médecine et en anthropologie, et sur la base de travaux de terrain extensifs, il élabore de manière approfondie et étoffée les notions des *Moose* ruraux par rapport aux maladies dans une perspective de genre. Dans une première partie, il met l'accent sur la nomination, les représentations étiologiques, la recherche causale des maladies à travers la divination ainsi que la cure et les acteurs thérapeutiques. Dans une deuxième partie, il approfondit les champs de maux spécifiques : la stérilité, l'infécondité, l'impuissance ainsi que les maladies résultant de transgressions commises par des femmes ou liées à la sexualité. Finalement, il évoque brièvement le sida comme nouveau champ d'investigation et son lien avec le genre.

Bernard Taverne, également médecin et anthropologue, fut le premier chercheur à publier sur le sida au Burkina Faso dans une perspective d'anthropologie de la santé²⁷. Après avoir compilé une vaste bibliographie des travaux qui ont émergé entre 1986 et 1996 en sciences sociales et en épidémiologie (Taverne 1996a), il a diffusé ses propres résultats de recherche. Ces travaux contextualisés portent sur une vaste gamme d'aspects culturels et sociaux abordés de manière insensible et inadaptée dans les programmes de prévention de l'époque. Initiant les études sur les *Moose* ruraux²⁸, Taverne a produit une série d'articles fondamentaux portant sur les sujets suivants : l'excision des filles²⁹, son importance sociale et le manque de preuves scientifiques prouvant le risque de transmission du VIH (Taverne 1994) ; le groupe cible des migrants abordé par des discours stigmatisants et construisant le sida comme une maladie 'des autres' (Taverne 1995) ; l'institution du lévirat, ses effets épidémiologiques limités par rapport à la transmission du VIH et sa fonction importante de protection sociale des veuves³⁰ (Taverne 1996c) ; les limites de la valeur de la 'fidélité' dans une société polygame (pour les hommes) et surtout normatives (pour les femmes) et sans sanctions en cas de transgression (pour les hommes) (Taverne 1996d) ; les effets négatifs d'une brochure populaire de prévention amplifiant les représentations sociétales comme maladie de la ville, transmise par les femmes aux hommes et due au non-respect des valeurs morales (Taverne 1996b).

²⁷ Les représentations du sida dans différents groupes ethniques burkinabè étaient sujets d'investigations chez les *Bobo* (Desclaux 1999b), les *Lobi* (Cros 2005) ainsi que chez les *Lobi*, *Birifor*, *Dioula* et les *Dagara* (Somé 2008). Les représentations du sida chez les *Moose* ressortent de plusieurs publications sur les maladies liées à la sexualité, sans y être abordées de manière ciblée et approfondie (Taverne 1996b; Egrot et Taverne 2003; Egrot 2001, 2004, 2007a).

²⁸ parmi lesquels il a vécu pendant plusieurs années avec sa famille

²⁹ L'interdiction et la condamnation de l'excision par la loi ont été introduites au Burkina Faso en 1996, mais la pratique est toujours fortement répandue (Karmaker et al. 2011).

³⁰ Le lévirat est avant tout une reconfirmation de l'appartenance sociale d'une femme au lignage de son mari défunt. Un remariage au sein de ce lignage avec un frère cadet du défunt – normalement avec le consentement de la veuve – confirme l'alliance de manière symbolique sans forcément impliquer des rapports sexuels entre les nouveaux époux.

Au niveau thématique, un grand nombre de chercheur·e·s a poursuivi ces premiers travaux en sciences sociales et en anthropologie de la santé touchant au sida au Burkina Faso et les a élargis à de nouveaux domaines – parallèlement aux progrès des recherches médicales – et d'autres régions du Burkina Faso. Ainsi, une pléthore de publications a été achevée depuis l'an 2000, la vaste majorité avec une méthodologie qualitative³¹. Les thématiques sont regroupées ci-dessous en forme abrégée :

- la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) et sa prévention (PTME)³², des problématiques liées à l'allaitement de mères séropositives³³ ainsi que des questions impliquant le groupe social des enfants et la pédiatrie³⁴
- les comportements sexuels du groupe social des adolescent·e·s et jeunes à travers leur motivation de retarder l'activité sexuelle dans une perspective psychologique³⁵, la pression mise sur les filles d'avoir des rapports ainsi que les rapports forcés³⁶, les comportements à risque et l'utilisation de préservatifs³⁷, l'influence du contexte communautaire et des connaissances dans le domaine du VIH/sida sur l'activité sexuelle des jeunes³⁸
- le complexe de la solidarité de la famille, de la communauté ou au sein des groupes de personnes vivant avec le VIH (PvVIH)³⁹
- la stigmatisation des PvVIH dans le système de santé ou de certains groupes sociaux par la communauté, par exemple les femmes et leurs enfants VIH⁺, les migrants, les séropositifs ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)⁴⁰
- les aspects touchant au système de santé et à la prévention⁴¹

³¹ Il s'agit de plus de 70 publications. Trois revues de la littérature plus détaillées ont également été compilées (Desclaux 1997; Kouanda, Desclaux, et Bila 2008; Samuelsen, Norgaard, et Ostergaard 2012), et quelques publications traitent spécialement des aspects méthodologiques (Bila 2009; Desclaux, Kouanda, et Obermeyer 2010; Ridde 2008a).

³² (Ouattara et al. 2011; Sanou 2008; Taverne 1999a; Zongo et Ouattara 2008)

³³ (Alfieri et Taverne 2000a, 2000b, 2000c; De Allegri et al. 2007; Desclaux et Alfieri 2008, 2009; Desclaux et Taverne 2000; Hofmann et al. 2009; Taverne 1998, 2000)

³⁴ (Desclaux 1999a, 1999b; Hejoaka 2011, 2013; Taverne 1997a)

³⁵ (Babalola, Ouedraogo, et Vondrasek 2006)

³⁶ (Moore et al. 2007)

³⁷ (Bardem et Gobatto 1995; Guiella et Madise 2007)

³⁸ (Stephenson 2009)

³⁹ (Achilli s. d.; Attané et Ouedraogo 2011; Attané et Ouedraogo 2008; Charmillot 2002; Egrot 2007b; Hejoaka 2011; Somé 2008; Stephenson 2009; Taverne 1996b, 1997b; Yaméogo, Bila, et Kouanda 2008)

⁴⁰ (Gausset et al. 2012; Hejoaka 2011; Taverne 1995, 1996; Niang et al. 2004)

⁴¹ (Bardem et Gobatto 1995; Bila et Egrot 2008, 2009; Bila 2011a; Desclaux et Alfieri 2009; Desclaux et al. 2010; Desclaux 1997, 1999a, 1999b; Egrot et Taverne 2003; Gausset et al. 2012; Kouanda et al. 2008; Makhlouf Obermeyer et al. 2011; Nguyen 2010; Ouattara et al. 2011; Somé 2008; Taverne 1996b; Yoda 2005; Zongo et Ouattara 2008)

- le rôle et la fonction des associations de PvVIH militant pour l'accès aux ARV et couvrant une grande partie de la prise en charge des malades⁴²
- le complexe autour des médicaments antirétroviraux (ARV), tel que l'accès, la thérapie (TARV), le prix ainsi que l'utilisation de produits alternatifs⁴³
- des questions économiques, de pauvreté, de manque d'équité et de développement⁴⁴
- des questions liées à la religion (Marshall et Taylor 2006)⁴⁵

Quantité de ces études aux sujets susmentionnés a été menée à Ouagadougou⁴⁶. La plupart d'entre elles traite de questions surgissant directement autour de la maladie VIH/sida et se fondent sur des données recueillies parmi des personnes infectées et affectées par le VIH/sida.

Pour comprendre le VIH/sida dans un contexte spécifique, il faut d'abord saisir les attentes normatives des rôles des genres, spécialement en ce qui concerne les femmes, les règles de comportement ainsi que les pratiques relationnelles et sexuelles et leurs dynamiques. C'est pour cette raison que nous avons choisi de travailler avec des personnes de la population générale – de différentes générations et des deux genres – sans connaître leur statut sérologique par rapport au VIH. Cette approche thématique est unique et n'a pas été appliquée au Burkina Faso. Ainsi, dans ce qui suit, nous allons présenter des recherches existantes sur les thématiques que nous avons abordées en introduisant les concepts théoriques qui ont été développés par d'autres chercheurs·e·s.

Cependant, nous ouvrons tout d'abord une parenthèse à propos de « la sexualité Africaine ». Parler de sida en Afrique signifie parler aussi implicitement de sexualité, car la transmission sexuelle du VIH est la voie la plus répandue sur ce continent. Les représentations – ou

⁴² (Achilli et Hejoaka 2005; Bila et Egrot 2008; Bila 2011a, 2011b; Charmillot 2002; Gausset et al. 2012; Kouanda et al. 2010; Nguyen 2002, 2010; Ridde, Somé, et Pirkle 2012)

⁴³ (Bila et Egrot 2008, 2009; Bila, Kouanda, et Desclaux 2008; Bila 2011b; Hardon et al. 2008; Kouanda et al. 2010; Nguyen 2010; Nguyen et al. 2003; Ridde et al. 2012)

⁴⁴ (Bila et al. 2008; Desclaux, Msellati, et Sow 2011; Grégoire et al. 2001, 2001; Kouanda 2008; Kouanda et al. 2010; Madise, Zulu, et Ciera 2007; Ridde et al. 2012; Ridde 2006, 2008a, 2008b; Samuelsen 2006)

⁴⁵ Cet aspect est négligé au Burkina Faso. Les auteur·e·s de la publication indiquée sont personnellement impliqués dans l'association évangéliste chrétienne, Vigilance, et thématisent des questions de genre et de mariage. Malheureusement, ils renforcent des représentations négatives et diffuses des pratiques culturelles.

J'ai eu la chance de rencontrer une jeune représentante de Vigilance qui s'est présentée comme collaboratrice potentielle de la présente étude pour la collecte des données.

Récemment un livre a été publié qui démontre le grand effort et l'effet positif des communautés religieuses sur la baisse des incidences de VIH en Afrique (Trinitapoli et Weinreb 2012).

⁴⁶ (Achilli s. d.; Babalola et al. 2006; Bardem et Gobatto 1995; Bila et al. 2008; Bila 2011a, 2011b; Gausset et al. 2012; Makhlof Obermeyer et al. 2011; Marshall et Taylor 2006; Nguyen 2010; Nguyen et al. 2003; Nguyen 2002; Ouattara et al. 2011; Ouedraogo, Ouedraogo, et Sanou 2001; Zongo et Ouattara 2008)

fantasmes – d’une sexualité distincte « des Africain·e·s », voire d’une « sexualité Africaine », ont une longue histoire.

Les représentations européennes de la « sexualité africaine » étaient déjà marquées de l’image de la promiscuité à l’époque de la traite négrière. Au 19^e siècle, dans l’environnement des missions chrétiennes autant qu’au sein des regroupements de lutte contre la traite négrière⁴⁷, les Arabes et les Africain·e·s étaient qualifiés d’immoraux. Les représentants de ces institutions croyaient que la polygamie avait été introduite sur le sol Africain du fait de l’islamisation arabe. La polygamie était perçue comme un symbole de la « dépravation barbare » à laquelle les Arabes auraient exposé les Africains. Les Arabes faisaient figure d’archétypes de « lasciveté », d’« obscénité » et de « dégénérescence sexuelle ». Le contrôle de la sexualité d’esclaves libéré·e·s et cantonné·e·s dans des foyers en Afrique était la préoccupation majeure des directeurs de ces centres⁴⁸ (David, Etemad, et Schaufelbuehl 2005).

De même, les récits et énonciations des voyageurs, fonctionnaires et missionnaires de cette époque – pour la plupart des hommes – reflétaient moins la vie sexuelle des populations locales. Ils représentaient plutôt des commentaires d’une perspective de morale chrétienne, d’éthique et de prudence et étaient une expression de la distance culturelle, de l’incompréhension des pratiques représentées, voire de l’imaginaire (Delius et Glaser 2002).

Le stéréotype de la « promiscuité africaine » et de la « sexualité africaine » est toujours d’actualité et n’est pas seulement attribué aux ressortissant·e·s du continent par la population générale provenant du Nord. Également dans la littérature scientifique, ces représentations ont été largement répandues et persistent, que ce soit en matière de santé publique (comme par exemple dans les modèles mathématiques d’estimation de taux de prévalence au VIH basés sur une activité sexuelle exagérée), ainsi que parmi les anthropologues, comme le démontrent les controverses récurrentes autour des publications du couple John C. et Pat Caldwell et d’autres auteur·e·s (Ahlberg 1994; Oppong et Kalipeni 2004).

Une étude récente démontre qu’en moyenne, pour les personnes du continent africain, le nombre de partenaires est inférieur à celui des personnes d’Europe ou d’Amérique du Nord, mais que ces relations peuvent durer plus longtemps et être concomitantes (Wellings et al. 2006). Le parallélisme de plusieurs relations et leur impact sur la propagation du VIH fait débat dans la littérature scientifique épidémiologique, surtout la question de savoir si elles sont un facteur déterminant des taux élevés du VIH dans les régions d’Afrique de l’Est et du Sud. Une

⁴⁷ également au sein des autorités Suisses

⁴⁸ Les Africains – et surtout les Africaines – qui furent amené·e·s en Suisse pendant cette période, étaient réputé·e·s comme des personnes fougueuses avec une libido incontrôlée, comme immoraux/ales et sexuellement dégénéré·e·s. À l’époque, les prostituées suisses furent dénommées « esclaves blanches ». La lutte des associations anti-esclavagistes en Suisse ne portait pas uniquement sur la libération des Africain·e·s, elle était également dirigée contre la prostitution locale (David, Etemad, et Schaufelbuehl 2005).

grande partie des controverses se concentre sur la définition des relations multiples et concomitantes⁴⁹ ainsi que les méthodes empiriques pour les capter et les associer aux taux de prévalence ou d'incidence du VIH dans les pays fortement endémiques. Le consensus est qu'il faut plus de recherche pour pouvoir donner une réponse claire (Lurie, Rosenthal, et Williams 2009; Lurie et Rosenthal 2009; Mah et Halperin 2010, 2010; Epstein 2010; Morris 2010; Lurie et Rosenthal 2010).

Des études qualitatives, à l'exemple de l'Afrique du Sud, prenant en compte des aspects culturels, communautaires et surtout structurels offrent une autre interprétation de la considération du risque pris par les personnes engagées dans ce type de relations (Leclerc-Madlala 2009; Thornton 2009). Ces recherches démontrent que, d'un point de vue social, les personnes s'engageant dans des relations concomitantes jugent que le gain de l'élargissement de relations sociales – et aussi l'accès à des opportunités économiques à travers des réseaux sexuels – est plus élevé que le risque de se faire contaminer par le VIH. Ce sont précisément les personnes socialement marginales et vulnérables, par exemple les jeunes filles, qui sont plus disposées, voire obligées, à s'engager dans des relations multiples afin d'établir des réseaux sociaux et d'augmenter leurs opportunités sociales et financières⁵⁰. Dans cette perspective, leur prise de risque sanitaire est parfaitement rationnelle et subordonné au gain d'un avenir social et économique. En général, nous pouvons dire que la notion de risque est une construction sociale qui résulte plutôt de processus sociaux et culturels que de connaissances et perceptions individuelles (Tulloch et Lupton 2003). Modelée sur des logiques historiques et normes socioculturelles, la perception du risque prend différentes formes selon le contexte. Il en est de même pour l'évaluation positive ou négative de certains risques ou la volonté d'éviter des risques ou non. Ainsi, en remontant la ligne de pensée habituelle, la prise de risque peut être parfaitement intentionnelle et rationnelle.

Une autre interprétation du choix de s'engager dans des relations concomitantes est fournie par le concept de « l'opportunisme judicieux » lors des « conjonctures vitales » (Johnson-Hanks 2005a, 2005b). À l'exemple des filles Beti de Yaoundé, Jennifer Johnson-Hanks a proposé l'expression « conjoncture vitale » pour désigner les possibilités qui émergent autour de certaines périodes de transformation potentielle de la vie des personnes, comme la migration, le mariage, la maternité, l'achèvement d'une thèse [sic] ou un changement de carrière. Elle théorise – à la différence du concept anthropologique linéaire des étapes de vie, souvent marquées par des rites de passage – que dans la réalité urbaine quotidienne d'aujourd'hui, les perceptions des perspectives futures et leur obtention sont devenues incertaines (Johnson-Hanks

⁴⁹ appelées *multiple and concurrent sexual partnerships* (MCP) ou *concurrent partnerships* (CP) dans la littérature anglophone ou 'multi-partenariat' et 'vagabondage sexuel' avec la connotation morale négative au Burkina Faso

⁵⁰ voir les chapitres 6 *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105) et 7 *'Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...'* (page 135)

2002, 2005a, 2005b). Du fait que les décisions intentionnelles ne mènent pas forcément au but désiré, les filles gèrent un « opportunisme judicieux » en naviguant à travers les incertitudes. Dans un contexte d'impondérables extrêmes, lorsque toutes les règles changent et les repères sont flous, ce qui fonctionne n'est pas la meilleure tactique, mais la plus souple : celle qui considère tous les futurs possibles, qui garde toutes les alternatives ouvertes le plus longtemps possible, et qui permet aux personnes d'agir rapidement et avec souplesse pour tirer parti de quelque occasion qui se présente (Johnson-Hanks 2005b:377)⁵¹.

Ainsi, les pratiques des personnes ne s'alignent pas forcément sur les normes sociales, culturelles, religieuses ou sanitaires dominantes dans une communauté ou un groupe social. Des personnes, souscrivant explicitement à certaines prescriptions normatives ne les suivent pas nécessairement en pratique⁵². Burchardt (2011) a démontré, à l'exemple des jeunes adeptes pratiquant·e·s et engagé·e·s d'une communauté chrétienne pentecôtiste de Cape Town, que ceux-ci font une différence entre les prescriptions morales religieuses d'une part, et les constructions de leur propres pratiques sexuelles d'autre part. Ainsi, des différences radicales peuvent être observées entre les comportements des jeunes dans les milieux de l'Église ou dans des milieux profanes et les représentations religieuses apparaissent complètement dissociées des pratiques relationnelles et sexuelles.

En outre, la sexualité est un champ de négociations entre les positions divergentes de différents acteurs et groupes sociaux au sein d'une communauté et un indicateur de changements sociaux. Spronk (2009, 2012) démontre avec l'exemple de jeunes actives et actifs de Nairobi que ces femmes et hommes prennent position contre les anciennes notions normatives assignant la sexualité à la procréation et exigeant une hiérarchie forte des genres, impliquant la soumission des femmes, et s'opposent aux anciennes structures de pouvoir gérontocratiques et à la moralité conventionnelle. Ils rompent avec ces anciennes limites et explorent de nouvelles pratiques à travers des relations plus égalitaires et une sexualité incluant le plaisir et la satisfaction mutuelle.

Un aspect non négligeable dans les travaux sur la sexualité est celui de l'hétéro-normativité marquant le continent africain. Alors qu'en Afrique – comme dans toutes les autres régions du monde –, il y a toujours eu une gamme de pratiques et d'identités sexuelles, durant les derniers siècles, une culture dominante de l'hétérosexualité fut construite par des anthropologues, des ethnopsychologues et des fonctionnaires coloniaux (Epprecht 2004, 2008a, 2008b, 2013; Nyeck

⁵¹ Nous avons abordé ce concept dans le chapitre 7 '*Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...*' (page 135)

⁵² Cette thématique surgit dans les quatre chapitres empiriques – 5 *Sexe dans la Cité* (page 83), 6 *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105), 7 '*Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...*' (page 135) et 8 '*En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin*' (page 163) – et relie aux débats théoriques en sociologie de la structure et de l'agence (*agency* en anglais) (Giddens 1986; Ortner 1984).

et Epprecht 2013). Cette hétéro-normativité a survécu à nos jours et est défendu de façon virulente par les populations locales⁵³. La représentation du continent comme « zone exempte d'homosexuels » a empêché que la prévention du VIH ait ciblé cette population. Les premiers chercheurs et associations de PvVIH qui se sont penchés sur les conditions de vie, le vécu et les besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à Ouagadougou, l'ont fait en secret⁵⁴.

L'explication biomédicale du sida par les acteurs de santé publique et son interprétation par la population locale ne se passent pas dans un contexte neutre ou vide, mais dans un cadre marqué par des expériences antérieures. Ainsi, similairement à d'autres interventions en santé publique à travers le continent africain, les préservatifs et les ARV sont entourés de mythes de conspiration et de rumeurs au Malawi (Kaler 2004, 2009). Ceux-ci peuvent être interprétés comme « imaginations sociales » ou une forme de « connaissances locales » résultant de l'histoire d'exploitation coloniale et postcoloniale, de la dépendance économique et des interventions sanitaires en matière de contrôle de la reproduction. Suite à ces expériences jugées négatives, les discours employant des métaphores dépeignant les pays riches qui essaieraient de tuer la population africaine, font sens. Ces rumeurs ont souvent un fond économique et sont liées à la valeur matérielle ou symbolique de certaines parties du corps, à la fécondité des personnes et à la pérennité de la société⁵⁵.

⁵³ Nous avons été influencées personnellement lors des premiers voyages au Burkina Faso dans les années 1990, par des discours dans notre réseau d'amis ouagalais construisant l'homosexualité comme « non naturelle », « anormale », « non Africaine », « malade » et provenant du Nord, avant de découvrir, pendant le séjour ethnographique pour la présente étude, la subculture gaye et lesbienne. Nous abordons ce sujet dans les chapitres 3 *Sexe, mensonge et enregistrements* (page 37), 6 *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105) et 7 *Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...* (page 135)

⁵⁴ Selon le président d'une association de PvVIH, le débat public au Burkina Faso aurait été ouvert entre-temps et les HSH seraient devenus une cible privilégiée des financements étrangers, au détriment des autres groupes sociaux et PvVIH (échange sur skype du 10 mai 2013).

⁵⁵ Le chapitre 8 *En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin* (page 163) se concentre sur cette thématique.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Ce projet de recherche vise à une meilleure compréhension et une contextualisation de la dynamique des relations sociales et des pratiques sexuelles dans le contexte du VIH/sida à Ouagadougou (Burkina Faso). Plus spécifiquement, nous voulons mieux comprendre les représentations des relations sociales et des pratiques sexuelles de trois générations classificatoires d'hommes et de femmes (celles des « enfants », des « parents » et des « grands-parents », tout en mettant un accent particulier sur les filles et garçons de la 1^{re} génération), leurs influences mutuelles ainsi que leur emprise par rapport au VIH.

La question de recherche peut être formulée de la manière suivante : *Quelles sont les relations et pratiques sexuelles sous l'angle des genres et des générations dans le contexte du VIH/sida ?*

Bien que nous nous soyons entretenus avec des membres des trois générations classificatoires et des deux genres, nous n'avons pas interrogé tou-te-s les personnes sur leur représentations des relations sociales et pratiques sexuelles des jeunes filles et garçons. Vue la richesse des données recueillies, nous ne les avons pas toutes analysées pour cette étude, mais les avons utilisées comme connaissances de base importantes du contexte.

En s'appuyant sur l'objectif et sur la question de recherche susmentionnés, dans les chapitres suivants, nous avons choisi développer en profondeur les quatre aspects détaillés ci-dessous :

- 1 les représentations intergénérationnelles des pratiques sexuelles actuelles de la génération des jeunes en ville par la génération des vieilles et vieux (soit la vue de la 3^e génération des « grands-parents » sur la 1^{re} génération des « enfants », leurs « petits-enfants ») :

La société urbaine de Ouagadougou reste fortement influencée par le principe de l'ancienneté, et les positions des vieilles et des vieux sont reprises et débattues par l'ensemble de la société.

- 2 les représentations et ambiguïtés des filles par rapport à leur propre sexualité (soit la vue des filles de la 1^{re} génération des « enfants » sur elles-mêmes) :

Les filles se voient spécialement accusées par la génération des vieilles et vieux de propager le VIH à travers leurs pratiques sexuelles présumées (point 1 ci-dessus). Elles se présentent elles-mêmes comme incertaines dans le domaine de la sexualité et comme proies des vieux hommes.

- 3 les représentations intragénérationnelles des formes de relations et pratiques sexuelles des jeunes (soit la vue des filles et garçons de la 1^{re} génération des « enfants » sur elles-/eux-mêmes) :

Les jeunes commencent leur activité sexuelle dans un contexte sociétal qui critique leurs pratiques présumées ainsi que dans un contexte sanitaire marqué par le VIH. Ils y réagissent dans leurs activités relationnelles et sexuelles et ont leurs propres représentations.

- 4 les représentations autour des préservatifs à travers les trois générations et les deux genres (soit la gestion du préservatif par les différents groupes de la société de la 1^{re} à la 3^e génération) :

Les préservatifs représentent l'outil premier de la prévention du VIH. Dans la société ouagalaise, par contre, ils sont discutés intensément sous l'angle des différentes représentations qui y sont liées et des perceptions négatives des conséquences sociales et morales.

3

SEXE, MENSONGES ET ENREGISTREMENTS : CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES*

* Sexe, mensonges et vidéo (*Sex, lies, and videotape* dans l'original en anglais) est un film réalisé par Steven Soderbergh en 1989.

La posture épistémologique, les résonances théoriques et les concepts pris en compte

La posture épistémologique

En ligne avec la question de recherche, ce travail est guidé par une posture épistémologique constructiviste en vue de mieux comprendre les influences culturelles, sociales, religieuses, historiques, politiques ou économiques sur le savoir et la perception du VIH/sida par la population générale de Ouagadougou¹. Contrairement à la posture positiviste, la perception n'est pas comprise comme un processus passif et réceptif de reproduction de la réalité², mais au contraire comme un processus actif et constructif de production lors de l'interaction avec cette réalité, en bref comme une « construction sociale de la réalité »³. Aussi le savoir contient des constructions – soit un ensemble d'abstractions, de généralisations, de formalisations et d'idéalisations – façonnées à travers un processus actif de sélection et de structuration (Flick 2009a). Ces savoirs et perceptions dans une société concrète sont des artefacts sociaux, des produits des processus d'échanges entre différentes personnes situées historiquement, culturellement et socialement. L'interprétation des expériences est un acte de compréhension et d'attribution de significations par les actrices et acteurs et repose sur leurs constructions de la réalité.

Dans cette perspective, je perçois les représentations⁴ des pratiques sexuelles comme des activités sociales construites dans cette communauté, à un premier degré, lors d'échanges interpersonnels. Selon cette logique, les pratiques sont négociées et interprétées différemment par les différents acteurs ayant des positions différentes – soit par exemple les vieux/vieilles et les jeunes ou les femmes et les hommes. Par conséquent, ces pratiques sont soumises aux changements sociaux. Au deuxième degré, les récits des personnes ayant pris part à cette étude ne présentent pas non plus une reproduction factuelle de leurs expériences, mais une reconstruction, réinterprétation et représentation lors de la situation spécifique de l'entretien ou de la discussion avec un·e chercheur·e. Les récits produits pendant cet échange ne sont donc pas perçus comme des témoignages véridiques ou mensongers de faits vécus, mais comme des (re-) constructions de représentations offertes dans cette situation concrète d'interaction.

¹ Ce chapitre est inspiré par l'article élémentaire de Carter et Little (2007) qui soulignent l'importance de la cohérence entre l'épistémologie, les théories, les concepts, la méthodologie, les méthodes, l'analyse et la présentation des données.

² La position positiviste majoritairement appliquée dans les sciences naturelles, habituellement également en épidémiologie, perçoit la réalité comme existante au-delà du chercheur et comme observable et descriptible par celui-ci. Les caractéristiques du positivisme sont décrites de façon plus détaillée dans Bryman (2004:11 in Flick 2009:100).

³ C'est aussi le titre que les auteurs Berger and Luckmann avaient donné à leur œuvre fondatrice du constructivisme sociologique publiée en 1966 en anglais (*The social construction of reality*).

⁴ Ce concept est expliqué plus bas.

Les résonances théoriques

Dans ce travail, plusieurs théories des sciences sociales résonnent⁵ : l'interactionnisme, quelques aspects des théories critiques et de celles du genre. L'étude sur des relations sociales et sexuelles implique une interaction entre au moins deux personnes. La théorie de l'interactionnisme pose le postulat – en ligne avec le constructivisme – que les Hommes sont des êtres sociaux construisant le sens qu'ils attribuent à des choses en échange avec d'autres personnes (Denzin 2009; Prus 1996). Ainsi, l'individu et la société sont étroitement liés. Les pratiques d'une personne sont le résultat d'un processus interprétatif stimulé par des interactions avec d'autres personnes. Également les règles et normes d'une société sont (re-)négociées et (re-)construites lors d'actions conjointes. Dans cette optique, dans notre étude, les pratiques sexuelles ne peuvent être dissociées de leur contexte ou individualisées, comme le font les programmes de prévention du VIH/sida et les recommandations en santé publique qui ignorent d'ordinaire les aspects relationnels, voir communautaires, de ces pratiques.

Commun aux théories critiques est l'accent sur des questions de pouvoir souvent négligées dans d'autres théories. Ces aspects illuminent les forces motrices derrière le processus de la construction du savoir et l'organisation du pouvoir dans une société (Reeves, Albert, et al. 2008). La société dominante à Ouagadougou et rayonnante sur les autres ethnies, est celle des *Moose*. Ce groupe culturel est structuré profondément hiérarchiquement, spécialement le long des catégories d'âge et de genre, donnant le plus de pouvoir à l'ancienneté et à la masculinité.

Enfin, les études genres, s'orientent le long de deux axes théoriques différents (Gildemeister 2009). Le premier considère le genre comme une catégorie structurant une société, tout autant que d'autres catégories, telles que l'âge, la classe, l'ethnicité, le statut économique, etc. Dans cette orientation, le genre est intéressant par rapport à l'organisation sociale des relations entre les deux genres. Ceci implique la position a priori de deux genres et de ces deux uniquement : les femmes et les hommes⁶. Dans notre cas, sur le terrain, les chercheur·e·s, tout comme les

⁵ Ce terme est emprunté de Carter et Little (2007:1320, fig. 2).

⁶ Implicitement, les deux genres sont perçus comme ayant des rôles et des comportements déterminés par leur sexe biologique (représenté comme clairement discernable et assignable) et ayant des pratiques hétérosexuelles (Fausto-Sterling 2000).

Durant notre tout premier séjour à Ouagadougou, en 1996, nous avons initié une discussion sur l'homosexualité. Dans notre réseau privé, l'existence d'homosexuels au Burkina Faso a été vivement démentie et représentée comme une maladie et une pratique uniquement répandue en Europe et en Amérique. Le tabou profond qui entoure l'homosexualité dans ces grandes parties du continent africain a empêché beaucoup de chercheur·e·s de se pencher sur ce sujet en connexion avec le VIH/sida. Ce n'est que ces dernières années que cette lacune commence à être comblée.

A travers le contact privé avec le président d'une association active dans la prise en charge de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou, nous avons eu l'occasion en 2003, lors de notre séjour ethnographique pour la présente thèse, d'assister à des fêtes de gays, lesbiennes et trans-genre à Ouagadougou et d'interviewer un homosexuel qui travaille dans la prostitution homosexuelle et ayant des clients majoritairement burkinabè ou africains.

En 2010, lors du suivi annuel, nous avons échangé avec un sociologue burkinabè faisant de la recherche sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais voulant rester anonyme. Le vécu et les pratiques sexuelles de ce groupe social ne sont devenus des sujets de la lutte

enquêté-e-s, hommes et femmes, ont un genre qui leur est attribué par le vis-à-vis et qui les rend reconnaissables en tant qu'hommes ou femmes et qui forme la base des interprétations et analyses mutuelles lors des interactions. En conséquence, la responsable du projet, les collaborateurs et la collaboratrice se sont présentés selon leur genre et ont contacté des personnes du même genre. Par exemple, les collaborateurs ont mené des groupes de discussion uniquement avec des hommes et les collaboratrices avec des femmes. Le but était de composer des groupes 'mono-genrés', avec l'idée implicite que des questions sensibles liées aux rôles des genres, aux comportements et pratiques sexuelles des hommes et des femmes peuvent y être discutées plus ouvertement que dans des groupes mixtes.

Le deuxième axe des théories sur le genre considère celui-ci comme une construction sociale produite lors des interactions et émanant de ces interactions (Gildemeister 2009). Ainsi, le genre est un modèle qui sert à produire et reproduire un ordre social. La pratique interactive et situationnelle qui mène à la production des genres est appelée 'fabrication des genres'⁷. Dans cette perception théorique du genre, il y a une délimitation implicite entre 'le naturel' (caractéristiques biologiques des sexes) et 'le culturel' (construction sociale des genres) quoique cette délimitation ne soit pas toujours facile ou évidente à faire en réalité (Fausto-Sterling 2000).

Les concepts pris en compte

Dans l'analyse, nous avons pris en compte plusieurs concepts liés à l'épistémologie et aux théories adoptées. L'âge et le genre sont cités plus haut comme des déterminants structurant la société *moaga*. Ces deux catégories sociales ont également guidé notre recrutement des participant-e-s à l'étude.

Dans les travaux anthropologiques, la catégorie des générations est même plus importante que celle de l'âge (Alber, Geest, et Whyte 2008). Dans beaucoup d'ethnies, la parentalité et la grand-parentalité sont des critères plus importants pour délimiter différents groupes sociaux⁸. Ainsi,

contre le VIH et de la recherche scientifique que ces dernières années en Afrique – dans beaucoup de pays sans informer le public général, mais avec le soutien des ministères de la santé nationaux, les comités d'éthique et des organisations internationales de lutte contre le VIH. L'importance de mieux connaître et comprendre les conditions de vie et pratiques sexuelles de ces hommes, d'habitude mariés et chevauchant ainsi deux réseaux sexuels – un réseau hétéro- et un réseau homosexuel – devient évident à travers la comparaison des taux de prévalence du VIH au sein de la population générale burkinabè (1% en 2010) et ceux des HSH (23% en 2010) (ONUSIDA 2012a:19; INSD et ICF International 2012:251).

⁷ Dans le chapitre 7 '*Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne....*' sur les modèles et discours relationnels des jeunes (page 135) nous nous appuyons implicitement sur cette théorie de la 'fabrication des genres', connue en anglais sous l'expression '*doing gender*'.

⁸ Une explication anthropologique pour ce phénomène est liée à la sexualité. Des règles d'évitement - fréquemment entre deux générations adjacentes - sont rapportées de tous les coins du monde et sont interprétées comme institutions sociales ayant pour but de prévenir l'inceste. Par exemple, dans beaucoup d'ethnies, la génération des parents n'ose pas être impliquée dans l'éducation sexuelle des enfants, spécialement le père s'éloigne de celle de ses filles.

indépendamment de l'âge, une personne change de génération dès qu'elle a eu un enfant ou qu'elle est devenue grand-parent. Inspirée du contexte local, nous utilisons dans notre étude une combinaison des catégories de la parentalité et du statut relationnel/matrimonial, car nous estimons que – pour la transition de la première à la seconde génération – le fait d'être dans une relation stable, si possible marié-e, co-détermine –avec la parentalité – le statut d'une personne. Le terme fréquemment utilisé au Burkina Faso de la « fille mère » appuie cet argument : bien qu'une jeune femme ait enfanté, elle est perçue comme fille (soit appartenant à la première génération), si elle est très jeune et n'a pas conçu l'enfant dans une relation stable où le père est connu et assume ses responsabilités.

Nous concevons les participant-e-s à notre étude en tant qu'acteurs et actrices, soit comme des sujets actifs disposant d'une position sociale (liée à la génération, au genre, au statut matrimonial et parental, à l'ethnicité, à l'occupation quotidienne, etc.) qui leur laisse une certaine marge de manœuvre, ainsi que de certaines ressources (sociales, économiques, professionnelles, etc.) et logiques d'action (dispositions, rationalités, moralités, réglementations, etc.) (Anonyme 2008). Cela n'implique pas que toute action soit intentionnelle ou que les personnes aient toujours le pouvoir et les possibilités d'agir comme elles le voudraient (VandenBroek 2010).

Le concept de l'intersubjectivité, lié à la théorie de l'interactionnisme, admet que les acteurs et actrices sont des sujets réflexifs et « capables de prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre » (entrée sur Wikipédia, accédé le 4.5.2012). Le sens donné à certaines perceptions, représentations et pratiques est produit au sein d'une communauté d'interactions qui partage des symboles sociaux (Reichertz 2009).

Le concept de la représentation est important dans notre étude. Nous la distinguons de celui de la perception. La perception est le processus humain de la collecte d'informations par le biais d'une partie ou de tous nos sens, suivi par l'acte d'organiser ces informations en leur attribuant un sens. La manière avec laquelle une personne ressent, pense, classifie ou agit, est influencée par sa position sociale dans le monde local (Nichter 2008:5-6).

La représentation, par contre, est basée sur deux perspectives théoriques distinctes, mais complémentaires, qui mènent à des compréhensions à deux niveaux différents, selon Nichter (2008:4-5). Le premier se réfère aux valeurs et significations partagées par les membres d'un groupe social. Ici nous parlons des représentations collectives. Celles-ci perdent leur stabilité et leur uniformité dans des sociétés fragmentées, telles que celle de Ouagadougou. Contenant toujours des jugements de valeurs, les représentations sont liées à ce que Foucault (1984) a appelé le 'code moral' d'une société⁹. La deuxième perspective du concept de la représentation se réfère aux aspects de pouvoir, d'inégalités et de subordination lors de la production de savoirs

⁹ Le chapitre 6 sur *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105) se réfère à l'analyse de la moralité proposée par Foucault.

qui aident à solidifier des positions idéologiques et à dévaloriser un groupe social par rapport à un autre au sein d'une communauté¹⁰.

Une représentation de soi permet aussi à une personne de se présenter de manière floue, flexible, indistincte et vague. Cette attitude est observable dans les relations que nous allons décrire plus bas¹¹. Ainsi, le statut d'une relation peut ne pas être clair ou changer rapidement. Cette attitude indistincte permet également de réagir de manière flexible par rapport aux opportunités qui se présentent ou se dissipent et d'optimiser les potentialités et marges de manœuvre (Johnson-Hanks 2002, 2005a, 2005b). Cette posture indéterminée est également pratiquée dans les entretiens individuels avec des chercheur·e·s.

Nous utilisons le concept de la représentation dans le cadre de la posture constructiviste en démontrant à travers ce terme que les propos recueillis ne sont pas perçus comme le rapportage d'une réalité vécue (tel que cela serait le cas dans une posture positiviste), mais comme une interprétation de ce vécu qui s'est produite lors de l'interaction intersubjective situationnelle de l'entretien.

La méthodologie qualitative ethnographique

Le but de cette étude n'est pas de tester des hypothèses construites par la chercheure, mais d'explorer la nature du phénomène des relations sociales et sexuelles de trois générations d'hommes et femmes dans leur confrontation avec le VIH/sida à Ouagadougou (Reeves, Kuper, et Hodges 2008). Les interactions sociales, les perceptions et représentations de la sexualité et du VIH/sida et les pratiques sexuelles sont des phénomènes sociaux délicats et difficiles à explorer. Ils ne peuvent pas être cernés à l'aide de méthodes quantitatives. Pour pouvoir s'approcher au maximum des sujets, il faut d'abord établir un contact personnel avec les personnes et développer une relation de confiance avec elles. Ceci est réalisable grâce à l'ethnographie. À travers cette méthodologie, l'ethnographe s'immerge totalement dans un contexte socioculturel et établit des relations proches avec les participant·e·s de l'étude et la communauté en général. Il/Elle génère une compréhension riche et profonde du tissu social, des activités qui y ont lieu et de leurs subtilités, et gagne ainsi un aperçu empirique plus approfondi des pratiques sociales qui sont normalement cachées du regard public. C'est pourquoi la réflexivité et la description – à la fois du terrain ainsi que des propres réactions du/de la chercheur·e et de celles des participant·e·s – est indispensable et un signe de la qualité et de la fiabilité des résultats.

¹⁰ Nous démontrons ce processus par rapport aux vieilles et vieux et à leurs représentations des activités sexuelles des jeunes (filles) dans le chapitre 5 *Sexe dans la Cité* (page 83).

¹¹ dans le chapitre 7 *'Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...'* sur les modèles relationnels et les pratiques sexuelles des jeunes (page 135)

Les aspects les plus ardues de l'ethnographie sont la difficulté d'assurer un accès répété aux participant·e·s de l'étude, l'imprévisibilité de la vie sociale, laquelle demande beaucoup de flexibilité, de talent organisationnel et de patience ainsi que de persistance de la part de l'ethnographe pendant la collecte des données (Reeves, Kuper, et al. 2008).

Les données collectées sont essentiellement 'peu structurées' dans le sens qu'elle ne sont pas pré-codifiées dans des éventails de catégories analytiques lors de la collecte (Reeves, Kuper, et al. 2008) et se présentent sous forme de textes. Une autre caractéristique de l'ethnographie est l'investigation d'un nombre limités de cas, mais ceux-ci en détail et en profondeur. La longue durée de la phase de terrain ethnographique permet aussi la triangulation de différentes méthodes et sources de données pour augmenter la qualité du travail, soit sa validité interne.

Le travail de terrain ethnographique

– *Si un moaga voit du dolo, il viendra certainement.*

[L'homme meurt par ce qu'il aime.]

proverbe moaga¹²

Souvent la recherche médicale, épidémiologique ou en santé publique sur le VIH/sida se focalise sur des groupes dits vulnérables ou à risque ou des personnes déjà infectées par le VIH (séropositives) ou malades du sida. Il manque la perspective sociétale, bien que ce soient les représentations dominantes dans une société qui influencent les perceptions des personnes HIV+, leur propension à se faire dépister, à commencer et à suivre un traitement ARV, à partager leur statut sérologique avec leur entourage : en fait toute la gestion de la maladie allant de la prévention jusqu'à la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement des personnes mourantes. C'est pour explorer ce regard sociétal que la présente étude a été menée parmi la population générale, et non parmi des PvVIH, afin de pouvoir documenter différentes composantes de la lutte contre le sida.

La population étudiée était donc composée de personnes de la population générale du *secteur 29*. Nous n'avons jamais – aussi pour des raisons d'éthique – demandé le statut sérologique d'une personne – même si nous avons un doute de temps à autre. Nous avons parlé à trois générations de personnes des deux genres. Quand nous parlions de la sexualité et de pratiques sexuelles, nous parlions de manière implicite d'activités hétérosexuelles¹³.

¹² (Pasteur Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

¹³ Nous avons été introduits dans un réseau de gays et lesbiennes lors du séjour ethnographique à travers le président d'une association de lutte contre le VIH/sida et de prise en charge de PvVIH, ce qui nous a permis d'assister à des festivités d'homosexuels à Ouagadougou et de faire quelques entretiens individuels. Lors d'un suivi annuel, nous avons aussi discuté le sujet avec un chercheur sociologue

La collecte des données pour cette étude a duré quatorze mois, de septembre 2003 à novembre 2004. J'ai d'abord choisi le quartier dans lequel je voulais mener l'étude. J'avais prévu de baser ce choix sur les résultats d'un groupe de recherche de l'IRD de Ouagadougou qui travaillait sur une cartographie des aspects sanitaires des quartiers de la ville. Car les analyses des chercheurs n'étaient pas aussi avancées que prévu et ne permettaient pas encore d'énoncés fondés¹⁴, je me suis référée aux personnes de mon réseau social¹⁵ pour établir une liste des quartiers populaires périurbains. Le raisonnement était que (1) les personnes de la population générale habitent plutôt dans des quartiers populaires que dans des quartiers résidentiels et que (2) ces quartiers périurbains sont plus peuplés et animés pendant la journée, en comparaison des quartiers plus aisés vers le centre de la ville où les habitants quittent la maison pour se rendre à leurs lieux de travail et où surtout les employé·e·s de la maison seraient présent·e·s pendant les heures de nos activités de recherche. Mon choix s'est arrêté sur Wemtenga et Taabtenga, appartenant au *secteur 29*, quartier situé à la périphérie orientale de Ouagadougou.

Le choix du quartier fait, j'ai ensuite engagé un premier collaborateur qui m'avait été proposé par les deux médecins et anthropologues de la santé, Bernard Taverner et Marc Egrot, qui avaient déjà travaillé avec lui : Fidèle Kabré. *Moaga* et vivant, par chance, lui-même au *secteur 29*, Fidèle m'a, au début, aidé à m'introduire chez les habitant·e·s du quartier¹⁶. Chaque matin, nous avons parcouru ensemble en *mobylette*¹⁷ les espaces publics et cabarets de *dolo*¹⁸ pour participer de manière informelle aux discussions publiques avec les client·e·s et les *dolotières*¹⁹. Ces cabarets ont déjà été appelés « 'l'œil et l'oreille' des habitants » (Ky 2002). C'est ainsi que nous avons présenté le projet de recherche et ma personne dans le quartier, entamé et

burkinabè travaillant parmi cette population écartée. Déjà en 1996, durant notre premier séjour à Ouagadougou, le refus de l'existence de l'homosexualité et l'hétéro-normativité étaient des sujets de discussion dans notre réseau social. L'histoire de ces stéréotypes en Afrique et leurs conséquences sont présentées dans les publications de Marc Epprecht (2004, 2008a, 2008b, 2013; Nyeck et Epprecht 2013).

¹⁴ Ce grand travail a été publié plus tard (Fournet 2008).

¹⁵ Ayant voyagé à Ouagadougou régulièrement depuis 1996, j'étais bien intégrée dans un réseau social privé. Ayant suivi un cours sur l'anthropologie et le sida organisé par le groupe de recherche de l'IRD au Burkina Faso et au Sénégal et de l'association Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé (amades) en 2003 à Aix-en-Provence, j'étais également en contact avec un réseau professionnel d'anthropologues de la santé ayant démarré des travaux sur des aspects socioculturels du sida au Burkina Faso, surtout parmi les *Moose* ruraux, autour de Bernard Taverner, Alice Desclaux, Marc Egrot et Blandine Bila.

¹⁶ il a préféré s'appeler *kissāana* ('celui qui confronte, accompagne les étrangers')

¹⁷ *Mobylette* est le terme courant pour le moyen de transport privé le plus fréquent de l'époque, une motocyclette P50 (Peugeot à 50 ccm³), qui a donné à Ouagadougou une réputation spécifique et distincte des autres capitales en Afrique de l'Ouest où la voiture était répandue plus tôt.

Circulant en *mobylette* depuis 1997, j'en ai acheté une pour le séjour ethnographique en 2003. Cela m'a permis une autonomie et une flexibilité inestimable durant le séjour, bien que la circulation de Ouagadougou soit très accaparante, insalubre, voire dangereuse – comme j'ai dû l'éprouver dans ma propre chair lors d'un accident qui m'a clouée au lit pendant une dizaine de jours.

Pierrick Leu est en train de faire une recherche au Centre d'Etudes Africaines de Bâle au sujet du trafic des deux roues à Ouagadougou.

¹⁸ bière artisanale à base de mil

¹⁹ (en partie productrices et) vendeuses de *dolo*

approfondi les premiers contacts individuels et établi une base de confiance mutuelle avec les habitant·e·s. En l'absence du *naaba*²⁰ du quartier, nous avons fréquemment visité le chef d'un village voisin qui était installé au *secteur 29* avec sa famille. L'ensemble de ces activités m'a permis une première immersion dans la vie de tous les jours, à observer et à participer à la vie sociale du *secteur 29* et – grâce à mon réseau social et professionnel existant – aussi dans d'autres quartiers de la capitale.

Après plusieurs mois d'observation, de participation et d'entretiens individuels réalisés par moi-même et mon premier collaborateur – en partie en tandem, en partie individuellement –, j'ai engagé, pour aider à exécuter les entretiens et discussions, une femme et un homme, tous les deux sociologues de la santé, en année de maîtrise à l'université de Ouagadougou, *mooré-phones* et ayant une expérience de collaboration à des projets de recherche sur le VIH/sida: Honorine Kangambèga et Oussimane Ouédraogo. Nous étions donc une équipe de deux hommes et deux femmes pour collecter les données jusqu'à la fin de mon séjour ethnographique.

Additionnellement, j'ai engagé deux femmes à Ouagadougou pour la traduction partielle du *mooré* en français et la saisie des données enregistrées (Diane Sawadogo et Béatrice Somé) et plus tard deux femmes à Abidjan pour la saisie des données transcrites à la main (Odette Etien et Goulouh Kouémy).

Des séjours annuels de suivi, m'ont permis d'échanger sur les résultats et interprétations de mes analyses et de discuter des changements et dynamiques survenus entre temps avec mes anciens collaborateur·e·s – surtout celles et ceux qui sont restés actifs dans cette thématique – et des professionnels travaillant dans différents organismes (Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso (RAJS), Conseil national de lutte contre le Sida, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST), Institut de recherche pour le développement (IRD), différentes ONG, association des *Femmes de l'avenir*).

²⁰ chef traditionnel *moaga*

Les méthodes triangulées

– *Un boucher dira à un autre « ne coupe pas là-bas »,
alors que c'est là-bas seulement que lui aussi va couper.*

[Quand on discute en groupe, il y a divers arguments, mais tous autour d'un seul sujet]

proverbe *moaga*²¹

Dans le but d'obtenir une validité interne aussi grande que possible, nous avons triangulé plusieurs méthodes. Toutes les méthodes appliquées ont produit des données textuelles et sont purement qualitatives.

Avant de commencer les premiers entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien avec Fidèle Kabré, le premier collaborateur. Ce guide a été formulé pour les entretiens individuels approfondis et adapté pour les groupes de discussions dirigées (voir Annexes, page 199). Nous y avons spécifié les champs que je voulais explorer et établi une liste de questions par champ. Le but n'était pas de poser toutes ces questions aux participant·e·s, mais de donner des inspirations et d'avoir un support et aide-mémoire si l'entretien ou la discussion devait languir. À travers cet approche, les participant·e·s pouvaient construire et présenter leurs propres représentations, significations et interprétations de leur vécu et de leurs valeurs et n'étaient pas forcé·e·s de s'insérer dans une séquence de thématiques ou des catégories rigides préétablies par les investigateur·e·s.

Dans les entretiens individuels approfondis semi-dirigés (EI), nous avons posé des questions les plus ouvertes possibles et collecté des récits et interprétations sur les phénomènes suivants : des interactions, pratiques et expériences personnelles dans les relations sociales et sexuelles ; les marges de manœuvre des personnes interviewées ; leurs interprétations du sida ; leur perception et leur prise de risques ainsi que leur protection contre ceux-ci.

Les groupes de discussions dirigées (focus groupes, FGD) servaient à mieux comprendre le contexte : les représentations des valeurs et normes sociales ainsi que des rôles des genres et leurs transformations, ainsi que les interprétations, opinions, inconsistances et variations par rapport à ces règles. Les groupes de discussions ont été menés séparément pour chaque génération et genre.

En parlant des mêmes thématiques que dans les entretiens individuels, nous avons obtenu des informations au niveau des normes et règles sociétales, alors que dans les entretiens, le but était d'apprendre ce qu'étaient les pratiques réelles des personnes.

Seulement après avoir parcouru le quartier et visité des cabarets à *dolo* quotidiennement durant 5-6 semaines, nous avons commencé à organiser et conduire les premiers entretiens. Comme

²¹ (Pastœr Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

nous voulions connaître les représentations locales liées au sida, les personnes questionnées dans des entretiens individuels émanaient de la population générale sans que nous connaissions leur statut sérologique VIH. Les premières personnes recrutées étaient des client·e·s de cabarets et des dolotières. Ce début d'échantillonnage opportuniste s'est ensuite rapidement étendu en boule de neige vers d'autres habitant·e·s du quartier et s'est terminé en échantillonnage ciblé afin d'atteindre des nombres équivalents de participant·e·s dans les six groupes de personnes, soit les trois générations de femmes et d'hommes (tableau 7 à la page suivante).

En parallèle, avec un décalage de temps, nous avons organisé les groupes de discussions. Nous avons la possibilité de recourir à des groupes existants. Parmi la 1^{ère} génération, deux nucléus d'amies ont été élargis et aussi parmi les garçons deux groupes de pairs existaient. Les femmes de la 2^e et de la 3^e génération étaient des membres de l'association *Femmes de l'avenir* qui se réunit chaque samedi au *secteur 29* dans la cour de la présidente. Les hommes des générations moyenne et âgée proviennent également de deux associations existantes du quartier.

Afin de gagner la confiance des participant·e·s et de les faire parler de sujets délicats, nous avons procédé de manière progressive en approfondissant lentement les questions. Cela avait pour conséquence que nous avons mené jusqu'à trois entretiens individuels par personne d'une durée entre 20 et 100 minutes et jusqu'à trois tours de discussions par groupe durant entre 30 et 110 minutes chacun.

L'échantillon résultant du recrutement est présenté dans le tableau 7 à la page suivante. Nous y récapitulons (en gras) le nombre de personnes interviewées par génération et genre dans des entretiens individuels, ainsi que le nombre de groupes de discussion dirigées par génération (les chiffres entre parenthèse indiquent le nombre de participants à ces groupes). En plus, la fourchette d'âge (en années) des participant·e·s est indiquée pour chaque méthode et genre.

géné- rations	entretiens individuels (EI)				groupes de discussions dirigées (FGD)			
	âge	♀ ♀	âge	♂ ♂	âge	♀ ♀	âge	♂ ♂
1 ^{re}	16-27	9	14-26	13	12-22	2 (10+12)	13-25	2 (9+18)
2 ^e	29-42	15	28-41	9	20-47	2 (25+28)	26-41	1 (8)
3 ^e	44-75	11	46-80	12	45-59	1 (20)	51-65	1 (8)
sous- total		35		34		5 (95)		4 (43)
grand total				69				9 (138)

tableau 7 : Échantillon des participant·e·s aux EI et aux FGD

Les participant·e·s aux entretiens et groupes de discussion étaient majoritairement *Moose*²². Parmi les 69 personnes interviewées, 11 étaient d'une autre ethnie : 4 *Gourmantché* (3 femmes – dont une avec une mère et un partenaire *moaga*, et une autre avec un partenaire *moaga* – et 1 homme), 2 hommes *Gourounsi*, 2 hommes *Karaboro*, 1 femme *Dafing* ainsi qu' 1 homme *Dioula* et 1 homme *Bwaba*, soit presque 85% de *Moose*. Dans les groupes de discussions des hommes, il y avait 1 *Bisa*, 1 *Bwaba*, 1 *Gourounsi* et 1 *Ko* sur un total de 43 hommes, soit plus de 90% de *Moose*. Dans les discussions avec les femmes, le taux des *Moose* était plus bas : avec 9 *Gourounsi*, 5 *Bisa* (dont 2 avec une maman *moaga*), 5 *Gourmantché* (dont 3 avec un partenaire *moaga*), 2 *Bwaba* (les 2 avec un partenaire *moaga*), 2 *Samo*, 1 *Dagara* et 1 *Guermane* du Niger, les femmes *Moose* représentaient presque 75%.

Lors du recrutement des participant·e·s à cette étude, leur religion n'était pas un critère d'inclusion. Finalement, dans l'échantillon de l'étude, les religions sont représentées de la manière suivante²³ : dans les 69 entretiens individuels, nous avons parlé à 33% de musulman·e·s

²² La population du Burkina Faso est constituée d'une soixantaine d'ethnies, mais leur répartition n'est pas recensée, contrairement aux langues parlées. Une ancienne source liste la composition ethnique nationale de 1983 de la manière suivante : 47,9% *Moose*, 8,8% *Mandé*, 8,3% *Peul*, 6,9% *Lobi*, 4,8% *Gourmantché*, 5,1% *Gourounsi*, 3,3% *Touareg*, 6,8% *Bobo*, 5,3% *Senoufo* (Drabo 1993). Ouagadougou est un ancien centre des *Moose*. Pour cette raison, leur taux est très élevé, malgré une grande migration rurale en direction de la capitale.

²³ Le catholicisme et le protestantisme ne sont pas traités comme une seule religion chrétienne dans les statistiques burkinabè, mais dénommés séparément comme religions à part entière. Au niveau national, la répartition religieuse est la suivante : 61% musulmans, 19% catholiques, 15% pratiquant des religions traditionnelles, 4% protestants et moins d' 1% sans religion.

(9 femmes, 14 hommes), 60% de catholiques (25 femmes, 16 hommes), 4% de protestant·e-s (1 femme, 2 hommes) et 3% d'adeptes de religion traditionnelle *moaga* (2 hommes). En comparaison de la répartition religieuse au niveau national, nous avons une sous-représentation des musulman·e-s et des religions traditionnelles et une sur-représentation des catholiques que l'on observe également dans les groupes de discussions dirigées :

Les 138 participant·e-s de ces groupes étaient des religions suivantes : 31 % de musulman·e-s (30 femmes, 12 hommes), 65% de catholiques (61 femmes, 29 hommes), 4% de protestant·e-s (4 femmes, 2 hommes) et aucune personne de religion traditionnelle.

Pour une meilleure contextualisation des données recueillies à travers les entretiens individuels approfondis et les groupes de discussions dirigées, ces deux méthodes de base ont été complétées par :

- l'observation et la participation à la vie sociale du quartier
- le suivi des médias (TV, radio, journaux), la collecte de textes (articles de journaux, brochures et livres d'informations de prévention du VIH, littérature grise) et de matériels audio (émission radio, formation de prêtres catholiques pour la préparation de jeunes voulant se marier)
- des entretiens formels avec des représentants religieux (musulmans, catholiques et protestants évangéliques)
- des entretiens avec des membres du système de santé biomédical (Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et cabinets médicaux privés) fréquentés par les habitant·e-s du *secteur 29* et des représentants d'ONG de prise en charge du sida présentes dans d'autres quartiers de Ouagadougou
- entretiens et discussions informels avec des membres de la population générale et des ami·e-s durant la vie quotidienne, pendant les loisirs ou les week-ends

L'analyse thématique

Les entretiens formels et groupes de discussions dirigées ont été menés en français ou en *mooré*. Enregistrées avec le consentement oral libre et éclairé des participant·e-s, ces données collectées ont été transcrites manuellement, puis saisies sur ordinateur avec le logiciel Microsoft Word par des collaboratrices. Elles ont été analysées par la responsable du projet, principalement à l'aide du logiciel de gestion de données qualitatives MaxQDa (VERBI Software, Berlin, Allemagne) et partiellement manuellement.

L'analyse consiste à interpréter les significations et représentations fournies par les participant·e-s à l'étude par la chercheuse (Reeves, Kuper, et al. 2008). Nous avons opté pour

une analyse thématique²⁴ en déduisant les thèmes majoritairement de manière inductive, sans être complètement détachée des théories, concepts et questions posées lors de la collecte des données. Nous nous sommes cependant penchées sur la littérature à un stade avancé de la définition des thèmes.

Les chapitres de cette étude, qui sont basés sur des publications indépendantes, sont issus de deux approches différentes d'utilisation des données. Une partie est fondée sur un sous-ensemble des données – les entretiens individuels et les groupes de discussion d'une seule génération en combinaison avec un seul ou les deux genres – et illustre des aspects spécifiques des représentations touchant aux relations sociales et pratiques sexuelles. Ceci est le cas pour les chapitres 5, 6 et 7²⁵. Pour le chapitre 8²⁶, par contre, l'ensemble des données a été utilisé par rapport à une seule thématique, le préservatif. Étant donnée la nature et la question de recherche exploratoire de cette étude - *Quelles sont les relations et pratiques sexuelles sous l'angle des genres et des générations dans le contexte du VIH/sida ?* – les questions abordées dans ces chapitres 5 à 8 ont découlé du codage lors de la phase de familiarisation avec l'ensemble des données et le processus récursif de recodage. Nous avons identifié les thèmes au niveau sémantique ou explicite à travers la récurrence des sujets. Ayant travaillé sur les représentations du corps et les concepts du mal- et du bien-être chez les *Moose* dans la thèse de Master, certaines idées et conceptualisations de la cosmologie *moaga* sont toutefois apparues de manière latente dans les données. Les thèmes ont été décrits et interprétés dans la perspective constructiviste.

Quelques appréciations méthodologiques et conceptuelles

« L'étendue du sexe, de l'impact de la sexualité, et toute la gamme des significations qui sont attachées au domaine sexuel sont difficiles à évaluer pour les chercheurs, car beaucoup est fort probablement caché du regard des observateurs, les ethnographes inclus » (Tuzin 1995:264 in Bell and Sobo 2001:23, note 1)
[traduction PS]

La recherche dans un domaine délicat ou tabou, telle que la sexualité, se heurte souvent à des difficultés méthodologiques. Celles-ci peuvent être d'ordre technique, mais elles peuvent également être d'ordre déontologique ou personnel, moral, voir intrapsychique de la part de

²⁴ Cette section est inspiré par l'article élémentaire de Braun and V. Clarke (2006) qui fournit l'argumentaire et les critères pour l'analyse thématique utile pour toute recherche qualitative au-delà de leur propre discipline, la psychologie.

²⁵ voir chapitres 5 *Sexe dans la Cité* (page 83), 6 *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105) et 7 *'Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...'* (page 135)

²⁶ voir chapitre 8 *'En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin'* (page 163)

l'ethnographe. La spécificité de la recherche sur les pratiques sexuelles est qu'elle se fonde sur des récits. Ces données ne peuvent pas être contrebalancées ou contrastées avec des observations directes des pratiques sexuelles dans la vie réelle.

Cette posture constructiviste est renforcée par un argument additionnel d'ordre logique. Selon l'anthropologue et psychanalyste George Devereux (1980, chapitre IX. *L'irrationnel dans la recherche sur la sexualité*), même la méthode de l'observation participante – *sensu stricto* la participation dans un rapport sexuel en l'observant – est logiquement impossible dans le domaine de la recherche sur les pratiques sexuelles pour trois raisons : (1) l'observation n'est pas possible du fait de la perte du contrôle pendant la participation à l'acte sexuel, (2) deux personnes de contextes culturels différents ont des représentations différentes des pratiques sexuelles et un rapport sexuel 'habituel' n'est pas possible entre eux²⁷, et enfin (3) un homme ne peut pas comprendre ce qu'une femme ressent pendant les rapports et vice versa. Pour ces différentes raisons, je dis avoir utilisées l'observation non participante et la participation à la vie sociale du quartier comme méthodes complémentaires des entretiens individuels approfondis et groupes de discussions dirigées.

Une autre spécificité de cette recherche est que les personnes ne parlent pas toujours de leurs propres expériences, mais de celles d'autres personnes²⁸. Ou elles/ils préfèrent ne pas parler ouvertement de leurs propres pratiques pour maintenir l'incertitude et pour rester souples dans les paroles autant qu'elles peuvent l'être dans leurs pratiques²⁹. En dehors des effets de l'intersubjectivité qui se manifestent lors des entretiens entre les participant-e·s à l'étude et les chercheur-e·s³⁰, les interprétations des données sont des comparaisons des représentations et constructions sur la sexualité qui émanent autant de la part des personnes enquêtées que de celles des chercheur-e·s. Pour cette raison, le concept de la représentation s'est avéré très productif. Il nous a aidés à ne pas prendre les énonciations pour argent comptant, sans pour autant insinuer qu'une personne ment. Il aide aussi à situer les récits dans le contexte.

La combinaison méthodologique d'entretiens individuels approfondis avec des discussions en groupe est très utile et fournit des données sur les représentations, interprétations et pratiques individuelles qui peuvent être comparées et contextualisées avec le niveau sociétal des normes et règles. Il en est de même pour le travail avec trois générations de personnes et les deux genres. Les récits d'une génération peuvent être une réaction à des énonciations d'une autre génération, ou les paroles des femmes une réaction aux paroles et actes des hommes. Cette richesse de

²⁷ J'ajouterai que même deux personnes de la même culture n'ont pas forcément les mêmes représentations des rapports sexuels.

²⁸ comme dans le chapitre 7 '*Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...*' sur les modèles relationnels et les pratiques sexuelles des jeunes (page 135)

²⁹ voir chapitre 7 et Johnson-Hanks (2005)

³⁰ voir chapitre 7 et plus haut dans la section sur les concepts dans le chapitre actuel

données générées offre différentes possibilités de croisement de données et une meilleure compréhension des dynamiques sociétales en cours.

Par contre, une recherche ethnographique aussi vaste que la présente demande beaucoup de temps à différents niveaux. D'abord, pour établir la confiance avec les participant·e·s, il faut établir un contact ouvert, régulier et continu avec eux/elles pendant de longues périodes. Ensuite, pour approcher les sujets délicats voire tabous, il convient de les approfondir dans des entretiens répétés allant de plus en plus en profondeur. Il n'est pas toujours évident de retrouver les personnes et de fixer des rendez-vous avec celles-ci. Aussi, les données recueillies sont peu structurées. La traduction, la transcription, la saisie, le nettoyage, le codage, le développement de thématiques et l'analyse prennent plus de temps que la collecte de données avec des questionnaires.

Les études qualitatives comme la présente sont basées sur un échantillon limité et ne permettent pas de généraliser les résultats. Cependant, en comparaison des grandes études quantitatives avec des questions préconçues, elles prennent beaucoup mieux en compte la complexité du vécu des personnes étudiées.

Enfin, l'immersion profonde dans la vie sociale et l'exposition à des situations et des destins difficiles ne sont pas toujours faciles à supporter pour les chercheur·e·s et peuvent représenter des charges lourdes, comme nous allons voir dans la section suivante.

Une parenthèse autopsitionnante et autoréflexive

« nous prenons conscience d'une distinction importante, celle entre la collecte de données, qui est ce que les anthropologues font, et l'expérience, qui a à voir avec ce qui se passe avec les anthropologues. » (Poewe 1999:205) [traduction PS]

« L'ethnographie porte en fin de compte sur la transformation. » (Fine 1993:290) [traduction PS]

Pour les habitant·e·s du *secteur 29*, j'étais reconnaissable en tant que femme, même si je ne correspondais pas à certains critères importants à leurs yeux. Par exemple, il me semblait plus pratique de porter des pantalons pour circuler en *mobylette* et pour parcourir le quartier sablonneux sous le soleil intense tous les jours. J'ai été abordée par plusieurs personnes à maintes reprises qui me suggéraient de porter une robe. Aussi, un collaborateur a eu de la peine à m'accepter comme sa patronne, bien que je fusse plus âgée que lui et sa supérieure. Après que j'aie cédé à ses demandes matérielles et pécuniaires de « motivation pour le travail » le jour de

son engagement, après notre premier tour au *secteur 29*, il n'a pas pu s'empêcher de m'appeler pour m'indiquer quelles étaient mes tâches professionnelles à remplir ensuite au bureau.

Portant mes cheveux gris et courts, beaucoup de personnes me jugeaient plus âgée que je ne l'étais alors. J'ai profité du respect qui est accordé à l'ancienneté en acceptant chaque fois volontiers la chaise qui m'était offerte à l'ombre.

Pour entrer doucement en contact avec les gens et ayant l'hypothèse que la pauvreté influe sur les difficultés dans les couples et l'infidélité, j'abordais aussi des problèmes financiers des ménages. Ce fait a été pris au premier degré au début de mon séjour ethnographique. Comme je soutenais des personnes – en payant un sac de riz pour une famille ici ou en faisant gonfler le pneu d'une chaise roulante là – une catégorisation initiale de mon engagement était que je ciblais des personnes en besoin pour les aider financièrement. J'étais perçue comme une coopérante indépendante. En allant plus en profondeur avec les questions dans les entretiens, le sujet sur lequel je travaillais est devenu plus clair et des gens se sont proposés eux-mêmes pour faire un entretien – surtout des femmes d'âge moyen (comparable à mon âge) mariées qui en profitaient pour parler à une personne extérieure de leur problèmes de couple et de leur crainte de se faire infecter par le VIH par leur mari infidèle. Étant moi-même séparée et planifiant le divorce lors de mon retour du séjour ethnographique, ces récits, la marge de manœuvre minimale des femmes et leur sentiment d'impuissance et d'être à la merci de leurs époux m'ont spécialement touchée.

En raison des questions que je leur posais sur leurs relations et pratiques sexuelles, beaucoup de personnes étaient curieuses de connaître et de comprendre ma propre situation. Juridiquement, j'étais mariée, quoique séparée depuis plus de deux ans de mon mari congolais, et à Ouagadougou, dans une relation lâche et devenant de plus en plus distante avec un homme ouest-africain, mais non burkinabè. Comme mes interlocutrices et interlocuteurs dans les entretiens, je réagissais de manière intersubjective et situationnelle aux questions qui m'étaient posées par rapport à mon état matrimonial ou relationnel. Le fait de pouvoir me présenter comme femme mariée, séparée ou en relation – même si je n'avais pas enfanté – me procurait un statut acceptable et me rendait plutôt 'normale', même si le manque d'un partenaire stable et fiable et d'une activité sexuelle était perçu par beaucoup d'entre eux comme regrettable³¹.

L'immersion aussi profonde que possible est une revendication des anthropologues de leur travail ethnographique, même si la réponse à cette demande ne réussit pas à tout le monde (Fine 1993). Un signe subtil de l'indication que je n'avais pas encore compris suffisamment la vie et la

³¹ Contrairement à d'autres anthropologues (Fine 1993; Behar 1997; Cesara 1982; Poewe 1999; Kulick 1995; Markowitz et Ashkenazi 1999; La Pastina 2006) et en acceptant le reproche d'incongruité, je ne vais pas présenter les résultats de mes autoréflexions par rapport à mon propre genre, mon statut matrimonial et relationnel, mon (in-)activité sexuelle durant le séjour ethnographique avec davantage de détails dans ce texte.

culture locales, était le geste d'une amie qui m'a pris sur son dos comme un enfant après mes premiers mois de séjour ethnographique.



photo 2 : Enfant Patricia
(photo : Fidèle Kabré)

Pour ma part, je comptabilise les facteurs suivants comme signes extérieurs de mon immersion :

- l'achat d'une *mobylette* comme moyen de déplacement et mon adaptation à la circulation ouagalaise souvent chaotique et dangereuse
- l'affiliation à une association de femmes dans le quartier et la participation aux réunions hebdomadaires
- l'adoption par un vieux comme sa fille – j'avais l'âge comparable de sa fille ayant fait des études à Abidjan et habitant toujours dans cette 'ville moderne'
- le don du nom *Fatima* – la fille chérie de Mohamed – par un homme musulman
- et mon sentiment de bien-être général dans la vie quotidienne à Ouagadougou

En prévoyant que je serai beaucoup abordée et dérangée dans mon travail, j'ai décidé préalablement de ne pas me loger dans la zone d'étude, mais dans un quartier populaire près du centre-ville, à *Kamsonghin* (secteur 6). Même si cela signifiait devoir faire la navette en *mobylette* dans la circulation ouagalaise tous les jours, il m'était important de pouvoir me retirer du travail – non seulement géographiquement, mais aussi émotionnellement. Cette

décision n'était pas facile à expliquer et me rendait difficilement cernable pour les habitants du *secteur 29*, car elle ne correspond pas à un besoin localement compréhensible. Pour moi, par contre, elle fut très productive professionnellement et me permettait aussi des activités récréatives et le maintien de mon réseau social privé. Malgré cela, après un an de collecte de données sur les relations majoritairement difficiles entre femmes et hommes dans des conditions de grande pauvreté et de vulnérabilité au VIH/sida, je suis retournée en Suisse triste et mélancolique. Subissant le choc culturel et climatique à mon retour avec toute sa force, la digestion des informations reçues a en conséquence pris beaucoup de temps.

Partager mes expériences pesantes n'était pas facile. Pendant le séjour ethnographique, le groupe de chercheur·e·s avec lequel je pouvais échanger, ne prenait pas mes préoccupations au sérieux, car je ne travaillais qu'avec des membres de la population générale et pas – comme eux – avec des PvVIH. Ils estimaient que mes expériences n'étaient pas assez touchantes pour en discuter. De retour en Suisse, la seule scientifique avec laquelle je pouvais partager mes préoccupations vécues, était une collègue qui faisait une recherche sur des personnes ayant fait une tentative de suicide à Bâle. Les sujets de nos recherches avaient un point commun : nous étudions deux conditions de santé aiguës, liées à des maladies ou à des pratiques taboues, et à la mort. Nos réflexions nous ont menées aux conclusions suivantes :

- une préparation approfondie aux risques psychiques possibles induits avant de commencer le séjour ethnographique et/ou la collecte de donnée
- l'apprentissage préalable de techniques psychologiques de distanciation
- idéalement l'accompagnement et la supervision durant la collecte de données
- un débriefing lors du retour d'un séjour ethnographique

Un·e superviseur·e devrait être formé·e en psychologie et en anthropologie pour pouvoir soutenir le/la chercheur·e de manière compétente durant le séjour ethnographique et faciliter des séances de supervision formelles régulières. Avec de telles propositions se posent bien sûr des questions administratives, organisationnelles, financières et éthiques.

Un groupe autour du doctorant Dominik Mattes de l'université FU à Berlin est en train de mener des réflexions d'ordre méthodologiques et théoriques plus approfondies autour de cette problématique (Mattes 2012; McLean et Leibing 2007).

Toutes ces préoccupations étaient brûlantes durant le séjour ethnographique et pendant la première phase d'organisation des données à mon retour en Suisse. J'ai pu rattraper ce manque à travers un accompagnement professionnel plus tard. En guise de conclusion, nous citons un autre anthropologue :

« Par la connaissance de soi, on peut améliorer un peu, mais de façon plus significative, on peut reconnaître que les limites de l'art font partie des données. » (Fine 1993:289) [traduction PS]

Formée en anthropologie et enracinée dans les sciences sociales, ce travail a été fortement inspiré – après le retour du séjour ethnographique – par les travaux épidémiologiques accomplis à l'Institut Tropical et de Santé Publique de Bâle et par l'exposition au programme *NCCR Nord-Sud* stimulant la recherche appliquée, interdisciplinaire et transdisciplinaire, pour lesquels j'ai eu la chance de travailler pendant presque huit ans.

Il reste une dernière remarque : tout ne peut pas être dit dans ce texte, surtout pour des raisons de respect et de compassion envers mes interlocutrices et interlocuteurs.

– *Si tu sais qu'en disant ce que tu sais, tu n'auras où poser la tête,
tu n'as pas autre solution que de tenir ta langue.
[Ce n'est pas tout ce qu'on entend qu'on doit dire.]*

proverbe *moaga*³²

³² (Pastœer Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

4

LA ZONE D'ETUDE :
LE *SECTEUR 29*,
UN QUARTIER PERIURBAIN DE OUAGADOUGOU

« Il n'est pas recommandé, en effet de débarquer en Afrique crachant le feu, le diable au corps et des fourmis dans les jambes. Ce pays n'aime pas que chez lui on fasse le malin. Autrement il vous envoie tout de suite son gendarme. C'est le soleil. Le soleil paraît. Il frappe sur votre nuque et vous dit : « Veux-tu rentrer chez toi et marcher plus lentement. » Vous pouvez lui désobéir une première fois ; peut-être ne dira-t-il rien, étant bien au-dessus de nous ! Mais si vous êtes incorrigible, que vous le dérangiez trop souvent, il viendra avec son bâton, un gros bambou, et vous en assénera un coup retentissant sur le crâne. Vous serez bien avancé ! » (Albert Londres : Terre d'ébène, 1929)

Le Burkina Faso

Avant de nous plonger dans la capitale Ouagadougou, nous allons brièvement résumer quelques caractéristiques du Burkina Faso (Zongo 2004; INSD and ICF International 2012; INSD 2008, 2009; Yahmed 2005; et les sites internet de l'IDH et de l'OMS).

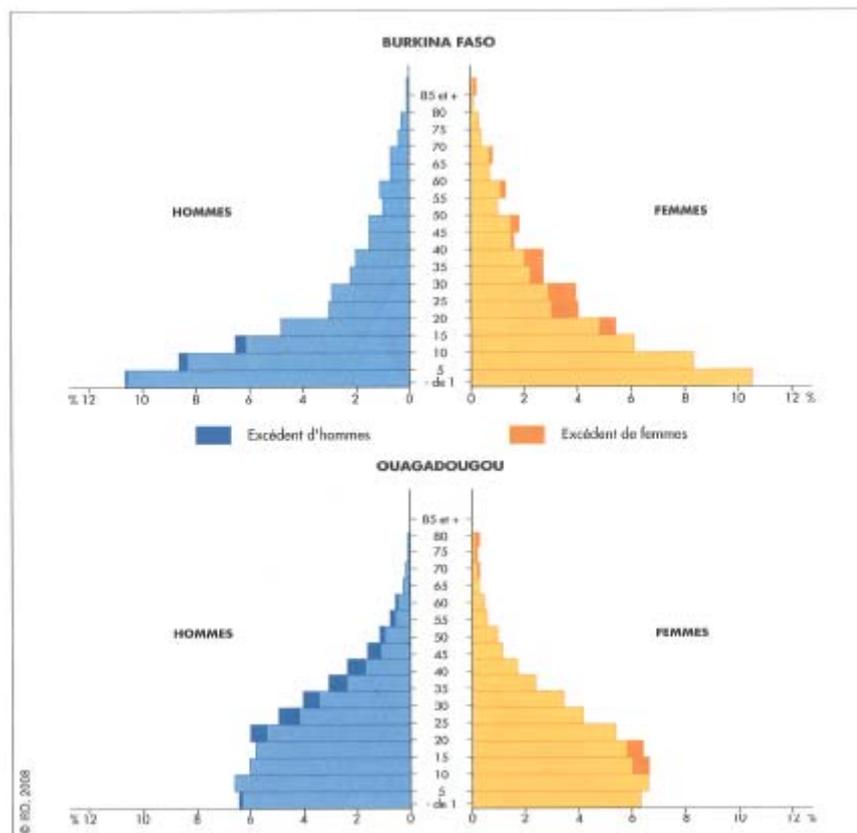
En 1984, le Burkina Faso – dans une volonté de se détacher de l'exonyme Haute-Volta attribué pendant la période coloniale française (1896-1960) – a pris son nom qui signifie « la patrie des hommes intègres ». Ce nom combine les deux langues principales du pays : *burkina* signifie 'intégrité' ou 'honneur' en *mooré* et *faso* 'territoire', 'terre' ou 'patrie' en *dioula*. Les habitants du pays sont les *burkinabè* (mot invariable), *bè* désignant en *fulfulde* 'l'habitant-e'. La dénomination du pays et de ses habitant-e-s à travers un mélange de trois langues nationales – celles des *Moose*, des *Dioula* et des *Peul* – traduit la volonté de procurer à cette société multi-ethnique un sentiment d'union.

Le Burkina Faso est un pays plat, enclavé et situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, au sud du Sahara, dans le bassin de la Volta, et traversé par les trois fleuves suivants : le Mouhoun (Volta Noire), le Nazinon (Volta Rouge) et le Nakambé (Volta Blanche). Marqué par un climat continental tropical de type soudano-sahélien, le pays est caractérisé par la steppe au nord, la savane au centre et la forêt claire au sud et bénéficie de deux saisons : une longue saison sèche (de novembre à juin) et une saison de pluie (de juillet à octobre). Les précipitations sont inégalement réparties. Additionnellement, en saison sèche, le vent sec du nord-est, l'harmattan, souffle fort et l'air de la capitale est chargé du sable saharien. La température moyenne annuelle à Ouagadougou est de 29°C.

Le Burkina Faso est l'un des pays les moins développés du monde et actuellement classé au rang 181 sur 187 pays de l'indice de développement humain (IDH)¹ actuel. 44% de la population

¹ Lors du séjour ethnographique, beaucoup de personnes au *secteur 29* se référaient au rang de cet indice pour appuyer l'argument de pauvreté du pays et la leur. La Suisse est au rang 11 de l'IDH actuel.

vivent sous le seuil de pauvreté. La population est majoritairement jeune : presque 50% de la population a moins de 15 ans, l'âge moyen de l'ensemble de la population est de 22 ans et l'espérance de vie à la naissance est de 55 ans en moyenne nationale (49 ans pour les hommes et 56 ans pour les femmes). Le taux d'accroissement naturel de la population est de 3,1%. Si cette croissance est soutenue, la population va doubler d'ici 22 ans. La répartition des genres montre un déficit d'hommes en moyenne nationale (48% contre 52% de femmes), mais un léger surplus d'hommes dans les centres urbains. Le taux de natalité pour l'ensemble du Burkina Faso est de 46‰ et en milieu urbain de 38‰ où les femmes en âge de procréation (15-49 ans) ont en moyenne 4,6 enfants nés vivants. La mortalité, affectant plus les hommes que les femmes, et la forte fécondité se traduit dans la pyramide des âges. Celle-ci illustre (graphique 6), au niveau national, une base extrêmement large avec un rétrécissement progressif commençant déjà à un âge bas ainsi qu'un excédent de femmes adultes. À Ouagadougou, par contre, la distribution des groupes d'âges est plus équilibrée en jeune âge, mais l'excédent d'hommes adultes y est prononcé.



graphique 6 : Pyramide des âges par groupes d'âges quinquennaux de la population résidente au Burkina Faso et à Ouagadougou (Fournet 2008:54)

Le taux d'urbanisation est de 23%. Ouagadougou abrite 46% des habitants des milieux urbains, ce qui représente 12% de la population totale burkinabè. La densité de la population y est la plus haute avec 615 habitants au km². Ouagadougou enregistre la plus haute croissance due à la migration interne. Celle-ci représentait presque 400'000 personnes au cours des 12 mois précédant le recensement de 2006.

La population du Burkina Faso est constituée d'une soixantaine d'ethnies, mais leur répartition n'est pas recensée², contrairement aux langues parlées. Le *mooré*, langue du groupe culturel majoritaire *Moose*, sert de langue véhiculaire au-delà de la région *moaga* et de son centre Ouagadougou. C'est la langue la plus répandue sur l'ensemble du territoire burkinabè constituant la langue majoritaire dans dix régions sur treize. 50% des habitants burkinabè sont *mooré*-phones, chacune des autres langues comptant moins de 10%. Dans l'ensemble des milieux urbains, le *mooré* est parlé par 60% des habitants.

Parmi les burkinabè de 10 ans ou plus, 67% des hommes et 80% des femmes ne savent ni lire ni écrire. Les taux de scolarisation sont plus élevés en milieu urbain (96%) qu'en milieu rural (43%).

Le Burkina Faso est un pays avec une grande paix et tolérance religieuse qui relève de la fierté nationale burkinabè. Elle est caractérisée par des familles interreligieuses et des conversions religieuses habituelles par les femmes qui se marient à un homme d'une autre religion. En général, comme dans de grandes parties de l'Afrique de l'Ouest, les religions relevées sont pratiquées de manière syncrétique. La répartition au Burkina Faso est la suivante : 61% musulman·e·s, 19% catholiques, 15% pratiquant·e·s des religions traditionnelles, 4% protestant·e·s et moins de 1% sans religion³.

Le Burkina Faso est pauvre en ressources naturelles et peu industrialisé. L'économie est dominée par le secteur agricole et l'élevage qui occupent ensemble 80% des résident·e·s burkinabè et représentent 37% du produit intérieur brut. Le pays est le premier producteur africain de coton. Le secteur minier est en développement et représentait en 2010 plus de 45% des recettes d'exportation. Les petites exploitations familiales extensives sont tournées en priorité vers la production de céréales pour la subsistance (sorgho, mil, maïs, arachides et riz). Le commerce occupe 9% des habitant·e·s. L'économie est très fragile et dépendante des conditions climatiques, des fluctuations des conditions du commerce mondial et des taux de

² Sur le modèle républicain français, héritage de la Révolution française, l'état n'est pas autorisé à catégoriser les habitants selon des critères ethniques, culturels et religieux. Par conséquent, il est difficile de trouver des statistiques contenant ces informations, de même au Burkina Faso.

Une ancienne source liste la composition ethnique nationale de 1983 de la manière suivante : 47,9% *Moose*, 8,8% *Mandé*, 8,3% *Peul*, 6,9% *Lobi*, 4,8% *Gourmantché*, 5,1% *Gourounsi*, 3,3% *Touareg*, 6,8% *Bobo*, 5,3% *Senoufo* (Drabo 1993).

³ Le catholicisme et le protestantisme ne sont pas traités comme une seule religion chrétienne dans les statistiques burkinabè, mais dénommés séparément comme religions à part entière.

change monétaires. Environ trois millions de burkinabè ont migrés en Côte d'Ivoire pour des raisons économiques et rapatrient des dizaines de milliards de FCFA chaque année, raison pour laquelle les crises politiques du voisin au sud-ouest ont de fortes répercussions économiques et migratoires sur le Burkina Faso.

La situation sanitaire du Burkina Faso est marquée par une morbidité et une mortalité élevées, liés à l'environnement (paludisme, méningites, fièvre jaune, choléra), des carences nutritionnelles (fer, iode, vitamine A), des maladies transmissibles (VIH/sida) et une faible couverture sanitaire. La politique sanitaire nationale, instituée en 2000, a pour but d'améliorer l'état de santé de la population à travers trois objectifs spécifiques que nous citons ici (INSD et ICF International 2012:29) :

1. réduire la morbidité et la mortalité
2. renforcer la lutte contre le VIH/sida
3. réduire le contrôle des facteurs de risque⁴

Pour atteindre ces objectifs, la dépense nationale de santé a été augmentée. En 2010, les dépenses de santé provenaient du financement direct des ménages pour les services sollicités (37%), des fonds publics (35%) et des fonds d'autres partenaires (6%). Les actions suivantes ont été prises à travers des plans de développement sanitaire : renforcement du personnel et des infrastructures, lutte contre les maladies endémiques et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

La ville de Ouagadougou : de « Bancoville » à « Simonville » ...

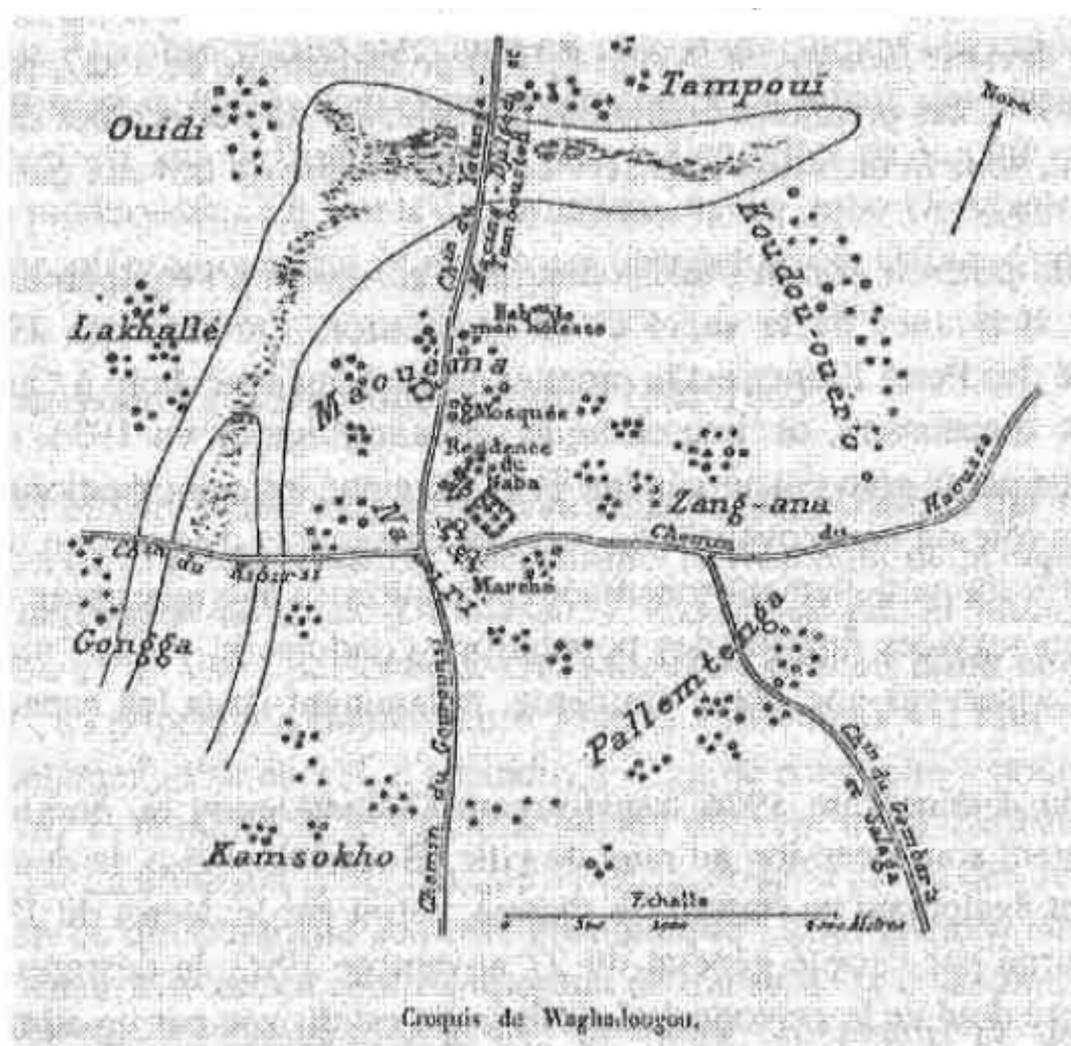
Nous esquissons et illustrons ici quelques étapes importantes du développement de Ouagadougou qui nous semblent intéressantes par rapport à notre thématique. L'étymologie et la paternité du toponyme de Ouagadougou sont sujets à discussion (Fourchard 2001:40). Selon l'historien Lassina Simporé, il pourrait s'agir d'un nom d'un marché local des autochtones avant la conquête *moaga*. Selon la version officielle de la chefferie traditionnelle *moaga*, le fondateur de la dynastie, le *naaba Wubri* (1495-1518), bien accueilli par ces autochtones, aurait donné le nom de *Wogdogo* (signifiant « respect » en *mooré*). Enfin, pour les linguistes, le nom peut avoir différentes significations : « résistance à l'invasion des *Moose* », « zone découverte » ou également « respect ».

Située au centre de l'empire *moaga*, Ouagadougou est une cité ancienne, devenue le siège légendaire des chefs supérieurs des *Moose* qui s'y sont sédentarisés à partir du 18^e siècle avec

⁴ Certainement, il s'agit plutôt de « réduire les facteurs de risque » ou de « contrôler les facteurs de risque ».

leur cour royale, cour auparavant itinérante pendant plusieurs siècles (Fourchard 2001:39-41). Cet espace, convoité et négocié avec les gens autochtones de cette terre, devint un bourg rural d'une quinzaine de hameaux disparates avec environ 5'000 habitants, membres de différentes ethnies, marqué par des activités agricoles et pastorales (Fourchard 2001:41; Fournet 2008:25-27).

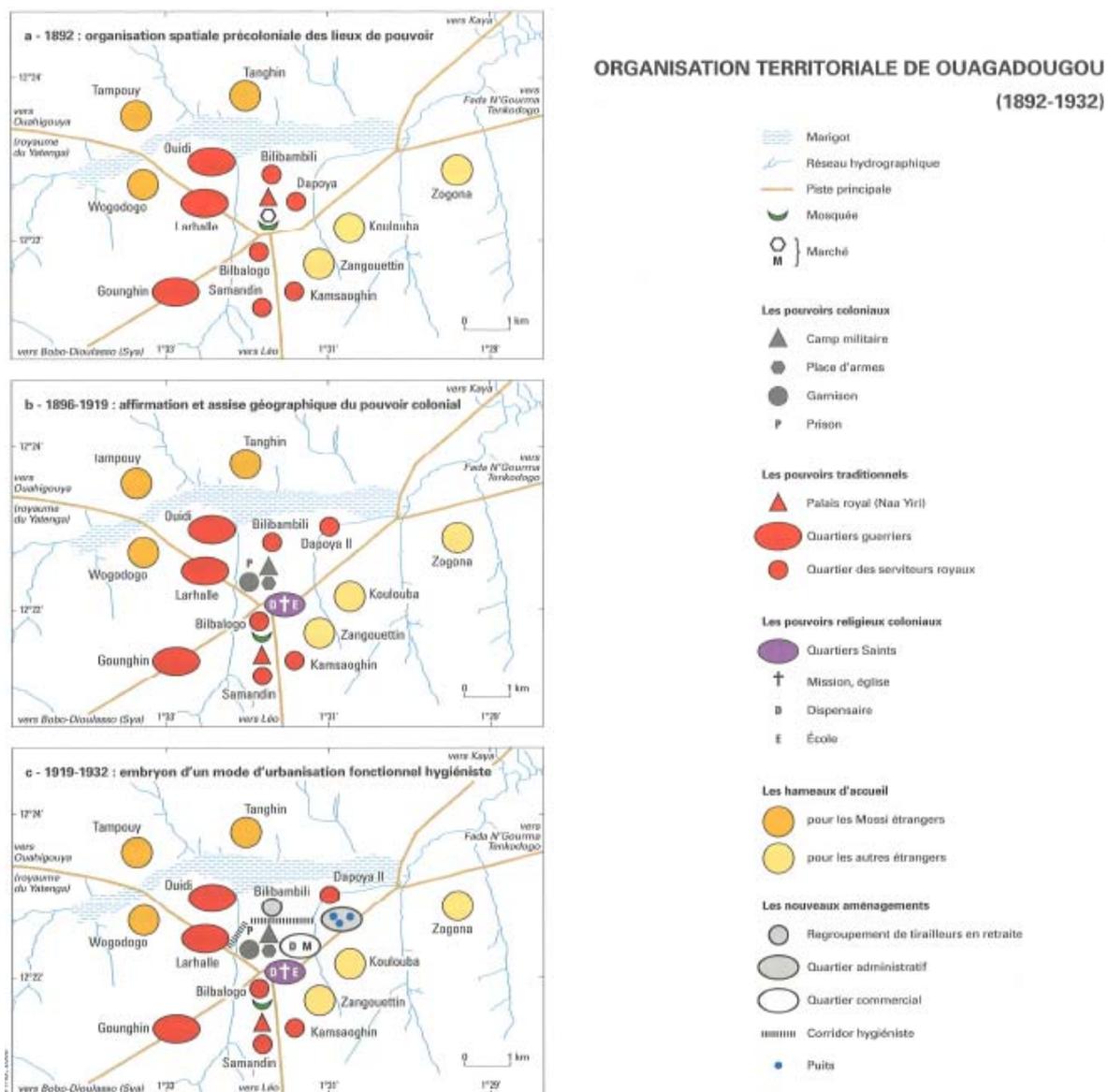
Le capitaine Louis-Gustave Binger, explorateur français de Strasbourg ayant voyagé dans la sous-région, s'étonna du caractère rural et de l'architecture villageoise en arrivant dans la capitale des *Moose* (Fourchard 2001:41). Il a réalisé un croquis de Ouagadougou en 1888 (carte 1).



carte 1 : Croquis de Ouagadougou réalisé par l'explorateur français Binger en 1888 (Fourchard 2001 :36)

Cette ancienne cité se développa dans la zone où se trouve le centre de la ville actuelle (arrondissement de Baskuy, carte 5, page 74). L'organisation spatiale reproduisit le pouvoir

central *moaga* avec sa ségrégation et différenciation institutionnelle (carte 2 - a) : le palais royal avec en proximité un marché et une mosquée, les quartiers sécuritaires des guerriers (Ouidi, Larhalle, Gounghin), le quartier des pages de la cour (Bilibambili), le quartier de la chefferie de l'accueil et des grandes manifestations (Samandin) et le quartier responsable de la jeunesse (Kamsonghin). Les *Moose* provenant d'autres royaumes (Wogodogo ainsi que Tampouy et Tanghin au-delà du grand marigot) et tous les autres étrangers (Koulouba et Zogona ; Zangouettin pour les commerçants *Haoussa*) furent placés à distance dans les quartiers formant une zone tampon aréolaire au nord-ouest et sud-est autour du noyau du pouvoir central *moaga* (Fournet 2008:26).



carte 2 : Organisation territoriale de Ouagadougou (1892-1932) (Fournet 2008 :27)

En 1896, Ouagadougou fut conquis par le pouvoir colonial français et l'organisation spatiale perturbée (carte 2 - b) en éloignant le *Mogho naaba* de sa garde royale en déplaçant sa cour vers le sud. Dans l'ancien emplacement du palais royal, les pouvoirs coloniaux s'installèrent avec leur camp militaire, la garnison et la prison. Arrivés par la suite, les pouvoirs religieux coloniaux purent se placer en toute proximité du nouveau pouvoir administratif et à l'interstice avec le pouvoir traditionnel. Ces trois centres de pouvoir furent alignés dans un axe nord-sud et renforcèrent la ségrégation socio-spatiale précoloniale (Fournet 2008:26).

Devenu chef-lieu de la colonie française dès la fin du 19^e siècle et confronté à une quadruplication de sa population, passant de 5'000 habitants en 1892 à 19'000 en 1919, Ouagadougou fut réorganisée par les colons. Ceux-ci, dans le seul but d'asseoir le pouvoir et de maîtriser la population, n'investirent pas dans des équipements ou aménagements urbains et seul le pouvoir religieux fournit les premiers services élémentaires dès 1902 : une école et un petit dispensaire (carte 2 - b). À la suite de cela, une différenciation fonctionnelle additionnelle des quartiers fut pratiquée selon le plan de lotissement de l'époque (carte 3) : pouvoirs traditionnels *moose*, administration coloniale avec casernes militaires, tribunal juridique et prison, marchés et écoles ainsi que lieux d'habitations – avec, selon la légende (no. 61-62 et 64), des villages et logements démarqués pour les « indigènes » (Fournet 2008:26; Fourchard 2001:61).



carte 3 : Tracé de la nouvelle ville coloniale de 1920 (Fourchard 2001 :62)

À la suite d'une épidémie de fièvre jaune, le comité d'hygiène de la ville imposa en 1931 un régime de surveillance sanitaire et de ségrégation des populations africaines et européennes (Fourchard 2001:85-88). Cette ségrégation fut justifiée par l'idée que les moustiques ayant piqué des « indigènes » porteurs du virus avaient contaminé ensuite les européens⁵. Le médecin-chef du service d'hygiène, chargé de repenser l'organisation de la ville, préconisa de refouler les quartiers des habitants locaux au-delà de la zone d'habitations existante (au-delà de « Widi », aujourd'hui Ouidi) dans une région infectée par la maladie du sommeil. Un commerçant européen et grand propriétaire foncier (M. Brunel), favorisait l'éloignement des quartiers africains, mais pas trop loin afin de ne pas déplacer le commerce local. La mission catholique qui était en train de développer sous son autorité le quartier chrétien, était hostile au projet. Enfin, de la part du pouvoir traditionnel, le *Baloum naaba* (chef de ville, ministre du palais du *Moogho naaba* et son porte-parole) et chef du quartier Bilbalogo avoisinant le quartier saint, se prononça en faveur des habitants locaux et pour le maintien des quartiers concernés par le déguerpissement envisagé. Grâce à cette opposition, au manque de moyens financiers et à la disparition du service d'hygiène en 1932, ce projet de ségrégation ne fut pas réalisé, mais un corridor hygiéniste fut maintenu entre les zones européennes et africaines (carte 2 - c, page 66).

De même, un autre projet dressé par le géomètre Pietrera en 1940 n'a pas été réalisé, cette fois par manque de priorité et de moyens financiers dus à la Guerre de 1939-1945. Ce géomètre travaillant en Côte d'Ivoire avait également une conception urbaniste appuyée sur les recommandations hygiéniques et sanitaires des médecins coloniaux, reflétant une vue évolutionniste et raciste :

« En Afrique noire, où l'indigène est encore loin du stade de civilisation de l'Arabie, cette séparation [entre Européens et Africains] est plus impérieuse encore. Cette ségrégation doit être complétée par l'aménagement de zones d'isolement de 200 à 500 mètres suivant les possibilités et la topographie du lieu. Les médecins coloniaux, membres des commissions d'urbanisme, ont toujours préconisé la zone d'isolement de 500 mètres. Il est en effet prouvé que l'anophèle⁶ ne s'éloigne jamais à plus de 500 mètre de son lieu de naissance. Question aussi de politique indigène. Le noir craint encore le contact du blanc [*sic* !] et l'administration française a le désir

⁵ Ici se retrouve une pareille représentation d'une maladie contagieuse provenant « des autres » et mettant en danger une société.

Une représentation semblable est visible aussi dans l'histoire du VIH/sida. Au début de l'épidémie, les Nord-américains – à travers l'un des « 4 H » (homosexuels, héroïnomanes, hémophiles et Haïtiens) – accusaient les Haïtiens d'être co-responsables de la propagation du sida ; les Haïtiens, pour leur part, accusaient les touristes (sexuels) provenant d'Amérique du Nord (Farmer 1996, traduction française de Farmer 1992).

Aujourd'hui, en Euro-Amérique, la discussion tourne souvent autour de l'origine et des vecteurs Africains du VIH. Sur le continent africain, par contre, l'origine congolaise de la mutation du SIV en HIV est réfutée localement (Pepin 2011; Denis 2006) et dans de vastes régions africaines, la route inverse est invoquée. Ces différentes positions peuvent être interprétées en tant qu'articulations des rapports de force inégalitaires, de l'histoire coloniale ainsi que de l'économie et la politique mondiale actuelle.

⁶ maintenant l'argument hygiéniste est basé sur le moustique vecteur du paludisme

de permettre aux indigènes de suivre leurs coutumes en toute tranquillité... »
(Fourchard 2001:90, citant le géomètre Pietrera)

Pendant la période coloniale, Ouagadougou a plusieurs fois changé son statut entre chef-lieu, capitale et commune mixte. Aussi la population de la ville a connu des phases de forte croissance et décroissance, surtout jusqu'à l'indépendance du pays en 1960.

année	population	croissance annuelle (%)
1904	8'000	-
1914	19'344	9,2
1919	19'075	-0,3
1926	12'238	-6,1
1931	10'768	-2,5
1936	14'200	5,7
1945	17'800	2,5
1948	19'700	3,4
1953	32'077	10,2
1962	57'952	6,8
1975	172'661	8,8
1985	441'514	9,8
1996	709'736	4,4
2006	1'066'082	4,2

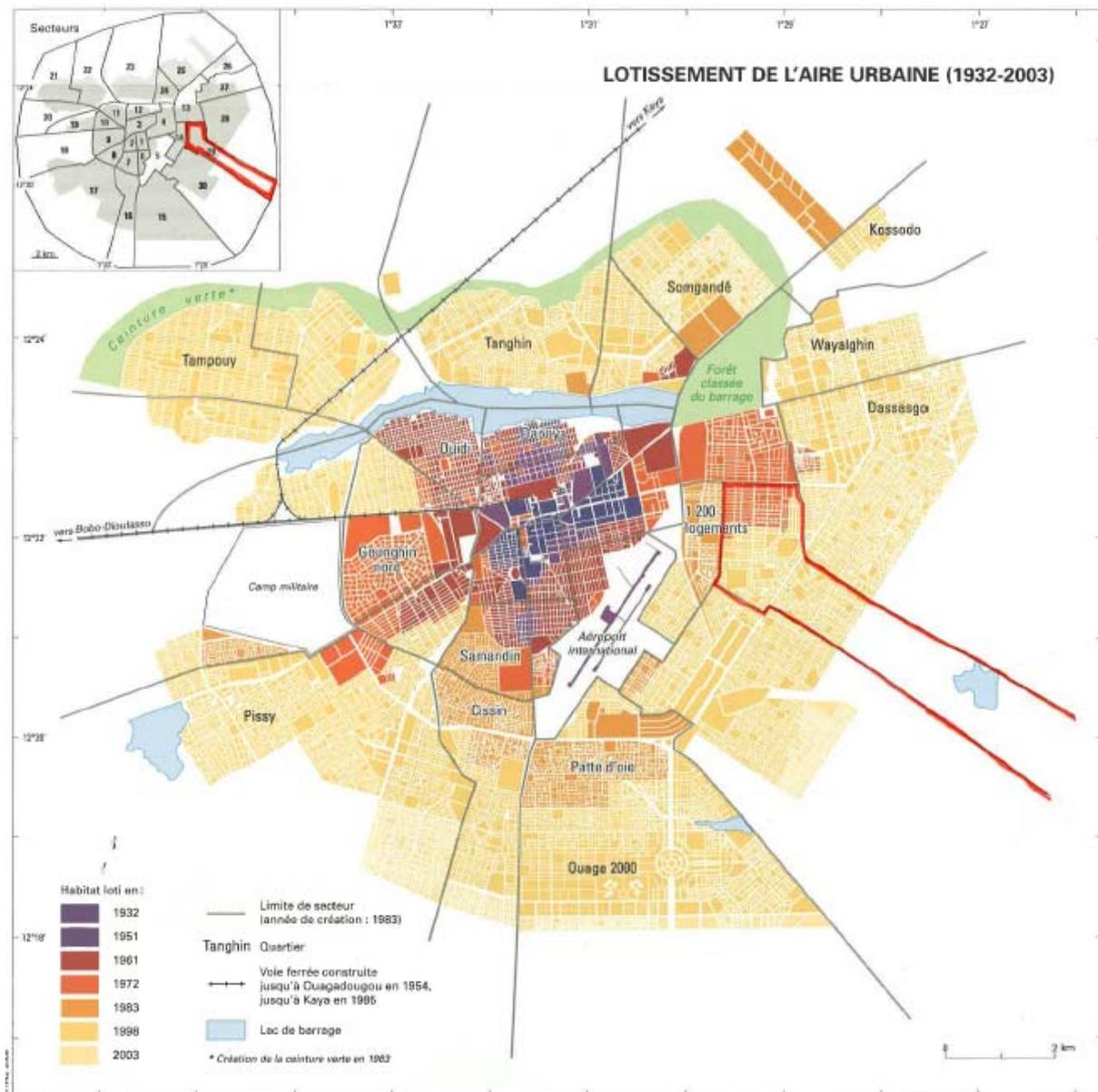
tableau 8 : Évolution de la population de Ouagadougou (1904-2006)
(Fournet 2008 :46)

La ville a été marquée par le contraste majeur entre le centre et la périphérie et par l'absence de réelle volonté politique de faire profiter toute la population de la modernisation de l'habitat. Ainsi, la majeure partie du bâti est restée en *banco*⁷, d'où Ouagadougou a reçu le surnom de « *Bancoville* ». Aussi après l'indépendance en 1960, aucune politique urbaine n'a accompagné l'extension spatiale continue. La pression démographique a mené à un étalement de grands espaces non-régularisés en marge des zones progressivement loties, aussi au-delà des marigots transformés en barrages urbains à partir de la fin des années 1940. Ces espaces périphériques de non lotis dynamiques se sont intensément développés accueillant de plus en plus de migrants (Fournet 2008:29-36).

Ce n'est qu'à l'ère révolutionnaire de Thomas Sankara (1983-1987), sous le monopole de la gouvernance par l'état, que Ouagadougou expérimente un changement fondamental et qu'une

⁷ un mélange de terre de latérite, de paille et d'eau

politique urbaine commence à être mise en œuvre : réforme agraire et foncière, découpage de la ville en trente secteurs numérotés, désorganisant le pouvoir traditionnel et effaçant les anciens noms des quartiers qui seront repris ultérieurement (voir encadré en haut à gauche de la carte 4, avec le *secteur 29* marqué en rouge et carte 5, page 74), création d'une ceinture verte de reboisement autour de la future ville lotie, mise en place d'un adressage de la voirie, érection de monuments symboliques, déguerpissements « commando » de quartiers qualifiés insalubres, lotissement d'espaces irréguliers (pour l'historique du lotissement, voir carte 4 ci-dessous),



carte 4 : Lotissement de l'aire urbaine (1932-2003)
(Fournet 2008 :47, modifié par l'auteur)

équipement d'infrastructures primaires dans chaque secteur (écoles, bornes-fontaines, établissements sanitaires), constructions de cités urbaines pour favoriser la construction de logements sociaux. En 1988, les trente secteurs sont découpés en cinq arrondissements pour la mise en place de services administratifs (état civil, services sociaux, régie des recettes, police foncière)⁸ (Fournet 2008:39-48).

Après la chute du régime Sankara et une période de transition, le secteur privé est libéralisé sous le nouveau président Blaise Compaoré. Les premières élections municipales sont organisées à Ouagadougou en 1995, desquelles Simon Compaoré⁹ sort gagnant. L'état continue à investir dans des projets prestigieux pour de riches investisseurs (projet ZACA et Ouaga 2000), tandis que la Mairie centrale appuie de nouvelles formes urbaines à travers la coopération décentralisée et s'occupe de l'aménagement des espaces publics, de la gestion des déchets et de la voirie. Il en résulte une politique urbaine qui vise à une modernisation de la ville – surtout en son centre – continuant de marginaliser les quartiers périphériques et non lotis. (Dupuis, Leu, et Söderström 2010 :128 ; 179-180 ; 270-273 ; 276-279)

Les formes urbaines deviennent « cosmopolites », diversifiées et intensifiées, connectant Ouagadougou avec d'autres pays, régions et villes du monde : le centre de la capitale « *Bancoville* » se développe en « *Simonville* » d'après le prénom du maire central. Les nombreux apports financiers contribuent à transformer le paysage urbain grâce à une planification urbaine, à l'investissement dans l'immobilier et au développement d'infrastructures sur la base de connaissances internationales influençant les pratiques des architectes, urbanistes et décideurs politiques. Illustrant une ouverture sociale et culturelle, un flux de personnes s'intensifie : les touristes et visiteurs, hommes d'affaires et hommes politiques qui visitent les nombreuses manifestations culturelles, sportives et politiques internationales, contribuent au développement de l'hôtellerie et des services associés. Ainsi, Ouagadougou devient un lieu dynamique d'interconnexions diverses, un centre de référence à l'échelle régionale consciemment médiatisé. La majorité des Ouagalais apprécie les nouvelles infrastructures et les voit comme « l'entrée du 'progrès' à Ouagadougou » (Dupuis et al. 2010:273). Ce progrès se lit également dans l'usage de moyens de locomotion personnels privilégiés par rapport à l'usage des transports collectifs : l'idée répandue que seuls les pauvres marchent parce qu'ils n'ont pas les ressources de se procurer un moyen de déplacement, mène à une prolifération des deux-roues : Ouagadougou est la ville des *mobylettes*. Une nouvelle culture urbaine, plus individuelle et consumériste, se développe chez les classes moyennes et

⁸ Début 2012, le ministre en charge a lancé une campagne d'information sur le redécoupage administratif de la ville décidé fin décembre 2009 : les 5 arrondissements passent à 12 et les 30 secteurs à 55. Le but est d'équilibrer la taille des secteurs au profit d'entités plus homogènes et plus faciles à administrer (Commune de Ouagadougou 2011:14-15; L'Observateur Paalga 2012).

⁹ Cousin de Blaise Compaoré (président du Burkina Faso depuis 1987), Simon Compaoré fut le maire de Ouagadougou entre 1995-2012.

supérieures, culture de loisirs et de divertissements contribuant à différencier les pratiques urbaines au centre-ville.

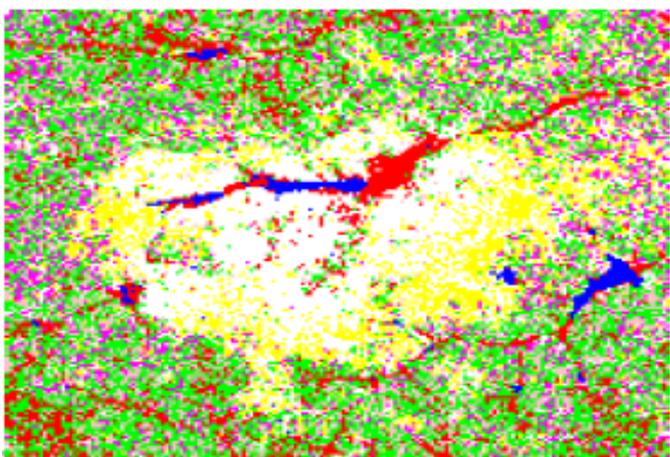
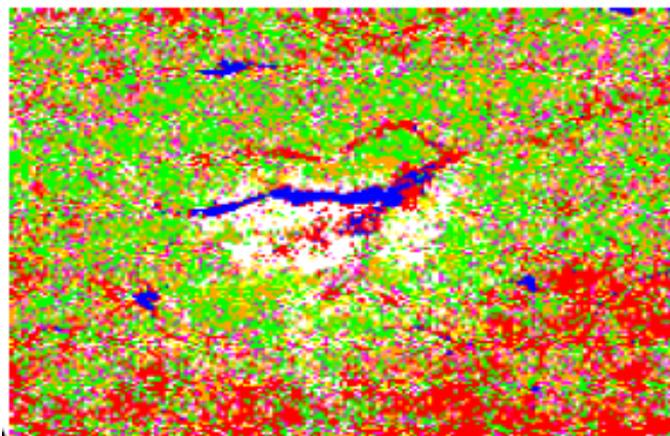
Durant cette période, l'urbanisation s'est accélérée et le taux d'urbanisation a plus que doublé. La croissance démographique est nettement plus élevée à Ouagadougou qu'en moyenne nationale ou en zone rurale. Cela est dû à la croissance naturelle de la population et à une forte migration rurale-urbaine (Manu et al. 2003). Aujourd'hui, plus de 2 millions d'habitants, environ 12% de la population totale du Burkina Faso, vivent dans la capitale (World Urbanization Prospects 2011; Yahmed 2005). Cette croissance rapide est mise en évidence par les chiffres suivants (tableau 9) :

Population de Ouagadougou	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2015	2020	2025
en milliers	33	46	59	82	115	157	265	424	537	667	921	1 328	1 911	2 053	2 696	3 662	4 795
en % de la population du Burkina Faso	0.8	1	1.2	1.5	2	2.4	3.7	5.2	5.8	6.2	7.5	9.4	11.6	12.1	14.1	16.5	18.8
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2011	2015-2020	2020-2025	
taux de croissance annuelle (en %)	6.52	5.12	6.5	6.87	6.13	10.51	9.36	4.76	4.32	6.45	7.32	7.29	6.88	7.02	6.13	5.39	

tableau 9 : Croissance de la ville de Ouagadougou depuis 1950 et projection jusqu'en 2025 (source : World Urbanization Prospects 2011, compilé par l'auteure)

La croissance de la population se traduit par un étalement urbain continu qui mène à une mutation significative du terrain ouvert, couvert de végétation naturelle, en zones urbaines construites, comme le démontre la comparaison visuelle des années 1986 et 2001 (photo 3 à la page suivante). Ainsi, Ouagadougou, « capitale 'rouge et verte' [*banco* et végétation] se transforme en une capitale 'blanche et grise' [constructions modernes et pollution] » (Dupuis et al. 2010:273).

Mais malgré des efforts de modernisation du centre-ville, Ouagadougou donne toujours l'impression d'un village surdimensionné. Quoique quelques bâtiments de plusieurs étages soient visibles au centre-ville, la plupart des constructions est sans étages et rappelle plutôt un énorme tapis de petites cases. En effet, l'accroissement s'opère en zones concentriques dans toutes les directions autour du centre de la ville qui pousse dans la brousse environnante et intègre et rattache progressivement les habitations et villages voisins.



LEGEND

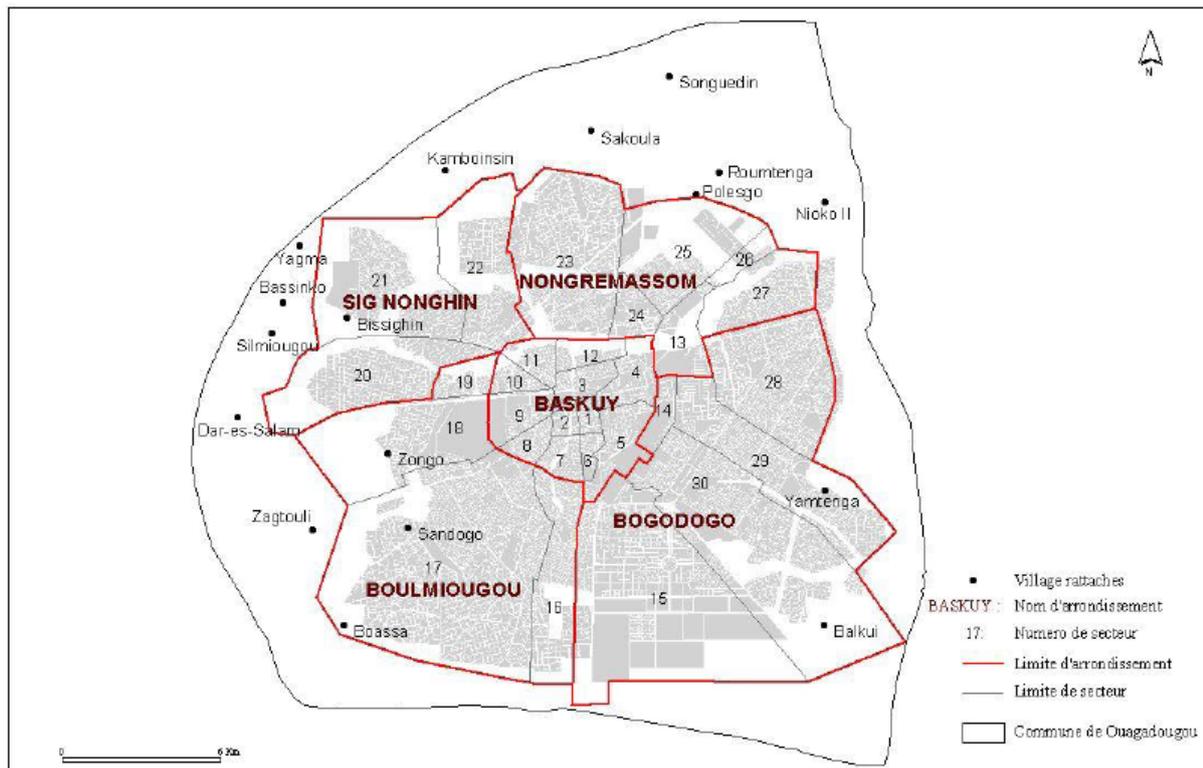
 Water Urban Residential Open land Agriculture Herbacious vegetation Trees

photo 3 : Urbanisation de Ouagadougou entre 1986 et 2001 (1986 en haut et 2001 en bas, Manu et al. 2003)

Les conséquences de cette croissance urbaine incontrôlée sont notamment : la dégradation de l'environnement et la déforestation, le manque d'approvisionnement en électricité et en eau, et de moyens d'élimination des eaux usées et des déchets, la pauvreté répandue, le taux de chômage élevé, la migration ouvrière et le développement du secteur informel de l'économie. En 1996, les moins de 20 ans constituaient plus de la moitié de la population de Ouagadougou et environ 65% de la population urbaine au chômage avaient moins de 24 ans (Manu et al. 2003; Yahmed 2005).

... et le *secteur 29*

Situé à la bordure orientale de la ville, le *secteur 29* ou *sect. 29*, où la présente recherche a été menée, est l'un de ces quartiers périurbains¹⁰ défavorisés nouvellement surgis. Le *secteur 29* est administré par la mairie de l'arrondissement de Bogodogo qui comprend les *secteurs 14, 15, 28, 29* et *30*, ainsi que les communes de Balkouy et Yamtenga (carte 5).



carte 5 : Ancien découpage de la ville en 5 arrondissements et 30 secteurs (Commune de Ouagadougou 2011 :13)

La majeure partie de ce quartier n'est habitée que depuis une vingtaine d'années. Selon les récits de l'un des premiers habitants, cette partie de Ouagadougou était une brousse herbageuse avec des arbres (rôniers, baobabs) et des animaux sauvages (lièvres, perdrix¹¹) jusque dans les années 1980-1990. Certaines parties étaient utilisées pour cultiver (mil, arachide, maïs, etc.), d'autres étaient prévues comme réserves par les chefs locaux de Wemtenga¹² et Dagnoën qui géraient et attribuaient la terre. Ces deux zones, Wemtenga et Dagnoën, se trouvent du côté de la ville du *secteur 29*, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la voie circulaire (Boulevard des Tensoba,

¹⁰ J'utilise le terme périurbain pour caractériser un quartier mal desservi au bord de la ville qui a été construit, en grande partie de manière non planifiée, par la population elle-même, conséquence de l'urbanisation rapide.

¹¹ Selon ce vieux, des singes, des loups et des panthères y vivaient également jusque dans les années 1980.

¹² *tenga* signifie « terre » en *mooré*.

marqué en jaune sur la photo 4 ci-dessous) qui a été construite dans les années 1990 et qui partage ce secteur en deux. La partie adjacente menant vers la brousse au Sud-est s'appelle Taabtenga : cette zone comprend un village rattaché et un barrage (tache sombre sur la photo 4 près du mot « Centre »).

À l'époque de la rurbanisation, la zone intérieure de la voie circulaire n'était pas encore complètement remplie de constructions¹³. Dans cette zone, il n'y avait pas de villages, ni d'habitants, comme le souligne notre vieil informateur : « Il n'y avait pas d'autochtones. Nous sommes tous venus d'ailleurs. Tous sont des étrangers [allogènes *moose* ou d'autres origines ethniques] ». C'est lors de la présidence de Thomas Sankara (1983-1987) et de sa politique de déstabilisation du pouvoir traditionnel que certaines parties précédemment gérées par les chefs *moose* ont été attribuées par l'état à des privés. Grâce à cette politique, beaucoup de personnes ont eu la chance d'obtenir un terrain¹⁴ et de construire leur maison.



photo 4 : Le secteur 29 avec ses parties lotie et non lotie (photo de google earth du 5.12.2012, consulté le 9 février 2013, modifié par l'auteure, croix verte indiquant le lieu du détail de la photo 5 à la page suivante)

¹³ Lors d'un voyage à Ouagadougou en 1997, j'étais venue dans cette zone. Je garde un souvenir et une image de cet espace comme une brousse.

¹⁴ Selon notre informateur, à cette époque une parcelle coûtait entre 10'000 – 15'000 FCFA, certains auraient payé avec 7'500 FCFA, des poulets et du tabac.

Le *secteur 29* n'est pas seulement physiquement séparé en deux par la voie circulaire (Boulevard des Tensoba, marqué en jaune sur la photo 4). Il est aussi divisé en une partie planifiée (côté gauche de la ligne verte) et une partie non planifiée (côté droite de la ligne verte). Cette distinction est clairement visible sur la photo ci-dessous, détaillant la différence dans la structure, la voirie et la grandeur des constructions dans ces deux zones lotie et non lotie.



photo 5 : Limite entre les parties lotie et non lotie du *secteur 29*
(photo de google earth du 5.12.2012, consulté le 9 février 2013, modifié par l'auteure, détail (croix verte) de la photo 4 à la page précédente)

La partie planifiée est construite de maisons régulières, généralement d'un ou deux étages, d'un bon standard et alimentées en électricité et en eau. Avoisinant cette partie lotie du *secteur 29*, du côté extérieur de la voie circulaire, des constructions spontanées et non approuvées ont été bâties. Ces zones sont simplement appelées « non loti » par les Ouagalais. Le non loti du *secteur 29* constitue la plus grande partie du quartier et continue de croître dans la brousse environnante. Les habitants construisent leurs petites cases souvent eux-mêmes en briques de *banco*, un mélange de terre de latérite, de paille et d'eau (photo 6 à la page suivante). Ces

quartiers périphériques ne disposent ni d'eau et d'électricité, ni de système d'évacuation des eaux usées ou d'élimination des déchets. À la période de mon travail de terrain, un enregistrement officiel des propriétaires a été fait en vue de la légalisation ultérieure de ces constructions (lotissement en 2003, carte 4, page 70).

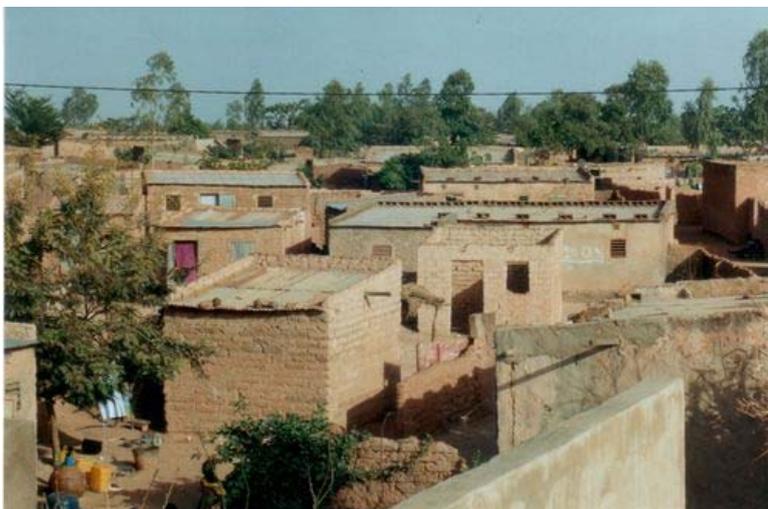


photo 6 : Vue sur le non loti du *secteur 29*
(photo de KoenJ, google earth, accédée le 9 février 2013)

L'urbanisation est visible dans les recensements de la population qui démontrent la croissance rapide durant les vingt dernières années, autant dans l'arrondissement de Bogodogo qu'au *secteur 29* (tableau 10). Le *secteur 29* a vu un presque quadruplement de sa population en l'espace de vingt ans :

habitant.e-s	recensement	recensement	dénombrement	recensement 2006 ²
	1985	1996 ²	avril 2004 ³	
arrond. de Bogodogo	97'169 ¹	200'922	–	426'185
<i>secteur 29</i>	22'705 ^{1,2}	39'368	55'118	85'800

tableau 10 : Croissance de la population dans l'arrondissement de Bogodogo et au *secteur 29*
(sources : 1 Mairie de Bogodogo n.d. ; 2 Commune de Ouagadougou 2011 ; 3 information personnelle reçue en juillet 2004 à la Mairie de Bogodogo)

L'arrondissement de Bogodogo regroupe 29% de la population de la ville. Au *secteur 29*, les enfants jusqu'à 14 ans représentent 33% de la population, soit 27'917 personnes (Commune de Ouagadougou 2011:25).

La population du *secteur 29* est économiquement, socialement, religieusement et ethniquement mixte, la majorité étant *Moose*. La plupart des habitants travaillent dans le secteur informel, beaucoup parmi eux sont au chômage. Il y a des réseaux sociaux solides, beaucoup de gens se connaissent et approuvent un sentiment d'appartenance au quartier. Certains habitants se déplacent uniquement à pied par faute de moyens. D'autres sont en relations étroites avec des personnes dans des quartiers éloignés. En outre des résidents de longue date, il y a aussi des nouveaux arrivants venus d'autres quartiers, de différentes régions du Burkina Faso ou de l'étranger.

Lors de notre visite de la mairie de Bogodogo en juillet 2004, le responsable nous a procuré une liste des infrastructures et équipements du *secteur 29* listés dans le tableau 11 :

équipements collectifs	nombre
garderie	2
centre éducation de base non formelle	1
école coranique	6
école primaire publique	5
école primaire privée	11
lycée public	3
enseignement technique professionnel	2
lycées et collèges privés	5
centre de santé et promotion sociale CSPS	2
dépôt pharmaceutique	1
cabinet de soins privé	4
clinique privée	2
forage	14
retenue d'eau	2
bas-fonds aménagés	3
police	1

tableau 11 : Équipements collectifs du *secteur 29*
(liste compilée par la Mairie de Bogodogo, juillet 2004)

En plus du grand marché hebdomadaire *Katre jaar*¹⁵, le *secteur 29* est équipé de beaucoup de petits marchés et d'échoppes, d'innombrables entreprises artisanales de tout genre, de nombreux établissements publics et privés d'enseignement pour tous les niveaux jusqu'au lycée et à la formation technique, d'une douzaine de pompes à eau, de plusieurs postes de santé, de

¹⁵ *jaar* signifie marché en *mooré* ; *Katre* est le nom de l'initiateur du marché qui était parmi les premiers habitants du quartier (renseignement de notre informateur)

cabinets de médecins privés et de cliniques, de nombreuses églises et mosquées de diverses dénominations, d'une discothèque et de chambres de passe.

Nous avons déjà remarqué dans l'introduction que le sida, malgré le taux de prévalence du VIH relativement bas, est un sujet brûlant pour les habitant-e-s du *secteur 29*. Cependant, la maladie reste cachée et les personnes impliquées risquent d'être stigmatisées. Ce constat peut être illustré par les trois exemples d'expériences ethnographiques et de données recueillies.

Le sida est beaucoup discuté dans les espaces publics, spécialement dans les cabarets de *dolo*, où des informations sont échangées et des représentations partagées et débattues. Mais, quoique le sujet soit fréquemment abordé, cela reste de manière générale afin de ne pas laisser sous-entendre qu'un-e interlocuteur/trice ou un membre de sa famille est atteint-e de cette affection, ce qui serait perçu comme un grand affront et compris comme une insinuation de pratiques sexuelles immorales. Certaines représentations sont fréquemment débattues comme les doutes sur l'existence de la maladie, la visibilité de la maladie sur une personne bien portante ou sous TARV, des mythes de conspiration autour de la propagation volontaire par des personnes du Nord ou la confection des préservatifs incluant le virus¹⁶, ou encore sur les voies de contamination comme le lavage de vêtements de personnes atteintes, les lames de rasoir et la visite chez le coiffeur. L'infidélité et l'adultère sont des sujets souvent discutés sous un angle moral, accusant spécialement la jeune génération¹⁷.

Il n'est pas fréquent que des personnes avouent que le sida a touché des personnes de leur entourage. Une participante à notre étude, une infirmière de la génération moyenne et parallèlement vendeuse de *dolo*, nous a confié qu'elle soigne des membres de sa famille en cachette à leur domicile. En tant qu'infirmière, elle est également approchée par des gens du quartier pour qu'elle donne des soins à leurs proches, ce qu'elle refuse pour des raisons déontologiques, aussi longtemps que ceux-ci ne lui procurent pas des diagnostics confirmés et des ordonnances. En plus de ces soins infirmiers, elle fait de la sensibilisation sur son lieu de vente de *dolo*, où elle confronte les client-e-s et leurs représentations erronées sur le VIH et le sida avec des arguments de logique biomédicale. Une autre participante à l'étude, une jeune femme de la première génération ayant trois enfants de pères différents et essayant de se faire épouser par le papa du dernier dans un mariage polygame afin de stabiliser sa situation, a exceptionnellement ouvertement témoigné qu'elle a perdu trois amies et une de ses parentes qui ont toutes passées la dernière période de leur vie au CASO.

¹⁶ voir chapitre 8 '*En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin*' (page 163)

¹⁷ voir chapitres 5 *Sexe dans la Cité* (page 83)



photo 7 : Entrée du Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou (CASO) au *secteur 30* (photo prise par l'auteure en 2004)

Le CASO est un hospice pour les personnes en phase terminale du sida, le Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou, fondé par les Saint Caméliens, et situé au *secteur 30* avoisinant. Il m'a fallu plusieurs semaines de travail au *secteur 29* avant que je n'apprenne l'existence de ce centre. En faisant allusion à son enceinte en *banco*, il est appelé 'le mur rouge' par les habitant·e-s du quartier qui craignent le lieu, et l'évitent, également parce que le directeur insiste que ce centre soit calme et tranquille en autorisant l'accès uniquement à des membres des familles des malades qui y sont pris en charge.

5

SEXE DANS LA CITE : RECITS DES VIEILLES ET DES VIEUX SUR LA SEXUALITE DES JEUNES ET LE SIDA A OUAGADOUGOU¹

Patricia Schwärzler^{1, 2}

¹ Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse

² Université de Bâle, Bâle, Suisse

¹ traduction actualisée d'un article publié en allemand en 2010 (avec la permission des éditeurs) dans un acte de colloque (Schwärzler 2010a) :

Sex and the City: Erzählungen alter Männer und Frauen über jugendliche Sexualität und AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso. Dilger Hansjörg & Hadolt Bernhard (eds.), 2010: Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Peter Lang, pp. 389-409.

Sex and the City est une série télévisée américaine diffusée en Amérique et en Europe depuis 1998.

Les expressions « vieille/s » et « vieux » ne sont pas péjoratives dans ce contexte, au contraire. Je les utilise ici aussi pour des raisons de brièveté. Sont appelés « vieux » des personnes qui ont dépassé l'âge de procréation, souvent grands-parents, avertis et ainsi respectés.

Introduction

D'un point de vue épidémiologique, la situation du sida est beaucoup moins dramatique en Afrique de l'Ouest que dans le Sud, l'Est ou le Centre du continent. Au Burkina Faso, selon les statistiques des organisations nationales et internationales, les taux de prévalence (1,6%) et d'incidence (1,7%) nationales n'ont cessé de diminuer au cours des dernières années. Toutefois, il existe de grandes différences géographiques et sociales. Les zones urbaines enregistrent des taux deux fois plus élevés que les zones rurales et atteignent le taux maximal de 5,1% dans la capitale Ouagadougou en 2007. Par rapport au taux de prévalence des jeunes, dans la tranche d'âge des 15-24 ans, le taux des femmes est deux fois plus élevé que chez les hommes, voire trois fois plus élevé pour la tranche d'âge des 20-24 ans (CNLS-IST 2007; ONUSIDA/SP/CNLS-IST 2008; SP/CNLS-IST/ONUSIDA 2010; UNAIDS/WHO 2006, 2008).

Selon les spécialistes en santé publique et les épidémiologistes, la propagation du VIH/sida résulte principalement de connaissances manquantes ou erronées des populations quant au VIH, du type et de la fréquence des pratiques à haut risque des groupes particulièrement vulnérables, des facteurs socioculturels, de l'urbanisation, de la pauvreté et de la migration. Les chercheurs en sciences sociales appréhendent les pratiques sexuelles dans l'ensemble des pratiques sociales et dès lors les considèrent soumises aux changements sociaux. Les pratiques sexuelles ne sont ainsi pas étudiées en tant que spécifiquement «africaines», mais plutôt en tant que résultat de transformations historiques, économiques et sociales de longue durée (Oppong et Kalipeni 2004). Ces changements sociaux liés aux pratiques sexuelles sont souvent associés à la vie en ville et au processus d'urbanisation. Or, les transformations et les nouvelles formes de liens sociaux qui en découlent sont peu étudiées. Il en est ainsi de Ouagadougou.

Cet article examine comment les résidents de Ouagadougou perçoivent eux-mêmes la prépondérance du VIH/sida chez les jeunes femmes vivant en ville. Nous allons tenter de démontrer à l'aide des récits des vieilles et des vieux sur la sexualité des jeunes qu'il existe, pour la génération des grands-parents, un lien entre le milieu de vie urbain et le risque pour les jeunes femmes de contracter le VIH.

Skinner (1974) décrit les transformations sociales et les conflits entre les genres et les générations pendant les années 1950 et 1960¹. Il les juge, dans l'esprit du temps, comme

¹ Elliott Percival Skinner trace le processus de changement pendant la phase initiale d'urbanisation de Ouagadougou, tel qu'il l'a observé, d'abord en tant qu'anthropologue, ensuite en tant qu'ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique au Burkina Faso. Entre 1955 et 1957, Skinner a fait de la recherche de terrain dans les districts ruraux de Manga et Nobéré et a publié « The Mossi of Upper Volta : The Political Development of a Sudanese People » en 1964. Les données relatives à la publication « African urban life : The transformation of Ouagadougou » discutées ici, ont été recueillies essentiellement entre 1964 et 1965 et publiées en 1974 après qu'il ait quitté son poste d'ambassadeur (1966-1969).

l'appropriation de valeurs occidentales perçues comme modernes. En même temps, il est fasciné par les traditions rurales des *Moose*². Cinq exemples, qui sont importants dans notre contexte, sont à mentionner ici. (1) Déjà à cette époque, les manières de faire la cour et de se marier étaient en mutation. Les jeunes filles se défendaient contre les mariages arrangés, surtout si elles étaient économiquement indépendantes. Elles se laissaient aborder devant leur cour par leurs prétendants et réagissaient selon leur propre désir à leurs avances. Cependant, les jeunes n'étaient pas seuls lors de leurs rendez-vous ou pour des activités communes, mais étaient toujours accompagnés par des amis, de la parenté ou des couples mariés de leur âge (ibid. : 109-114). (2) L'excision était largement pratiquée chez les *Moose*, cependant moins chez les filles de jeunes politiciens et de mères instruites. Skinner doutait que cette pratique se poursuivrait avec l'urbanisation et la progression de l'éducation des femmes (ibid. : 192). (3) L'enseignement européen a été introduit par des missionnaires français au début du 20^e siècle. En raison de préoccupations d'ordre moral et de la peur que les filles – influencées par les pratiques européennes – refusent de se soumettre à leur époux plus tard dans la vie conjugale, la fréquentation scolaire des filles n'a été approuvée par la population que dans les années 1960. À cette époque, les expériences avaient suffisamment démontré que les anciennes élèves apportaient un avantage économique à leurs familles en tant que épouses potentielles de fonctionnaires salariés (ibid. : 248-251). (4) Des différences de niveau de scolarisation et d'intérêts rendaient les conversations entre pères et fils difficiles. Alors que le week-end, les pères exploitaient souvent leurs champs dans leurs villages d'origine et parlaient volontiers des valeurs «traditionnelles» et des pratiques rurales, les garçons étaient davantage attirés par la ville et les aspects plus modernes de leur époque. Par honte, les fils éduqués ne partageaient pas leurs connaissances scolaires avec leurs pères (ibid. : 93 f.). (5) De nombreuses commerçantes amélioraient leurs maigres revenus grâce à la prostitution à temps partiel en visitant leurs clients après le travail et en acceptant des cadeaux sous forme d'argent ou de vêtements. Les maris de ces commerçantes qui revenaient souvent tard dans la nuit étaient admonestés qu'elles ne seraient pas obligées de travailler si longtemps s'ils gagnaient eux-mêmes un revenu suffisamment élevé (ibid. : 75-77, 150).

Selon ses brèves d'informations (Skinner 1974:12f), ses informateurs étaient principalement des migrants ruraux venus en ville qu'il avait connus lors de ses recherches antérieures ainsi que des juges des tribunaux et des représentants des élites d'antan qu'il avait côtoyés dans sa fonction d'ambassadeur.

² J'utilise ici la nouvelle notation qui se modèle sur l'ethnonyme des *Moose* telle que suggérée par Lilo Roost Vischer (1997:9). Habituellement le groupe culturel principal du Burkina Faso est appelé Mossi, selon la prononciation et l'orthographe française. Les *Moose* sont l'un des plus grands groupes culturels en Afrique de l'Ouest. Représentant 52% de la population, ils constituent également le plus grand du Burkina Faso et leur langue, le *mooré*, sert de langue véhiculaire dans le pays à côté de la langue officielle le français. En raison de leur histoire, les *Moose* ont une culture syncrétique et hiérarchique. Traditionnellement, ils vivent par filiation patrilinéaire en résidence patrilocale, sont gérontocratiques et ont une séparation nette des genres (Schwartzler 1996).

Plus récemment, l'anthropologue Claudia Roth décrit les transformations sociales en termes de sécurité sociale et de liens intergénérationnels tels que vécus par la génération des vieux dans la deuxième ville du Burkina Faso. À Bobo-Dioulasso, les vieilles et les vieux discutent des aspects de la reproduction sociale de manière positive en recourant aux préceptes culturels et de manière négative sous forme de plaintes. Roth considère ces discours comme une stratégie visant à renégocier le contrat entre les générations. Le respect des jeunes envers les vieux et des épouses envers leur époux est une valeur importante qui exprime la hiérarchie par l'âge et le sexe qui structurait la société précoloniale. Les plaintes des vieux du manque de respect des jeunes sert à rappeler à ces derniers leurs obligations intergénérationnelles et est, en même temps, un rappel d'un temps où les vieux avaient encore plus de contrôle sur les ressources et plus d'influence sur l'éducation et le mode de vie des jeunes (Roth 2012:290). Ainsi les vieilles et les vieux représentent, dans leurs discours publics et normatifs, une menace à la continuité de la reproduction sociale par les jeunes. Les jeunes, de leur côté, expriment la modernité et les transformations sociales à travers la quête d'indépendance et la désobéissance, ils se montrent irrespectueux envers les vieux et les pratiques qui leurs rappellent la société ancienne (Roth 2007, 2008, 2012).

Ces discours ne sont pas seulement une expression du passéisme de la génération des vieux et de leur distanciation par rapport à la modernité occidentale (Geschiere, Meyer, et Pels 2008). Ils servent aussi à offrir des lignes directrices pour les jeunes, dans le contexte actuel de la vie urbaine qui est caractérisée par des difficultés économiques, par des nouveaux modèles des rôles des femmes et des hommes, et par le VIH (Dilger 2003).

La ville de Ouagadougou ...

Ouagadougou est une cité ancienne. Dès le début de l'émergence de l'empire du *Mogho Naaba*, elle est devenue le siège légendaire du chef supérieur des *Moose*. Dès la fin du 19^e siècle, Ouagadougou est devenu le chef-lieu de la colonie française et est resté la capitale du pays après l'indépendance en 1960. Au cours des derniers siècles, la population de la ville a connu des phases de forte croissance ou décroissance (Roost Vischer 1997:61-69). Entre 1980 et 2000, le taux d'urbanisation a plus que doublé ; la croissance démographique est nettement plus élevée à Ouagadougou qu'en moyenne nationale ou en zone rurale. Cela est dû à l'accroissement naturel et à un fort exode rural (Manu et al. 2003). Aujourd'hui, près de 1,3 millions d'habitants, presque 10% de la population totale du Burkina Faso, vivent dans la capitale (Yahmed 2005; World Urbanization Prospects 2007).

La dégradation de l'environnement et la déforestation, le manque d'approvisionnement en électricité et en eau et d'élimination des eaux usées et des déchets, la pauvreté répandue, le taux

de chômage élevé, la migration ouvrière et le développement du secteur informel de l'économie sont quelques-unes des conséquences de cette croissance urbaine incontrôlée. En 1996, les moins de 20 ans constituaient plus de la moitié de la population de Ouagadougou et environ 65% de la population urbaine au chômage avaient moins de 24 ans (Yahmed 2005; Manu et al. 2003; Sévédé-Bardem 1997).

Une telle croissance urbaine rapide a également des conséquences sur la santé de la population locale. Des études récentes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive à Ouagadougou portent surtout sur les avortements (Rossier 2007; Rossier et al. 2006), et dans le domaine du VIH/sida, surtout sur la redéfinition des réseaux sociaux par les personnes vivant avec le VIH/sida (Egrot 2007b), leur accès à et leur utilisation des médicaments antirétroviraux (Bila 2011b; Bila et Egrot 2009; Aboubacrine et al. 2007; Nguyen et al. 2003), ou leur relation avec le système de santé (Kouanda, Desclaux, et Bila 2008) et l'équité de l'accès à la santé en général et à travers des associations (Ridde, Somé, et Pirkle 2012; Ridde 2006, 2008a, 2008b).

... et le secteur 29

Ouagadougou est divisée en cinq arrondissements et subdivisée en 30 secteurs qui ont été délimités sous forme de spirale depuis le centre vers la périphérie de la ville. Les données présentées dans cet article proviennent d'un quartier périurbain³ situé à la bordure orientale de la ville, le *secteur 29*, où vivent plus de 55'000 personnes. Une partie du *sect. 29* (notation courante) a été planifiée et construite de maisons régulières généralement de un ou deux étages, d'un bon standard et alimentées en électricité et en eau.

Avoisinant la partie lotie du *sect. 29*, sur le côté extérieur, des constructions spontanées et non approuvées ont été bâties. Ces zones sont simplement appelées *non loti* par les Ouagalais. Le *non loti* du *sect. 29* constitue la plus grande partie du quartier et continue de croître dans la brousse environnante. Les habitants construisent leurs petites cases souvent eux-mêmes en briques de *banco*, un mélange de terre de latérite, de paille et d'eau. Ces quartiers périphériques ne disposent ni d'eau et d'électricité, ni de système d'évacuation des eaux usées ou d'élimination des déchets. À la période de mon travail de terrain, un enregistrement officiel des propriétaires a été fait en vue de la légalisation ultérieure de ces constructions. En plus d'un grand marché hebdomadaire, il y a au *sect. 29* beaucoup de petits marchés et d'échoppes, d'innombrables entreprises artisanales de tout genre, de nombreux établissements publics et privés d'enseignement pour tous les niveaux jusqu'au lycée et à la formation technique, une douzaine de pompes à eau, plusieurs postes de santé, des cabinets de médecins privés et des cliniques, de

³ J'utilise le terme « périurbain » pour caractériser un quartier mal desservi au bord de la ville qui a été construit, en grande partie de manière non planifiée, par la population elle-même, conséquence de l'urbanisation rapide.

nombreuses églises et mosquées de diverses dénominations, une discothèque et des chambres de passe.

La modernisation et la mondialisation ont fait leur entrée dans les quartiers défavorisés tels que le *non loti* du *sect. 29* : il y a des cybercafés, des télécentres publics et des magasins avec des marchandises en provenance de Chine et du Moyen-Orient. Le désir de vivre et d'apparaître comme des Européens ou des Américains est très important pour la jeune génération. Le prétendu monde occidental est véhiculé par la télévision et les films.

La population du *sect. 29* est économiquement, socialement, religieusement et ethniquement mixte, la majorité étant *Moose*. La plupart des habitants travaillent dans le secteur informel, beaucoup parmi eux sont au chômage. Il y a des réseaux sociaux solides, beaucoup de gens se connaissent et approuvent un sentiment d'appartenance au quartier. Certains habitants se déplacent uniquement à pied par faute de moyens. D'autres sont en relations étroites avec des personnes dans des quartiers éloignés. En plus des résidents de longue date, il y a aussi des nouveaux arrivants venus d'autres quartiers, de différentes régions du Burkina Faso ou de l'étranger.

Méthodes

Le présent article fait partie d'un projet de doctorat sur les relations sociales et sexuelles entre les femmes et les hommes de trois générations du *sect. 29* de Ouagadougou et leur confrontation au VIH. Les données ont été recueillies lors d'un travail de terrain de 14 mois entre Septembre 2003 et Novembre 2004 avec l'aide de personnes locales. Des courts séjours annuels d'approfondissement ont eu lieu depuis lors. Le statut de séroprévalence des participants de l'étude n'était pas connu.

Pour le présent article ont été menés des entretiens individuels et des discussions de groupe, séparément pour chaque genre, avec un total de 31 femmes et 20 hommes de la génération des vieux. Les femmes avaient entre 44-75 ans, les hommes entre 46-80 ans. Les participants étaient pour la plupart des *Moose* et vivaient depuis au moins dix ans à Ouagadougou. Beaucoup n'avaient fréquenté l'école moderne que quelques années ; plus de la moitié des femmes et des hommes n'étaient jamais allés à l'école moderne. Les femmes étaient presque toutes des marchandes de petit commerce, quelques-unes s'occupaient uniquement du ménage. Les hommes étaient pour la plupart retraités ou travaillaient comme ouvriers. Lors de leur mariage, la plupart des femmes et quelques hommes étaient plutôt jeunes : plus d'un tiers des femmes avaient entre 15-17 ans, la plus âgée avait 24 ans lors de son mariage. Chez les hommes, un tiers des interlocuteurs s'étaient marié entre 18-22 ans, le plus âgé à 47 ans.

Beaucoup de personnes interrogées ont reproduit un discours général peu nuancé sur les transformations des relations entre les genres, les générations et les anciennes valeurs et normes. Ils ne se plaignaient presque jamais de leurs propres enfants ou petits-enfants mais commentaient les changements dans la société globale. Les vieux hommes parlaient uniquement des relations des jeunes femmes avec les jeunes hommes, mais pas des relations des jeunes femmes avec les hommes de leur propre génération.

Comment les vieux et les vieilles parlent de l'activité sexuelle des jeunes

En rétrospective

C'est surtout les vieux hommes qui font la comparaison des relations d'aujourd'hui en ville avec les liaisons amoureuses prémaritales (*roellendo*) ou avec l'«enlèvement» des femmes (*pog rikre*), ces deux institutions sociales de la société « traditionnelle » *moaga* que je vais décrire plus en détail.

Comme les mariages arrangés étaient la règle et servaient à allier deux lignages différents, les jeunes nubiles n'étaient pas autonomes dans le choix du/de la partenaire. Ceci n'était pas le cas dans la phase prémaritale des relations affectives socialement légitimées, le *roellendo*. Le *roellendo* était chez les *Moose* «traditionnels» une relation de découverte romantique entre pairs, dans laquelle les jeunes amoureux faisaient leurs premières expériences érotiques et sexuelles accompagnées par d'intenses sentiments. Le *roellendo* servait au contrôle institutionnalisé de la sexualité des jeunes.

Selon Lallemand (1977), la relation était initiée par le jeune homme à travers d'un intermédiaire. La jeune fille et sa mère ayant donné leur consentement, la liaison secrète de la jeune fille et du jeune homme devenait légitime tout en restant secrète parmi les femmes de la cour de la jeune fille. Une telle relation était choisie librement par les deux amants, relativement égalitaire et fondée sur l'affection mutuelle. Pendant la première phase publique de leurs rendez-vous dans la cour du garçon, chacun des deux prétendants était accompagné par des pairs de même sexe et ils ne se rapprochaient jamais beaucoup physiquement. Dans ces réunions mixtes, tous les jeunes pouvaient parler, se provoquer et se taquiner, chanter et danser pendant des heures. Au fil du temps, l'escorte des amants par les pairs s'estompait jusqu'à ce que la jeune fille ne fût plus accompagnée du tout. Les parents masculins du garçon et les résidentes féminines de la cour de la jeune fille ayant connaissance de cette liaison entre les deux jeunes, les deux amants commençaient alors à se rencontrer seuls et à se rapprocher physiquement dans la case du garçon la nuit en « secret ». Le garçon devait rester entièrement habillé alors que la fille avait appris des femmes âgées comment attacher son pagne comme une culotte entre les jambes.

Tous deux étaient instruits sur la façon dont ils devaient se comporter et quelles parties du corps étaient considérées permises ou illicites pour des attouchements. Ils ne devaient pas être couchés mais assis, mais étaient autorisés à s'embrasser. Le garçon pouvait caresser la fille, la jeune fille normalement ne touchait le garçon qu'aux épaules. Si le garçon voulait passer sa main sous le pagne de la jeune fille, celle-ci devait l'en empêcher. S'il devenait trop insistant, elle devait quitter sa case et rompre le contact avec lui. Il était donc important pour les deux de se retenir et de ne pas se livrer à des rapports sexuels pénétratifs.

En particulier, la première fille d'une famille n'osait pas avoir de rapports sexuels avant le mariage. Pour ses sœurs cadettes, il était toujours embarrassant de ne plus être vierge lors du mariage, mais pas autant que pour l'aînée. Les garçons étaient autorisés à avoir plusieurs amies (*roelle*). Si une jeune fille avait de multiples partenaires, le garçon se méfiait et se retirait. On s'attendait à ce qu'une jeune fille dise clairement à un garçon qui lui faisait des avances si elle voyait un autre *roelle*⁴. Habituellement, le garçon faisait des petits cadeaux à la fille quand elle lui rendait visite dans sa case : quelques noix de colas et un peu d'argent. Les personnes médiatrices et la mère de la jeune fille recevaient aussi, mais moins souvent, des colas et de l'argent en quantités plus élevées.

Lallemand (1977:140) décrit que les filles se vêtaient et se paraient comme les femmes urbaines avec des produits du marché et tentaient ainsi, grâce aux cadeaux de leur amant, de s'adapter à des standards européens de consommation.

Ces liaisons prémaritales, selon Lallemand, ne servaient pas à l'apprentissage de la sexualité. Le *roellendo* se distinguait clairement de la relation et de la sexualité dans le mariage. Les caresses étaient réservées au *roelle*. Elles n'étaient pas habituelles avec l'époux et la sexualité pénétrative était perçue par de nombreuses jeunes filles – au moins au début du mariage – comme douloureuse et non pas fondée sur l'affection. Ainsi, le mariage représentait pour la fille une rupture avec son milieu familial, avec son *roelle* bien-aimé et une vie relativement libérale avec peu de devoirs et de responsabilités. Pour Lallemand, c'est l'une des raisons pour laquelle de nombreuses personnes âgées gardent un souvenir très positif du *roellendo*.

Aujourd'hui, les vieux hommes de Ouagadougou comparent le *roellendo* aux relations actuelles des jeunes dans la mesure où les jeunes choisissent leurs partenaires eux-mêmes et se rencontrent en cachette. Cependant, ils distinguent ces relations actuelles des anciennes dans plusieurs aspects, tous perçus comme problématiques : les femmes autant que les hommes sont activement engagés dans la recherche de partenaires, ils ne passent pas par des parents médiateurs, ils ont tous deux souvent plusieurs partenaires concurremment, ils ne respectent pas l'interdiction de rapports sexuels pénétratifs et l'activité sexuelle n'est pas en vue de se

⁴ Le même terme est utilisé pour les garçons et les filles (Lallemand 1977:132).

marier et de procréer. Un inspecteur postal retraité était particulièrement irrité par le fait prétendu que la recherche de partenaires commence plus tôt parmi la jeune génération :

Ce n'était pas comme aujourd'hui. Quand un garçon commençait à chercher une fille, il pensait déjà au mariage. Ce n'était pas juste le copinage. Mais de nos jours, ce n'est plus ça. [...] Pour le copinage, pour la fille, dès qu'elle atteint ce que les blancs appellent puberté, elle commence à suivre les garçons. Dès l'âge de 12 ou 13 ans, elle pense déjà aux garçons. Quant aux garçons, ça commence avec la puberté. (*bisa* de 58 ans, quelques années d'éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 27 ans)

Outre la pratique courante du mariage arrangé, il existait aussi, dans la société « traditionnelle » *moaga* en zone rurale, des « enlèvements » de femmes (*pog rikre*). Dans la littérature ethnographique (Gruénais 1985; Izard-Héritier et Izard 1959), l'« enlèvement » est décrit comme une pratique selon laquelle une femme qui était en route en brousse pouvait être enlevée et amenée dans un village. Si elle s'y plaisait, elle pouvait épouser son ravisseur. Les vieux observent cette forme de relation aujourd'hui dans la ville dans ce qu'ils qualifient de « femmes ramassées » dans la rue, comme dans ce qui suit :

Tu peux ramasser une femme et après ta famille part demander pardon pour qu'on régularise la situation. Tu peux ramasser une femme comme des arachides dans la rue. Tu la rencontres, elle dit qu'elle va dans tel village, tu l'invites à boire de l'eau chez toi. Si elle voit qu'elle peut avoir à manger et à boire, elle devient ta femme. On appelle ça une femme ramassée. Actuellement, il y a surtout des femmes ramassées, ce n'est plus le mariage comme nous l'avons connu. (*moaga* de 64 ans, sans éducation scolaire, maçon, à Ouagadougou depuis 29 ans)

De cette manière, les vieux hommes expriment que les jeunes femmes circulent dans l'espace public et s'aventurent facilement dans des relations avec les hommes. Les filles perçues comme honorables par les vieux, par contre, devraient être réticentes et ne pas céder aux avances des hommes trop rapidement. "Quand on creuse un puits, on n'a pas d'eau le jour même !" est un proverbe souvent cité dans le quartier par les personnes âgées⁵. Avec ce genre de déclarations, les vieux hommes rejettent la responsabilité sur les jeunes femmes qui acceptent les avances des hommes et qui s'engagent dans de telles relations.

Les vieilles femmes thématisent d'autres institutions de l'ancienne société *moaga*. Elles se souviennent du test de virginité et en particulier de l'excision qui continue à être significative pour elles.

Comme il était attendu d'une jeune fille qu'elle soit vierge lors du mariage, on lui faisait un test la veille de la cérémonie. Pendant les ablutions rituelles, on lui versait de l'eau de henné sur la

⁵ Déjà Suzanne Lallemand (1977: 124) interpellait Dim Delobsom (1932), fils de l'ancien chef *moaga* de Sao, avec ce proverbe.

En outre, les *Moose* associent l'eau et les sécrétions sexuelles des femmes et des hommes en appelant ces dernières « eau de sexe » (*yoor-koom*) (Schwartzler 1996).

tête et interprétait la façon comme elle coulait sur le corps. Une vendeuse de *dolo* (bière de mil artisanale) qui s'était mariée à 21 ans, s'en souvient exactement :

On te lave, puis on met l'eau du henné à côté avec deux colas. Après le bain, on pose une cola à ta droite et l'autre à ta gauche. Puis, on verse l'eau du henné sur ta tête. Si l'eau de henné descend tout droit, c'est que tu es vierge. Mais, quand l'eau du henné ne descend pas tout droit.... Même à ton mariage, tu ne seras même pas au courant [que tu es soumise à ce test] ... Sauf la veille que tu vas voir qu'on est en train de tremper le henné. (*moaga* de 57 ans, sans éducation scolaire, depuis 42 ans à Ouagadougou)

Dans un groupe de discussion, les vieilles femmes ont lié l'activité sexuelle des jeunes filles à l'absence d'excision⁶ et en ont débattu vivement. Ces femmes, qui ont probablement toutes été excisées, ne comprennent pas les arguments mis en avant dans les discours de santé publique, dans les campagnes d'abolition de l'excision et lors de l'adoption d'une loi interdisant l'excision au Burkina Faso. Par exemple l'argument que l'excision peut provoquer des complications lors de l'accouchement est contesté avec véhémence. Les femmes soulignent qu'elles ont accouché sans complications. Pour ces vieilles, le bénéfice de l'excision est que le bébé ne touche pas le clitoris lors de l'accouchement, ce qui conduirait à sa mort.

Un aspect qui leur semble particulièrement important est leur conception que les femmes non excisées sont effrénées, qu'elles ne peuvent ni s'abstenir ni être fidèles. Ces arguments communs sont reproduits comme ceci par une vendeuse ambulante d'eau :

Ah, ils ont dit de ne plus exciser les filles. C'est ça qui envoie tous ces problèmes à ces jeunes filles. [...] C'est vrai : Quand une femme n'est pas excisée, elle est infidèle. Car elle n'arrive pas à s'abstenir. (*moaga* de 49 ans, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 25 ans)

Autrefois, les filles non excisées étaient appelées *moaga*, ce qui leur causait un grand malaise, car elles étaient jugées non mariables. Les vieilles femmes estiment également que seules les filles excisées savent comment se comporter dans certaines situations, faisant ainsi implicitement allusion à l'éducation à la vie en couple anciennement donnée lors des rites entourant l'excision. Suite à l'interdiction nationale, à la lente diminution de la pratique de l'excision et de son exécution en cachette, l'aspect des enseignements sexuels et sociaux n'ont pas été retenus par la population et sont également en disparition. C'est avec joie et nostalgie que les vieilles femmes se remémorent les festivités en leur honneur en tant que filles nouvellement excisées.

⁶ Chez les filles *moose*, une partie des petites lèvres et le clitoris sont coupés (Badini 1994). L'excision est punie par la loi au Burkina Faso depuis 1996. Pourtant, deux tiers des filles sont excisées dans le pays, indépendamment de leur appartenance religieuse ou ethnique (Brady, Saloucou, et Chong 2007). Aussi à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, en dépit des efforts des autorités, l'excision continue d'être exécutée en cachette pour des raisons sociales et en vue de contrôler la sexualité des femmes (Prolongeau 2006; Jirovsky 2010).

Des aspects actuels des pratiques sexuelles

Les vieilles et les vieux dénoncent surtout que les jeunes hommes et femmes d'aujourd'hui veulent choisir leurs partenaires eux-mêmes et qu'ils auraient des rapports sexuels beaucoup plus tôt. À leur avis, le choix d'un/e partenaire, la vie en concubinage et les rapports sexuels prémaritaux ne peuvent pas être bien. Le fait que les jeunes se soustraient aux mariages arrangés et que les femmes ne veulent plus se soumettre inconditionnellement aux hommes est perçu par les vieux et les vieilles comme un manque de respect mutuel entre les partenaires qui inévitablement conduit à des conflits de couple. Comme les parents ne sont plus responsables du choix des partenaires, mais uniquement de la sanction ultérieure d'une relation – en particulier lors d'une grossesse –, les jeunes ne rendent des comptes à personne, selon les vieux. Par conséquent, les jeunes ne seraient pas sérieux et fidèles. Tout le monde se sentirait libre de rompre une relation ou d'entretenir des relations parallèles.

Nombre des témoignages recueillis à propos des rôles des genres sont similaires et montrent une grande estime pour des valeurs « traditionnelles ». Plus marginalement, des voix contradictoires se sont élevées. Quelques vieilles femmes félicitent les jeunes filles qui choisissent leur partenaire elles-mêmes et ne se marient pas au « premier venu ». Elles les protègent aussi de l'accusation d'avoir une activité sexuelle trop tôt et la justifient par le risque d'être abandonnées par les jeunes hommes.

Jadis, un homme ou son intermédiaire devait soigneusement établir le contact avec la bien-aimée et sa famille, et mener des enquêtes pour savoir si la partenaire potentielle était déjà liée ou si d'autres raisons empêchaient d'établir une relation avec la jeune fille. De nos jours, les jeunes hommes ne font plus ces démarches et ainsi ne s'assurent plus que la fille n'ait pas déjà un petit ami. En outre, ils évitent la cour familiale et se rencontrent ailleurs, afin d'échapper au contrôle parental. Dans un groupe de discussion, un homme séparé de sa femme a directement adressé la parole aux jeunes chercheurs en disant :

Actuellement, quand vous voyez la fille, vous ne cherchez pas à connaître sa famille. Vous cherchez à vous entendre d'abord avec la fille avant de connaître sa famille. Comme tu t'entends avec la fille, tu ne cherches plus à savoir comment elle vit avec ses parents, comment elle se comporte avec ses camarades. Est-ce que la fille respecte les gens ? Tu n'as pas cherché à savoir. Nous, les parents, avons des problèmes. Ta fille ne veut plus causer avec son copain chez toi. Dès qu'il arrive, la fille cherche à sortir avec lui. Rapidement, ils te disent au revoir – pour ceux qui sont bien éduqués. Une fois sortis, ils vont faire deux heures dans la rue. Le garçon ne cherche pas à partir, la fille non plus. On se demande ce qu'ils se disent en ce moment. Alors qu'avant, tu ne pouvais pas t'arrêter dans la rue avec une fille pendant des heures. Quelqu'un va vous chasser. (*moaga* de 65 ans, sans éducation scolaire, retraité, à Ouagadougou depuis 37 ans)

Une vendeuse de *dolo* a explicitement mis en rapport cette perte de contrôle des vieilles et des vieux avec la croissance démographique et l'urbanisation :

Les gens sont devenus nombreux par rapport à avant, de telle sorte qu'on ne peut plus rien contrôler. (*bisa* de 56 ans, six ans de scolarisation, à Ouagadougou depuis 33 ans)

Certains vieux hommes reprochent aux mères de couvrir leurs enfants et de ne pas assez s'occuper de leur bonne éducation. En tant que pères, ils sont souvent forcés de jouer le rôle du méchant, du sévère et du punisseur. Du point de vue des vieux, les mères sont trop proches de leurs enfants et trop indulgentes avec eux. Un inspecteur d'école primaire retraité se plaint :

Les femmes n'aident pas les hommes à éduquer les enfants. Cela fait que le chef de famille se retrouve seul pour éduquer les enfants. La femme ne cherche qu'à se coiffer et s'habiller pour aller à son *djandjoba* [festivité dansante] (rires). Si le père gronde et la mère aussi gronde, ça passe normalement. Mais parfois, la femme te dit de faire pardon parce que c'est la vie qui est devenue comme ça. Le papa devient le méchant. Si l'homme et la femme s'occupent ensemble de la famille, rien ne peut ne pas marcher. Si l'enfant n'a pas de complice, il ne peut pas se gêner. Mais souvent la maman est complice. C'est elle qui monte le complot. (*moaga* de 57 ans, plusieurs années d'éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 10 ans)

Les vieilles femmes, de leur côté, se sentent impuissantes, car les jeunes filles font bien des choses en cachette ou leur mentent. La difficulté pour les mères est qu'elles sont rendues responsables de la bonne éducation des filles. Si un problème survient, tel qu'un habillement peu discret, une infidélité, voire une grossesse de la fille, la responsabilité revient à la mère.

De nos jours, quand une fille atteint 14-15 ans, sa mère ne sera même pas au courant de ses sorties. Elle dira qu'elle va au marché ou au moulin, or c'est pour aller chez son gars. Maintenant, s'il y a une grossesse, la mère ne sait plus où mettre sa tête. Mais, les parents diront que c'est sa faute à elle parce qu'ils pensent qu'elle était au courant de ce que faisait sa fille, qu'elle n'a pas éduqué sa fille. Pourtant, tu penses avoir fait de ton mieux parce que tu la trouvais encore petite. (*moaga* de 50 ans, marchande de petit commerce, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 32 ans)

Cette mère de quatre enfants aborde implicitement le manque de communication et d'éducation sexuelle des mères avec leurs filles.

Pour les vieilles et les vieux, il est révoltant que les jeunes femmes prennent l'initiative pour initier des relations et abordent les hommes elles-mêmes. Ils leurs reprochent aussi de s'habiller de manière provocante et d'être cupides. Les minijupes sont jugées choquantes. Lors d'une discussion de groupe, les vieux ont revendiqué une interdiction nationale de ce vêtement «immoral». Les vieilles et les vieux soulignent à plusieurs reprises que de nos jours non seulement la vie en ville, mais aussi les relations, sont basées sur l'argent. Dans le passé, une femme n'acceptait pas d'argent d'un admirateur mais se contentait de rares petites attentions. Un retraité de 65 ans observe :

Actuellement, c'est l'argent qui dirige la vie de nos enfants. Avant, ce n'était pas l'argent, c'était l'amour. De nos jours, quand le garçon gagne l'argent, ce sont les

filles qui viennent d'elles-mêmes. Avant, c'était le garçon qui cherchait la fille. Maintenant ce sont les filles qui cherchent les garçons. L'argent a pris le devant et cela fatigue les enfants [jeunes garçons]. Si un garçon peut avoir 500 à 1 000 F par jour, vous verrez que les filles le suivent. Celui qui ne peut pas avoir 100 ou 250 F par jour, les filles sont toujours en bagarre avec ce dernier. Les filles ne veulent pas s'approcher de lui. Ce n'est plus de l'amour. Maintenant, c'est l'argent. (*moaga* de 65 ans, sans éducation scolaire, retraité, à Ouagadougou depuis 37 ans)

En outre, les vieilles accusent les jeunes femmes de poursuivre les hommes mariés afin d'obtenir de l'argent. Elles présentent les vieux hommes comme des proies démunies face aux avances des jeunes femmes, comme le montre les propos de la vendeuse de mangues et d'arachides qui suivent :

Les filles mineures font tout pour séduire les hommes. [...] Elles suivent les hommes en leur disant qu'elles ont besoin de ça et ça. Quand ils n'ont pas, elles leur proposent autre chose. Et dès que eux aussi, ils prennent goût, c'est fini. Ils sont partis pour de bon. On n'a qu'à tout faire, mais ils ne peuvent plus laisser. [...] Il y a des filles qui font la cour aux hommes [mariés]. Dès qu'elles ont à faire à quelqu'un qui leur plaît, elles le font. J'en ai déjà vu de mes propres yeux. (*moaga* de 59 ans, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 40 ans)

Les vieilles et les vieux accusent de nombreuses jeunes femmes de pratiquer le «vagabondage sexuel». Cette expression a une connotation négative et provient des débuts des campagnes nationales de prévention du VIH, quand la stratégie ABC⁷ était promue. Cette expression se rapporte au fait de changer fréquemment de partenaire ou de mener des relations multiples simultanément. Une femme de 44 ans, mère de sept enfants, qui aime souligner les valeurs catholiques de la famille, a partiellement pris la défense des jeunes filles dans un entretien individuel en attribuant ces pratiques au manque de supervision parentale et à la mauvaise fréquentation :

Aujourd'hui, il y a un changement, c'est vrai. Mais ça veut dire que tout dépend du comportement des membres de la famille. Premièrement, si vous laissez les enfants faire ce qu'ils veulent, c'est facile pour eux de faire le vagabondage sexuel. Par exemple, si les parents se couchent la nuit, pendant qu'un enfant est toujours en balade. Tu ne sais même pas où il est, et malgré tout ça, tu rentres te coucher tranquillement. Le matin, tu ne demandes pas s'il est rentré ou pas. Tu t'en fous de lui, tu ne t'inquiètes pas pour lui. Qu'est-ce qui prouve qu'il ne va pas avoir un mauvais caractère, même si l'enfant ne le voulait. S'il voit ses camarades se comporter mal, lui aussi il va se comporter mal. (*moaga* de 44 ans, balayeuse des rues et femme au foyer, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 24 ans)

Les jeunes femmes sont rapidement qualifiées de prostituées, par exemple quand les vieilles et les vieux pensent qu'elles se font soutenir avec des ressources financières importantes, si elles sont habillées à la mode et parées ou se promènent dans le quartier. Une vendeuse de beignets et d'haricots explique :

⁷ « abstinence, fidélité, capote » (de l'anglais « abstinence, be faithful, condomise »)

Nous appelons femmes de dehors [les amantes de leurs maris] celles qui se prostituent. Mais on ne peut savoir qui exactement. Parfois, on les considère comme des femmes décentes, mais ce n'est pas le cas. Il y a aussi les jeunes filles qui optent pour les hommes mariés. (*bisa* de 47 ans, CEP⁸, à Ouagadougou depuis 30 ans)

C'est avant tout les jeunes filles qui se font soutenir par des hommes aisés et plus âgés que les vieilles femmes qualifient de prostituées. Il y a peu d'années que l'on disait dans le quartier que ces filles se faisaient offrir des motocyclettes. Plus récemment, de plus en plus de cas sont rapportés où des marchands riches hébergent une jeune femme comme amante dans une maison et insistent pour prendre en charge tous les frais.

Les vieilles femmes et les vieux hommes thématissent les transformations des relations de genre et l'émancipation des femmes des générations moyennes et jeunes. Surtout, les vieux sont interpellés par la lutte de ces groupes pour acquérir plus de droits, voire l'égalité des genres. Ils s'accrochent aux anciennes représentations des rôles et aux hiérarchies entre les genres, par exemple en citant un proverbe local : «On dit que deux gros *canaris*⁹ ne se superposent pas." L'un des pots doit nécessairement être plus petit, de sorte que deux pots puissent être placés l'un sur l'autre et qu'une hiérarchie et un ordre puisse être établi. Dans la culture patrilinéaire et virilocale des *Moose*, les femmes, en tant que personnes arrivées dans la famille par le mariage, doivent se soumettre au mari et sa famille. Même si elles entretiennent la famille financièrement, elles ne doivent pas le faire savoir au sein ou en dehors de la famille, sinon les hommes perdraient la face devant leurs propres enfants ou devant des personnes extérieures. Aujourd'hui, les jeunes femmes ne sont pas d'accord pour supporter une grande responsabilité économique, pour exécuter les travaux ménagers et veiller à l'éducation des enfants et, en même temps, être soumises complètement aux décisions du mari. Cet état de fait est bien connu des vieux comme étant un problème. Toutefois, ils se refusent à accorder davantage de droits aux femmes.

La loi a donné trop de liberté aux femmes. Elles ont des droits, elles sont devenues égales aux hommes. Personne n'est supérieur à l'autre. J'ai le droit de faire ceci, j'ai le droit de faire cela. Si nous avons les mêmes droits, ça ne peut plus aller. Les temps ont changé, les femmes ont acquis les mêmes droits que les hommes. (*bisa* de 58 ans, plusieurs années d'éducation scolaire, retraité, à Ouagadougou depuis 27 ans)

Ainsi un homme marié depuis 32 ans exprime dans un groupe de discussion son opposition à la lente institution de l'égalité entre les femmes et les hommes. D'après les vieux hommes, la raison essentielle du comportement incongru des jeunes femmes d'aujourd'hui sont les nouvelles relations entre les genres et le mouvement d'émancipation des femmes.

Par ailleurs, les vieilles et les vieux invoquent de nombreux changements marquants qui ont des répercussions sur les relations actuelles entre les jeunes citoyens. Les personnes de références

⁸ certificat d'études primaires

⁹ pots en terre cuite de fabrication locale

les plus importantes sont les pairs et notamment ceux qui sont plus âgés de quelques années. Or, si les jeunes côtoieraient des pairs qui ont des mauvais comportements, ils les copient et seraient gâtés.

Selon les vieilles et les vieux, la télévision a une grande influence, car « tout » y est abordé¹⁰ : les rapports sexuels, l'utilisation du préservatif ou même l'accouchement. C'est pourquoi une mère de huit enfants défend les jeunes :

À la télé, [ils] voient du tout là-bas, même jusqu'à comment on fait l'amour. Donc, il est difficile de les empêcher. Ce n'est pas de leur faute. (*moaga* de 49 ans, marchande de petit commerce, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 25 ans)

L'école est également citée comme facteur important de changement dans les relations de genre. D'une part, les jeunes filles et garçons sont physiquement très rapprochés par manque d'espace et ont aussi beaucoup de possibilités pour échanger. Ceci contraste avec la culture *moaga*, dans laquelle les sphères des deux genres étaient fortement séparées et les contacts étroits évités¹¹. D'autre part, les enfants, en plus des matières scolaires générales, y apprennent l'anatomie humaine, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH/sida. Les jeunes ont souvent des connaissances plus grandes que les générations plus âgées.

C'est ça aujourd'hui. Ce sont les enfants qui connaissent tout, c'est eux qui sont devant. Mais, à notre temps, c'était nos parents qui étaient devant nous et nous, les enfants, nous étions toujours derrière. [...] Le monde a changé. (*moaga* de 60 ans, agriculteur, sans éducation scolaire, à Ouagadougou depuis 25 ans)

Beaucoup de jeunes refusent les réprimandes et les instructions coutumières en renvoyant à leur éducation scolaire qu'ils jugent supérieure aux valeurs « traditionnelles ».

Explications pour la propagation du sida

Les vieilles femmes et vieux hommes se sentent marginalisés et mal respectés par les jeunes. Ils déplorent que le principe de l'ancienneté ne s'applique plus. Étant donné que les jeunes ne veulent pas écouter les conseils des vieux, beaucoup d'entre eux n'osent même pas réprimander les enfants et les jeunes. Certaines personnes âgées trouvent le contact avec les enfants d'aujourd'hui tellement difficile qu'ils observent uniquement ce qui se passe autour d'eux et sont

¹⁰ La télévision a fait son apparition à Ouagadougou en 1963 (Skinner 1974:290-292). Aujourd'hui, à Ouagadougou, environ 75% de la population regardent la télé quotidiennement (Fendler 2006). Pendant mon séjour, les *télénovelas* brésiliennes balayaient les rues chaque jour à midi trente, car beaucoup de gens suivaient les épisodes en privé ou dans des lieux publics. Ces émissions étaient débattues en profondeur parmi les jeunes et perçues comme la réelle vie quotidienne occidentale. Elles servaient surtout aux jeunes filles de guides en termes d'habillement, d'apparence, des images des rôles des genres et des notions romantiques des relations de couple. (Thomas 2013)

¹¹ Aussi le contact sexuel considéré comme dangereux et polluant, était traditionnellement fortement réglementé et idéalement limité à la reproduction (Egrot 2004).

heureux de ne plus avoir de responsabilités éducatives. D'autres ne veulent pas se résigner et continuent à transmettre leurs idéaux. Les vieux accusent également la génération actuelle de parents – soit celle de leurs enfants – de ne pas s'occuper suffisamment des jeunes et de leur donner un mauvais exemple. Ils ne s'attaquent pas à leurs propres filles ou fils de manière explicite, mais disent de façon générale qu'aujourd'hui les mères ne respectent pas leurs époux, qu'elles portent des minijupes même plus courtes que leurs filles et qu'elles sont elles-mêmes infidèles et trompent leurs maris. Seuls les enfants d'époux qui se respectent et qui sont de bons exemples peuvent se développer en personnes respectables.

Un corollaire de tous ces maux est, selon les vieux, la propagation du VIH/sida parmi les jeunes, parce qu'ils aimeraient trop les rapports sexuels et qu'ils seraient désobéissants. Particulièrement les jeunes femmes font preuve d'un comportement déviant par rapport aux normes établies et sont dénoncées comme les principales responsables de cette propagation. Pour les vieux, l'activité sexuelle des jeunes hommes représente un moindre problème puisqu'en cela ils peuvent faire face au doute d'impuissance et prouver leur virilité dans cette culture, dans laquelle une personne n'est considérée vraiment adulte que par le mariage et la procréation. Les vieux hommes accordent implicitement un droit social aux relations extraconjugales des hommes tant que ceux-ci ne négligeaient pas leur famille. Et séduire des mineures ou des jeunes femmes n'est pas un acte répréhensible pour eux. Les vieilles femmes qui ont accompli leur devoir en tant que génitrices et éducatrices des enfants disent souvent ne plus être intéressées aux rapports sexuels et prétendent se moquer de ce que font leurs maris « dehors ».

Discussion

Les vieilles et les vieux de Ouagadougou déplorent la désintégration des institutions « traditionnelles » qui ont réglementé la sexualité des jeunes au cours de la période avant et au début de la colonisation, telles que le *roellendo*, l'excision ou les tests de la virginité. Delius and Glaser (2002) ont illustré, sur la base d'anciennes sources ethnographiques, un processus similaire en Afrique du Sud et l'ont attribué à la christianisation, la colonisation, la migration ouvrière et l'urbanisation. Alors que Skinner (1974) observait dans les années 1960 qu'à Ouagadougou les jeunes testaient de nouvelles façons de courtiser, les jeunes femmes et hommes d'aujourd'hui généralement contractent des relations sans intermédiaires intrafamiliales et ainsi se soustrayaient davantage à leur influence et contrôle. En outre, les jeunes femmes prennent souvent l'initiative, sans attendre que les hommes leur adressent la parole. Pour les gens de la vieille génération, ces comportements sont indécents. L'ancienne interdiction du contact direct de deux amants assurée par la présence du groupe de pairs a aujourd'hui tendance à se développer à Ouagadougou, autant qu'en Afrique du Sud (Delius et

Glaser 2002; Leclerc-Madlala 2001), en une pression parmi les jeunes d'entrer en relation et d'expérimenter la sexualité afin d'être reconnu dans le groupe.

Notre étude confirme également ce que d'autres chercheurs ont signalé au Ghana, en Ouganda, au Malawi et au Burkina Faso, à savoir que l'école est un point focal de différentes préoccupations et d'intérêts divers (Madise, Zulu, et Ciera 2007). Elle est une médiatrice importante de la modernité, mais elle n'offre aucune garantie de promotion sociale ou d'emploi – bien que les parents investissent beaucoup d'argent dans l'éducation (Roth 2012). Le manque de ségrégation entre les genres et de contrôle par les parents aînés, les plus grandes possibilités d'interactions et la pression entre pairs ont créé un environnement que beaucoup de jeunes exploitent pour leurs premières expériences sexuelles (Madise et al. 2007). Mais, pour les vieilles et les vieux de Ouagadougou, ce ne sont pas les seules difficultés. Les jeunes, à travers la scolarisation croissante, acquièrent des connaissances qui sont plus valorisées que le savoir «traditionnel» et cela leur permet de se soustraire davantage aux vieux. Grâce à l'éducation sexuelle à l'école et aux campagnes de prévention du VIH, ils ont obtenu certaines connaissances de la sexualité et captent des idées additionnelles à travers la télévision, le cinéma, les vidéos, les DVD et les clips (Schwärzler et Bila 2011). Pour les vieilles et les vieux qui ont grandi avec des fortes notions d'esquive, de honte et de pudeur, c'est trop d'exposition sexuelle.

Ces différents aspects modernes et urbains sont abordés par les vieux comme causes et problèmes. Une réalité importante qu'ils ne mentionnent pas, car elle va de soi pour beaucoup d'entre eux, est les conditions de logement serrées de nombreuses familles qui les obligent à dormir tous ensemble dans une seule chambre. Les enfants saisissent la sexualité des adultes dès le bas âge. Selon une étude faite au Kenya (Dodoo, Zulu, et Ezeh 2007), le manque d'intimité privée mine l'autorité morale des parents et tuteurs sur les jeunes qui arrivent à maturité.

Une plainte fréquente des vieilles et des vieux à Ouagadougou est que les jeunes d'aujourd'hui auraient des rapports sexuels beaucoup plus tôt. Selon une étude quantitative, l'âge lors des premiers rapports sexuels n'est pas beaucoup plus bas aujourd'hui en ville que chez nos participants de l'étude à leur époque, soit à 16-19 ans pour la majorité des jeunes filles et à plus de 16 ans chez les garçons (Madise et al. 2007). Implicitement, les grands-parents s'offusquent plutôt que les jeunes sont toujours célibataires lors des premiers rapports sexuels et qu'elles/ils n'ont pas nécessairement leur premières expériences sexuelles avec le/la partenaire qu'elles/ils vont épouser.

L'apparition accentuée de relations entre des femmes jeunes et des hommes plus âgés dans les villes n'a été abordée que par les vieilles femmes de notre étude. Elles les attribuent à la désinhibition des jeunes femmes non excisées. Elles dénomment ces filles de « vagabondes sexuelles » et de « prostitués ». Aucun répondant de la génération des vieilles et des vieux ne

rend les hommes âgés responsables de ces relations. Skinner (1974) a interprété les relations transactionnelles de son époque entre marchandes de petit commerce et leurs clients en tant que stratégie de survie des femmes. Selon les chercheurs en sciences sociales, la sexualité au sein des relations trans-générationnelles à Bobo-Dioulasso (Roth 2012), à Ouagadougou (Schwärzler et Bila 2011) ou à Nairobi (Dodoo et al. 2007) sert aux jeunes femmes également de revenu pour couvrir leurs propres besoins et ceux de leurs familles en raison des faibles revenus, du chômage, de la paupérisation croissante et de la forte demande de moyens financiers. La plupart des hommes aisés sont nettement plus âgés et sexuellement expérimentés, ce qui accroît le risque d'être infectés par le VIH. Ils peuvent exploiter la vulnérabilité économique des jeunes femmes, leur offrir des fonds et des biens en échange de services sexuels, rejeter l'utilisation des préservatifs ou même pratiquer la coercition sexuelle.

Ces relations sont une expression de la violence structurelle contre les jeunes femmes. À Ouagadougou, la violence structurelle est pareillement exercée par les jeunes hommes quand ils harcèlent leurs copines ou les menacent de les quitter si elles n'acceptent pas d'avoir des rapports sexuels (Schwärzler et Bila 2011). Les jeunes femmes ne sont pas seulement sous la pression des hommes jeunes et âgés, elles sont également vulnérables dans ces relations du point de vue social et sanitaire. Par ailleurs, elles sont aussi exposées au pouvoir autoritaire des vieilles femmes et des vieux hommes (Obrist 2010). Alors que la position des femmes s'aligne à celle des hommes avec l'âge, celles-ci peuvent pareillement imposer des impératifs et exercer du pouvoir envers les femmes plus jeunes (Roth 2012).

Nous avons démontré que les pratiques relationnelles et maritales sont des espaces dans lesquels les changements comportementales et des transformations sociales interviennent, des conflits sociaux éclatent et des positions contradictoires entre jeunes et vieux sont négociées. C'est pourquoi les plaintes des vieilles générations sur les violations des normes par les jeunes sont récurrentes aux quatre coins du monde. Comme décrit par Boden (2008) pour la Namibie, les références aux anciennes règles culturelles ne reflètent pas nécessairement leur observation effective par le passé. Si à Ouagadougou les représentants de la génération des vieux argumentent souvent avec des valeurs morales et « traditionnelles », ils se réfèrent plutôt à une vie précoloniale, rurale et socialement intégrée qui contraste avec les influences actuelles de la modernité occidentale en la connotant négativement.

Remerciements

Je tiens à remercier tous les participants de l'étude du *sect. 29* de Ouagadougou. Ils m'ont permis un aperçu de leur vie et de leur approche des relations sociales et sexuelles. Sans la collaboration d'Honorine Kangambèga Wandaogo, Amadou Siguy Fidèle Kabré, Oussimane Ouédraogo, Diane Germaine S. Sawadogo, Béatrice Bekouonè Nirbètermalo Somé Hien, Odette Etien et Gouloh Kouémy tout ce travail n'aurait pas pu être accompli.

La recherche sur le terrain a été financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. La phase d'évaluation a été soutenue par la Fondation Max Geldner de Bâle, l'école doctorale des études genre de l'université de Bâle, des fonds privés et grâce à un emploi en tant que coordonnatrice du projet individuel « Santé et assainissement » (2005-2009) et du nœud thématique « Santé, services, planification » (depuis 2009) du Pôle de recherche national Nord-Sud « Partenariats de recherche pour atténuer les syndromes du changement global » (NCCR Nord-Sud) à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, Bâle, cofinancé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique et par l'Agence suisse pour le développement et la coopération (DDC).

Les résultats décrits ont été présentés et continuellement développés lors de trois conférences : le colloque national du Réseau de recherche *Gender Health* lors de la *Swiss Public Health conference* en Juin 2007 à Olten, Suisse ; la Conférence scientifique internationale *Health and Environmental Research Challenges in Urban Poor Settlements* en Septembre 2007 au Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire à Abidjan, Côte d'Ivoire ; la conférence jubilé *La médecine dans son contexte : Perspectives anthropologiques sur les maladies et la santé dans un monde interconnecté*¹² du groupe de travail *Medical Anthropology* de la Société allemande d'anthropologie en Septembre 2007 à Berlin, Allemagne. Je remercie tous les participants de leurs contributions.

Je remercie mes superviseurs Brigit Obrist, Elisabeth Zemp, Marcel Tanner, les éditeurs des actes de colloque *Medizin im Kontext*, Hansjörg Dilger et Bernhard Hadolt, ainsi que mes collègues Claudia Roth, Constanze Pfeiffer, Helen Prytherch et Claudia Sauerborn pour leurs précieux commentaires de la version originale allemande et Isabelle Zangré-Perrichet et Joëlle Schwarz pour la relecture de la traduction française de cet article.

¹² original : *Medizin im Kontext: Ethnologische Perspektiven auf Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*

LES AMBIGUÏTES DES FILLES URBAINES
DANS LA GESTION DE LEUR SEXUALITE :
UN TOUR D'HORIZON ANTHROPOLOGIQUE*

Patricia Schwärzler^{1, 2} & Blandine Bila³

¹ Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse

² Université de Bâle, Bâle, Suisse

³ Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Centre National de Recherche Scientifique et Technologique (IRSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

* article accepté pour publication dans l'acte électronique du colloque *Health and environmental research challenges in urban poor settlements* qui s'est tenu au Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) à Abidjan, Côte d'Ivoire, du 3 au 5 septembre 2007, coordonné par Guéladio Cissé

Introduction

En milieu urbain africain davantage que partout ailleurs, les filles grandissent actuellement dans un contexte où tradition et modernité se mêlent de façon particulière. Globalisation, modernisation et urbanisation induisent des changements rapides dans les mondes sociaux des villes africaines. Ces changements bouleversent entre autres les représentations et pratiques des jeunes filles, leur rapport à l'adolescence, aux relations amoureuses et à la sexualité. Dans ce monde en transformation et pendant cette période de découverte de soi et de la vie sociale, les adolescentes cherchent à comprendre leur univers. Cet article cherche à illuminer les différentes perspectives et ambiguïtés des filles adolescentes de Ouagadougou, et leurs représentations des normes de la sexualité.

Toutefois, la sexualité n'est pas seulement une préoccupation des filles. Elle est également un thème débattu dans les espaces publics. Les femmes et les hommes de la génération des grands-parents accusent souvent les jeunes, et spécialement les jeunes filles, de ne pas respecter les règles de conduite dans le domaine de la sexualité et de propager l'infection à VIH (Schwärzler 2010b). Les aîné·e·s reprochent surtout aux jeunes d'entamer l'activité sexuelle trop tôt, d'avoir trop de rapports sexuels et des partenaires concomitant·e·s.

Cette réaction des aîné·e·s peut être mise en rapport avec le débat omniprésent sur le sida dans la communauté d'une part, et avec la situation épidémiologique de l'infection à VIH dans le pays d'autre part. Au niveau national, la prévalence pour la tranche d'âge des 15-24 ans est de 1,31% et de 0,65% dans le sous-groupe des 15-19 ans [sans indication de l'intervalle de confiance] (CNLS-IST/ONUSIDA 2010). Le rapport précise (p.11), que les filles de 15-24 ans sont deux fois plus infectées (0,6%) que les garçons (0,3%) du même âge. En milieu urbain, la prévalence nationale estimée à 2% [1,5%-2,6%] pour les 15-24 ans en 2008, permet de projeter une plus grande exposition des filles au risque de contracter le VIH.

Considérations théoriques

Les représentations, normes et pratiques en matière de sexualité restent soumises à l'évolution du contexte social et aux tactiques de positionnement des catégories d'acteurs, telles que les jeunes et les vieux, les femmes et les hommes. Ainsi, les jeunes filles n'agissent pas dans un vacuum social et culturel. Leur relation à la sexualité peut être rapporté à une diversité d'influences : elles peuvent tenir compte d'autres personnes avec lesquelles elles sont en interaction, des représentations, de leur niveau de connaissance, des règles, normes et valeurs, des informations accessibles, de leurs intérêts personnels et des circonstances matérielles quand

elles répondent à des situations particulières dans le domaine de la sexualité (Obrist 2006:43). La sexualité des filles ne doit donc pas apparaître seulement comme une réaction déterminée par leur contexte immédiat, mais plutôt comme des choix et des décisions dont elles sont les actrices à part entière (Giddens 1986).

En outre, les récits des filles pour expliquer leurs représentations et pratiques révèlent leur dimension morale du sujet. Cette dimension rappelle l'analyse de Foucault (1984) qui propose au troisième et dernier niveau dans son analyse de la moralité¹, de concevoir le « sujet moral » à travers l'auto-positionnement d'une personne vis-à-vis des règles et normes. Le sujet moral est pris en compte à travers une culture *moaga*² prégnante, tant par la représentativité que par une tradition de rayonnement, toute en restant ouverte sur les nouvelles institutions étatiques et les valeurs de la mondialisation (Izard 1985).

Revue de la littérature

Une étude en Tanzanie (Dilger 2003) montre que les sources primordiales d'informations pour les adolescent·e·s en milieu rural lors de la découverte de leur sexualité sont les ami·e·s, les parents, l'école, les médias et des organisations religieuses. Mais l'ensemble de ces informations est souvent problématique, résultant de stratégies d'éducation sexuelle et de prévention du VIH mutuellement contradictoires. Les programmes de prévention du VIH, fondés sur des concepts occidentaux du corps, de la sexualité et du sida conseillent surtout l'utilisation du préservatif, impliquant ainsi, en principe, des rapports sexuels. Par contre, une grande partie des ainé·e·s et des organisations religieuses rejettent toute forme de sexualité préconjugale. Par conséquent, les jeunes sont confronté·e·s à « divers régimes moraux ». Devenues pluralistes, les cultures sexuelles ne sont pas exclusivement 'traditionnelles' ou 'modernes'. De multiples forces historiques, sociales, culturelles et économiques rendent les expériences des jeunes de plus en plus ambiguës et inconsistantes. Les jeunes s'expriment et réagissent par rapport à ces incertitudes et par rapport à leurs propres rôles dans leurs vies sociales et sexuelles. En

¹ Les deux autres niveaux sont les suivants : (1) Le « code moral » représente l'ensemble de valeurs et règles d'actions prescrites à des individus et des groupes à travers des institutions, dont l'auteur cite la famille, l'école et l'église. Dans le cadre de notre étude, nous pourrions ajouter les institutions suivantes stipulant des repères : le système national de santé et les ONG et autres organismes locaux, nationaux et internationaux opérant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ; les prescriptions coutumières *moose* (voir prochaine note en bas de page) par rapport aux relations et à la sexualité ou encore le Code des personnes et de la famille du Burkina Faso régissant légalement les relations officialisées (Anonyme 1989). (2) La « moralité des comportements » est, selon Foucault, l'observance ou l'inobservance du code moral par un individu ou un groupe, soit le comportement réel des personnes et les marges de variation ou de transgression des prescriptions (Foucault 1984:32-39).

² Les *Moose* (le singulier et l'adjectif *moaga*, leur langue le *mooré*) sont le groupe culturel majoritaire du Burkina Faso et sur le site de l'étude, Ouagadougou, la capitale, mégalopole cosmopolite regroupant des représentants de la soixantaine d'ethnies que compte le pays.

cherchant à expliquer et à donner du sens à leur vécu, les jeunes apparaissent comme des acteurs/actrices réflexifs/ves et moraux/ales.

Les « divers régimes moraux » de Dilger se transposent aux « idéologies sexuelles concurrentes » de Obrist et Mlangwa dans le milieu urbain tanzanien, soit les idéologies traditionaliste morale, médicale et féministe (Obrist van Eeuwijk et Mlangwa 1997). Les filles expriment souvent de la confusion devant les informations déformées et incomplètes qu'elles puisent à des sources incertaines, telles que la parenté, les pair·e·s ainsi que des médias imprimés et électroniques et qu'elles partagent entre elles. Cette confusion rappelle la zone culturelle de silence généralement décrite entre parents et enfants, spécialement entre mères et filles, et qui rend la discussion dans le domaine de la sexualité tabou entre elles. Ainsi, se justifie une tendance au transfert intra-générationnel plutôt qu'inter-générationnel des connaissances reproductives.

Une étude dans la deuxième ville burkinabè, le centre économique Bobo-Dioulasso, les jeunes imaginent un régime moral de « l'amour romantique » contrastant avec le régime moral du silence et du tabou des ainé·e·s (Samuelsen 2006). Inspirés par les feuilletons télévisés, les jeunes cherchent un·e partenaire stable, fiable et fidèle dans la perspective d'un mariage d'amour, à l'opposition d'un mariage coutumier généralement arrangé par les ainé·e·s. Mais, les jeunes apparaissent confronté·e·s à trois paradoxes majeurs dans leur vécu quotidien. Premièrement, les contradictions entre leurs images de l'amour, des relations et du mariage *versus* leurs pratiques réelles décrites dans les relations. Deuxièmement, les clivages entre leurs représentations de la modernité et du mode de vie urbain *versus* leurs réalités socio-économiques limitantes. Troisièmement, leur perception d'être à risque de contracter le VIH *versus* la protection qu'ils/elles utilisent. En raison du manque de marge de manœuvre, les jeunes expriment souvent leurs difficultés à s'acquitter de leurs propres attentes et notions de moralité.

Les jeunes de Cape Town par exemple, même les adeptes pratiquant·e·s et engagé·e·s d'une communauté chrétienne pentecôtiste, font une différence entre les prescriptions morales religieuses bibliques³ d'une part, et la construction de leur propres pratiques sexuelles d'autre part (Burchardt 2011). Ce constat justifie des différences radicales entre les comportements des personnes dans les milieux de l'église ou dans ceux profanes. Dans la rue où les rencontres entre garçons et filles sont d'emblée particulièrement érotisées, même avant tout prémices de

³ codifiées moralement par l'abstinence jusqu'au mariage et l'union matrimoniale monogame et mutuellement fidèle dans laquelle la sexualité peut être exprimée uniquement (même si, en pratique, les représentants religieux seraient souvent plus flexibles et encourageraient l'utilisation de préservatifs parmi les jeunes s'ils ont des rapports sexuels) (Burchardt 2011)

relations sexuelles, la religion apparaît peu dans les échanges entre pairs⁴. Pratiques religieuses et sexualité apparaissent donc dissociées dans les comportements des jeunes. Les représentations des relations englobent l'amour romantique, un attachement fort et l'exclusivité sexuelle. Du fait de leurs idéaux des relations et de leur crainte de l'infection à VIH, les jeunes expriment généralement des idées scénarisées du processus de rencontre et des notions de relations fiables. Ces idées englobent préalablement le test du caractère et un regard critique sur le mode de vie d'un·e partenaire potentiel·le avant une progression pas à pas dans l'approfondissement de la relation et le début des rapports sexuels. Les filles, particulièrement, expriment un besoin de s'assurer des intérêts réels d'un partenaire et de pouvoir refuser les rapports sexuels jusqu'à ce qu'elles soient convaincues de sa sincérité dans la relation.

La moralité est liée à certaines normes dans une société et basée sur des jugements et des valeurs attribuées. Elle offre une orientation pour les pratiques quotidiennes en régissant des obligations et des attentes unanimement reconnues et acceptées dans une société. Sa nature dynamique implique qu'elle soit constamment remise en cause et renégociée (Wolf 2001).

Dans le domaine de la sexualité, la moralité est également présentée comme un instrument de contrôle, ainsi qu'une énonciation de la préoccupation du bien-être du corps individuel, social et politique (Scheper-Hughes et Lock 1987). Cette perspective permet d'introduire une parallèle symbolique entre une société saine et le corps sain d'une personne dans une communauté, comme nous l'avons démontré pour Ouagadougou à travers les accusations des femmes et hommes de la génération des grands-parents envers leurs petits enfants (Schwärzler 2010b).

Le discours médico-moral sur le sida et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) va de pair avec 'une accusation des autres' (Seidel 1993). Le lieu de l'accusation est souvent l'immoralité ou le péché d'un tiers. Dans beaucoup de régions d'Afrique subsaharienne, les IST sont classifiées comme 'maladies de femmes'⁵. On y trouve également un continuum de formes de services sexuels ou d'échanges économique-sexuels. Certaines formes de ces services offrent une possibilité de survie économique aux femmes limitées par leur statut dans l'accès aux postes de travail formels et aux ressources. Dans le contexte du sida, les femmes risquent plus souvent d'être accusées d'immoralité – à l'opposé de leurs partenaires masculins ('petits amis', autres 'bailleurs' ou 'clients'). Ces stratégies de survie sont devenues potentiellement mortifères en temps de sida (Seidel 1993).

⁴ Nous utilisons ici le terme 'paires', usuel dans le monde du développement sanitaire et dans les programmes de 'pairs éducateurs', dans un sens sociologique de personnes de la même tranche d'âge ou de filles entre elles et le terme 'pairs' pour le groupe d'âge des jeunes garçons et filles quand ils se côtoient entre eux.

⁵ Pour plus de détails sur l'étiologie des 'maladies de femmes' (*pug-banse*) chez les *Moose*, voir (Egrot 2001; Egrot et Tavernier 2003; Egrot 2004). Le terme *pug-banse*, littéralement 'femme-maladies', est composé de *paaga* (femme) et *banse* (sg. *baaga*, maladie).

Méthodologie

Le présent article a été rédigé dans le cadre d'un projet de recherche visant à contextualiser et à mieux comprendre les récits de trois générations d'hommes et de femmes sur les relations sociales et pratiques sexuelles dans le contexte d'infection potentielle à VIH⁶. Une approche qualitative y est adoptée. Le travail est effectué parmi la population générale dans un quartier périurbain de Ouagadougou, le *secteur 29*. Pendant 14 mois de terrain ethnographique continu entre 2003 et 2004 (et des séjours annuels de suivi jusqu'en 2010), des entretiens individuels et des discussions de groupes focalisées ont été menés avec chacun des six groupes, soit les trois générations et les deux genres. Ces méthodes ont été complétées par l'observation et la participation à la vie sociale du quartier ainsi que par des entretiens avec des représentants religieux (musulmans, catholiques et protestants), des collaborateurs/trices dans le système de santé au sein du *secteur 29* et dans les environs (Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et cabinets médicaux privés) ainsi que des associations actives dans la lutte contre le VIH/sida présentes dans d'autres quartiers de la capitale.

Nous présentons des sujets qui ont émergées lors de discussions de groupes focalisés avec des jeunes filles. Les discussions ont été réalisées entre août et septembre 2004 par une collaboratrice burkinabè, étudiante en sociologie, assistée par l'anthropologue suisse⁷. Un guide d'entretien aidait à diriger les discussions et à prendre en compte les sujets importants de manière semi-structurée. Les conversations ont été menées avec deux groupes de filles⁸ entre 12 et 22 ans (8 filles avaient 17 ans), comprenant 10 et 12 filles par groupe, qui ont participé à deux séances de discussions chacune durant entre 45 et 110 minutes. Parmi les 22 participantes étaient 3 élèves, 9 lycéennes (une lycéenne avait une activité d'appoint irrégulière comme photographe, mais ne pouvait pas estimer son revenu), 3 vendeuses (2 avec un revenu d'environ 10'000 FCFA (15 Euro) par mois, la 3^e ne pouvait pas estimer son revenu) et 7 filles sans activité scolaire ni rémunératrice. Elles avaient un niveau d'instruction qui allait de 2 à 13 ans de

⁶ Ce projet de thèse de doctorat est mené par la première auteure à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse sous la direction principale de Brigit Obrist (Schwärzler 2013). Le présent texte en est une partie intégrale. C'est une réécriture complète inspirée d'un manuscrit rédigé avec un collègue tchadien dans le cadre du programme NCCR Nord-Sud, soumis à la revue *Sciences sociales et santé* en 2009 et qualifié publiable avec des modifications majeures (Abdias Nodjiadjim Laoubaou, Patricia Schwärzler & Kaspar Wyss : *Difficultés, vulnérabilités et pratiques sexuelles des jeunes filles à N'Djaména et Ouagadougou*).

Les auteures du présent article remercient les deux évaluateurs anonymes de la revue *Sciences sociales et santé* et Max Bergman pour leur relecture critique du premier manuscrit ainsi que les membres du groupe de recherche en anthropologie de la santé à l'université de Bâle (Medical Anthropology Research Group MARG sous la direction de Brigit Obrist) et Elisabeth Zemp Stutz de leurs précieux commentaires.

⁷ Si utile pour une meilleure compréhension des récits des filles, nous les contextualisons à l'aide des autres données recueillies.

⁸ L'OMS (1986) fait une différence entre l'adolescence (10-19 ans) et la jeunesse (15-24 ans) et les regroupe sous les jeunes (10-24 ans), tout en avouant que les termes sont utilisés de manière indistincte. Par rapport à nos interlocutrices, nous utilisons ici les termes jeunes, (jeunes) filles et adolescentes.

scolarisation (du CP2 à la terminale). À l'exception d'une fille vivant en concubinage avec son partenaire, toutes les filles logeaient chez leurs parents ou tuteurs. Parmi les filles 11 étaient catholiques, 10 musulmanes et une protestante.

Les discussions étaient menées en français sans exclure le recours à une langue locale⁹. Enregistrées avec le consentement oral libre et éclairé des participantes, les données collectées ont été transcrites manuellement, puis saisies sur ordinateur avec le logiciel Microsoft Word par des collaboratrices. Elles ont été codifiées et analysées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MaxQDa (Version 6, 2001, VERBI Software, Berlin, Allemagne) par la responsable du projet.

Les discussions de groupes révèlent particulièrement les normes sociales ou le « code moral » selon l'expression de Foucault (1984), leur ambiguïté et l'éventail des possibilités de représenter et d'agir dans le domaine de la sexualité. Nous avons ainsi assisté à des négociations de positions parmi les intervenantes. Les filles ont aussi facilement changé de perspectives et entremêlé leur position actuelle comme filles célibataires, nubiles et (partiellement) en relation(s) avec des garçons avec la projection d'une situation future en tant que femmes de foyer et épouses pour laquelle leur éducation les prépare.

Nous restons au niveau des récits et pouvons uniquement les comparer aux contacts humains et relations sociales observés au quotidien sans pouvoir les confronter à l'observation directe des pratiques sexuelles par les chercheurs. Ce fait représente une caractéristique méthodologique fondamentale de toute recherche sur la sexualité et résulte dans une comparaison des représentations et constructions sur la sexualité émanant des personnes enquêtées autant que des chercheurs·e·s.

Contexte ethnographique touchant au « code moral » de la sexualité (des adolescentes) en région *moaga*

Selon les sources ethnographiques existantes, coutumièrement les deux genres vivent dans des espaces clairement attribués à l'un ou l'autre genre (Bila 2011b; Egrot 2001). La sexualité apparaît comme un bref contact intime entourée de honte et pudeur (*yande*) chez les *Moose*. Représentant une forme particulière de transgression d'espaces, notamment celui entre le monde d'ici et le monde immatériel des esprits (*kinkirsi* et *kiimse*), entre les deux lignages auxquels les personnes appartiennent et entre les deux genres, au niveau symbolique, l'acte sexuel signifie le contact le plus intime possible et le plus dangereux entre un homme et une femme et doit être pratiqué avec précaution en suivant des règles spécifiques (Egrot 2004:59;

⁹ La majorité des filles était *Moose* et parlait aussi le *mooré*. Uniquement 3 filles étaient d'une autre ethnie (2 *Gourounsi*, 1 *Bwaba*). Si par la suite, nous parlons de normes, valeurs ou pratiques coutumières ou 'traditionnelles', nous nous référons à celles des *Moose*.

Roost Vischer 1997:85-86). Le risque n'est pas perçu à travers la pénétration physique, mais par la contagiosité symbolique des partenaires. Le rapport sexuel est à visée essentiellement procréative. Le non-respect de ce « code moral » – qui forme un « cordon sanitaire » protecteur (Badini 1978) – favoriserait un chaos tant au niveau individuel que social et se traduirait par des maladies. En effet, la sexualité d'une femme – et surtout sa fécondité – s'inscrit ici dans un système d'échange entre deux lignages représentés par les partenaires sexuels. (Badini 1978 ; Egrot 2004 ; Roost Vischer 1997 ; Taverne 1999b).

Le tabou qui entoure la sexualité rend difficile l'éducation sexuelle des jeunes. Le recueil de contes à contenu sexuel racontés en public proposé par Lallemand (1985) serait, selon l'auteur, implicitement destinés à l'éducation sexuelle progressive des enfants¹⁰. Il est cependant peu évident que cet enseignement à travers des contes atteigne les filles qui grandissent en ville aujourd'hui.

L'éducation sexuelle par la génération des parents est tabou et sa non observance est qualifiée de transgression de l'impératif de la pudeur (Lallemand 1985:10; Roost Vischer 1997; Hien, Somé, et Meda 2012). Souvent il est dit que dès l'apparition de la ménarche¹¹, les mamans parlent de la sexualité à leurs filles (Nakkazi 1998). Dans nos discussions cependant, une telle forme explicite d'éducation sexuelle n'a jamais été abordée par les filles. Elles répétaient plutôt une mise en garde générale des mamans contre les hommes, l'impératif de la soumission au futur mari et l'importance du pardon vis-à-vis de celui-ci. Malgré ces restrictions d'une éducation sexuelle explicite, la génération des parents reste garante du contrôle de la sexualité des enfants. Les mères sont responsables de la bonne conduite de leurs filles et se voient souvent accusées lors des transgressions commises par celles-ci (Schwärzler 2010b). Pour les mères, le pire est une grossesse non prévue d'une fille, problème communément appelé « filles mères » au Burkina Faso¹².

Anciennement, l'institution du *roellendo* permet le contrôle de la sexualité des jeunes chez les *Moose*. Dans la phase prémaritale, avant l'arrangement d'une alliance matrimoniale entre deux différents lignages, une relation affective socialement légitimée était possible entre les jeunes filles et un partenaire de leur propre choix. Le *roellendo* servait de cadre pour la découverte romantique et érotique, même si les convenances imposaient aux filles de se retenir

¹⁰ Ce livre sur l'apprentissage de la sexualité dans la vaste région ouest-africaine à travers des contes est un ouvrage bibliographique, avant tout basé sur des études de littérature. Les expériences personnelles pendant ses séjours de recherche dans un village *moaga* entre 1968 et 1971 influent certainement l'interprétation de ces contes.

¹¹ premier écoulement menstruel d'une fille

¹² Selon une enquête nationale, 20% des filles entre 15-19 ans auraient déjà été enceinte et 16% auraient donné naissance (Guiella et Woog 2006). Souvent l'expression 'grossesse non désirée' est utilisée dans la littérature. Nous préférons parler de 'grossesse non prévue', car la plupart des jeunes désirent bien avoir des enfants, mais plus tard.

sexuellement, d'empêcher leur prétendant de franchir certaines limites et de rester vierges pour le mariage (Lallemand 1977; Schwärzler 2010b).

Interrogées sur les tabous liés aux rapports sexuels tels que décrits dans la littérature, les filles n'en ont pas connaissance. Elles se rappellent vaguement qu'il ne faut pas tousser pendant les rapports, sous peine de provoquer une maladie de l'homme (*pug-kosgo*, 'femme-toux', décrite dans Egrot et Taverne, 2003). La seule règle qu'elles invoquent, — et qui n'est pas citée dans la littérature —, serait qu'un rapport sexuel ne doit pas être interrompu, qu'il faut aller « jusqu'au bout » (impliquant l'éjaculation de l'homme lors d'un rapport vaginal pénétratif), sans pour autant connaître de conséquences en cas de son inobservation. Les rapports anaux, connus surtout à travers des films pornos, sont rejetés de manière unanime et représentés dans le contexte de l'homosexualité abordée plus ouvertement dans le cadre de la sensibilisation contre le VIH et discutée négativement dans les discours populaires et par les institutions religieuses, notamment celles chrétiennes :

Faire l'amour par l'anus, il y a toujours des problèmes (...). Ce n'est pas bon. Dans le livre des Blancs que moi je lis-là, là-bas même on dit que faire l'amour par l'anus ..., qu'il y a toujours des problèmes. Les homosexuels-là (...), il y a des inconvénients et il ne faut pas faire pour que ces inconvénients n'arrivent pas. Mais eux le font, ils ne savent pas. Mais, au niveau de l'organisme-là, ça ne va pas. L'organisme a besoin de respirer et il y a des éléments que, si toi tu fais-là, ça empêche l'organisme même de se défendre. Donc, il y a des maladies qui viennent. (lycéenne *gourounsi* de 18 ans)

Selon les représentations *moose*, la conscience morale est située dans le ventre (*puuga*). Situé au centre du corps, qualifié comme la partie la plus cachée, profonde, intime et mystérieuse du corps, *puuga* englobe un champ vaste de significations physiques et morales. Les significations physiques sont étroitement liées à la femme (*paga*), à la féminité et à la procréation. Selon les significations morales, le ventre est un centre d'activités où toutes les représentations du siège de la vie se matérialisent. Il représente la conscience d'une part, et est la force motrice derrière tout bon ou mauvais comportement en rapport avec toutes les expressions de la vie humaine : les relations sociales, les relations familiales, les sentiments par rapports aux ancêtres et à la vie même (Badini 1979; Taverne 1999b).

À ce propos, Taverne souligne, tout comme Seidel (1993), que les messages de prévention du VIH laissent sous-entendre que ceux qui tombent malade ont quelque part « failli » socialement, et ne respectent pas les valeurs morales (Taverne 1999b). Ainsi le sida devient-il une sanction due au non-respect des règles morales élémentaires.

Les principales ambiguïtés présentées par les filles

Informations polyphoniques

La sexualité est une grande préoccupation des filles adolescentes. Même si elles n'expriment pas directement et ouvertement un manque d'informations au sujet, elles partagent et discutent certains aspects ou posent directement des questions pendant ou après nos discussions.

Bien que la honte et la pudeur entourent la sexualité et que les échanges sur la sexualité entre parents et enfants soient culturellement tabou, nous observons néanmoins dans la vie publique du quartier, des discussions plus ou moins ouvertement liés à la sexualité, souvent en langage codifié et métaphorique, à travers des blagues et plaisanteries ainsi que la drague ludique tous très fréquents¹³. Ce langage provocateur est tenu autant par les jeunes que les aînés, plus par les hommes, mais aussi par des femmes adultes et par les jeunes filles. Les jeunes se défient fréquemment dans les rues du quartier quand une personne du sexe opposé passe.

Les filles couvrent leur manque d'informations concrètes et fiables par leur intéressement à toutes sortes de sources hétéroclites auxquelles elles sont exposées ou cherchent activement l'accès. Plusieurs médias jouent un rôle primordial dans ce domaine. (1) L'émission interactive 'Confidence' sur la chaîne de radio privée de Ouagadougou, Horizon FM, modérée par un animateur (Thierry) jugé sympathique et compétent, est facilement accessible et très apprécié par les jeunes. Dans chaque émission une ou plusieurs personnes appellent le modérateur et exposent un problème de couple, de jalousie, d'infidélité, etc. Les auditeurs sont invités à discuter, juger, conseiller, aider la personne en détresse en appelant la chaîne et en contribuant, en diffusion directe, à la discussion du problème. Ainsi, un débat public se développe, véhiculant des négociations de positions et d'opinions et une multitude de représentations culturelles, sociales et morales du problème présenté. Suivi régulièrement par beaucoup d'habitants du quartier, pendant les jours suivants, les avis débattus dans cette émission sont commentés dans les espaces publics, également parmi les jeunes paires. (2) Les feuilletons brésiliens télévisés constituent une autre source importante pour les jeunes filles qui les suivent. Ces représentations d'un mode de vie, de relations de couple et de vie de famille d'une classe aisée sont interprétées comme réalité des Blancs, les acteurs étant de teint clair (Thomas 2013). En général, ces feuilletons servent de référence positive ou négative aux jeunes filles, de guides en termes d'apparence, d'objectif de succès économique, d'images des rapports des genres et de notions romantiques des relations de couple. Une fille, par contre, a su dénouer le caractère fictif des histoires projetées en disant :

¹³ En tant que chercheuse, j'étais moi-même facilement abordée et provoquée, surtout au début de mon séjour ethnographique, par exemple dans les 'cabarets de *dolo*' (lieux de vente et de consommation de la bière de mil de production artisanale), où se retrouvent des personnes de la génération moyenne et des vieux.

Nous prenons ça trop à la base, quoi. Et puis on regarde les feuillets là. Tout est faux. Ils [les Blancs] ne font pas ce que nous faisons. (lycéenne *moaga* de 21 ans)

(3) Selon les filles, des DVD pornographiques sont visionnés par beaucoup de jeunes. Facilement accessibles et peu coûteux¹⁴, ils transmettent une représentation de la sexualité prétendument sans tabous et des postures sexuellement explicites. Selon leurs propos, les DVD sont beaucoup discutés parmi les pairs et utilisés comme sources d'inspiration pour leurs propres pratiques sexuelles. Dans nos discussions, certaines filles réfutent néanmoins le rôle de modèle de ces images :

Les films porno, il y a des manières de faire l'amour là-bas qu'il ne faut jamais adopter : dans l'anus, tout ça là. Pour moi, ce n'est pas bon. Ça ne se fait pas. Il faut vivre selon la logique dans laquelle on doit vivre. (lycéenne *moaga* de 16 ans)

(4) Dans le quartier, il y a aussi la possibilité de regarder la télévision publique dans une des cours privées où des films pornographiques seraient visionnés par les habitants adultes à partir de minuit au prix de CFA 100 ou 150 (-.15 ou -.23 Euro). Lors d'un séjour de suivi effectué en février 2010, un informateur précisait que ces séances sont interdites aux jeunes, selon un autre informateur, les jeunes y assistent également fréquemment¹⁵. En parlant de ces films pornographiques, les filles ne spécifient pas où elles les regardent. (5) Nous notons qu'internet n'a pas été cité par elles comme source d'informations, contrairement à d'autres recherches, par exemple en Maurice (Rambaree 2009). (6) Dans certaines interventions, l'accessibilité à l'éducation sexuelle à travers des journaux pour les jeunes est promue (Ahorlu et al. 2012; Pfeiffer et al. 2012). À Ouagadougou, *Planète Jeunes*, *Amina* ou *Nous deux* sont surtout vendus dans les supermarchés qui sont moins fréquentés par les jeunes que nous avons rencontrés¹⁶. Ces journaux suivent le modèle des journaux pour les jeunes en Europe et offrent une représentation d'un groupe d'âge à part avec des intérêts spécifiques et une culture de jeunes, urbains, modernes, consommateurs, ouverts au monde et à la mode.

¹⁴ Ces DVD sont vendus par des marchands ambulants (qui vendent également des vidéos de stars musicaux) et coûtent 1'000 FCFA (1,5 Euro).

¹⁵ l'un ancien assistant engagé dans le projet de recherche et vivant lui-même au *secteur 29* et l'autre le président d'une association de lutte contre le sida vivant et travaillant dans un autre quartier de Ouagadougou

¹⁶ *Planète Jeunes* : publication de l'Association Planète des Jeunes, siège social et rédaction en France avec des collaborateurs africains et des bureaux dans les pays principaux de diffusion produisant des suppléments nationaux, rédacteur en chef Eyoum Nganguè, tirage 55'000, diffusion en Afrique de l'Ouest et du Centre, www.planete-jeunes.org; *Amina* : magazine produit en France, édition Africaine avec un tirage de 55'000 exemplaires ; www.amina-mag.com; *Nous deux* : magazine de la société de presse française Viapresse ; www.viapresse.com

Nous n'avons pas rencontré de journaux pour jeunes produits en Afrique, tels que *Rafigui* (au Tchad; www.rafigui.net) ou *100% jeune* (en différents pays d'Afrique centrale ; www.reglo.org).

Pour les adolescentes à Ouagadougou, les journaux arabes ou musulmans sont peu utilisés et moins intéressants à lire parce que tout ne se rapporte qu'à la religion, nous relatent les filles à travers un ancien collaborateur du projet.

Par contraste à ces représentations positives et plus ou moins explicites de la sexualité transportées par différentes sources d'informations médiatiques, des modèles de conduite différents sont transmis par des institutions religieuses. Les filles racontent d'activités de loisirs organisées pour occuper et encadrer les jeunes. Ces prescriptions religieuses ne semblent pas être pertinentes pour elles et les adolescentes n'ont pas explicitement débattu le sujet de l'éducation sexuelle dans le cadre des institutions religieuses, même si quelques-unes lisent des livres et brochures éducatifs produits par ces institutions. Une fille a présenté sa compréhension du moment convenable pour entamer les rapports sexuels qui est influencé par des livres chrétiens et des représentations biologiques :

Pour moi, j'ai lu dans plusieurs livres qu'à 18 ans on peut commencer. Mais là-bas aussi, ce n'est pas tellement bon, quoi. Parce qu'il faut commencer à 20 ans. À ce moment, tous les os sont solides. Bon, en tous cas, c'est un livre que j'exploite. Donc à 20 ans, les os sont solides. Au moins, tu peux essayer de pratiquer les rapports sexuels. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Les écrits chrétiens offrent une représentation de la sexualité convenable uniquement dans le cadre conjugal et préviennent les jeunes de la 'sécurité illusoire' des préservatifs en insistant que ceux-ci ne sont pas à 100% sûrs. La seule option proposée en matière de sexualité est l'abstinence jusqu'au mariage.

Une autre institution, l'école, transmet un cadre de référence additionnel aux jeunes qui la fréquentent. Dans les cours et les livres de biologie, l'accent est mis sur les représentations occidentales de la biologie et du fonctionnement des appareils de reproduction féminins et masculins¹⁷. Beaucoup d'informations sur le VIH, les IST ou pour l'abolition de l'excision des filles – véhiculant des représentations biomédicales, de santé publique ou de santé reproductive occidentales – sont transmis à travers les écoles et présentent ainsi une facette additionnelle de la sexualité.

L'institution reconnue pour l'éducation sexuelle et le planning familial pour les adolescent-e-s, l'ONG ABBEF (Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial, avec une antenne situé au centre-ville), n'a pas été évoquée par les filles de notre quartier périphérique, et encore moins son programme de pairs éducateurs 'Jeunes pour Jeunes'. Selon une enquête menée auprès des jeunes, la mauvaise fréquentation de ses locaux serait moins un problème de distance ou de coûts, que de peur. Les jeunes filles qui ont peur d'être mal jugées en fréquentant un tel lieu préfèrent partager des informations dans un cadre plus informel (ABBEF 2000 in Guiella 2004:27).

En raison du manque d'interlocuteurs (à l'exception de certains enseignants, représentants religieux ou parents/tuteurs) et, des préférences des jeunes, les filles discutent plutôt entre elles.

¹⁷ Les représentations *moose* de la biologie humaine sont décrite dans Poulet (1970), Bonnet (1988), Schwärzler (1996) et Egrot (2001).

L'importance des échanges sur la sexualité parmi les paires n'est pas nouvelle – comme l'exprime par la génération des grands-parents d'aujourd'hui (Schwärzler 2010b) –, elle a déjà été décrite il y a plusieurs décennies (Lallemand 1985). Ces échanges entre paires permettent aux adolescentes de partager leurs incertitudes, préoccupations, doutes, déceptions. Le groupe sert en même temps de relais d'informations tout comme de plateforme d'échange et de production de leurs propres représentations de la sexualité, des rapports sexuels et des relations avec des partenaires masculins. Selon des recherches menées au Cameroun, l'inconvénient de ces discussions entre paires est que le partage de représentations inadéquates par rapport aux IST et au VIH peut mener à des comportements à risque potentiellement néfastes pour les filles (Tsala Dimbuene et Kuate Defo 2011).

L' (in-) activité sexuelle

Les dilemmes et ambiguïtés des filles se rapportant à la décision de rester vierge ou du moment de commencer les rapports sexuels ainsi que des conséquences attendues sont bien résumés par cette fille :

Il n'y a pas d'âge pour commencer. Mais, j'ai vu dans un livre qu'une femme doit se marier à 18 ans et l'homme à 21 ans¹⁸. Mais moi, je trouve que ce n'est pas normal. Mais, maintenant il y a les enfants de 9 ans qui tombent enceintes. Si tu leur demande pourquoi elles font ça, elles vont dire que 'c'est parce que je l'aimais, il faut que je lui montre que je l'aime', ainsi de suite. Or, ce n'est pas comme ça. (...) Il y a des femmes qui se marient à 25 ans, mais vierges. Je trouve que se marier vierge est une très bonne chose, parce que quand tu te maries vierge là, quoi, c'est un honneur. Ton mari ne pourra même pas se foutre de toi. Mais, quand tu commences tôt là, quoi, et puis tu te maries, tu n'as même pas envie de faire [les rapports]. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Les motivations de l'inactivité ou de l'activité sexuelle sont un grand sujet de débats entre les paires, tout comme parmi la population dans les espaces publics et à travers les médias. Les filles citent : la curiosité, la découverte, l'envie d'expérimenter et d'imiter les images transmis dans des films, le plaisir, la preuve de l'amour vis-à-vis du partenaire. Elles représentent la sexualité comme une activité normale et naturelle des humains, un aspect important de la vie adulte, un signe d'ouverture à la vie moderne et urbaine, une expérience personnelle, une affirmation de soi et comme une prise de liberté et d'autonomie.

Les filles expriment différentes représentations de l'âge ou du moment convenable pour débiter les rapports sexuels. Elles citent les seuils d'âge de 16, 18, 20 ans et au-delà. Quelques-unes argumentent qu' « il ne faut pas être trop pressée ». Une majorité désapprouve celles qui

¹⁸ Dans le *Code des personnes et de la famille* (art. 238, 241), les seuils d'âges minimaux pour le mariage sont fixés à 17 ans pour la fille et à 21 ans pour le garçon. Avec le consentement des personnes exerçant l'autorité parentale ou des tuteurs/tutrices et pour un « motif grave », des jeunes peuvent aussi se marier plus tôt, au maximum à 15 ans pour la fille et à 18 ans pour le garçon (Anonyme 1989).

commencent « tôt » ou « précoce », sans pour autant donner plus de précisions ou indiquer des critères de maturité qui devraient être remplis pour débiter l'activité sexuelle. Elles reprennent ces deux expressions vagues qui sont souvent citées dans des débats par les aîné-e-s récusant l'activité sexuelle de la jeunesse d'aujourd'hui (Schwärzler 2010b). Dans un groupe, une représentation biologique est partagée comme signe de maturité : quelques filles jugent qu'il est bon de commencer quand « l'organisme a un rythme normal » ou quand « les os sont solides », justifications qui émaneraient d'un livre chrétien (voir citation plus haut). Une autre fille lie l'initiation sexuelle à la capacité d'éduquer un enfant en cas de grossesse non prévue. Elle signale ainsi deux aspects : d'une part cette énonciation peut être interprétée comme signe d'auto-responsabilisation de la part des filles ; d'autre part, c'est une réaction au fait que beaucoup de jeunes filles enceintes sont délaissées par leur partenaire qui décline toute responsabilité pour l'enfant et la laissant se débrouiller elle-même, souvent dépendante de l'aide de sa famille.

La grande préoccupation des filles avec la sexualité est aussi un reflet de son omniprésence véhiculée par les programmes de prévention du VIH et leur reprise dans les discussions publiques. Ainsi, la fille suivante trace une image positive de la sexualité, tout en évoquant les risques possibles et implique que les filles refuseraient les rapports :

Tout le monde dit que les rapports sexuels, c'est bon. Qui n'aime pas le bon ? Qui ne veut pas ce qui est bon ? Mais, c'est pour éloigner les dangers de soi-même [allusion à une grossesse ou différentes IST, incluant le VIH] qu'on n'accepte pas. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Pour soutenir cette position, une autre fille insiste sur le fait qu'il y a plein d'autres activités intéressantes et satisfaisantes qui peuvent remplacer l'activité sexuelle et en même temps préserver des risques :

Les rapports sexuels font du plaisir. Mais, il y a d'autres activités aussi qui font plaisir. Par exemple, moi qui suis là, je ne fais pas les rapports sexuels. Mais, j'ai le plaisir à aller causer. Isabelle est venue chez moi, ça a été un plaisir de la voir. Donc, on peut compenser avec d'autres plaisirs pour ceux qui veulent vraiment mieux réussir leur vie, selon moi. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

D'une part, il y a donc l'envie de faire des expériences sexuelles, mais, d'autre part, les filles présentent aussi un avantage de l'innocence qui leur permet de véhiculer une autoreprésentation de respectabilité au partenaire et futur mari potentiel. Ainsi, quelques filles sont soucieuses de ne pas donner l'impression d'être « faciles », pulsionnelles ou trop expérimentées sexuellement :

Il y a des femmes qui disent que même si elles sont mariées, qu'elles ne doivent pas accepter facilement [de faire les rapports] pour qu'il [leur mari] ne dise pas qu'elle était bordelle quand elle était jeune. (lycéenne *moaga* de 18 ans)

Tu peux être franche envers ton mari en lui disant que tu n'es pas pute, mais que j'aimerais te demander ça, ça, ça' dans les causeries. (lycéenne *moaga* de 18 ans)

Avec cette tactique à but prospectif, les filles s'assurent du respect de leur éventuel futur mari et améliorent leur position habituellement faible vis-à-vis de celui-ci et de sa famille en cas de disputes de couple, choses jugées inévitables.

Rencontrer un partenaire sexuel n'apparaît pas difficile. Les filles reconnaissent être souvent approchées par des garçons. Les garçons disent que les filles sont moins contrôlées en ville et ainsi plus facilement abordables. La séparation des espaces y apparaît effectivement moins stricte, autant pour les deux genres que pour les différents générations. Ainsi, garçons et filles se fréquentent à l'école, devant les cours familiales, dans la rue, chez des ami·e·s, au marché, aux puits d'eaux, lors de shows qu'ils organisent, bref, « partout » comme disent les filles. Il y a aussi des filles qui approchent elles-mêmes des garçons. Badini (1994) reconnaît que dans les années 1980, les filles provoquaient les garçons bien plus que l'inverse. Ce genre de prise de contact, de taquineries et de drague a court aujourd'hui et se vérifie ; il arrive qu'un garçon qui déambule dans la rue soit appelé par des filles. En général, on peut dire que les espaces publics sont érotisés, spécialement dans le quotidien des jeunes, similairement à Cape Town tel que décrit par Burchardt (2011). Malgré certaines expressions crues, les comportements sont moins ostensibles. Les flirts sont plutôt verbaux que physiques et il est rare de voir des jeunes se promener la main dans la main ou s'embrasser publiquement. Pour une personne extérieure à un groupe de jeunes pairs, les partenaires sexuels ne sont normalement pas reconnaissables dans les espaces publics, du fait que tout homme et toute femme est tenu·e de maintenir une distance spatiale et de respecter les codes culturels lors de ces rapprochements ludiques¹⁹.

Les rapports sexuels des jeunes filles se passent normalement en clandestinité et avec discrétion, d'une part à cause de la pudeur qui l'entoure et, d'autre part, car cette activité est mal vue et reprouvée par les aîné·e·s. Le délai entre une rencontre et le premier rapport varie de l'absence de rapports tout court, à plusieurs années, des mois ou par contre à quelques heures :

J'ai connu une fille qui m'a raconté qu'elle a fait un an. Mais, il y a d'autres à deux mois. Et surtout les filles qui aiment faire les rapports sexuels : deux semaines ou lors d'un show-là, elles commencent la même nuit. (lycéenne *moaga* de 16 ans)

Beaucoup de jeunes partenaires n'ont pas forcément des rapports fréquent ou régulier, mais sont généralement en renégociations.

Malgré la représentation du rapport sexuel comme étant un acte normal, malgré une certaine pression parmi les pairs pour être sexuellement actives, toutes les filles ne le sont pas. Elles

¹⁹ Au début de mon séjour ethnographique, je ne reconnaissais pas les couples dans un groupe composé de personnes des deux genres, ni les personnes ayant une relation intime. Les partenaires n'étaient pas forcément près l'un de l'autre et je ne reconnaissais pas les gestes qui peuvent signaler une liaison.

avancent pour cela certaines raisons : le respect des valeurs familiales ou des institutions religieuses, la concentration sur l'achèvement des études, l'attente de l'achèvement du développement mental et physique ainsi que différentes peurs : peurs des garçons, d'une grossesse, des IST (surtout du VIH) ou la fierté d'être différente. L'abstinence peut aussi être représentée une comme une étape dans la poursuite d'un projet de vie planifié par paliers :

J'ai 22 ans, mais je suis vierge. (...) Moi, j'ai pris une seule décision. Je ne sais pas ce que Dieu va faire devant [à l'avenir], mais ma décision-là : je veux avoir mon bac et avoir un fiancé sûr, le présenter à mes parents et commencer. (lycéenne *moaga* de 22 ans)

La question d'être sexuellement active en se préservant ou d'être abstinent revient à un choix moral personnel :

Ça dépend de tout un chacun. Mais, tu peux le faire en te protégeant. Parce que tu n'as pas peur, si tu te protèges. Il n'y a pas de problèmes. Mais, si tu veux aussi, tu peux rester comme ça et t'abstenir. (lycéenne *moaga* de 16 ans)

Dans la même logique, les filles apparaissent soucieuses de ne pas se présenter comme expertes en matière de sexualité. De même certaines jugent qu'il est préférable de limiter les rapports avec le garçon qu'elles pourraient épouser. Cette logique fait des filles et des femmes les responsables de la bonne gestion ou même de la limitation du nombre ou de la fréquence des rapports, en supposant qu'un excès peut mener l'homme à s'en lasser de sa partenaire et de chercher la diversité et la satisfaction en dehors de l'union officielle :

Si vous faites l'amour [avant le mariage], (...) après le mariage, il [l'époux] va dire qu'il en a marre. Parce que quand vous étiez fiancés, c'était vous qui faites ça. Moi en tout cas, je trouve que ça devient... je ne sais pas comment je vais dire ça ... C'est dur, c'est quelque chose que tu es habituée. Comme les hommes le disent : 'manger tout le temps la même sauce'. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Nous observons que les discussions se focalisent davantage sur l'abstinence que sur des expériences sexuelles. Cela ne veut pas dire que les participantes de nos groupes ne sont pas sexuellement actives. C'est la méthode des groupes de discussion qui relève plutôt la négociation de valeurs et positions morales que les pratiques réelles.

Les risques et leur défense

Les filles expriment différentes peurs et représentations vagues de la puissance de la sexualité. Lors de la discussion autour de la précocité de l'initiation sexuelle, plusieurs filles expriment une représentation du risque de devenir dépendantes de la sexualité si elles commencent trop tôt et surtout si elles pratiquent la masturbation. Basé sur des informations tirées d'un livre d'éducation sexuelle qu'une fille a reçu d'« un Blanc », la masturbation est définie, dans un

groupe, d'une part comme autosatisfaction, et d'autre part comme pluri-partenariat sexuel avec plusieurs garçons à un âge précoce :

L'autre masturbation, ce sont les garçons : elles sortent tôt avec les garçons, elles font les rapports sexuels avant l'âge. Mais, ce n'est pas avec le seul garçon. Aujourd'hui, c'est avec cet élève de la classe, demain c'est avec un autre garçon, pour avoir le plaisir. C'est ça, la masturbation : elle sort avec différent garçons. Mais la masturbation personnelle, c'est elle même qui le fait, ou soit par exemple avec les cahiers-là, il y a des notes comme ça, comment faire l'amour, des livre où tout est dedans. Et quand tu as lu, tu sais qu'il faut te satisfaire. Je ne sais pas, elle peut se lever nue et puis se regarder et ça fait partie de la masturbation. (lycéenne *moaga* de 18 ans)

L'infidélité des filles est également perçue par elles comme risque. Selon elles, l'infidélité peut provenir de la masturbation qui fait d'une personne « un esclave de l'amour » et empêche l'auto-maîtrise plus tard au cours de la vie conduisant à l'habitude ou à l'exagération des rapports. D'autres sources de l'infidélité seraient l'entrée prématurée dans la sexualité (« commencer les relations sexuelles très tôt-là, c'est un grave danger »), les penchants naturels d'une personne, le suivisme ou encore l'attrait des avantages économiques procurés par une optimisation du nombre de partenaires concurrents ou consécutifs dans le cadre d'échanges économique-sexuels (voir plus bas). L'infidélité est fortement critiquée et redoutée au sein du groupe de paires. On y entend aussi une crainte des risques sanitaires :

Il y a des jeunes-là, elles sont tellement infidèles, jusqu'à ça va les suivre jusqu'à la mort. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Les filles dénoncent également les personnes qui entrent ou restent dans des relations pour des raisons d'apparence physique ou économiques. Elles projettent une image romantique des relations basées sur l'amour qui seraient plus stable et protectrice contre les déceptions, les mésententes, les problèmes et le risque d'infidélité de la part du partenaire. À travers ces propos, les filles expriment implicitement également un rejet des mariages arrangés :

- R1 : Tout ça-là, ce n'est pas basé sur l'amour, la plupart du temps, ce n'est pas basé sur l'amour.
- R2 : (...) elle a une belle forme, ses parents ont l'argent. Quand l'argent finit là, c'est fini aussi.
- R3 : Sinon, si c'était le vrai amour, l'amour vrai de Dieu-là, ça dure.
- R4 : L'amour éternel.
- R3 : C'est comme dit ma copine : peut-être que l'homme aime la femme parce qu'elle présente, parce qu'elle est belle. Et entre temps, c'est devenu bizarre. Il faut marier quelqu'un parce que tu l'aimes, et non parce qu'il y a quelque chose qui t'attire.
- R2 : Donc, la beauté physique ne veux pas dire que 'parce qu'elle est belle, je vais l'épouser'. Il faut l'aimer, parce que la personne t'aime. Ça, peut-être vous allez mourir ensemble.

Un autre modèle est l'amitié simple et sexuellement abstinentes qui peut se développer, à la longue, et de manière tacite en une relation stable et enfin aboutir à un mariage :

Il y a d'autres relations, les garçons n'ont pas besoin de dire grande chose ou de te dire quoi que ce soit, parce que j'ai vu ce genre de relation. Par exemple, vous êtes là, vous vous croisez au lycée ou quelque part. Entre temps, tu commences à bosser, lui aussi, il bosse. Après, il te dit bonjour et vous vous suivez simplement comme ça, quoi. Mais entre-temps, vous sentez que chacun à une attirance pour l'autre et c'est une amitié profonde qui naît sans que personne ne dise cela, que toi même tu vas sentir que vous vous rapprochez. Entre temps, si vous devenez grands, vous vous mariez. Il y a des gens qui se sont mariés comme ça. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Cette description de l'évolution d'une amitié en relation platonique puis au mariage rappelle également la tactique explicite d'attendre et de 'tester' le partenaire aussi longtemps que nécessaire ou possible avant l'initiation des rapports sexuels avec celui-ci dans l'espoir de minimiser la multitude de risques cités en haut.

La peur d'être infecté par le VIH est présente chez les filles. La seule solution absolument sûre qui leur est proposée, est l'abstinence sexuelle. Mais, elles restent très angoissées par la crainte de devenir stériles si elles ne font pas de rapports²⁰, allégation faite par des garçons vis-à-vis des filles qui sont ou veulent rester vierges :

On a dit que quand tu es vierge jusqu'à 20 ans que ça peut te rendre stérile. C'est vrai, non, ou malade ? (lycéenne *moaga* de 17 ans)

La rencontre sexuelle n'est normalement pas planifiée et n'a pas forcément lieu dans un cadre qui assure l'intimité sans dérangement. Ce contexte fragile rend les jeunes vulnérables à ce moment. Les filles expriment une certaine peur des risques de l'activité sexuelle, surtout une grossesse, moins le VIH et à peine d'autres IST. Elles connaissent largement les messages de sensibilisation et ont appris que le préservatif peut protéger contre l'ensemble de ces dangers. Mais, comme suffisamment décrit dans la littérature (Guiella et Madise 2007), la négociation pour l'utilisation de cette protection n'est pas évidente pour les filles, surtout en cas de rapports sexuels gratificateurs ou transactionnels. Aussi, est-il mal perçu pour un garçon, et plus encore pour une fille, d'avoir un préservatif sur lui/elle. En matière de contraception, les filles disent en majorité appliquer ce qu'elles appellent « la méthode naturelle » ; il s'agit, soit d'observer et

²⁰ La fécondité des femmes est symboliquement intimement liée à la fécondité de la terre. Ainsi, une femme qui ne peut pas enfanter risque de subir l'exclusion sociale. Pendant longtemps, les femmes sans enfants se voyaient accusées d'être des sorcières et étaient bannies du village (Badini 1978:157; Schwärzler 1996:43). A Ouagadougou, il existe un centre d'accueil pour les sorcières présumées établi dans les années 1960 par une missionnaire Européenne, le Centre Delwende à Tanghin, un quartier au nord de la ville, périphérique lors de sa construction. Aujourd'hui, le centre abrite plus de 400 femmes et est géré par une sœur avec le soutien du Ministère de l'Action Sociale. Entre temps, un autre centre avec 80 femmes a été ouvert dans le quartier de Paspanga, proche du centre-ville. (source : <http://www.afrik.com/article8157.html>)

Deux metteurs en scène burkinabè ont pris la sorcellerie dans leur société *moaga* pour sujet dans des films, Idrissa Ouedraogo dans *Yaaba* (1989) et S. Pierre Yameogo dans *Delwende* (2005).

d'interpréter l'écoulement vaginal ou de compter les jours féconds. Par contre, dans beaucoup d'entretiens, que ce soit avec des femmes ou des hommes, avec des jeunes ou des vieux, nous avons constaté que beaucoup de personnes confondent les jours féconds et inféconds.

Interrogées sur les changements de comportement depuis l'arrivée du sida, plusieurs filles insistent pour dire que le nombre de rapports et de partenaires aurait même augmenté. En effet, les filles apparaissent intriguées devant une représentation du sida comme une maladie inévitable frappant pourtant certaines personnes et épargnant d'autres de manière aléatoire et incontrôlable²¹. Ces filles expriment leurs incertitudes face à cette logique, préférant profiter entièrement de la courte vie au lieu du renoncement :

Q : Mais est-ce que depuis l'arrivée du sida, le comportement des gens a changé ?

R1 : Ça a augmenté même.

R2 : Ça s'est empiré.

R3 : Tu as trouvé le mot exact même.

R2 : Puisque les gens disent que le sida-là, c'est une simple information pour décourager les amoureux. [une des définitions courantes pour l'acronyme 'sida' ; italiques des auteures]

R3 : C'est ça même. Et puis, ce qui fait qu'ils ont plus de force même : Ils disent que tu es prostituée ou sérieuse, que sida-là veut t'attraper, qu'il va t'attraper. Donc mieux vaut faire ce que tu veux ou bien tu restes à la maison seule, [un] ami-là même tu ne vas pas avoir. Toi aussi, tu vas faire [les rapports]. Il y a un proverbe qui dit que 'mieux vaut faire ce que tout le monde fait au lieu de faire ce que personne n'a jamais fait'. Parce que ce que tout le monde fait-là, si Dieu ne descend pas de feu, il faut faire. Toi tu dis que ça-là, c'est bien et cela n'est pas bien, que tu ne vas pas faire : Tu restes là, tu es la dernière des dernières même. (lycéenne *moaga* de 16 ans)

La troisième fille (R3) témoigne de manière prononcée des ambiguïtés, de la difficulté de se positionner moralement, de faire des choix, de prendre des décisions et de l'influence du contexte social et de la pression des pair·e·s.

La sexualité gratificatoire et la sexualité transactionnelle, deux formes d'échanges économique-sexuels²²

Selon leurs propos, certaines tirent leur avantages de la possibilité d'utiliser la sexualité comme moyen gratificatoire ou transactionnel, un sujet largement débattu dans les groupes de discussion des jeunes filles. La reconnaissance et l'appréciation de la valeur de la sexualité d'une fille par un contre don du partenaire peuvent s'exprimer, dans les espaces urbanisés actuels, à

²¹ Cette impression était très répandue au début de la pandémie et aussi longtemps qu'il n'y avait pas encore de traitement. Dans la population générale, cette appréciation est toujours courante de manière sous-jacente.

²² Nous utilisons ici l'expression échanges économique-sexuels telle qu'introduite par Tabet (2005) pour indiquer le continuum de « relations sexuelles impliquant une compensation » allant du don au tarif indiquant des espaces symboliques entre cadeau et prix.

travers une récompense matérielle, telle que l'argent ou des biens. Certaines filles décident aussi de marchander²³ leur corps.

Les filles, surtout celles déambulant dans les rues du quartier en habillement moderne ou sexy, sont mal perçues et soupçonnées par beaucoup de femmes mariées âgées – épouses d'éventuels courtisans de ces filles –, de chercher des hommes aisés, souvent plus âgés et mariés (Schwärzler 2010b). Les filles de nos groupes de discussions, à l'inverse, se présentent comme étant draguées dans les espaces publics par des hommes adultes, tels que leurs professeurs à l'école ou des pères de famille.

Presque toutes les filles scolarisées disent avoir fait l'expérience de (l'invitation à la) sexualité gratificatoire²⁴ par un enseignant à l'école qui les aurait approché en leur donnant de bonnes notes et en attendant implicitement, en contrepartie, une récompense sexuelle. Elles parlent de ces faits comme s'ils étaient normaux :

Tout le monde [toutes les filles] a eu ça même. (lycéenne *moaga* de 16 ans).

Les filles appellent ces gratifications des « notes sexuellement transmises », faisant ainsi allusion aux infections sexuellement transmissibles (IST). Aucune fille ne dit avoir pris l'initiative elle-même pour se procurer des avantages ou d'avoir accepté les avances d'un enseignant. Une fille explique son entrée en contact avec un enseignant et ses propres valeurs morales ainsi :

Non mais regarde, j'ai eu le même cas. Mais, en fait, pour moi, je n'avais pas bien regardé la personne. Pour moi-là, dès le premier regard-là, je ne l'avais pas bien regardé. Et je croyais que c'était un jeune de 30 ans, parce qu'il y a des 30 ans qui ne sont pas mariés. Et on s'est donné rendez-vous et il est venu. Et j'ai dit que celui-là était marié. Je me suis dit ça dans la tête. Et on a bien causé et après maintenant, je lui ai dit de saluer sa femme et ses enfants. Et il a dit que : 'Mais, tu sais ce que tu mijote dans ta tête ?' Et je lui ai dit que : 'Je suppose que vous avez une femme et des enfants.' Et il est parti. (...) Il n'est plus revenu. Malheureusement, c'est un prof au lycée. Donc, à chaque fois que je le croise, ça m'énerve. Mais, je ne sais pas comment faire. Moi, je n'aime les hommes mariés, même si tu es riche. Parce que moi, je veux un homme de foyer. (lycéenne *gourounsi* de 18 ans)

Ces approches par les enseignants ont des conséquences pour les filles qui disent être déconcentrées par la suite, d'avoir redoublé une classe après avoir échoué dans les examens ou d'avoir carrément abandonné l'école à cause des avances d'un enseignant, comme cette fille :

²³ Le terme marchandisation est utilisé dans le sens de *commoditization*, l'une des trois dimensions principales de la vulnérabilité urbaine comprises dans le cadre conceptuel *asset vulnerability framework* développé par Moser (1998). La marchandisation exprime un processus à travers lequel un objet, un service ou un bien social devient une marchandise (*commodity* en anglais) commercialisée et/ou échangée sur un marché, souvent contre de l'argent ou des biens matériels. Les deux autres dimensions de la vulnérabilité urbaine, selon Moser, sont les risques environnementaux et la fragmentation sociale.

²⁴ Nous introduisons cette expression sur le modèle de celle de la 'sexualité transactionnelle'. Nous voulons ainsi différencier le caractère de ces deux formes de sexualité marchandées présentées ici.

C'est pour ça que je n'ai pas terminé l'école l'année passée. Il y avait deux de mes professeurs qui me faisaient la cour. Donc, moi j'ai fui. Tu vois, tu ne peux pas bosser. Ils te donnent des notes-là au hasard comme ça. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Ces récits dévoilent les comportements de certains enseignants et posent des questions d'éthique et de déontologie professionnelle ainsi que de responsabilité et d'exemple de ces personnes aînés pour les jeunes.

Le sujet abordé par les filles et discuté de la manière la plus extensive lors de nos discussions a porté sur la sexualité transactionnelle comme source d'argent ou de biens. Une fille se faisait un plaisir de raconter ses expériences, animant ainsi le débat d'un groupe. Cette pratique jugée très dangereuse est dénoncée par la quasi-unanimité des filles à travers des propos normatifs ou moralisateurs, même si elles apparaissent fascinées par la tactique et la ruse que l'une des leur déploie. Celle-ci arrive à se procurer des sommes considérables chez un voisin et d'autres hommes aisés. Ces hommes viennent la chercher en voiture à la maison – fait qu'elle expose comme grande source de prestige – et l'invitent à manger dehors. Elle dit se faire accompagner systématiquement par une amie lors d'une sortie avec un « bailleur » pour des raisons de sécurité et pour éviter les rapports sexuels. Selon son récit, elle arriverait à obtenir des dizaines de milliers de Francs CFA (10'000 CFA correspond à 15.25 EUR) sans pour autant coucher avec ces hommes. Vivant chez son oncle permissif, elle s'autofinance quasi-entièrement et paye ses frais de scolarité elle-même, sa maman étant décédée et son papa vivant en Côte d'Ivoire. Mais les enquêtrices n'ont jamais pu savoir si cette fille n'avait vraiment jamais de rapports avec ses « bailleurs » généreux. Dans un entretien individuel, elle a déclaré être vierge et d'être craintive des rapports sexuels (lycéenne *moaga* de 17 ans, R1 dans ce qui suit). Les filles sont conscientes d'avoir un certain pouvoir sur ces hommes, mais aussi des risques de la transition fluide vers la prostitution nette ainsi que des risques sanitaires :

- Q : Mais le fait que tu n'as pas eu de rapports là, il ne t'a pas fait des histoires ?
 R1 : Non, non, non, il a fui même.
 R2 : Il y a des gens aussi, ils ont honte pour faire rancune-là. Ils préfèrent oublier ce qu'ils ont fait pour la fille-là. Ils donnent beaucoup à la fille, mais si la femme [épouse] apprend ou quelqu'un d'autre apprend....
 R1 : Il y a les voisins même. [Un voisin lui aurait donnée plusieurs dizaines de milliers de FCFA par simple compassion]
 R3 : [reprenant les propos de la première énonciation de R1] Oui, ils ne vont plus payer dans leur vie. Ils préfèrent oublier et laisser l'argent – comme on peine à Ouaga aussi, on est pauvre....
 R1 : Tu vois, ce sont ces genres de trucs-là qui font que les filles.... si ce n'est pas parce que ça même ..., ça peut faire que tu vas te prostituer : ils te donnent, ils te donnent. Ça, tu vas suivre – mais comme elle est là.... [son amie qui l'accompagne habituellement]. (...) Tu ne sais pas ce qu'il a. Peut-être il est malade [faisant référence au VIH]. (.....) Quand vous êtes deux là, ils ne peuvent rien. Tu vois, ce sont des gars, ils ne peuvent pas te faire du mal, parce que ce n'est même pas bon pour eux.
 R4 : Si tu pars seule, ce n'est pas bon. Mais, à deux-là, ils ne peuvent rien faire.
 R1 : Ils sont gentils, dès, les vieux-là. Ils sont très gentils.

Selon les discussions, les filles qui s'engagent dans des relations à but transactionnel utilisent les ressources obtenues pour la survie toute simple, pour (le complément de) la scolarité ou pour couvrir des besoins matériels et des biens de consommation, tels que des habits, des soins et des produits de beauté ou se font payer des téléphones portables, voir un modèle de motocyclette à la mode, la JC²⁵. La concurrence parmi les filles joue un rôle non négligeable :

Les chaussures, tout ça peut faire partie, parce que si ton copain n'a pas l'argent et tes amies s'habillent bien, tu es obligée, si un richard vient dire qu'il te propose ça, toi tu vois que c'est lui qui va t'aider, tu es obligée d'accepter pour pouvoir avoir ces matériels. (lycéenne *moaga* de 16 ans)

Selon la perception des filles, les hommes qui s'engagent dans ce genre de relations veulent « se rajeunir » avec les filles vierges, « goûter à toutes les sauces », « n'ont pas vécu leur jeunesse ». De tels propos impliquent que les filles ont des rapports avec eux. Même si certaines filles semblent profiter des relations transactionnelles, les filles majoritairement expriment de la honte envers ces hommes, que ce soit par rapport à la différence d'âge ou au fait qu'ils sont généralement mariés :

Ce n'est pas avec les grandes filles, hein. Ce sont les petites filles là, (...) [de] 15-17 ans. Un homme de 39-40 ans peut sortir avec une fille de 15-16 ans. Mais, il faut être intelligente pour refuser. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Le premier jour, quand tu m'arrêtes-là, je te demande : 'Tonton, tu es marié, non ?' Et je l'appelle tonton²⁶. S'il me dit 'oui', je le lui demande : 'Tu as combien d'enfants ?' Et il me dit. Mais, souvent ils te proposent même d'aller coucher avec eux. Moi, il y a un qui m'a déjà dit ça et je lui ai dit que : 'Donc, c'est pour ça ?' et je le lui ai demandé : 'Que toi, un vieux comme ça, tu peux m'aimer ?' Et il m'a dit : 'Oui, qu'il y en a qui aiment'. Et c'est là, je lui ai dit d'aller coucher avec sa femme qui est à la maison. Parce que moi, je suis encore petite. Que si je grandis, il peut venir. Et il ne vient plus. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Les filles se sentent toutes exposées à ces approches par des hommes adultes de leur milieu social. Deux filles ont même soupçonné tous les hommes, même leurs propres pères, de cette pratique en disant :

Si le prof peut draguer la fille, c'est que le papa de ta copine peut te draguer. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

²⁵ JinCheng Corporation (JC) est une société industrielle chinoise qui fabrique des motos moins chères que les P50 (de Peugeot, France), modèle dominant jusqu'à la fin des années 1990 et de moins en moins fréquentes aujourd'hui.

Lors du séjour de suivi en 2010, différentes personnes colportaient qu'il devenait de plus en plus fréquent que des marchands riches entretiendraient des jeunes filles dans une maison louée uniquement pour celle-ci et qu'ils paieraient tous les frais. Ces filles mèneraient leur ménage et deviendraient une partenaire extraconjugale non officielle entièrement soutenue par l'amant.

²⁶ A travers cette formule, la fille marque son respect envers une personne aînée (potentiellement de la génération des propres parents) et responsable.

Même tes parents, ton papa peut te remorquer [te déposer après t'avoir emmené en voiture] et aller s'arrêter draguer une fille devant toi et tu es là arrêtée. (lycéenne *moaga* de 17 ans)

Les filles qui soupçonnent tous les hommes d'être infidèles et de chercher la satisfaction en dehors de leur union officielle, tout comme celles qui différencient parmi les hommes plus âgés, utilisent des expressions métaphoriques dans le débat :

R1 : La monotonie là, ça ne réussit pas les hommes.

R2 : Ça dépend des hommes. Il y a des hommes qui sont fragiles et des hommes qui sont solides.

Autant les enseignants pratiquant la sexualité gratifiante que les hommes pratiquant la sexualité transactionnelle donnent un exemple jugé amoral par les filles. Certaines filles peuvent être tentées de s'engager dans ce genre de relations en argumentant que leurs référents sociaux le font également. Ainsi, elles renvoient le ballon qui leur est jeté par les aîné·e·s – comme quoi elles seraient cupides et amORALES (Schwärzler 2010b) – à ceux-ci.

Discussion

Nous avons vu que les filles adolescentes grandissent dans un milieu où tradition et modernité se mêlent de façon particulière. La modernisation, la globalisation, l'urbanisation et l'individualisation façonnent le quotidien des jeunes à Ouagadougou comme partout ailleurs. La situation économique est difficile pour beaucoup de ménages et touche aussi les jeunes. Le sida est un sujet quotidien qui influe l'initiation à la sexualité de la génération des jeunes. Les groupes sociaux et les espaces de rencontre entre les genres et les générations sont plus perméables que jadis ; les attitudes sont plus permissives ; les filles ont plus de possibilités d'échapper au contrôle familial direct et il est devenu plus facile pour elles de rencontrer des partenaires sexuels.

Les filles nous ont présenté une multitude de sources d'informations provenant de différentes institutions culturelles, scolaires, sanitaires, religieuses ou médiatiques – chacune avec sa propre stratégie et ses propres buts de transmettre un type d'informations bien déterminé (Bankole, Biddlecom, et al. 2007). Les récits de contes à contenu sexuel décrits par Lallemand ne sont plus une source d'information (Lallemand 1985). L'éducation sexuelle est taboue pour les parents, et les grands-parents qui pourraient jouer ce rôle ne sont pas nécessairement en proximité spatiale et idéale des jeunes (Schwärzler 2010b). Les filles ne reçoivent pas d'enseignements initiatiques car elles ne sont pas soumises à ces rites de passages qui, en outre, n'ont pas été remplacés par d'autres formes d'accompagnement des jeunes. À l'école, les élèves sont enseignées des représentations biomédicales du fonctionnement du corps et des organes sexuels. Dans les interventions de santé publique pour la prévention du VIH fondées sur des

concepts occidentaux du corps, de la sexualité et du sida, l'utilisation du préservatif est conseillée, impliquant des rapports sexuels. Dans les institutions religieuses, l'activité sexuelle préconjugale est perçue négativement et le préservatif n'inspire pas toujours la confiance. Au niveau des différents médias omniprésents, la sexualité est présentée de manière incongrue, hétéroclite et avec une connotation positive. De cette polyphonie résulte une fragmentation des informations et – ce qui a été qualifié pour la Tanzanie – une multiplicité de « régimes moraux » (Dilger 2003) ou d'« idéologies sexuelles concurrentes » (Obrist van Eeuwijk et Mlangwa 1997).

Non seulement les informations sont ambiguës, mais les modèles relationnels et les pratiques sexuelles sont pluralistes, les valeurs, règles sociales et culturelles sont plurivoques et les référents sociaux aînés n'agissent pas selon les anciennes normes. Faute d'interlocuteurs et de cadre de support secourable, les filles sont au défi de faire leurs propres interprétations, représentations et évaluations morales, comme décrit aussi par Wolf pour l'Afrique du Sud (Wolf 2001). Beaucoup d'entre elles sont dans le processus de découverte de la sexualité ; elles doivent se positionner toutes seules face à une multitude d'ambiguïtés en rapport avec les informations qu'elles obtiennent, les règles et normes sociales et culturelles disponibles et les exemples observables dans la société actuelle.

À travers les propos des filles, il apparaît que leurs positions ne sont pas clairement définies par et pour elles-mêmes. Ces filles sont partagées entre différentes positions : la valeur culturelle et religieuse de l'abstinence sexuelle et de la virginité, la forte présence de la sexualité comme sujet de discussion dans les espaces publics, dans les médias et parmi les pairs, les images romantiques des relations (Samuelsen 2006) et la tactique de retardement des rapports sexuels en vue de tester la fiabilité d'un partenaire (Burchardt 2011). À cela s'ajoutent : leur propre envie d'expérimentation de ce qu'elles voient et entendent par rapport aux relations et à la sexualité, la pression des pairs pour être sexuellement actives, la conscience tout comme l'imaginaire des différents risques qu'elles courent en étant sexuellement (in-)actives, l'option de la survie économique ou de l'ascension sociale à travers la sexualité transactionnelle ou gratificatoire et le risque de se faire accuser de propager le VIH (Schwärzler 2010b; Seidel 1993).

Les positions et évaluation morales ne sont pas fixées une fois pour toutes pour chaque fille. Elles sont plutôt négociables et adaptables selon la situation actuelle dans laquelle une fille est amenée à agir et à réagir (Johnson-Hanks 2002, 2005b; Ortner et Whitehead 1981). À travers la multitude des positionnements apparaît aussi l'hétérogénéité du groupe des jeunes filles. Celle-ci n'est pas uniquement due à la fourchette d'âge allant de 12 à 22 ans. Elle est d'avantage marquée par d'autres critères, comme l'occupation actuelle des filles (lycéennes, élèves, vendeuses, sans occupation), la durée de leur scolarisation (entre 2 et 11 ans), leur situation économique (dans un ménage plus ou moins aisé ou financièrement autosuffisante) ou l'adoption de certaines prescriptions religieuses ou culturelles.

Les filles se représentent différents dangers : la masturbation comme voie vers une sexualité excessive et incontrôlable²⁷, la stérilité en cas d'abstinence sexuelle prolongée, l'union avec un partenaire infidèle, leur propre infidélité, les relations basées sur l'apparence ou à des buts lucratifs plutôt que sur l'amour et enfin une grossesse non prévue, le VIH et les IST. Les filles disent se sentir exposées aux avances inconvenantes des hommes âgés – des professeurs à l'école ou des hommes de foyer dans le quartier. Elles ont une représentation négative des hommes âgés et les soupçonnent de la pratique répandue de sexualité transactionnelle. Ainsi, elles se prononcent négativement envers les hommes des générations âgées, mais expriment aussi une crainte de l'infidélité potentielle de leurs propres futurs maris et des risques sociaux et sanitaires qu'elles peuvent subir. Au-delà des avantages économiques, les filles reconnaissent que la sexualité transactionnelle comporte aussi différents risques, tels que l'exposition aux IST ou le glissement dans la prostitution.

Que les filles perçoivent certaines pratiques – telle que l' (in-)activité sexuelle, l'(in-)fidélité ou les échanges économico-sexuels – de manière positive, négative ou ambivalente, celles-ci transportent également des connotations morales. Dans toute société, il arrive que les personnes socialement moins puissantes soient plus souvent accusées de transgression de valeurs ou normes, alors qu'elles en sont plutôt les victimes (Farmer 1996). C'est aussi le cas dans la discussion autour des échanges économico-sexuels, dans lesquelles certaines jeunes filles sont impliquées. Ces relations de dépendance sont présentées dans la société générale comme si les hommes âgés impliqués étaient les proies innocentes des jeunes filles (Schwärzler 2010b), alors qu'au contraire – vues leur capacité financière et leur maturité – le pouvoir et la responsabilité sont de leur côté. Cet exemple démontre aussi que la société attend des filles et des femmes de maintenir les normes de moralité, mais pas des hommes. Comme le sida est perçu comme le symbole de cette transgression de la moralité, les discours reprochent aux filles et aux femmes d'avoir trop de relations sexuelles (Van Hollen 2010).

La perception négative par les jeunes filles des hommes âgés pratiquant la sexualité transactionnelle avec elles apparaît aussi comme une expression du conflit de générations (Roth 2007, 2008, 2012) et une critique sociale de leur part. En observant un décalage croissant entre les valeurs morales et les pratiques réelles, les propos des filles dénoncent l'immoralité et la permissivité des hommes âgés et la société en général (Dilger 2003).

En résumé, cette étude rend compte d'une transformation plus accélérée et plus profonde que d'autres changements intervenus plus anciennement dans l'histoire. Plusieurs dynamiques contradictoires se produisent en même temps : une tendance vers une abstinence renforcée, vers un début d'activité sexuelle précoce et vers des relations plus courtes et subséquentes ou

²⁷ Les femmes âgées utilisent les mêmes caractérisations pour la sexualité des filles non excisées (Schwärzler 2010b).

concomitantes, partiellement avec et partiellement sans rapports sexuels. Il y a aussi des mouvements de re-traditionalisation (Vincent 2006; Leclerc-Madlala 2001; Schoepf 1992), de dé-traditionalisation, de pluralisation et d'individualisation et, enfin, d'auto-responsabilisation. En même temps, ces transformations peuvent être perçues par les filles comme une chance offrant plusieurs possibilités ou, au contraire, comme des facteurs qui les obligent à faire des choix. Ainsi, observons-nous une grande pluralité de formes de relations sociales et sexuelles ainsi que de décisions et positions morales qui y sont liées (Maihofer 2011; Schwärzler, Zemp, et Obrist 2012).

Recommandations

Dans le domaine de la recherche scientifique sur le VIH, beaucoup d'efforts sont déployés pour mieux comprendre les pratiques sexuelles des jeunes et spécialement des filles, notamment au Burkina Faso (Bankole, Biddlecom, et al. 2007; Brady, Saloucou, et Chong 2007; Guiella et Madise 2007; Guiella et Woog 2006; Guiella 2004). Mais, nous avons expliqué comment les parents sont également confrontés à un dilemme. D'un côté, il est tabou pour eux de parler de sexualité à leurs enfants (Pfeiffer et al. s. d.), alors qu'ils sont rendus responsables des potentielles conséquences négatives des activités de ces derniers. Cette situation pèse surtout sur les mamans socialement garantes du bon comportement de leurs filles et qui se voient inculpées lors de transgressions commises par celles-ci, surtout en cas de grossesse non prévue (Schwärzler 2010b). Par ailleurs, les anciens récits de contes éducatifs (Lallemand 1985), les enseignements pendant les rites initiatiques et l'éducation sexuelle des jeunes par les grands-parents ou d'autres groupes sociaux, aujourd'hui révolus, ne sont pas remplacés au niveau de la société. Cette tâche d'éducation est implicitement déléguée aux institutions scolaires, religieuses et sanitaires. Les jeunes, surtout ceux qui ne sont pas (ou plus) pris en compte dans ces institutions, sont abandonnés à eux-mêmes pour trouver leur chemin. D'où l'importance d'analyser les difficultés de la génération des parents avec l'éducation et l'activité sexuelle de leurs enfants pour mieux les accompagner dans leur nouvelle tâche afin de mieux les appuyer et ainsi soutenir les jeunes.

L'argument de la crainte de certaines jeunes filles de devenir stériles si elles s'abstiennent sexuellement ouvre une autre piste de recherche : celle de l'exploration des représentations de la fécondité et de l'infécondité (Héritier 1984). Dans le même registre, les liens potentiels peuvent être réfléchis entre les accusations de sorcellerie envers les femmes stériles et celles de « *pédé* » (homosexuels) envers les hommes impuissants. Au-delà de la catégorisation des maladies liées à la sexualité décrites chez les *Moose* (Egrot et Taverne 2003), les conséquences sociales de telles accusations sur le vécu quotidien des personnes affectées, peuvent être analysées. Il en est de même pour l'homosexualité féminine (par rapport à la construction de la féminité en société

moaga) et pour l'homosexualité masculine (qui commence à être abordée dans le contexte de l'infection à VIH).

Si les filles manquent d'interlocuteurs compétents et fiables pour parler de la sexualité d'une part et qu'elles préfèrent partager des informations dans un cadre plus informel (ABBEF 2000), pour l'instant, elles n'ont que la possibilité de s'initier individuellement ou de discuter leurs expériences entre elles. Cet effet de réseau parmi les paires apparaît non exempt de perversité si les filles disséminent des fausses informations pouvant ensuite mener à des pratiques dangereuses pour leur santé sexuelle et reproductive, risque évoqué également au Cameroun (Tsala Dimbuene et Kuate Defo 2011). Lors de notre enquête, les filles ont utilisé les discussions comme plateforme pour échanger entre elles et pour accroître leurs connaissances dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Après un temps de familiarisation et de gain de confiance, elles ont exprimé un besoin d'appui et d'informations sécurisées, vérifiées, valables en nous posant une multitude de questions, surtout après la fin de nos discussions et l'arrêt de l'enregistreur. Cette expérience suggère l'établissement de cercles informels de discussions décentralisés²⁸, pour l'application en pratique. Favoriser la participation maximale des filles (scolarisées ou non, avec ou non une activité rémunératrice) à ces discussions suppose aussi qu'elles soient tenues le week-end, dans un endroit facilement accessible, tel qu'un 'cabaret de *dolo*' ou un stand de marché durant l'inactivité commerciale. Ces cercles pourraient être modérés par des femmes âgées, respectées, fiables, sans préjugés, sensibles à la situation des filles et compétentes aux niveaux social, culturel, thématique et sanitaire (surtout par rapport à la santé sexuelle et reproductive et du VIH/sida). Ces cercles informels de discussions pourraient, avec le temps, être élargis en invitant aussi des garçons comme participants et des hommes âgés comme modérateurs, ainsi qu'en les officialisant et en les institutionnalisant. Un exemple réussi d'une telle structure sont les Centres Conviviaux et d'Écoute des Jeunes (CCEJ) du Togo, créés par la Croix Rouge Togolaise et coopérant avec l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population) et les Ministères de la Santé, de la Jeunesse et de l'Action sociale ainsi que des ONG locales (Sedoh 2011). À Ouagadougou, ce genre de centres pourrait être établi et géré en collaboration avec le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement du Burkina Faso (RAJS/BF) ou l'Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial (ABBEF).

²⁸ La création de centres ou de structures spéciales pour jeunes est également proposée par des prestataires de santé et un grand nombre de responsables d'associations travaillant avec les jeunes (Ouedraogo, Woog, et Ouedraogo 2007).

‘VOUS SAVEZ, ON EST DANS LA JEUNESSE,
ON TOURNE...’ :
PRATIQUES RELATIONNELLES ET SEXUELLES
DES ADOLESCENT·E·S
A OUAGADOUGOU, BURKINA FASO¹

Patricia Schwärzler^{1, 2}, Elisabeth Zemp^{1, 2} & Brigit Obrist^{1, 2, 3}

¹ Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse

² Université de Bâle, Bâle, Suisse

³ Institut d'Anthropologie, Bâle, Suisse

¹ manuscrit soumis à la *Revue Africaine de Santé de la Reproduction*

Résumé

Dans cet article nous explorons la multitude des pratiques relationnelles et sexuelles des adolescent·e·s de Ouagadougou. Pendant un séjour ethnographique de 14 mois, nous avons mené des groupes de discussions et des entretiens individuels avec des jeunes de 12 à 27 ans. Nous présentons d'abord la gamme des pratiques des jeunes gens (hommes et femmes) à travers un schéma de six modèles, combinant trois formes de relations (pas de relation, relation de mono-partenariat ou de multi-partenariat) et deux pratiques sexuelles (inactivité ou activité sexuelle). Vu que les interventions de prévention du VIH adressent les deux pôles de cette gamme – l'abstinence et le multi-partenariat – nous focalisons ensuite sur le vécu des filles de ces deux formes relationnelles et activités sexuelles, car celles-ci sont accusées par la population générale de propager le VIH. Les adolescent·e·s pratiquent différentes formes et combinaisons de relations impliquant ou non des activités sexuelles. Les interventions de prévention du VIH qui prendront en compte cette diversité dynamique seront plus efficaces.

Mots clés

adolescent·e·s, pratiques sexuelles, abstinence, relations, multi-partenariat, VIH/sida, Burkina Faso

Abstract

In this paper we explore the multitude of relational and sexual practices of young people in Ouagadougou. During an ethnographic field stay of 14 months, we conducted focus group discussions and individual interviews with young people from 12-27 years. We first present the range of practices of young men and women through a scheme of six models combining three types of relationships (no relation, single or multiple partnerships) and two sexual practices (sexual activity or inactivity). Because preventive HIV interventions often place an emphasis on the two poles of the whole range – abstinence and multiple partnerships – we then focus on the experiences of girls with these two forms of relational and sexual activities, as they are accused by the general population of transmitting HIV through their sexual practices. Adolescent girls and boys practice a variety of forms and combinations of relationships involving sexual activity or not. We argue that HIV prevention interventions that take this dynamic diversity into account will be more effective.

Keywords

adolescents, sexual practices, abstinence, relationships, multi-partnership, HIV/AIDS, Burkina Faso

– *Quelle que soit la ruse de l'homme, il peut acheter une poule boiteuse.*

[Personne n'est à l'abri de la tromperie.]

proverbe moaga²

Introduction

À l'ère du sida, les pratiques sexuelles suscitent un intérêt grandissant en matière de recherches (Parker 2001; Vance 1991). Dans le domaine de la santé publique, cet intérêt est traduit dans les interventions de prévention du VIH par la stratégie ABC³. Ses deux premières composantes, l'abstinence et la fidélité, font référence à des formes et pratiques relationnelles mises en évidence pour éviter le risque de contracter le VIH, alors que la troisième composante, l'utilisation du préservatif, vise à limiter le risque de la transmission du VIH lors de contacts sexuels. Médicalisée et devenue un outil médico-épidémiologique à travers la première composante de l'ABC, l'abstinence, comprise en épidémiologie comme inactivité sexuelle, n'a pas seulement gagné de l'importance du point de vue sanitaire (Winskell, Beres, et al. 2011; Undie et al. 2009; Kabiru et Ezeh 2007). Elle a également été revalorisée et encouragée au niveau socioculturel (Selikow et al. 2009; Leclerc-Madlala 2001; Varga 2000) et religieux (Burchardt 2011; Marisa Casale et al. 2010) dans différents contextes urbains à travers le continent africain. Elle est recommandée pour les adolescent·e·s⁴ sous forme du retardement maximal de l'entrée en contact avec le sexe du/de la partenaire. Le concept de fidélité préconise le mono-partenariat et s'oppose implicitement au multi-partenariat⁵. Les relations de mono-partenariat et la fidélité sexuelle des adolescent·e·s ne semblent pas être des sujets suffisamment intéressants pour être discutés, que ce soit au niveau scientifique, ou localement au niveau sociétal ou religieux. C'est le contraire pour le multi-partenariat. Cette pratique est toujours débattue, par des représentants de différentes disciplines (épidémiologistes, médecins et anthropologues de la santé), de manière controversée (Lurie et Rosenthal 2009) par rapport à son impact sur la propagation du VIH. Les relations multiples des adolescent·e·s sont surtout abordées par rapport aux filles et sont justifiées par la pauvreté (Madise et al. 2007; Mishra et al. 2007), des raisons économiques ou de 'modernité' (Kuate-Defo 2004; Luke 2005; Meekers et Calvès 1997), par des transformations sociales (Cole 2004; Haram 2004; Leclerc-Madlala 2003,

² (Pastœer Wedraoogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

³ de l'anglais *abstinence, be faithful, use condoms/condomise* (traduit en français au Burkina Faso en « abstinence, fidélité, capote »)

⁴ Si les expressions le permettent, nous utilisons cette notation pour préciser que des personnes des deux genres sont sous-entendues. Si les radicaux des termes sont différents, nous utilisons une barre oblique.

⁵ Nous parlons de mono- et de multi-partenariat pour les relations afin de les différencier des deux formes matrimoniales au choix pour les couples qui se marient légalement au Burkina Faso : la mono- et la polygamie. En dehors du mariage légal, existent aussi le mariage coutumier et le mariage religieux, ainsi que des combinaisons de ces trois formes d'officialisation de relations conjugales.

2009), et comme pratiques résultant de l'incertitude par rapport à l'avenir social (mariage et parenté respectable) et professionnel (stabilité économique) (Johnson-Hanks 2005a, 2005b).

Contrairement à cette catégorisation réductrice des relations et pratiques sexuelles (abstinence, mono- ou multi-partenariat), nous observons à Ouagadougou que les adolescent·e·s pratiquent une multitude de modèles de relations dans lesquelles ils/elles ont ou évitent des rapports sexuels. Fondé sur les récits des jeunes, nous avons établi un schéma simple englobant une gamme de six modèles de pratiques relationnelles et sexuelles. Ces six modèles représentent les combinaisons de trois formes de relations (pas de relation, relation de mono-partenariat ou de multi-partenariat) et de deux pratiques sexuelles (l'inactivité ou l'activité sexuelle). Après la présentation de cette gamme de modèles relationnels et sexuels vécus par les jeunes filles et garçons, nous nous focaliserons sur l'abstinence et le multi-partenariat des filles. Ces deux pôles de la gamme sont spécialement intéressants, car ils ne sont pas seulement abordés par les acteurs qui luttent contre le sida, mais aussi par la population de Ouagadougou qui en débat fréquemment en public.

Dans ces débats, les aîné·e·s se réfèrent à une institution culturelle (*roellendo*) des *Moose* – le groupe culturel dominant et rayonnant dans le pays ainsi que dans la capitale – veillant à l'abstinence des non marié·e·s. Le *roellendo* 'traditionnel' permettait aux jeunes d'avoir une relation affective socialement légitime, tout en leur attribuant – en particulier aux filles – la responsabilité de se contrôler et d'empêcher les rapports sexuels (Lallemand 1977). C'est en se référant au *roellendo*, que les vieux et les vieilles de Ouagadougou parlent des relations et de la sexualité des jeunes d'aujourd'hui, et qu'ils/elles les accusent – surtout les filles – de commencer les rapports sexuels trop tôt, de les pratiquer trop souvent et avec trop de partenaires parallèles. Selon eux, cette activité sexuelle mal pratiquée a pour résultat la propagation du VIH et représente ainsi un danger pour la société (Schwärzler 2010b).

Méthodologie

La présente étude qualitative en anthropologie de la santé a été effectuée dans le *secteur 29* de Ouagadougou, un quartier périphérique en cours d'urbanisation depuis les années 1980. Situé à l'est de la ville dans la zone transitoire urbaine rurale, il a été, en partie, construit de manière non planifiée, souvent par les habitants eux-mêmes. Selon le recensement réalisé en avril 2004, environ 55'000 personnes y habitaient⁶. La population dans ce quartier est hétérogène tant sur le plan économique, que social ou encore ethnique.

⁶ information de la mairie de l'arrondissement de Bogodogo en juillet 2004

Pour mieux comprendre les représentations que les adolescent·e·s⁷ ont des valeurs et normes sociales, ainsi que des rôles des genres, deux groupes de discussions dirigées ont été menés avec deux groupes de filles et deux groupes de garçons entre 12 et 25 ans. En complément, les récits et interprétations des interactions, pratiques et expériences personnelles dans les relations sociales et sexuelles de neuf filles entre 16 et 27 ans et de treize garçons entre 14 et 26 ans ont été collectés à travers des entretiens individuels approfondis semi dirigés. Les participant·e·s étaient majoritairement *moose*. Ces méthodes ont été appuyées par l'observation et la participation à la vie sociale du quartier. Nous avons séjourné sur le terrain entre septembre 2003 et novembre 2004 et effectué, depuis lors, des séjours annuels de suivi jusqu'en 2010.

Les entretiens avec les filles ont été menés par l'auteure et/ou une sociologue de la santé locale ; ceux avec les garçons par un sociologue de la santé et un assistant de recherche locaux, en *mooré* ou en français, selon la demande des participant·e·s. Les enregistrements ont été transcrits et traduits en français à la main dans des cahiers puis dactylographiés sur traitement de texte par des collaboratrices additionnelles. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel MaxQDa (version 6, 2001, VERBI Software, Berlin) et manuellement.

Pendant le recrutement et les entretiens avec des jeunes gens, nous avons rencontré une difficulté déjà décrite par d'autres auteurs (Guiella et Woog 2006), relative à la timidité, la honte et la pudeur de beaucoup de jeunes filles, quand il s'agit de parler de la sexualité, spécialement du multi-partenariat. Dans les groupes de discussions, elles n'ont pas ouvertement parlé de relations concomitantes. Il était plus facile d'en parler dans les entretiens individuels en les laissant raconter les histoires de chaque relation spécifique. Sans que les filles ne se prononcent explicitement sur la simultanéité des relations, les interlocutrices se sont aperçues au cours de ces récits que certaines filles sortent avec plusieurs garçons concomitamment.

Pour les garçons, par contre, le multi-partenariat est plutôt valorisant socialement. Aussi, l'activité sexuelle des garçons est moins fortement réprimée et ils peuvent ainsi prouver leur masculinité et contrer un éventuel doute d'impuissance. Les jeunes garçons se sont largement exprimés, quelques fois aussi avec fierté, ostentation et beaucoup d'humour, sur le multi-partenariat dans les groupes de discussions et entretiens individuels.

⁷ L'adolescence est un concept dynamique et lié à un contexte socioculturel spécifique (Dehne et Riedner 2001). En *mooré*, l'enfance est désignée par un terme général (*yandrem*). Pour l'adolescence, par contre, les termes sont sexués et délimités différemment par genre, reflétant l'âge des anciennes transitions vers le mariage : *pugsadré* (adolescence de la fille *pugsada* entre 12-15 ans) et *rasandlem* (adolescence du garçon *rasanga* entre 14-20 ans) (Badini 1994).

Selon la représentation locale actuelle nous considérons une différenciation entre les personnes adultes et responsables, c'est à dire des personnes mariées et ayant enfanté, et les jeunes célibataires. Nous ne nous sommes donc pas référés à la définition des tranches d'âges telle que proposée par l'OMS (OMS 1986:11-13). L'OMS fait une différence entre l'adolescence (10-19 ans) et la jeunesse (15-24 ans) et les regroupe sous les jeunes (10-24 ans), tout en avouant que les catégories sont utilisées de manière indistincte.

Puisque la recherche sur les pratiques sexuelles ne permet pas l'observation directe, nous sommes donc limités dans le choix des méthodes et de leur triangulation. Ainsi renvoyés au vécu relaté dans les groupes de discussions et les entretiens individuels, nous ne pouvons pas savoir quelles activités sexuelles sont pratiquées dans la vie réelle. En effet, les jeunes parlent parfois de leurs propres expériences et parfois d'autres personnes. De toutes ces informations, une grande diversité de pratiques relationnelles et sexuelles peut être relevée. Ces témoignages ne sont pas toujours clairement attribuables à des personnes. La manière de formuler des réponses est choisie délibérément par les jeunes et leur permet de maintenir l'incertitude et le flou par rapport à leurs pratiques, autant vis-à-vis des chercheur·e·s que vis-à-vis de leurs partenaires (Johnson-Hanks 2005a, 2005b). Les récits présentés par les jeunes garçons et filles ne reflètent donc pas seulement la relation vécue avec leurs partenaires sociaux ou sexuels, mais également le rapport intersubjectif qui s'est constitué entre ces participant·e·s et les chercheur·e·s lors des conversations (Prus 1996). Pour toutes ces raisons et pour ne pas fabriquer une facticité erronée, nous n'allons pas donner d'indications précises par rapport aux nombres d'énonciations des différents modèles relationnels et sexuels, mais plutôt décrire la gamme des pratiques courantes.

Résultats

La gamme des différents modèles relationnels et sexuels des jeunes filles et garçons

Nous présentons d'abord la gamme des modèles courants des relations entre jeunes, tels que décrits par les filles et garçons dans leurs récits. Le tableau 12 (page suivante) montre que, dans toutes les formes de relations (absence de relation, mono- ou multi-partenariat), des pratiques sexuelles peuvent être (partiellement) présentes ou complètement absentes :

formes de relations	activité sexuelle	
	inactivité	activité
pas de relation	modèle 1 : abstinence relationnelle et sexuelle	modèle 4 : pas de relation, mais rencontres sexuelles spontanées
relation mono-partenariat	modèle 2 : relation unique sans rapports sexuels	modèle 5 : relation unique avec des rapports sexuels
relations multi-partenariat (au minimum 2 relations parallèles)	modèle 3 : relations multiples sans rapports sexuels avec aucun·e des partenaires	modèle 6 : relations multiples avec des rapports sexuels avec une partie des/tou·te·s les partenaires

tableau 12 : Schéma des modèles de relations sociales et sexuelles présentés par les jeunes

Modèle 1 (abstinence relationnelle et sexuelle) : Les jeunes filles et garçons qui disent vivre l'abstinence relationnelle et sexuelle avancent une multitude de raisons : elles/ils préfèrent se consacrer entièrement aux études sans distraction, elles/ils se sentent encore trop jeunes, elles/ils ne sont pas intéressé·e·s par la sexualité, elles/ils veulent obéir aux parents et éviter une grossesse non prévue⁸. Seuls quelques garçons veulent commencer à avoir des rapports que lorsqu'ils seront économiquement indépendants et pourront assumer une éventuelle grossesse.

Dans les groupes de discussion, le sujet de l'abstinence est vivement débattu. Aussi bien les filles que les garçons disent qu'il n'est pas facile de s'abstenir sexuellement jusqu'au mariage et que « beaucoup de jeunes n'y arrivent pas ». En revanche, beaucoup de jeunes ont repris les arguments des prêtres catholiques et pensent que le préservatif n'est pas sûr à 100% et qu'il vaut mieux éviter le VIH ou une grossesse en s'abstenant absolument de toute activité sexuelle.

Modèle 2 (relation unique sans rapports sexuels) : Pour beaucoup de jeunes, le modèle du mono-partenariat sans rapports sexuels est difficile à vivre, vu la pression des pairs d'être sexuellement actif et certaines représentations de l'activité sexuelle (Schwärzler et Bila 2011). Par exemple, dans un groupe de discussion, les filles ont débattu la question d'une participante, à savoir : si son partenaire l'aime, alors qu'il ne lui propose pas d'avoir des rapports sexuels, ou

⁸ Souvent l'expression 'grossesse non désirée' est utilisée dans la littérature. Nous préférons parler de 'grossesse non prévue', car la plupart des jeunes désirent bien avoir des enfants, mais plus tard.

alors si, à l'inverse, il la respecte en protégeant sa virginité et compte l'épouser. Elles étaient convaincues que ce garçon devait avoir une autre fille avec laquelle il satisfaisait ses besoins sexuels – ce qui représenterait une combinaison du modèle 6 (relations multiples avec des rapports sexuels avec une partie/tou-te-s les partenaires, sous-modèle 'titulaire' présenté sous le modèle 6) avec la préservation implicite de la virginité de la fille (*roellendo*). Cette institution coutumière de contrôle de la sexualité des jeunes, invoquée par la génération des grands-parents (Schwärzler 2010b), ne fait pas partie des représentations explicites des adolescent-e-s en ville et les jeunes ne l'ont pas mentionnée du tout.

Souvent, l'abstinence sexuelle dans une relation représente une phase plus ou moins longue – même si elle dure plus d'un an – avant que le couple n'entame une activité sexuelle sans pour autant se référer à des prescriptions religieuses, coutumières ou familiales.

Modèle 3 (relations multiples sans rapports sexuels avec aucun-e des partenaires) : Certains jeunes ont des relations multiples, mais disent n'avoir des rapports sexuels avec aucun-e des partenaires. La virginité et la bonne réputation étant des valeurs normatives spécialement importantes pour les filles, quelques-unes disent entretenir des relations purement amicales avec plusieurs garçons. Vu que les parents de certaines filles sont réticents à laisser sortir leur fille, une tactique des garçons consiste à entretenir des relations multiples pour s'assurer d'avoir une compagne lors des festivités et des « shows ». Pour la plupart des garçons, il est aussi très important de pouvoir présenter au moins une amie à leurs pairs.

Parenthèse : Dans des groupes de discussion, les jeunes ont exprimé des représentations de l'abstinence sexuelle, et les angoisses qui en découlent et qui leur rendent difficile sa mise en pratique. Pour les filles, c'est la peur de devenir stérile ou de tomber malade, et pour les garçons, celle d'être soupçonné d'impuissance ou d'homosexualité (Schwärzler et Bila 2011).

En revanche, nous avons aussi rencontré le cas particulier de deux jeunes en couple depuis deux ans, antérieurement sexuellement actifs, qui ont décidé de cesser les rapports sexuels pour des raisons religieuses⁹, pratique appelée 'abstinence secondaire' dans la littérature (Kabiru et Ezech 2007).

Lors des discussions, les jeunes ont de plus initié le débat sur la masturbation. Cette pratique sexuelle résulte, comme l'abstinence, de l'absence de pénétration conventionnelle (pénis – vagin). Les garçons ont parlé de la masturbation de la partenaire, pratique qu'ils ont appelée « doigter »¹⁰. Les filles doutaient de la définition de la masturbation, car une participante d'une

⁹ Les deux proviennent de différentes ethnies de l'ouest du pays. Le garçon interviewé est un protestant de 24 ans, étudiant en 3^e (10^e année de scolarité), son amie est une fille catholique de 18 ans.

¹⁰ Selon les normes coutumières, la femme *moaga* ne doit pas toucher le pénis de l'homme (Egrot et Tavernier 2003; Egrot 2004; Schwärzler 1996). En général, la masturbation, tout comme d'autres formes de sexualité, serait un sujet intéressant à approfondir dans de nouvelles recherches, car cette forme de sexualité n'a pas été abordée dans la littérature au Burkina Faso jusqu'ici.

discussion soutenait, en se basant sur un livre d'éducation sexuelle, qu'il existent deux formes de masturbation : l'autosatisfaction et le multi-partenariat sexuel avec plusieurs garçons à un âge précoce (Schwärzler et Bila 2011). Les filles liaient la masturbation aussi à un manque de contrôle de soi et à une initiation sexuelle précoce – deux aspects du *roellendo* – qui mèneraient à l'infidélité et mineraient la capacité d'autocontrôle sexuel :

Si elle commence la masturbation tôt, après c'est dur pour elle d'être fidèle. Si elle commence la masturbation à l'âge de 12 ans jusqu'à oh-là-là, c'est dur qu'elle se maîtrise. Après donc, comment tu vas vouloir faire là ? Tu vas toujours penser à la sexualité à cause de la masturbation. (*moaga* catholique de 17 ans, lycéenne en 2^e [11^e année de scolarité])

Une autre pratique, qui peut être située entre l'inactivité et l'activité sexuelle, est l'abstinence sexuelle périodique des filles. Beaucoup d'entre elles appliquent le comptage des jours féconds, un moyen de contraception communément appelé « méthode naturelle ». Dans les entretiens, nous avons toutefois constaté que beaucoup de filles confondent les jours inféconds et féconds du cycle menstruel¹¹.

Modèle 4 (pas de relation, mais rencontres sexuelles spontanées) : Le seul récit qui illustre le modèle de l'abstinence relationnelle avec des rencontres sexuelles spontanées s'est produit lors d'une discussion parmi les garçons. Un jeune *moaga* catholique, lycéen de 20 ans, a dit que des prostituées dans un lieu précis du quartier voisin, suivent les garçons les jours où elles n'ont pas de clientèle et, même si ceux-ci disent ouvertement qu'ils n'ont pas d'argent, leur offrent des rapports sexuels gratuitement.

Lors de discussions informelles dans le quartier, il était parfois question d'aventures sans lendemain lors de « shows » et de fêtes de St. Valentin ou de fin d'année. Mais les filles et garçons n'en ont pas parlé dans nos entretiens et discussions formels, peut-être parce que nous mettions l'accent sur les relations.

Modèle 5 (relation unique avec des rapports sexuels) : Selon les personnes qui en ont parlé, les motivations pour entretenir une relation de mono-partenariat incluant des rapports sexuels et la fidélité mutuelle, sont diverses. Les raisons avancées par des filles dans les entretiens individuels étaient majoritairement d'ordre moral : la peur de la honte si leur infidélité était découverte, ou la peur d'avoir une mauvaise réputation dans le quartier ; parce qu'en tant que femme cela ne se fait pas ; par peur des maladies (sous-entendu les IST et le VIH) ou de la violence physique du partenaire s'il apprenait qu'elle est infidèle. Dans les groupes de discussion, les filles ont expliqué vouloir éviter de contracter des IST ou le VIH et aussi vouloir connaître le père de l'enfant dans le cas où elles tomberaient enceintes.

¹¹ Beaucoup de femmes et d'hommes aînées avec qui nous avons parlé pendant le séjour ethnographique avaient également une représentation inversée des jours féconds. Ceci serait un autre sujet à approfondir dans des recherches.

Les jeunes garçons en groupe ont surtout mis en avant des principes de bonne éducation familiale, les normes sociales et le fait de vouloir se présenter en tant que personnes sérieuses et prêtes à prendre leurs responsabilités. Un seul homme a dit dans un entretien individuel qu'il est fidèle à sa partenaire parce qu'il adore tellement ses qualités qu'il ne peut pas la trahir, bien qu'il doute de sa fidélité à elle.

Modèle 6 (relations multiples avec des rapports sexuels avec une partie des/tou-te-s les partenaires) : Les jeunes garçons et filles ont avancé différentes formes et raisons pour le modèle des relations multiples concomitantes avec des rapports sexuels avec une partie des partenaires ou tou-te-s. En groupe, les filles se sont à peine exprimées sur le multi-partenariat et ne se sont pas présentées comme personnes ayant des partenaires concomitants. Mais, elles ont parlé des deux sous-groupes de ce modèle que nous allons présenter plus bas, celui du 'titulaire' et celui des 'papas gâteaux' (Schwartzler et Bila 2011).

Par contre, les garçons, dans les groupes de discussion, en ont débattu extensivement. Ils ont présenté ce modèle comme une expression des temps qui ont changé et comme un moyen de se faire une renommée et d'acquérir le titre de *koro*¹² parmi les pairs. Selon eux, c'est dans la nature de l'homme d'avoir plusieurs copines et de ne pas pouvoir résister aux filles. Ils disent que c'est devenu facile pour eux, car le contrôle familial sur les garçons et les filles s'est affaibli et beaucoup de filles sont facilement abordables et prêtes à sortir et à coucher avec eux. D'un côté, ils pensent que les garçons plus riches ont plus de possibilités d'entretenir des relations avec plusieurs filles, mais à l'inverse, ils disent aussi que le manque de moyens économiques peut pousser un garçon à sortir avec plusieurs filles pour obtenir du soutien de leur part. D'autres garçons ont avancé des raisons sexuelles, surtout la possibilité de pouvoir acquérir de l'expérience. La notion de dégoût a été évoquée, si quelqu'un a des rapports trop souvent avec une même partenaire¹³, ce qui les pousse à chercher la diversité. Dans le même ordre d'idées, un proverbe utilisé fréquemment à ce sujet par la population masculine de tout âge a aussi été réitéré par les jeunes : « On ne peut pas manger [la] même sauce tous les jours »¹⁴. Les garçons ont aussi argumenté que les relations multiples sont une expression de la modernité qui « a gâté les enfants », que normalement un garçon ne doit avoir qu'une seule copine et qu'il ne doit pas aborder d'autres filles quand il dit qu'il aime une fille. Aussi, les garçons disent être parfois

¹² une personne masculine qui mérite un respect spécial, traditionnellement aînée (en langues *bambara*, *dioula* et *malinké*) ; aujourd'hui, parmi les jeunes, ce titre peut être accordé sur la base d'autres mérites sociaux

¹³ Par contre, dans un groupe de discussion, les filles ont présentés les rapports sexuels comme dégoûtants pour celles qui n'étaient plus vierges lors du mariage. Leur perception du dégoût pour les rapports a donc une connotation morale – l'échec dans le but de l'abstinence prénuptiale – et est différente de celle des garçons.

¹⁴ Le mets principal de la cuisine des *Moose* est le *tô*, une pâte à base de farine de mil ou de maïs, accompagné d'une variété journalière de sauces. Similairement, les jeunes de Yaoundé disent « On ne mange pas le *macabo* chaque jour », le *macabo* étant l'un de leurs piliers alimentaires (Johnson-Hanks 2005a:164).

abordés par les filles et que celles-ci les mystifient en s'habillant de manière sexy et attirante. Deux arguments sont spécialement répandus parmi les garçons qui sortent avec plusieurs filles : qu'ils sont méfiant envers elles et pensent que les filles ne sont pas fidèles, raison pour laquelle ils ont plusieurs partenaires¹⁵, et qu'à Ouagadougou les filles seraient plus nombreuses, raison qui les oblige à s'occuper d'elles : « Les filles sont beaucoup par rapport aux garçons. Dans la ville de Ouaga, on ne peut pas laisser les filles chômer comme ça. Chacun essaie de gérer au moins deux, sinon ça ne va pas. »¹⁶

Dans les entretiens individuels, les garçons ont détaillé qu'ils expriment leur adolescence à travers des relations multiples, même s'ils perçoivent ce comportement comme amoral : « C'est dans l'esprit des jeunes, mais ce n'est pas normal... ». Beaucoup de garçons pensent pourtant que c'est acceptable pour un garçon d'avoir plusieurs copines et que la fidélité est difficile pour un homme. Plusieurs garçons ont dit vouloir demander pardon à une partenaire qui découvre leur infidélité, mais ne pas pouvoir accepter une éventuelle infidélité d'elle. Les garçons ont aussi avancé des raisons sexuelles, en essayant d'une part de copier ce qu'ils voient à la télé et dans les films pornographiques, et argumentant d'autre part qu'une seule partenaire ne peut pas satisfaire tous les besoins sexuels d'un homme.

Comme nous allons le voir plus bas, quelques filles mènent également plusieurs relations en parallèle, mais les dévoilent moins ouvertement, lors d'entretiens individuels. Elles ont tendance à les distinguer et à cacher la concomitance.

Sous-modèle 'titulaire' (relations multiples sans ou avec des rapports sexuels avec une partie des/tout-e-s les partenaires dont un-e partenaire détient la position principale) : Le modèle spécial de multi-partenariat appelé 'titulaire' a été débattu fréquemment dans les groupes de discussions et les entretiens individuels avec les filles et les garçons. Même si les jeunes de Ouagadougou n'utilisent pas ce terme, d'ordinaire ils partagent et représentent les critères de ce modèle décrit dans la littérature (Meekers et Calvès 1997). Ils parlent du 'copain'/de la 'copine' pour désigner le/la partenaire principal/e et de 'gars' ou 'go' pour le/la/les partenaire/s

¹⁵ Ce motif est avancé, à l'inverse, également par les filles par rapport aux garçons. Nous observons une méfiance générale entre femmes et hommes, également avancé par Schlegel (2001).

¹⁶ La répartition des genres montre un déficit d'hommes en moyenne nationale (48% contre 52% de femmes), mais un léger surplus d'hommes dans les centres urbains. Selon les statistiques de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD 2009:79-80), à Ouagadougou uniquement dans les groupes entre 5 – 24 ans, les filles dominent légèrement, le plus fortement dans la tranche entre 10 – 19 ans. La population masculine est plus élevée dans les autres groupes d'âge, et elle est égale à celle des femmes après 60 ans :

5- 9 ans 5,7% m contre 5,8% f

10-14 ans 4,9% m contre 5,7% f

15-19 ans 5,6% m contre 7,2% f

20-24 ans 6,3% m contre 6,5% f (pourcentages de la population de Ouagadougou)

L'argument du surnombre des filles est aussi présenté par les garçons de Yaoundé (Johnson-Hanks 2005a).

additionnel/le/s avec qui ils/elles sont en relation¹⁷. Le copain/la copine est la personne pour laquelle une personne a des sentiments profonds, avec qui elle partage plus de temps et de communication, à qui elle a recours en cas de difficultés, avec qui elle fait éventuellement des projets d'avenir plus sérieux, qui peut être présentée à la famille, et qui peut le plus aisément accéder la cour familiale pour venir voir sa/son partenaire. Les relations de 2^e degré sont le plus souvent pratiquées en cachette. Ce modèle est très fréquent parmi les garçons, mais aussi pratiqué par les filles, même si elles en parlent plus discrètement.

Sous-modèle 'papas gâteaux' (relations multiples sans ou avec des rapports sexuels avec une partie des/tout-e-s les partenaires entre une jeune fille et un homme âgé offrant des avantages financières ou une promotion) : Le dernier sous-type du multi-partenariat que nous présentons ici, le modèle 'papa gâteaux'¹⁸, a été largement débattue dans un groupe de discussion des filles, surtout par rapport aux enseignants à l'école, phénomène que nous avons appelé sexualité gratificatoire (Schwartzler et Bila 2011), et par rapport aux hommes aînés du quartier. Nous allons le présenter en plus de détail plus bas (cas 4).

Un garçon, *moaga* catholique et lycéen en 1^{ère} (en 12^e année scolaire), a fait allusion à des 'mamans gâteaux' dans un groupe de discussion : « Parfois un homme qui a l'argent peut avoir une fille de 15 ans, il propose une certaine somme à la fille [...]. Parfois aussi des femmes font ce chantage à des jeunes [garçons] ». En dehors de cela, nous n'avons eu aucun témoignage personnel de telles activités par les garçons.

Les modèles de relations de multi-partenariat (modèle 3 et modèle 6 avec les sous-modèles 'titulaire' et 'papas gâteaux') impliquent plusieurs personnes dans un réseau relationnel. Ces relations peuvent avoir des caractéristiques et des durées différentes et sont entretenus pour différentes raisons. Ces réseaux relationnels ne coïncident souvent pas complètement avec un réseau sexuel, car les jeunes entretenant ces types de relations n'ont pas forcément des rapports sexuels avec tout-e-s leurs partenaires. Beaucoup de combinaisons de relations sociales et

¹⁷ Les termes « gars » (garçon, terme familier français) et « go » (fille, terme *malinké* utilisé par les jeunes) sont connus par tous les jeunes. Fréquemment, les termes copine/go et copain/gars sont interchangeables, souvent en faisant une distinction nette entre une relation de premier degré et une/des relation-s additionnelle-s, mais quelques fois aussi sans discerner les différents degrés de relations. Le modèle est donc flexible et flou.

Une multitude d'expressions est inventée au sein d'un groupe de garçons et de filles et utilisée comme codes pour désigner les partenaires (additionnel-le-s), afin de ne pas être compris par des personnes externes du groupe ou les adultes.

Par rapport au statut de la titulaire parmi les partenaires d'un garçon, nous pourrions comparer ce type de relations à la forme matrimoniale de la polygamie, où la première épouse détient un statut plus élevé que ses coépouses subséquentes.

¹⁸ Nous avons repris cette expression de IRIN (Integrated Regional Information Networks), service de nouvelles et d'analyses humanitaires du Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA). Nous n'avons pas trouvé de publication scientifique francophone utilisant cette expression. Le phénomène est connu dans la littérature anglophone sous l'expression 'sugar daddy/mummy' ou 'transactional sex' (Boileau et al. 2008; Kuate-Defo 2004; Leclerc-Madlala 2003; Luke 2005; Meekers et Calvès 1997) et s'inscrit dans un continuum d'échanges économico-sexuels (Tabet 2005). Chez Kuate-Defo (2004) le phénomène est appelé 'vieux protecteur'/'vieille protectrice'.

sexuelles sont ainsi possibles entre les garçons et les filles selon les constellations diverses de ces relations.

Aussi, les multiples modèles de relations des adolescent-e-s ne sont pas toujours clairement définis et délimités par eux/elles-mêmes et peuvent être flous. De plus, certains jeunes changent de pratiques et de modèles au cours de leur adolescence. Par conséquent, les jeunes ont une multitude de représentations et de discours sur ces modèles.

Suite à cet aperçu de la gamme de modèles de relations des jeunes (filles et garçons), nous allons présenter les récits des filles sur les deux pôles – l’abstinence et le multi-partenariat – plus en profondeur, car, à cause de ces deux modèles, la population générale les indexe plus directement, en les accusant spécialement de ne pas suivre les prescriptions sociales et morales et de propager le VIH (Schwärzler 2010b).

Les deux pôles des pratiques relationnelles et sexuelles des filles : l’abstinence et le multi-partenariat

Souvent l’abstinence est attribuée à un environnement traditionnel, religieux ou une éducation stricte, comme nous allons voir dans l’exemple de Pauline (cas 1). Par rapport au statut relationnel, l’association évidente est faite avec des personnes qui ne sont pas en relation du tout ou en mono-partenariat. Mais, il y a plus de facettes à l’abstinence, comme l’inactivité sexuelle dans des relations de multi-partenariat présentée dans le cas d’Aïssata (cas 2) ou les exemples cités plus haut de l’abstinence périodique comme moyen de contraception (voir *Parenthèse*), l’abstinence secondaire (voir l’exemple sous *Modèle 2*) ou la masturbation (voir *Parenthèse*).

Cas 1 (exemple du modèle 1 : abstinence relationnelle et sexuelle) : Pauline, une jeune fille catholique *moaga* de 17 ans et lycéenne en 3^e (en 10^e année scolaire), est née au *secteur 29*. Elle n’a pas de partenaire. L’entretien avec elle était peu extensif et Pauline a préféré ne pas répondre à certaines questions. Elle a des représentations ‘traditionnelles’ pour le rôle des femmes et des hommes au sein d’un ménage, et en ce qui concerne la fidélité ou l’infidélité (Schwärzler et Bila 2011). Elle s’est de plus plainte du manque de mise en pratique des prescrits religieux, autant chez les chrétiens que chez les musulmans : « Tout ce que dit le prêtre ou l’imam, c’est dans l’eau ». Lors de l’entretien, Pauline ne donne d’abord pas de réponse aux questions : pourquoi elle n’a pas de copain ? et pourquoi elle n’a pas couché avec un garçon jusqu’à présent ? Même si elle réfute l’opposition des parents en réponse à une question directe, elle affirme plus tard au cours de l’entretien qu’il faut obéir aux parents et répond à la fin de l’entretien que les parents africains perçoivent un manque d’éducation si leur fille amène un ami à la maison :

Il ne faut pas désobéir aux parents, par exemple les grossesses. Tu peux être petite et suivre les garçons pour causer avec eux et là, ça ne gêne pas. (...) [Mais, c'est] mal vu chez nous, les Africains... parce que chez nous, les Africains, quand tu amènes ton ami chez toi, c'est comme si tu n'avais pas reçu assez d'éducation.

Par rapport à l'activité sexuelle, elle craint le risque d'une grossesse non prévue et la dépendance des parents dans ce cas. C'est pourquoi elle juge qu'une fille est prête à avoir des rapports sexuels dès qu'elle est adulte (« au moment où elle-même elle jugera qu'elle n'est plus enfant ») et qu'un garçon l'est dès qu'il est autonome et peut assumer la responsabilité (financière) d'un enfant et de la mère de celui-ci (« c'est au moment où il peut s'occuper d'elle [sa partenaire] pour qu'en cas de problème [grossesse] il ne fasse pas recourt à quelqu'un, qu'il soit libre »). La contraception ne semble pas être une option pour Pauline, c'est pourquoi elle lie l'activité sexuelle directement à la grossesse. Elle essaie de suivre les prescriptions religieuses et parentales, même si celles-ci ne sont pas toujours explicites, comme par exemple en ce qui concerne sa mère (Q : « Ta mère te donne des conseils concernant les rapports sexuels ? » R : « Non. »). Aussi elle ne retient qu'une information superficielle de l'éducation sexuelle à l'école (« Les professeurs nous disent que les hommes ne sont pas sérieux, de nous méfier »).

Le deuxième récit sur l'abstinence sexuelle, celui d'Aïssata, est très différent de celui de Pauline. Aïssata a deux partenaires et insiste qu'elle est toujours vierge.

Cas 2 (exemple du modèle 3 : relations multiples sans rapports sexuels avec aucun des partenaires) : Aïssata, une fille catholique *moaga* de 16 ans est en 4^e (en 9^e année scolaire). Depuis cinq ans, elle vit dans la cour de son papa, un commerçant qui est divorcé de sa maman, s'est remarié à une autre femme et a un enfant avec celle-ci. La maman d'Aïssata vit dans un autre pays. Elle a payé la scolarité de ses enfants lors qu'ils étaient plus jeunes et vivaient avec elle¹⁹. Depuis cette année scolaire, le père refuse de payer les frais pour Aïssata et son petit frère et les réfère à leur maman. Aussi, le papa n'aime pas que des amies viennent lui rendre visite, mais n'objecte pas quand des garçons viennent à la maison.

Aïssata a deux copains, l'un depuis trois ans, l'autre depuis un an – même si lors de l'entretien elle reste vague, se contredit et présente la relation avec le premier copain comme plus récente que celle avec le deuxième. Elle parle elle-même de « copain », mais refuse ce terme quand l'enquêtrice l'utilise et parle d'« ami simple »²⁰. Les deux garçons sont des élèves et elle les voit fréquemment chez eux ou chez elle à la maison.

¹⁹ Selon les règles coutumières *moose*, lors d'une séparation des parents, les enfants restent avec leur maman jusqu'à l'âge d'environ 6 ans. Le papa a ensuite le droit d'exiger qu'ils le rejoignent, car les enfants appartiennent à son lignage (Lallemant 1976). Cette convention est un thème très présent dans les débats publics dans le quartier et a des conséquences profondes pour les femmes (les empêchant de divorcer) et leurs enfants.

²⁰ L'expression « ami simple » implique une relation asexuelle, moins étroite et profonde. Avec un « copain », la relation est plus proche, plus émotionnelle et peut inclure des rapports sexuels.

Aïssata dit que les deux copains ne lui ont pas proposé d'avoir des rapports sexuels et elle n'exprime aucune pression de leur part. Aïssata semble avoir reçu des conseils contradictoires de ses parents. D'abord, Aïssata dit qu'une fille doit se retenir sexuellement en utilisant des termes qui réfèrent au *roellendo* coutumier habituellement employés par les vieux (« il faut se contrôler ») et impliquant l'abstinence sexuelle. Plus tard au cours de l'entretien, elle dit que les parents préconisent l'utilisation de préservatifs et le mono-partenariat :

- Q Mais qu'est-ce que les parents te conseillent (...) ?
 R La prudence, quoi.
 Q Dans quoi ?
 R Partout. Comme de nos jours le monde est devenu difficile avec les multiples maladies-là [impliquant les IST et surtout le VIH]. Souvent il faut prendre des précautions.
 Q Comme quoi ?
 R Les relations avec les garçons-là, souvent il ne faut pas rouler trop avec les garçons et puis savoir se contrôler.
 Q Sexuellement ?
 R Oui.
 (...)
 Q Les parents ne te parlent pas souvent de sexualité ?
 R Oui, d'utiliser les préservatifs, être fidèle à un seul garçon. Là, s'il y a un problème, on sait c'est qui, quoi [impliquant la connaissance du géniteur au cas d'une grossesse non prévue].

Selon Aïssata, une fille ne doit commencer à avoir des rapports sexuels que lors qu'elle est mature, à partir de 19 ou 20 ans, et elle a peur des IST et du VIH. Par contre, elle dit que les rapports font part de l'amour et nous en déduisons qu'elle envisage des rapports sexuels uniquement au sein d'un mariage.

Tout en ayant deux relations concomitantes, Aïssata insiste sur le fait qu'elle n'a pas encore eu de rapports sexuels. Elle est très claire sur son abstinence sexuelle et se plaint de l'incrédulité vis-à-vis de l'enquêtrice :

- Q Ils [les parents] te conseillent d'utiliser la capote ?
 R Moi-même, je n'ai pas encore fait de rapports.
 Q Il n'y a pas de honte puisque moi-même, je suis passée par ça. Tu ne connais pas des rapports sexuels ?
 R Non.
 (...)
 Q Tu as déjà eu des rapports avec lui [1^{er} copain] ?
 R On dirait, vous-là, vous n'avez pas entendu ce que j'ai dit.
 Q Je répète...
 R Vous pensez que vous pouvez me tromper ? Quand je dis, on croit que c'est faux. Mais, je ne veux pas qu'on me croie même.

Même si Aïssata désapprouve la répétition ultérieure de la question de son abstinence au cours de l'entretien, elle joue en même temps avec sa crédibilité (« je ne veux pas qu'on me croie même »). De même, elle laisse ses partenaires actuels dans l'incertitude sur sa fidélité et ne se

soucie pas de la leur (« je ne dis pas qu'il est sérieux », « il ne sait pas si je suis sérieuse »), tout en utilisant le terme fort, déterminé et tranchant « mentir » à ce moment de l'entretien quand elle parle de ses propres pratiques :

- Q Mais, qu'est-ce qui te fais dire qu'il est sérieux [le 2^e copain] ?
 R Je ne dis pas qu'il est sérieux.
 Q Il n'est pas sérieux ?
 R Je ne sais pas. Même moi, il ne sait pas si je suis sérieuse.
 Q A ton avis, il est sérieux ?
 R Je ne peux pas savoir.
 Q Et toi même ?
 R Je suis un peu sérieuse, parce qu'il n'est pas le seul garçon à me faire la cour.
 Et si je dis qu'il est mon seul copain, j'ai menti.
 Q Tu as un autre ?
 R Oui.

Dans une autre partie de l'entretien, elle exprime qu'il est clair pour elle que les hommes mariés, de par leur nature, sont sexuellement infidèles, autant qu'il est immoral pour une femme mariée d'avoir des relations extraconjugales. Elle fait donc une distinction nette entre sa phase préconjugale actuelle – menant deux relations concomitantes – et les exigences socio-normatives ultérieures au sein du mariage quand elle sera sexuellement active.

En raison du fait que son papa ne veut plus payer sa scolarité, Aïssata risque devoir abandonner l'école si sa maman ne peut pas intervenir. Elle semble faire allusion à la possibilité de s'engager dans une relation avec un 'papa gâteaux' à travers le glissement de la troisième à la première personne quand elle parle des raisons pour la prostitution des jeunes filles :

- Q Mais, qu'est-ce qui pousse une fille à se prostituer.
 R À cause de l'argent.
 Q Quelles sont les raisons ?
 R En tout cas, je ne sais pas. C'est parce qu'elles n'ont pas à manger, à s'habiller, même ça, il faut faire autre chose. Se prostituer-là, ça dépend de la situation de chaque personne, quoi. Il y a d'autres personnes qui se prostituent parce que je veux faire ça à mon papa, ma maman, parce qu'ils n'ont pas ça, ma copine-là a porté tel habit, je veux ça, comment je vais faire pour faire ça. C'est avoir l'argent facile, imiter quelqu'un, quoi. C'est ça, quoi. [italiques par les auteures]

Cela semble d'autant plus plausible parce qu'elle exprime une grande peur vis-à-vis de son papa dans d'autres parties de l'entretien et des sentiments agressifs contre lui. Elle l'évite et va probablement essayer de 'se débrouiller'.

Comme démontré dans l'aperçu de la gamme des modèles relationnels et sexuels des garçons et des filles, et présenté à travers les deux exemples d'abstinence des filles (cas 1 et 2), différentes pratiques peuvent également être observées par rapport aux formes de multi-partenariat telles que décrites par celles-ci. Le multi-partenariat est d'emblée associé à un réseau sexuel. Nous allons voir plus bas le cas inattendu de multi-partenariat sans rapports sexuels, une

combinaison entre les modèles du 'titulaire' et des 'papas gâteaux' (cas 4 de Farida). Voici d'abord le cas d'Hélène.

Cas 3 (exemple du modèle 6 : relations multiples avec des rapports sexuels avec une partie des partenaires) : Hélène, une fille catholique *moaga* de 17 ans, a quitté l'école au CM2 (après six ans d'école primaire) et n'a actuellement pas d'activité journalière ni de revenu. Hélène a trois copains en parallèle. Chaque garçon détient une autre importance pour elle. Elle ne couche pas (encore) avec les trois et n'a pas de rapports sexuels fréquents (« je peux faire un mois sans faire »).

Copain 1 : La relation avec Abdoul, *moaga* musulman d'environ 21 ans ayant fréquenté l'école primaire pendant trois ans, dure depuis 6 mois. Il travaille comme vendeur de poulets. Ils ont eu leurs premiers rapports sexuels après un mois de relation et ont couché ensemble 3 fois, sans jamais se protéger (« on s'est donné confiance »). Hélène se fie à la « méthode naturelle » comme contraception, elle « compte les règles ». Ces rapports ne sont pas voulus par Hélène et semblent contraints à première vue (« C'est lui qui me dit [quand il veut faire des rapports]. »). Plus tard pendant l'entretien, elle argumente qu'avoir des rapports est un signe d'amour et que ça lui plaît. Encore plus tard, Hélène affirme déjà avoir eu des rapports sexuels après avoir reçu de l'argent d'Abdoul, sans que l'argent soit une raison de coucher avec lui.

Hélène ne va probablement pas rester avec Abdoul, parce qu'elle ne peut pas se marier à un musulman (« mais, c'est un musulman, je ne peux pas rester avec un musulman »). La maman d'Hélène ne l'accepte pas, le juge « petit d'abord » et l'a insulté publiquement au marché.

Mais, c'est Abdoul qu'Hélène aime le plus, le garçon avec qui elle voulait rester et avec qui elle envisageait une relation stable avant que sa maman s'oppose et intervienne. Abdoul n'est pas conscient de ce manque de perspective, ni des autres copains d'Hélène, et continue d'investir dans la relation, aussi en lui donnant de l'argent :

- Q Mais, Abdoul sait que tu ne le veux pas en mariage ?
R Il ne le sait pas.
Q Donc, tu le trahis.
R Oui.

Copain 2 : Yamba est celui qu'Hélène désire épouser maintenant, aussi parce que les parents ne s'opposent pas. Yamba est un *moaga* musulman de 23 ans, vendeur de sable et de gravillon. Les deux se connaissent depuis 2 mois environ. Hélène reçoit également de l'argent de Yamba. Elle lui a dit qu'elle sort avec un autre garçon, mais il ne s'en plaint pas et jugerait ce fait comme un compliment selon les mots d'Hélène : « Il a dit que si lui il cherche une fille et c'est lui seul qui part là-bas, ça veut dire que la fille n'est pas bien ». Pour l'instant, Hélène refuse les rapports avec Yamba (« je le flatte seulement »). Elle le teste et va accepter les rapports non protégés avec lui plus tard, tout en restant en relation et sexuellement active avec Abdoul :

- Q Toi avec Yamba un jour tu vas accepter de faire l'amour avec lui ?
 R Oui.
 Q En étant toujours avec Abdoul ?
 R Oui.
 Q Tu vas jongler les deux à la fois ?
 R Oui.
 Q Tu vas utiliser la capote avec Yamba ?
 R Non.
 Q Pourquoi ?
 R C'est mon choix.
 Q Mais le sida attrape les gens comment ?
 R Ils ont dit que le sida se trouve dans la capote.²¹
 (...)

 Q Et si Yamba veut mettre la capote ?
 R Je vais refuser.
 Q Et s'il dit sans capote il ne fait pas ?
 R Je lui dis de laisser [les rapports].

Au contraste de ces propos, lors d'un groupe de discussions des jeunes filles auquel Hélène a pris part, la discussion tournait autour des messages officiels de la prévention – tels que l'importance d'utiliser le préservatif et de limiter les partenaires sexuels – et Hélène (comme toutes les autres filles) ne s'est pas exprimé sur sa représentation du danger provenant du préservatif, ni sur sa pratique relationnelle et sa gestion des relations parallèles.

Les relations pendant la phase préconjugale et la vie d'un couple marié semblent nettement distinctes pour Hélène, et l'attachement émotionnel ne semble pas forcément représenter une base au mariage selon elle. Ainsi, elle laisse toutes les options ouvertes :

- Q Qu'est-ce que Abdoul a en lui et tu l'aimes ?
 R C'est sa personne qui me plaît.
 Q Et Yamba ?
 R C'est parce que je veux me marier à lui seulement.
 Q Mais parmi les deux, qui aimes-tu le plus ?
 R C'est Abdoul.

Hélène dit vouloir demander à Abdoul de la quitter quand elle se mariera à Yamba (« si je me marie avec Yamba, je lui dis de me laisser »).

Les parents d'Hélène ne lui ont jamais parlé des relations entre femmes et hommes ou des rapports sexuels. Elle dit recevoir les informations de son troisième copain, Seydou, qui souligne surtout la fidélité sexuelle à un seul partenaire et la met en garde d'une grossesse non prévue :

- Q Mais tu reçois les informations sexuelles où ?
 R C'est Seydou qui me *montre*. [italiques par les auteures]
 Q Il te dit quoi par exemple ?
 R De me méfier des hommes ; qu'ils sont mauvais ; que comme il veut me marier, s'il me dit de faire attention aux hommes, je peux croire ; que tous les hommes sont pareils et veulent me dérouter ; que si je tombe enceinte d'une

²¹ voir aussi le chapitre 8 '*En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin*' (page 163)

autre personne et la personne refuse de me prendre [en mariage], je vais faire comment ?

Copain 3 : Seydou, *moaga* musulman de 27 ans, veut aussi l'épouser. Même qu'ils soient ensemble depuis 1½ an, Hélène a très peu parlé de ce copain pendant tout l'entretien. À la manière dont elle parle de lui, on comprend que la relation est refroidie, bien qu'Hélène continue à coucher avec Seydou et à prétendre qu'elle va accepter un mariage, alors que son but actuel est de se marier avec Yamba, puisqu'il semble impossible actuellement qu'elle épouse son premier choix, Abdoul.

Pendant l'entretien, Hélène ne révèle ses relations parallèles que peu à peu en fonction de son attachement aux trois. Bien qu'au début de l'entretien Hélène discourt qu'elle ne peut pas rester avec Abdoul à cause de sa religion, il apparaît que les deux autres partenaires sont également musulmans. Hélène mène ces trois relations concomitantes en se laissant toutes les options ouvertes dans le but de se marier à un de ces partenaires.

Cas 4 (exemple du modèle 3 : relations multiples sans rapports sexuels avec aucun des partenaires combinant les sous-modèles du 'titulaire' et des 'papas gâteaux') : Le dernier cas, celui de Farida, est encore différent. Lors d'une discussion dans un groupe, elle s'est affichée comme fille ayant plusieurs 'papas gâteaux'. À la suite, nous avons réalisé un entretien individuel avec elle, parce nous pensions avoir croisé une fille entretenant des relations multiples incluant des rapports sexuels avec la plupart de ses partenaires (correspondant au modèle 6) et prenant de grands risques.

Farida est une fille *moaga* née dans une famille musulmane, attirante et communicative, de 17 ans, lycéenne en 4^e (en 9^e année scolaire), active dans le domaine des arts, mais sans revenus. Elle est arrivée à Ouagadougou depuis la Côte d'Ivoire, il y a 4 ans et loge chez son oncle paternel et sa femme, deux jeunes de moins de 30 ans et ostensiblement libéraux. Sa maman est décédée il y a quatre ans. Elle était exceptionnelle dans le sens où elle a donné des conseils d'éducation sexuelle à sa fille dès que celle-ci a eu 12 ans. Ni son papa, devenu chômeur à Abidjan lors de la crise Ivoirienne il y a un an, ni son oncle, ne sont capables de payer la scolarité de Farida et de son frère aîné.

Dans l'entretien, elle nous parle de son ami Lucien, un étudiant de 18 ans, qu'elle fréquente depuis 2 ans. Elle part chez lui tous les jours. Ils ont une relation étroite et confiante. Lucien ne lui donne ni argent ni nourriture, et ne lui demande pas de coucher avec lui. Hélène le caractérise d'une manière distante : « C'est quelqu'un qui essaie de comprendre les gens et il n'aime pas décevoir les gens. Il est gentil, il n'a pas de problème, il est respectueux. » Il n'écoute pas les choses qui lui sont rapportées sur Farida, il la soutient moralement et la défend :

Ah, ce sont les gens du quartier qui se mettent les idées bizarres dans la tête : que je ne suis pas une bonne fille. Ils sont là, ils se mettent les idées dans la tête. Mais, il

n'écoute pas ça. Quand je vais chez lui, il me dit qu'il y a quelqu'un qui est venu lui dire comme ci, comme ça sur moi. Mais que de laisser. (...) Ils disent que je ne suis pas sérieuse, parce que moi, j'ai trop d'amis qui viennent chez moi. On est là, on cause avec les amis de mon frère. Donc, les gens croient qu'il y a quelque chose, alors qu'il n'y a rien.

Une seule fois, Lucien lui a fait une avance sexuelle quand elle a passé la nuit chez lui après avoir oublié la clé pour rentrer chez son oncle un soir. Il a accepté son refus et ne l'a plus approché sexuellement, ce qui inspire confiance en lui à Farida (« parce que de nos jours c'est dur [d'être abstinent] »). Lucien aimerait avoir plus d'intimité physique, mais Farida est gênée :

Il se plaint, parce que je ne lui fais pas la bise. Je peux m'asseoir avec lui trois heures et je ne fais rien même. Et c'est ça seulement qu'il n'aime pas avec moi. Et je lui ai dit que je ne suis pas habituée, je ne connais pas ça. Si tu veux, il faut faire. Moi, en tout cas, je ne connais pas ça. Ces genres de trucs-là, je ne suis pas habituée. Donc, je suis un peu gênée. (...) Mais si c'est pour aller danser au milieu d'un million de personnes, je ne suis pas gênée. Mais m'asseoir faire ces genres de trucs-là, non.

Farida a aussi peur des rapports sexuels. Elle a entendu dire que les rapports sexuels sont douloureux et qu'on peut tomber enceinte même en utilisant des préservatifs. Elle s'imagine aussi que les gens vont voir cela sur elle, si elle est sexuellement active (« Et quand tu fais, les gens savent. Donc, moi je me dis : tu vas faire et puis les gens te regardent bizarrement. »). Aussi, elle veut se préserver jusqu'au mariage. Pour elle, les rapports sexuels n'ont de sens qu'au sein d'un couple marié uniquement. Elle se réfère aux valeurs *moose* de la dignité et la respectabilité de la femme entrée en mariage vierge (sans pour autant se référer explicitement au *roellendo*), même si elle insinue une certaine flexibilité à cet égard :

Moi, je ne trouve même pas d'intérêt [dans les rapports sexuels], moi je préfère qu'on se marie avant de commencer ces genres de choses-là. Si ton mari sait que tu as été vierge jusqu'à ton mariage, il ne va même pas se hasarder à t'insulter. Donc, moi je trouve que, selon moi – je ne sais pas si je vais changer un jour ou pas – en tout cas, je préfère attendre le mariage.

Le code moral *moaga* ne lui permet pas de demander de l'argent à son ami ou d'accepter des cadeaux. Par contre, Farida compte contacter un voisin pour lui demander la moitié de sa scolarité de cette année. Inconnu de la famille, il lui a déjà offert des sommes importantes à plusieurs reprises et n'a jamais demandé de récompense, selon Farida :

Il m'a dit qu'il n'y a pas de problème, de grouiller l'appeler seulement [en cas de problèmes financiers]. (...) Souvent quand il passe, il me salue. Des fois, il me donne 5.000 francs. Une fois, je partais pour tourner vis-à-vis et puis il m'a vu en route, il m'a remarqué. Arrivé, il m'a donné 10.000 francs pour prendre un taxi [pour] rentrer [frais maximaux de taxi environ 500 CFA] et il ne m'a jamais rien demandé. Quand on est devant la porte [de la maison], on cause. Il me demande 'et la famille' [début des salutations], des trucs comme ça.

Comme Lucien va rejoindre ses parents à l'étranger pour faire cinq ans d'études, il n'est pas clair pour les deux de l'évolution de leur relation lors de la séparation prolongée. Farida a déjà fait l'expérience d'un ami qui est parti pour deux ans et qui n'a pas gardé le contact durant ses études (« Tu vas passer ton temps à attendre, or il est là-bas avec une autre »). C'est pourquoi Lucien est resté vague dans ses propos quand Farida lui a demandé s'il voulait qu'elle attende son retour. Celle-ci essaie de stabiliser sa situation et de planifier son avenir de manière proactive. Comme Lucien doit partir dans deux mois, elle lui a demandé d'entamer le processus coutumier des présentations des familles, s'il veut qu'elle l'attende pendant son séjour à l'étranger. Elle veut aussi sécuriser sa situation dans le foyer de son oncle :

Moi, je veux que s'il part [Lucien] que son papa et mon oncle aient une conversation sur ça [les présentations familiales et les fiançailles]. (...) Mais, si à part ça, s'il ne peut pas faire ça, moi je ne peux pas attendre. (...) Parce que, là où je suis, je suis à la charge de mon oncle. (...) Normalement, où je suis-là, je devrais être fiancée. Et moi, je vais m'asseoir t'attendre. L'oncle ne sait rien, il ne sait pas que j'attends quelqu'un. Ce n'est pas possible. Et puis lui [Lucien] et puis mon oncle, qu'ils aient une conversation-là. Moi aussi, je suis là, j'écoute. S'il dit : voilà, je veux que votre fille attende mon retour, c'est comme ça. Dans le cas contraire, moi, je me cherche.

Farida a des ambitions professionnelles et veut utiliser son réseau d'amies – des filles de ministres et de directeurs généraux – pour accéder à un poste de secrétaire de ministre après son bac. Elle imagine qu'elle pourra nouer des contacts et mieux avancer au niveau professionnel à un tel poste. Elle veut seulement se marier après avoir décroché un emploi (« D'ici là, j'aurai mon bac et là je vais commencer à travailler et je vais me marier. Je ne veux pas aller chez mon mari sans avoir un travail. »). Ceci est une perspective d'aboutissement dans environ cinq ans, au moment où Lucien devrait revenir de l'étranger.

À la fin de l'entretien individuel, en réponse à la question « qu'est-ce qui peut pousser une fille à se prostituer ? », elle fait référence à sa propre situation actuelle, mais dit clairement, que ce n'est pas une option pour elle :

C'est genre notre cas-là, en tout cas, c'est genre notre cas-là. Par exemple, toi, tu dois faire la 3^e et il est possible que tu aies ton BEPC²² et tes parents n'ont pas les moyens. Déjà, s'il y a un homme qui vient se présenter : 'Moi, je te fais ça, je te paie ta scolarité'. Toi, tu vois que si je reste à la maison, je ne peux pas bosser et peut être qu'il va m'acheter une moto. Donc tu vas aller. Donc, moi-là où je suis-là, j'ai eu trop de conseils. Donc, je n'ose pas faire ça. Sinon, il y a beaucoup de trucs qui poussent les filles à faire ça. Par exemple, tu es là, tu as une copine qui a une moto, qui s'habille très bien, qui vit en parfait amour. Donc, toi aussi, tu vas vouloir te prostituer pour pouvoir avoir ce que ta copine a. Mais moi, non. La moitié de mes copines sont des enfants de ministres, de DGs, de quoi. Mais moi, malgré ça, elles viennent m'inviter et je porte ce que j'ai, mais ça ne me gêne pas. Donc, ce n'est pas la peine d'aller te prostituer. Mais les filles, ah, on n'est pas les mêmes types.

²² Brevet d'Etudes du Premier Cycle, certificat scolaire du système burkinabè attribué à la fin du premier cycle d'école secondaire

Même si elle ne le dit jamais de manière explicite et reste vague et ouverte, Farida donne l'impression de se préparer pour l'officialisation de la relation avec Lucien, aussi au niveau religieux. Née musulmane, elle dit être plus intéressée par la religion protestante, éventuellement parce que la famille de Lucien est protestante pratiquante et que la maman de celui-ci n'accepterait qu'une fille croyante²³. À la différence de la majorité des filles de son groupe d'âge, elle a des plans très clairs de son avenir. Dans l'entretien individuel, Farida s'exprime sur les lignes coutumières *moose* : elle veut se marier vierge, elle veut la présentation des familles, elle a des représentations traditionnelles de la vie de couple. En même temps, elle est très mûre et juge sa situation dans la famille de son oncle de manière réaliste et a des projets ambitieux d'avenir professionnel et privé. Elle est aussi exceptionnellement franche et ouverte dans ses paroles.

Lors d'un groupe de discussion, elle s'est présentée d'une toute autre façon. Quand les filles ont abordé le sujet des 2^{es} bureaux²⁴, un long débat s'est développé sur les jeunes filles qui sortent avec ses hommes – une forme d'échanges économique-sexuels (Tabet 2005) que nous avons appelé sexualité transactionnelle (Schwartzler et Bila 2011) ou 'papa gâteaux'. Le débat a surtout été animé par Farida (R1 dans ce qui suit) qui a raconté ses expériences et fait part de sa ruse. Sa tactique est de faire venir les hommes à la maison en voiture, de leur demander de saluer son oncle et de se faire inviter à manger de la viande dehors. À la surprise des hommes, elle s'organise pour être systématiquement accompagnée d'une amie, d'habitude une lycéenne de 17 ans (*moaga* en 3^e [en 10^e année scolaire], musulmane, sans copain), également participante du groupe de discussion (R3 dans ce qui suit).

R1 Moi, en tout cas, personnellement, je ne vais pas mentir. Souvent, il y a des vieux qui me draguent. Et je les fais venir à la maison.

R2 Hein ?

R1 C'est vrai. Mon oncle ne parle pas. Il faut rentrer saluer seulement. Et puis, tu viens, on va causer. Et ils ne viennent pas à moto, ils viennent en voiture....

R3 Elle les bouffe, bien même. Mais elle, elle ne veut pas qu'on la bouffe. Mais elle, elle veut bouffer.

Q Donc elle, elle bouffe et on ne la bouffe pas ?

R3 Elle est comme ça. Elle, son cas là.... Elle escroque.

R1 Ils viennent s'arrêter, ils te donnent un numéro et ils te disent de les appeler. Et quand tu l'appelles-là, il te dit que 'tu veux que je vienne ?' Et moi aussi, je dis 'oui, il faut venir'.

R3 Et puis, elle ne part pas seule. Toujours, elle vient me tirer pour aller. Elle est comme ça. Pour qu'on ne la bouffe pas, elle ne part jamais seule. Et moi aussi, je pars à cause de la viande-là.

(...)

R1 Et puis, ce sont des grands financeurs.

²³ Il est très fréquent au Burkina Faso qu'une femme se convertisse à la religion de son époux lors du mariage. Cette flexibilité religieuse a mené à une hétérogénéité religieuse au sein des familles. La tolérance religieuse relève de la fierté nationale burkinabè.

²⁴ Deuxième bureau est le terme utilisé par toutes les générations et les deux genres pour désigner les relations extraconjugales des hommes mariés.

Farida s'est fait payer sa scolarité de 33.000 CFA l'année précédente par un vieux. Par d'autres vieux, elle dit avoir demandé et reçu 50.000 CFA, environ 75 Euro (« en tout cas, moi je demande 50.000 francs »). Cette façon de s'exprimer rappelle une prostituée qui indique le prix à son client. Elle dit de monter dans la voiture seulement si elle a reçu l'argent (« Moi, je ne mange pas, tu ne pars pas [avec moi] »).

Mais Farida insiste qu'elle n'ait jamais couché avec un 'papa gâteau'. Parmi la dizaine d'hommes desquels Farida a reçu de l'argent, jusque-là aucun ne l'a agressé après avoir payé une somme importante sans recevoir de compensation sexuelle. Selon Farida, ils fuient, ne décrochent plus le téléphone portable ou changent carrément leur numéro.

Farida dit collecter l'argent sans courir le risque d'être abordée sexuellement et se sent sécurisée.

Moi, en tout cas, je ne sais pas. C'est parce que je suis habituée ou pas. Sinon, je ne m'amuse pas, dès. (...) Souvent même, quand il veut qu'on sorte et que tu es accompagnée de ta copine, il dit de rentrer devant et ta copine derrière. Et il prend sa main, il la pose ici [sur la cuisse] et je dis : 'tonton²⁵, toi aussi'. Moi, je ne le laisse pas, dès. (...) Ce n'est pas dangereux. (...) Si tu pars seule, ce n'est pas bon. Mais à deux, là ils ne peuvent rien faire.

Farida s'est présentée différemment dans le groupe de discussion et dans l'entretien individuel ultérieur. Lors de la discussion en groupe, elle a dominé le débat sur les 'papas gâteau' et a détaillé ses expériences et tactiques avec un grand talent de comédienne devant les autres filles apparemment inexpérimentées dans le domaine. Pendant l'entretien, par contre, elle s'est montrée discrète, timide par rapport aux relations avec des hommes, vierge et ayant peur de la sexualité. Nous sommes restées dans le doute de savoir si vraiment Farida ne couche pas au minimum avec des 'papas gâteau'.

Discussion

Nos récits collectés parmi les adolescent·e·s démontrent une image contrastée et dynamique de leurs formes et pratiques relationnelles et sexuelles. Ces activités sont nettement plus complexes que les représentations dominantes et vivement débattues publiquement à Ouagadougou, surtout parmi les des personnes ainé·e·s, qui imaginent les jeunes comme sexuellement hyperactifs et pratiquant majoritairement le multi-partenariat (Schwärzler 2010b).

Nous avons constaté que les jeunes hommes et femmes vivent une multitude de formes de relations (pas de relation, relation de mono-partenariat ou de multi-partenariat), dans lesquelles ils/elles peuvent être sexuellement inactifs ou (partiellement) actifs. Il était inattendu

²⁵ A travers cette formule, Farida marque le respect envers une personne aînée et responsable ainsi qu'une distance signalant le tabou sexuel qu'elle partage avec les oncles parents et classificatoires.

pour nous de voir que des personnes abstinentes peuvent également être impliquées dans des formes relationnelles de multi-partenariat (cas 2 d'Aïssata) ou que des personnes vivant une forme de multi-partenariat ne sont pas forcément sexuellement actives avec tous les partenaires (cas 3 d'Hélène), voire sont abstinentes (cas 4 de Farida). Aussi, les personnes ayant des rapports sexuels n'en ont pas forcément fréquemment ou régulièrement et peuvent les renégocier ou avoir une période d'inactivité sexuelle, par exemple en appliquant la « méthode naturelle » comme contraception (cas 3 d'Hélène et Parenthèse). La masturbation semble être une forme d'activité sexuelle peu pratiquée par les jeunes, au regard des imprécisions et doutes dans leurs paroles (Parenthèse).

Différentes formes de relations peuvent être combinées. Nous avons présenté les exemples de la combinaison du sous-modèle 'titulaire' avec la préservation de la virginité du *roellendo* coutumier (modèle 2) ou celle des sous-modèles 'titulaire' et 'papas gâteaux' avec l'abstinence sexuelle qui évoque le *roellendo* (cas 4 de Farida). Même si elles n'ont pas été abordées par les participant·e·s de notre étude, d'autres combinaisons de formes relationnelles sont imaginables.

Les pratiques relationnelles et sexuelles sont dynamiques. L'exemple le plus simple est celui de l'inactivité sexuelle qui se transforme en activité sexuelle (abordé sous le modèle 2 et présenté par Hélène avec ces partenaires concomitants consécutifs dans le cas 3). La dynamique inverse est probablement moins fréquente : l'arrêt de l'activité sexuelle, soit l'abstinence secondaire (exemple du couple pré-nuptial chrétien sous Parenthèse). Une personne peut aussi changer d'une forme de relations à une autre, par exemple du mono- au multi-partenariat (comme l'entrée en relation avec trois partenaires concomitants au fil du temps et l'activité sexuelle avec les deux premiers partenaires dans le cas 3 d'Hélène). D'autres dynamiques des formes relationnelles et pratiques sexuelles sont pensables.

Les comportements des jeunes reflètent certains aspects du code moral moaga (*roellendo*), ainsi que les informations reçues dans le cadre de la prévention du VIH par des institutions sanitaires, scolaires, religieuses, médiatiques et par leurs pairs. Ils/Elles observent leurs aîné·e·s, puis construisent leur propres représentations (Schwärzler et Bila 2011). Ces réflexions et représentations sont visibles par exemple à travers la haute valeur donnée à l'inactivité sexuelle²⁶ pendant la phase préconjugale (modèle 1, cas 1 de Pauline, cas 4 de Farida) – malgré les représentations angoissantes qui existent autour de l'abstinence (Parenthèse) –, la crainte

²⁶ Vu l'importance accordée à l'abstinence par les jeunes, nous avons vérifié la religion des participantes à notre étude. L'un des groupes de discussion était dominé par des filles musulmanes (6 musulmanes, 3 catholiques, 1 protestante), l'autre par des filles catholiques (8 catholiques, 4 musulmanes), et les entretiens individuels ont été menés avec 6 filles catholiques et 3 musulmanes. Les filles qui indiquaient avoir un/des partenaire/s (consécutifs ou concomitants) n'étaient pas forcément avec un/des ami/s de la même religion. Ainsi, il nous apparaît que la religion ne soit pas un facteur déterminant de la représentation ou de la pratique de l'abstinence. Le même constat a été présenté pour Cape Town par Burchardt (2011). L'abstinence relève plutôt d'une combinaison de facteurs coutumiers, religieux, éducatifs ainsi que de programmes de prévention du VIH.

que l'activité sexuelle soit perceptible par d'autres personnes (cas 4 de Farida), la crainte de l'inefficacité du préservatif (modèle 1 et cas 4 de Farida), le lien direct qui est fait entre les rapports sexuels et une grossesse sans perception d'une option de contraception efficace (cas 1 de Pauline) ou spécialement quand ils dénoncent eux-mêmes leurs propres pratiques de multi-partenariat et d'infidélité (modèle 6). En les commentant sous un angle moral, beaucoup de jeunes – et surtout les filles – présentent ces deux dernières pratiques comme des expressions de leur adolescence et ainsi comme nettement démarquées des représentations qu'ils/elles se font de leurs futurs comportements et des prescriptions à suivre en tant que personnes marié·e·s.

Souvent, les jeunes parlent consciemment de manière indéterminée de leurs pratiques actuelles. Ils/elles ne le font pas uniquement avec les enquêteurs/enquêtrices, mais aussi avec leurs partenaires (modèle 6 et les deux sous-modèles 'titulaire' et 'papas gâteaux'). Les filles qui restent partiellement silencieuses, indéterminées, flexibles et floues adoptent cette tactique pour garder le secret, pour gérer leur réputation, leur respectabilité et leur nubilité, afin de maximiser les potentialités pour leur avenir dans un contexte avec des repères et des règles instables, et des accusations sociétales de propager le VIH²⁷. En voilant leurs pratiques réelles, certaines d'entre elles se présentent comme abstinentes, alors qu'elles sont éventuellement plutôt chastes²⁸ (doutes des enquêtrices dans le cas 4 de Farida). D'autres filles, qui se présentent à première vue comme vivant le mono-partenariat, dévoilent leurs pratiques de multi-partenariat à travers la durée des entretiens inspirés par la confiance croissante et les questions approfondies des enquêtrices (cas 3 d'Hélène). D'autres filles encore jouent ouvertement avec leur crédibilité (cas 2 d'Aïssata) ou se présentent différemment selon le contexte (cas 4 de Farida et cas 3 d'Hélène). Un contre-exemple des filles laissant un maximum d'options ouvertes (Johnson-Hanks 2005b) pour leur avenir (comme Hélène avec ces trois partenaires dans le cas 3), est celui de Farida (cas 4) qui essaie de stabiliser sa situation actuelle et de planifier son avenir relationnel, économique et professionnel de manière proactive et déterminée.

En raison des aspects discutés plus haut, il est évident que les recherches sur la sexualité menée sur la base de questionnaires préétablis et remplis lors d'un contact bref avec les personnes choisies de manière aléatoire – un procédé habituel dans le domaine de la santé publique, en épidémiologie ou en médecine –, atteignent rapidement leurs limites et n'arrivent pas à capter certains aspects de la vie réelle des jeunes, de leurs formes relationnelles et pratiques sexuelles, de leurs représentations et leurs réactions dans la situation intersubjective de la rencontre sexuelle autant que de la collecte des données (Leclerc-Madlala 2009). L'épistémologie

²⁷ Johnson-Hanks a démontré ces mêmes approches chez les adolescentes de Yaoundé et a développé le concept de « l'opportunisme judicieux » pour les expliquer (Johnson-Hanks 2005a, 2005b).

²⁸ C'est-à-dire qu'elles partagent l'aspiration de s'abstenir de l'activité sexuelle, car socialement perçue inapproprié ou intolérable, dans le but de garder une bonne réputation (chasteté) sans être pour autant sexuellement abstinentes à vrai dire (abstinence) (Bell et Sobo 2001).

positiviste qui guide ces méthodologies présuppose que les conceptions des personnes abordées soient claires, tranchées, transparentes et que leurs énonciations représentent une vérité stable et inaltérée (Carter et Little 2007). Dans cette vue du monde et de la science, le flou, l'incertitude, les changements de représentations selon le contexte concret et l'échange interpersonnel situationnel ne sont pas pris en compte. La complexité du vécu des participant-e-s est fortement réduite et représentée comme catégorisable²⁹ et standardisable. Nos résultats démontrent qu'un long séjour ethnographique, un approfondissement continu des relations, la mise en confiance progressive et de longs entretiens semi dirigés répétés et creusant de plus en plus profond avec chaque participant-e sont nécessaires dans l'exploration d'un sujet aussi délicat et intime que les pratiques sexuelles des adolescent-e-s, spécialement dans le contexte du VIH et des accusations proférées par les personnes aîné-e-s, et permettent d'obtenir des résultats inattendus.

Le but ultime de la recherche dans le domaine de la sexualité et du VIH est de concevoir des interventions de santé publique adaptées et effectives (Leclerc-Madlala 2009; MacQueen 2011; Parker 2001; Taylor 2007) pour la prévention de la transmission. Il est donc indispensable que ces interventions soient fondées sur des résultats empiriques qui prennent en compte les aspects socioculturels, communautaires et interactionnels de la sexualité dans un contexte spécifique en considérant l'hétérogénéité des groupes sociaux, la multitude des pratiques ainsi que les dynamiques des transformations en cours. Les théories, concepts et méthodes qualitatives établies en sciences sociales – et spécialement en anthropologie de la santé – sont le plus appropriés en vue de fournir ces bases.

Nos résultats démontrent une multitude et une dynamique de formes de relations, certaines incluant des activités sexuelles non protégées. Par conséquent, il est important de renforcer la compréhension et la conscience des jeunes filles et garçons des conséquences involontaires de cette pratique, comme des grossesses non prévues, la transmission du VIH où d'autres IST. Cette conclusion confirme l'importance de mettre à la disposition des jeunes, des endroits où ils peuvent échanger ouvertement sur ces questions avec des adultes affranchi-e-s et compétent-e-s dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, et du VIH, que nous avons déjà recommandé par ailleurs (Schwartzler et Bila 2011).

Au vu de la réflexivité des jeunes par rapport aux critiques et aux attentes qui leur sont adressées, et des imprécisions avec lesquelles ils/elles parlent de leurs pratiques, il devient évident de constater combien ils/elles sont ambivalent-e-s vis-à-vis de ces attitudes. La plupart des adolescent-e-s n'ont pas une idée claire et personnelle de la manière dont ils doivent se comporter dans la phase actuelle de leur vie. Il serait important que ceux/celles qui sont

²⁹ Aussi notre simple schéma des modèles relationnels et sexuels des adolescent-e-s est trop simpliste et ne sert que d'aide pour structurer les pratiques relatées par les jeunes.

sexuellement actifs/actives prennent conscience que ces pratiques sont tolérées tant qu'ils/elles se protègent avec des préservatifs, quoique cela puisse être perçu comme allant à l'encontre de la stratégie de changement de comportement de l'ONUSIDA qui prône le retardement de l'entrée dans la vie sexuelle pour les jeunes (UNAIDS 2011).

Remerciements

Je tiens à remercier tou·te·s les participant·e·s de l'étude du *secteur 29* de Ouagadougou. Elles/Ils m'ont donné un aperçu de leur vie et de leur approche des relations sociales et sexuelles. Sans la collaboration d'Honorine Kangambèga, Fidèle Kabré, Oussimane Ouédraogo, Diane Sawadogo, Béatrice Somé, Odette Etien et Gouloh Kouémy ce travail n'aurait pas pu être accompli. Je remercie aussi les membres du Medical Anthropology Research Group (MARG) à l'université de Bâle et Anne Zimmermann pour leurs précieux commentaires des versions antérieures ainsi qu'Isabelle Zangré-Perrichet pour la relecture de cet article.

L'enquête de terrain a été financée par une bourse du Fonds National Suisse de la recherche scientifique ; la période d'analyse et de rédaction majoritairement à travers un emploi à l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) pour le Pôle de recherche national (NCCR) Nord-Sud 'Partenariats de recherche pour atténuer les syndromes du changement global' ainsi que par la Fondation Max Geldner de Bâle, l'école doctorale des études genre de l'université de Bâle, et des fonds privés et personnels.

‘EN AFRIQUE ICI, LE NOIR N’ACCEPTE PAS LES
CHOSSES LE MATIN’ :
REPRESENTATIONS ET
PERCEPTIONS DES CONSEQUENCES
SOCIALES ET MORALES
DU PRESERVATIF
A OUAGADOUGOU, BURKINA FASO*

Patricia Schwärzler^{1, 2}, Elisabeth Zemp^{1, 2} & Brigit Obrist^{1, 2, 3}

¹ Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse

² Université de Bâle, Bâle, Suisse

³ Institut d’Anthropologie, Bâle, Suisse

* manuscrit soumis à la revue *Sciences sociales & santé*

– *Il est plus facile de s'éloigner du mal que de chercher à le vaincre.*

proverbe moaga¹

Le professeur demande à l'élève à quel temps sont conjugués les verbes de la phrase qui suit :

« *Ils ne voulurent pas avoir d'enfants, mais ils en eurent six.* »

L'élève répond :

« *C'est du préservatif imparfait.* »

blague envoyée par une collaboratrice

Introduction

Des évaluations négatives et rumeurs par rapport aux buts et aux résultats d'interventions en santé publique en Afrique sont fréquents et expriment le scepticisme des populations. Ces appréciations, quand elles sont liées à la santé sexuelle, touchent à l'articulation des corps reproductifs des personnes, de la survie collective des communautés ainsi que des inégalités des pouvoirs globaux (Kaler 2009). Au Malawi, par exemple, une rumeur populaire affirme que les préservatifs distribués dans les années 1990 auraient causé la stérilité de certains de leurs utilisateurs (Kaler 2004). En recherche opérationnelle et académique en santé publique, ces mythes et rumeurs sont normalement taxés d'irrationnels et attribués au manque de connaissances précises sur de nouvelles technologies, y compris les préservatifs, ou à leur utilisation inappropriée de la part de la population.

Après une histoire d'exploitation coloniale et postcoloniale, les discours employant des métaphores que les pays riches essaieraient de tuer la population africaine, font sens. Surtout que ceux qui sont rendus responsables de la maladie du sida (les gens du Nord) distribuent le moyen de protection (le préservatif), la suspicion et la méfiance vont être attribués à cette technologie². Les discours du Nord par rapport à la surpopulation en Afrique, les activités pour le contrôle de la fécondité (le planning familial) et la propagation des moyens contraceptifs rentrent dans un seul et même registre. Puisque le préservatif a les deux vertus, empêcher des grossesses autant que la transmission du VIH, le contrôle des populations et le sida sont fusionnés dans un nexus symbolique. Ainsi, les préservatifs ne sont pas interprétés comme des objets neutres dans une communauté, ils entrent plutôt dans un environnement social imprégné d'idées sur la santé, l'autoprotection, le danger et les risques (Lupton 1999; Tulloch et Lupton 2003). Au Burkina Faso, ce constat est renforcé par des notions moralisatrices et dévalorisantes,

¹ (Pasteur Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

² La récente publication éditée par Lenore Manderson donne une vue synoptique sur les discussions actuelles quant aux technologies dans le domaine de la sexualité liées à la santé (Manderson 2012).

car la promotion initiale des préservatifs a été faite avec le slogan « fidélité ou capote », ciblant des personnes infidèles, ayant des relations extraconjugales, faisant du « vagabondage sexuel » ou fréquentant des prostituées.

D'autres auteurs, qui se sont penchés sur des questions par rapport au préservatif au Burkina Faso ou dans des comparaisons de plusieurs pays sub-sahariens, ont spécialement ciblé les pratiques des jeunes (Bankole, Ahmed, et al. 2007; Guiella et Madise 2007; Madise et al. 2007; Winskell, Obyerodhyambo, et Stephenson 2011) ou des pratiques sexuelles dites à risque³ (Adair 2008), ainsi que la communication dans des cours de prévention (Drescher 2007).

Dans cet article, nous présentons d'abord les différents registres employés de manière majoritairement dépréciative pour décrire les réticences à utiliser les préservatifs et pour focaliser ensuite sur la perception négative des conséquences sociales et morales attribuées à l'utilisation du préservatif. Les rumeurs et mythes ont souvent un fond économique et sont liées à la valeur matérielle ou symbolique de certaines parties du corps. En analogie avec l'exemple de Kaler du lien fait au Malawi entre le préservatif et la stérilité, nous allons interpréter les récits des représentations de la population générale de Ouagadougou autour du préservatif comme « imaginations sociales » et « forme de connaissances locales » par rapport à la santé, le corps humain et le fonctionnement du monde, dans le passé et à présent. Nous avançons pour Ouagadougou, que les représentations et rumeurs liées aux préservatifs ne menacent pas seulement le bien-être des individus, mais aussi celui de la collectivité ainsi que de sa future existence.

Méthodologie

La présente étude qualitative en anthropologie de la santé a été effectuée dans le *secteur 29* de Ouagadougou, un quartier périphérique défavorisé de la capitale burkinabè en cours d'urbanisation depuis les années 1980. Situé à l'est de la ville dans la zone transitoire urbaine rurale, il a été, en partie, construit de manière non planifiée, souvent par les habitants eux-mêmes. Selon le recensement réalisé en avril 2004, environ 55'000 personnes y habitaient⁴. La population dans ce quartier est hétérogène sur le plan économique, social ou encore ethnique.

Pour mieux comprendre les représentations et pratiques que la population générale a du préservatif, des groupes de discussions dirigées et des entretiens individuels approfondis ont été menés avec des hommes et femmes de trois générations. Des discussions ont été menés avec deux groupes de filles (12-22 ans) et deux groupes de garçons (13-25 ans) de la 1^{re} génération ;

³ définies dans cette étude comme rapports sexuels entre partenaires non marié-e-s ou non cohabitant-e-s

⁴ information fournie par la mairie de l'arrondissement de Bogodogo en juillet 2004; selon le recensement de 2006, le quartier comptait 85'800 habitant-e-s (Commune de Ouagadougou 2011)

avec deux groupes de femmes (20-47 ans) et un groupe d'hommes (26-41 ans) de la 2^e génération ; ainsi qu'avec un groupe de femmes (45-59 ans) et un groupe d'hommes (51-65 ans) de la 3^e génération. Parmi les 69 personnes interviewées, une répartition équilibrée a été obtenue entre les genres et les générations. Nous nous sommes entretenu·e·s avec 9 filles (16-27 ans) et 13 garçons (14-26 ans) de la 1^{re} génération ; avec 15 femmes (29-42 ans) et 9 hommes (28-41 ans) de la 2^e génération ; et avec 11 vieilles (44-75 ans) et 12 vieux (46-80 ans) de la 3^e génération. Les participant·e·s étaient majoritairement *Moose*⁵.

En complément, des entretiens avec des représentants du système de santé biomédicale et des communautés religieuses ainsi qu'une ONG de prise en charge de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ont été menés. Ces méthodes ont été appuyées par l'observation et la participation à la vie sociale du quartier. Nous avons séjourné sur le terrain entre septembre 2003 et novembre 2004 et effectué, depuis lors, des séjours annuels de suivi jusqu'en 2010.

Les entretiens et les groupes de discussions, séparés par genre, ont été menés par l'auteure et une sociologue de la santé locale auprès des femmes et par un sociologue de la santé et un assistant de recherche locaux auprès des hommes, en *mooré* ou en français, à la demande des participant·e·s. Les enregistrements ont été transcrits et traduits en français à la main dans des cahiers, puis dactylographiés sur traitement de texte par des collaboratrices additionnelles. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel MaxQDa (version 6, 2001, VERBI Software, Berlin) et manuellement.

Les registres des réticences, représentations, rumeurs et mythes

Comme dans les quatre coins du monde, également à Ouagadougou, les préservatifs sont perçus comme désagréables par une grande partie des personnes interviewées qui les décrivent d'un ton dépréciatif à travers une vaste gamme de registres sanitaires, techniques, religieux, sociaux, historiques, économiques et politiques.

Réactions aux interventions en santé publique

À Ouagadougou, les campagnes de sensibilisation pour l'utilisation du préservatif comme moyen de protection principal contre le VIH ont atteint la majorité de personnes. Nos répondant·e·s citent beaucoup de campagnes d'informations, des centres de planning familial et

⁵ La population du Burkina Faso est constituée d'une soixantaine d'ethnies, mais leur répartition n'est pas recensée, contrairement aux langues parlées. Une ancienne source liste la composition ethnique nationale de 1983 de la manière suivante : 47,9% *Moose*, 8,8% *Mandé*, 8,3% *Peul*, 6,9% *Lobi*, 4,8% *Gourmantché*, 5,1% *Gourounsi*, 3,3% *Touareg*, 6,8% *Bobo*, 5,3% *Senoufo* (Drabo 1993). Ouagadougou est un ancien centre des *Moose*. Pour cette raison, leur taux est très élevé, malgré une grande migration rurale en direction de la capitale.

des médias. Plusieurs personnes – autant des femmes de la 2^e et de la 3^e que des hommes de la 1^{re} et de la 2^e génération – se sont plaints qu'à la télévision, l'utilisation du préservatif est même démontrée⁶, surtout en critiquant que cela « a gâté les enfants » ou « les jeunes ». Lors d'une création théâtrale présentée pour la sensibilisation des habitants du quartier, une association de femmes a formulé le slogan « la capote doit être comme la carte d'identité : où tu es, elle est avec toi ».

Dans nos entretiens et discussions, les répondant-e-s conseillent le préservatif surtout pour les jeunes qui ne peuvent pas s'abstenir des rapports sexuels jusqu'au mariage et pour les personnes ayant des relations extraconjugales. Ces deux aspects reflètent les majeures cibles des interventions pour la prévention du VIH. Au niveau normatif, ces activités sexuelles sont connotées négativement par une grande partie de la société. Les relations extraconjugales des hommes – appelées « 2^{es} bureaux », sont mieux acceptées socialement, celles des femmes sont fortement dépréciées. Une femme mariée de la 2^e génération a exceptionnellement ouvertement témoigné qu'elle sort avec des hommes à cause des difficultés économiques dans son foyer :

Je ne veux pas les rapports sans préservatifs. Et de deux, je suis vieille. Si je te suis, c'est que ça ne va pas chez moi. Donc, il faut que tu te contrôles [le-s partenaire-s sexuel-s] pour que tout le monde ne sache pas. Parce que je me respecte et je respecte mon mari aussi. (37 ans, catholique, mariée, *moaga*, vendeuse)

Spécialement les jeunes, hommes et femmes, parlent du préservatifs comme « double protection », à la fois utile comme contraceptif pour éviter une grossesse et pour se protéger contre le VIH et d'autres IST.

Arguments techniques, physiques et symboliques

Une grande partie des discussions autour du préservatif tourne autour de sa qualité. À la suite à des plaintes sur l'inefficacité et la mauvaise qualité des préservatifs, attribuées par les autorités sanitaires à une utilisation incorrecte, des campagnes de sensibilisation ont été lancées afin d'expliquer tous les points importants à respecter⁷ pour éviter ces problèmes. Certains de ces

⁶ Un homme s'est plaint que l'utilisation du préservatif masculin est bien démontré à la télévision, mais pas celle du préservatif féminin qui venait d'être introduit au Burkina Faso peu avant notre séjour ethnographique : « Comment tu va utiliser ça, je ne sais pas ? On a montré à la télévision, on montre le penis de l'homme, comment on met la capote. Ils n'ont qu'à nous montrer aussi, sortir sensibiliser, pour qu'on voit comment on doit faire par rapport à la femme. Comment la capote de la femme doit [être] portée. Si l'on veut porter, il faut qu'on nous montre, qu'on en parle. C'est parlé à la radio, au journal, parlé. C'est fini. Y'a pas eu une publicité ou bien une campagne de sensibilisation où on montre un sexe féminin avec la capote qu'on doit mettre dans le sexe féminin, comment, non. » (fonctionnaire et artiste-musicien célibataire de 40 ans)

⁷ la conservation hors de la chaleur et du soleil, l'observation de la date de péremption, le déballage et l'application délicats, l'évacuation de l'air au bout du préservatif, le déroulement complet sur le pénis érigé, l'utilisation de lubrifiants adaptés, le retrait du pénis à temps, l'usage unique

aspects ressortent spécialement dans nos entretiens avec les jeunes hommes⁸. Les préservatifs 'Prudence' promus par PROMACO⁹ sont qualifiés de mauvaise qualité par beaucoup de personnes. Vendus dans les petites boutiques et par des vendeurs ambulants, exposés à la chaleur et au soleil, ils sont plus facilement accessibles et moins chers que ceux plus fins et disponibles dans les pharmacies. Les préservatifs 'Prudence' sont aussi évalués comme « pas à 100% sûrs » ou « pas efficaces ». Certaines personnes disent les utilisent malgré cette évaluation négative, pour d'autres s'est une raison de refuser l'utilisation. Un vieil homme a recommandé de doubler les préservatifs afin d'assurer l'efficacité, ce qui n'est en fait pas conseillé parce que les préservatifs éclatent plus facilement.

Maintes difficultés dans l'utilisation des préservatifs qui ont été exprimées sont d'ordre technique. Selon ces énonciations, le préservatif « blesse », « chatouille », est « trop épais » ou « est une chaleur ». Les récits de préservatifs éclatés sont fréquents, surtout de la part d'hommes de la 1^{re} et de la 2^e génération. Les uns, se référant aux campagnes publiques à ce sujet, les attribuent à une mauvaise utilisation, les autres « à la brutalité des hommes burkinabè » ou encore à la taille inappropriée du préservatif.

Plusieurs personnes imputent le manque d'efficacité ou le dérangement au matériel du préservatif, le « caoutchouc » ou le « plastic »¹⁰, et au lubrifiant. « Comme le préservatif est en caoutchouc, ce n'est pas efficace. Quand tu mets ton doigt à l'intérieur, quelques instants après, ton doigt est comment-comment, à plus forte raison sur une partie sensible du corps. » Ces propos d'une femme de la 3^e génération lors d'une discussion en groupe illustre l'interprétation par rapport au matériel du préservatif et au lubrifiant.

La diminution du plaisir sexuel est perçue par les hommes et les femmes. Ce désavantage est exprimé dans beaucoup d'expressions : « on ne sent pas la douceur », « il n'y a pas de contact direct », « les corps ne frottent pas correctement », « ce n'est pas intéressant », « je n'aime pas le préservatif », « je ne me sens pas à l'aise ». Beaucoup d'hommes disent aussi qu'ils ne peuvent pas jouir avec le préservatif. Quelques hommes de la 2^e et de la 3^e génération ont employé des métaphores pour illustrer la réduction du plaisir sexuel. Un chauffeur a exprimé envers sa

⁸ Une autre étude confirme la préoccupation accentuée des jeunes burkinabè par l'utilisation correcte des préservatifs afin de maximiser leur efficacité (Winskell, Obyerodhyambo, et Stephenson 2011).

⁹ Issue de PSI (*Population Services International*, basé à Washington D.C, États-Unis), et crée au Burkina Faso en 1991, l'ONG PROMACO (*Programme de marketing social et de communication pour la santé*) a pour but de commercialiser les préservatifs en Afrique francophone sous le label « Prudence » et avec le slogan « Plaisir et sécurité ».

¹⁰ Il se peut que les débats de l'époque autour des dommages provoqués par la quantité de sachets en plastique nuisibles et non biodégradables dispersés dans l'environnement aient influencé ces propos. Un aspect matériel additionnel des préservatifs qui n'a été évoqué que par des femmes ne semble pas être résolu : l'évacuation des préservatifs utilisés. Le travail de plusieurs femmes de la 2^e ou de la 3^e génération est de balayer les voies et les réserves avant le lever du jour. Elles se plaignent de la quantité de préservatifs utilisés qu'elles ramassent chaque matin le long des routes et dans les espaces vides.

cousine « qu'il préfère mourir du sida que de *sucer un bonbon avec son emballage* » quand elle lui a conseillé d'utiliser des préservatifs (41 ans, catholique, mariée, *moaga*, infirmière). Un autre homme (56 ans, catholique, séparé, *gourmantché*, guérisseur) compare le port du préservatif à l'impression d'être habillé lors des rapports, n'ayant un contact direct et manquant de plaisir : « Quand tu utilises le préservatif, *c'est comme si tu avais porté un caleçon* et en ça il n'y a pas de plaisir. Je ne ferai pas. ». Par peur du VIH et pour des raisons de morale religieuse, il dit préférer s'abstenir en laissant passer les pulsions sexuelles.

Au niveau symbolique, à un premier degré, des représentations sont exprimées explicitement. Par exemple, un homme de la génération moyenne a expliqué qu'« il y a d'autres, leur sang-là, ça ne convient pas avec ça, (...) avec la capote »¹¹ comme raison pourquoi certains hommes ne peuvent pas utiliser le préservatif (46 ans, catholique, marié, *moaga*, retraité d'une fonction publique).

À un deuxième degré symbolique, l'utilisation du préservatif implique la reconnaissance du sida et de la transmission du VIH par voie sexuelle. Plusieurs répondant-e-s se réfèrent à des personnes qui contestent l'existence de la maladie, sa voie de transmission ou le préservatif comme moyen de protection contre le sida. Plusieurs jeunes hommes s'expriment de manière explicite et dévalorisante sur ces personnes comme des rétrogradés, des ignorants, des analphabètes et des villageois qui n'ont rien compris. D'autres personnes pensent que le sida ne représente pas un risque pour eux et ne touche que les autres. Certains évaluent leur partenaire comme non infecté et « bien portant-e ». Par conséquent, ces personnes ne voient pas de nécessité d'utiliser le préservatif contre cette affection.

Convergence des prescriptions des différentes communautés religieuses

Les similitudes entre les trois communautés des religions relevées par rapport au préservatif sont frappantes. Dans leurs prescriptions, les musulmans et les chrétiens¹² convergent dans deux points importants : l'abstinence sexuelle des jeunes et des non marié-e-s et la fidélité conjugale. Dans leur logique, il n'y pas besoin de préservatifs. À la question de l'enquêtrice,

¹¹ Le sang a plusieurs connotations et vertus. Entre autre, il est associé au *siiga*, une composante de la personne qui peut être traduite comme 'énergie vitale'. Les *Moose* perçoivent aussi que la qualité du sang change, si la personne transgresse des règles sociales (Badini 1979; Egrot 2001; Schwärzler 1996:29-30).

¹² La répartition religieuse au niveau national du Burkina Faso est la suivante : 61% musulmans, 19% catholiques, 15% pratiquant des religions traditionnelles, 4% protestants et moins de 1% sans religion. Comparé à cette répartition, nous avons une sous-représentation des musulmans et des religions traditionnelles et une surreprésentation des catholiques dans notre échantillon. Dans les 69 entretiens individuels, nous avons parlé à 33% de musulman-e-s (9 femmes, 14 hommes), 60% de catholiques (25 femmes, 16 hommes), 4% de protestant-e-s (1 femme, 2 hommes) et 3% d'adeptes de religion traditionnelle *moaga* (2 hommes).

comment les gens peuvent éviter le sida, une vieille femme musulmane a résumé les consignes religieuses ainsi :

C'est se maintenir seulement, c'est la seule solution [pour les célibataires]. Si tu es mariée, aies peur de Dieu et restes fidèle. (72 ans, musulmane, veuve, *moaga*, vendeuse)

Selon le représentant et conseiller des couples de la communauté musulmane du quartier, l'islam condamne l'utilisation du préservatif. Si les adeptes suivent les prescriptions religieuses (l'abstinence préconjugale et la fidélité conjugale), il n'y a pas de risque de transmission du VIH et le préservatif est nécessaire pour personne, sauf pour les couples mariés sérodiscordants. Quoique les jeunes devraient s'abstenir jusqu'au mariage, il ne juge pas grave si des non mariés ont des rapports en utilisant des préservatifs. Dans sa perspective normative, par contre, on ne peut pas promouvoir l'utilisation du préservatif pour des rapports sexuels extraconjugaux, car l'islam insiste sur la fidélité au sein du couple :

Puisqu'on dit non, ne sortez pas, ça s'arrête là. Bon, si on vous dit de mettre le préservatif, ça veut dire qu'on vous autorise de sortir et mettre le préservatif. Donc, non, non, même sortir, c'est condamnable. C'est qu'ils sont déjà condamnés. Voilà.

Le représentant de la plus grande paroisse catholique du quartier, celle de Saint Camille, auquel nous avons parlé, a préféré exposer des aspects normatifs de la relation et avait de la peine de s'exprimer sur la sexualité, le sida et le préservatif. Il a spécialement insisté sur l'union de l'homme et de la femme comme « communion du cœur et de l'esprit » formant la base de la relation. Selon lui, « la relation sexuelle proprement dite est secondaire », car « aimer, ce n'est pas passer le temps à se froter ». Il a déploré que les jeunes se marient quand ils vivent déjà en concubinage et ont des enfants communs. Dans sa perception, ces jeunes renversent la suite désirée de la construction d'une relation, en commençant par les rapports sexuels et en enchaînant ensuite avec l'établissement de l'union. Pour lui, le problème du sida est une question d'amour au sens religieux et de fidélité conjugale. Il conseille aux futurs époux de faire le test de dépistage ensemble avant le mariage. Si la base de l'amour est stable, à son avis, les deux nubiles ne vont pas se séparer, si l'un parmi eux est relevé positif et qu'ils ne peuvent pas avoir d'enfants¹³. Le préservatif n'est donc pas nécessaire pour eux non plus, parce que leur amour est assez fort pour pouvoir s'abstenir des rapports sexuels.

Les croyants – musulmans et chrétiens – sont familiers avec les prescriptions religieuses de leur communauté et ont également connaissance de la prévention du VIH par le préservatif. Nous hypothétisons que la longue pratique syncrétique (liant les croyances traditionnelles et des religions relevées) et libérale dans la vie religieuse (à travers la conversion des épouses à la

¹³ Il n'a pas pris en compte les médicaments antirétroviraux (ARV) et la possibilité de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

religion de leur mari, résultant dans une cohabitation religieuse intrafamiliale), mène à des solutions personnelles pragmatiques chez les adultes. Chez les jeunes cherchant à se positionner entre les « divers régimes moraux » (Dilger 2003) et « idéologies sexuelles concurrentes » (Obrist van Eeuwijk et Mlangwa 1997), par contre, les ambiguïtés sont fortes (Schwärzler et Bila 2011; Schwärzler et al. 2012).

Le représentant d'une association de prise en charge de personnes vivant avec le VIH a remarqué qu'il ne faut pas uniquement blâmer les communautés religieuses – surtout l'église catholique – qui refusent l'utilisation des préservatifs. Il a plutôt rappelé leur engagement dans le soutien des malades :

Même si l'église dit de ne pas utiliser les condoms, mais en même temps, parallèlement, il y a des gens qui sont malades, ils [les catholiques] les prennent en charge aussi. Donc, moi je pense qu'il faut être un peu ..., je pense qu'il faut ... de la diplomatie ou qu'on soit très souple dans notre façon de parler.

Comme pour appuyer cet argument, nous avons noté que le représentant des catholiques a remarqué en passant lors de notre entrevue que les Saint Caméliens entretiennent le Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou (CASO), un hospice au *secteur 30* « ... pour accompagner, c'est trop dire, pour apporter notre soutien aux personnes victimes du sida, quoi, en phase terminale. Donc, ils sont pris [en charge] gratuitement, ils sont soignés gratuitement, quoi. Accueillis et soigné gratuitement. »

Indicateur relationnel

L'utilisation du préservatif est un indicateur de l'évaluation de la/du partenaire et du statut de la relation. Elle dépend également des personnes impliquées dans les rapports sexuels, que se soit entre jeunes célibataires ou entre une personne mariée avec son épouse/époux ou avec un-e partenaire extraconjugal-e.

Dans le groupe des jeunes non marié·e·s, les débats sont partagés entre ceux qui disent utiliser les préservatifs de manière systématique et ceux qui ne les utilisent qu'au début de la relation, le cas échéant. Les garçons qui disent utiliser les préservatifs de manière conséquente se positionnent contre la représentation courante que ceci serait un signe de méfiance envers la partenaire. D'autres argumentent qu'ils se protègent, parce qu'une personne peut être contaminé du VIH par une autre voie et ensuite transmettre le virus lors des rapports sexuels. Pour d'autres encore, il est normal de se préserver avec leur partenaire aussi longtemps qu'ils ne sont par mariés. Spécialement pour les filles, mais aussi pour les garçons, le préservatif a l'avantage de ne pas uniquement protéger contre le VIH, mais aussi contre une éventuelle grossesse. Les filles et les garçons qui rejettent l'utilisation du préservatif proposé ou exigé par le/la partenaire, le justifient avec différents arguments : autant la personne elle-même que

sa/son partenaire sont mutuellement évalué·e·s « bien portant·e·s » ; elles/ils expriment le statut d'une relation comme sérieuse ; elles/ils donnent une autoreprésentation comme personnes sérieuses, fidèles, monogames ; ou encore prouvent l'amour et la confiance envers leur partenaire. Ces arguments ne sont pas toujours exprimés directement, mais peuvent être utilisés pour faire le chantage sur l'autre afin d'imposer les rapports sexuels sans préservatifs.

Dans les couples cohabitants ou mariés, l'utilisation de préservatifs n'est normalement pas question. Les hommes l'expriment à travers une métaphore courante : « *Est-ce que tu portes un chapeau dans ta maison ?* ». Un homme a avoué qu'il aurait honte et se sentirait gêné devant sa femme, s'il devait utiliser un préservatif avec elle (chauffeur infidèle, conseillé par sa cousine infirmière). Un seul répondant a dit qu'il utilise les préservatifs avec sa femme comme moyen de contraception. La majorité des femmes mariées, ne voit pas le sens d'utiliser le préservatif avec leur mari et se sent offensée s'il le propose : « Quand mon mari met le préservatif, je lui dis de continuer ailleurs » (30 ans, catholique, mariée, *gourmantché*, vendeuse, et contre tout moyen de contraception). Dans un groupe de discussion avec les femmes de la 3^e génération, plusieurs d'entre elles ont qualifié l'utilisation du préservatif dans le foyer comme signe d'infidélité et ont témoigné qu'elles enlèvent le préservatif à leur mari et le jettent. Par contre, la situation est difficile pour les femmes mariées de la 2^e génération qui savent que leur mari a des relations extraconjugales. Au niveau normatif, il est attendu d'une 'bonne épouse' qu'elle soit sexuellement disponible quand son mari exprime un besoin sexuel. Connaissant le risque de se faire contaminer, beaucoup d'entre elles se sentent incapables d'exiger le préservatif avec lui et ne peuvent pas non plus lui dire de l'utiliser avec d'autres partenaires. Ces femmes se sentent à la merci de leur mari, se réfèrent à la chance d'être épargnées par l'infection et se confient à Dieu en fin de compte. Pour les femmes de la 3^e génération et qui ont enfanté, il est plus facile de ne pas avoir de rapports avec leur mari. Une vieille femme l'a exprimé de la manière suivante dans un groupe de discussion : « Si tu finis d'accoucher, tu vas faire quoi avec un homme ? ».

Il est exceptionnel qu'une épouse ait le courage de confronter son mari directement et d'exiger le préservatif dans les rapports avec lui. Dans les entretiens individuels, deux femmes ont témoigné ce cas. L'une, mère de six enfants, dont trois avec son 2^e époux actuel, essaie de refuser les rapports non protégés avec son mari parce qu'elle n'a pas confiance en lui. Celui-ci nie ses relations concomitantes et lui reproche qu'elle ne veuille plus d'enfants et qu'elle se serve du préservatif comme prétexte et comme moyen de contraception. Une autre femme avoue avec pudeur qu'elle est arrivée à exiger le préservatif avec son mari en le confrontant qu'il sort avec des jeunes filles.

Dans le cas des « 2^{es} bureaux », la discussion est différente. Une grande partie des hommes avouant ces relations, dit utiliser les préservatifs systématiquement : les uns par peur du sida, les autres pour éviter une grossesse de leur partenaire extraconjugale ou doutant que celle-ci

cherche à tomber enceinte pour acquérir le statut d'une co-épouse reconnue. Malgré le risque d'être accusé d'impuissance, certains hommes disent refuser les rapports sexuels avec leur partenaire extraconjugale, si celle-ci insiste sur des rapports non protégés.

Rumeurs et mythes liés à l'histoire, au développement, à l'économie ou à la macropolitique

Deux débats sont employés sur la base des expériences négatives au cours de l'histoire des derniers siècles. Certaines personnes font une association temporelle entre le début de l'épidémie du sida et le début de la distribution des préservatifs et attribuent la maladie au moyen, dans leur interprétation prétendument, protecteur. D'autres sont plus explicites dans leur arguments et accusent « les Blancs » de confectionner les préservatifs de telle manière à y incorporer le virus afin de tuer les Africains¹⁴. Ainsi, la promotion des préservatifs dans les interventions en santé publique de prévention du VIH ne servirait pas à la protection de la maladie, mais au contraire, à sa propagation. C'est pourquoi des vieux se sont confiés à notre assistant de recherche en disant :

C'est nous qui savons et on parle en cachette : S'ils arrêtent l'histoire de la capote, la maladie va finir dans tous les pays. [II] Y a la capote, s'ils finissent ça, la maladie aussi va finir. (...) Si on cesse de fabriquer la capote, la maladie va finir. Si cette maladie finit, ils vont amener une autre maladie. (71 ans, musulman, marié, *moaga*, guérisseur)

Un représentant d'une association de PvVIH a fait un lien, additionnement au lien historique, entre la réticence des gens d'accepter et de s'approprier des interventions dans le domaine de la politique du développement (à l'exemple de l'introduction de machines agricoles) et celles de la politique de la santé, tel que l'utilisation des préservatifs. Selon lui, la longue histoire de projets de développement omettant la connaissance et le respect des pratiques locales, en déqualifiant ces pratiques et par conséquent les acteurs, aurait mené à une acceptation pour la forme, mais un refus sur le fond :

¹⁴ Certaines personnes partagent l'opinion répandue sur le continent que la maladie a été inventée par « les Blancs » pour tuer les Africains. Un autre argument, en employant la morale sexuelle et la pauvreté, explique l'arrivée du sida au Burkina Faso par deux formes de rapports sexuels transgressifs entre des personnes locales et des « Blancs » ou des « Blanches ». Une ligne de pensées soutient que des équipes de tournage de films pornographiques du Nord se seraient installées au centre-ville de Ouagadougou et auraient engagé des jeunes filles burkinabè comme actrices. Celles-ci, infectées par le VIH, auraient ensuite transmis la maladie aux hommes locaux. Des femmes âgées, invoquant cette théorie, regrettent à quoi la pauvreté peut amener des jeunes femmes africaines. La deuxième rumeur emploie un scénario avec les genres inversés. Selon ces histoires, des femmes blanches auraient eu des rapports sexuels avec des hommes locaux et leurs auraient promis une meilleure vie en Europe. Infectés et délaissés par leurs partenaires Européennes, ces hommes seraient à l'origine de la propagation du VIH dans le pays.

Tout ça, c'est les liens historiques qui existent entre l'Afrique et l'Europe qui posent des problèmes, les politiques de développement. Il faut complètement les renverser, quoi, il faut voir comment on va appliquer, tu vois ? (...) Je prends un exemple : dans un village, la plus part des Européens quand ils viennent, c'est quoi ? Ils viennent avec leur technique, ils viennent avec leur argent, avec leur connaissance. Ils arrivent dans le village, ils veulent mettre un projet de développement en place, genre ... je prends l'agriculture. Le mec [paysan], lui il est né, il a 50 ans. Il a vu son grand-père cultiver avec la *daba*¹⁵, son père cultiver avec la *daba*. Tu viens lui dire aujourd'hui : laisse tomber ta *daba*, la *daba* est mauvaise pour ta santé, pour ton dos, pour ceci, pour cela. Prend ma machine, gratte le sol avec ça. Mais tu ne cherche pas à comprendre le lien qu'il a avec la terre, le lien qu'il met entre sa *daba* et la terre. Tout ça, c'est des aspects qu'il faut comprendre, tout en lui disant, ah, ok, c'est comme ça, d'accord, j'ai compris. Mais moi, ma machine, elle va te résoudre plein de problèmes. Ce n'est pas comme ça que les gens procèdent. On dit : non, écoutez, tout ce que vous faites avant-là, balayez-moi ça, faites ce que moi je vous demande de faire, je te donne l'argent. Le paysan, lui il rit. Chez nous on ne dit jamais non (...), surtout à un étranger, on va te dire oui. Même si après on ne va pas faire, on va te dire oui. Juste pour te faire plaisir. Quand tu pars là, on prend ta machine, on la range au garage.

À travers cet exemple, ce représentant d'une ONG a exprimé ce qui ne fonctionne pas dans les interventions promouvant les préservatifs.

Un autre sujet de discussion est le prix des préservatifs. Pour certains, il est trop élevé, surtout les préservatifs de meilleure qualité vendus dans les pharmacies. Une mère d'enfants adolescents argumente que spécialement les jeunes n'auraient pas les moyens de payer les préservatifs subventionnés. Les prix de ces préservatifs distribués par PROMACO en collaboration avec le *Conseil national de lutte contre le sida et les IST* (CNLS-IST), ont haussé de 50% au Burkina Faso au début de l'année 2007. Le paquet de quatre préservatifs est passé de 50 à 75 FCFA. Les raisons invoquées étaient (1) le besoin de recouvrir les coûts des programmes de marketing social et de financer l'extension et le renforcement des interventions de distribution des préservatifs dans le pays entier, (2) l'ajustement au niveau de prix des préservatifs des pays voisins¹⁶ et enfin (3) la notion du « prix psychologique ». Dans cette logique du marketing, la hausse du prix servirait à augmenter la perception de la qualité du produit.

Une autre thématique importante dans le domaine des préservatifs et du sida, est celle de l'économie politique. Dans la perception répandue à Ouagadougou, la vente des préservatifs servirait à soutenir les économies du Nord et à paupériser les Africains. Certains pensent que le sida est un système économique qui ne peut plus être arrêté, car il enrichit trop de personnes au Nord. L'arrêt de ce système, par exemple en distribuant des préservatifs et des médicaments efficaces gratuitement, mènerait à des défaillances économiques et des émeutes sociales au Nord :

¹⁵ outil à manche court pour des travaux du sol qui s'utilise dans une posture penchée en avant

¹⁶ Le paquet de quatre préservatifs était vendu à 100 FCFA dans les pays voisins (Côte d'Ivoire, Mali, Bénin, Togo). Au Niger, le paquet de trois préservatifs coûtait 75 FCFA.

Sincèrement, de nos jours-là, ah, on ne peut même plus lutter contre le sida. Parce qu'en fait, c'est devenu un cas général. Parce que, présentement, il y a des millions de personnes qui mangent là-dedans. Donc, si moi je me dis, même que le médicament contre le sida existe, mais si, par exemple, on le propose et qu'il est efficace à 100%, par exemple, il y a des organismes qui luttent contre le sida, les pays qui fabriquent le condom, l'Allemagne et [d'] autres [pays] : eux tous, ils vont tomber en faillite. Et si eux, ils tombent en faillite, le taux de chômage va s'accroître, parce qu'il y aura des millions de personnes qui vont quitter leur poste. Donc, je vous dis qu'on ne peut pas lutter contre ce dernier-là [le sida]. (20 ans, catholique, célibataire, *gourounsi*, lycéen)

Évaluation négative des conséquences sociales et morales du préservatif

Il est intéressant d'observer que des femmes et des hommes des trois générations ont exprimés de vives préoccupations par rapport aux conséquences de l'introduction, de la promotion et de l'utilisation des préservatifs qui recouvrent différents aspects.

Deux hommes de la 3^e génération ont thématiqué que le préservatif représente quelque chose de nouveau, d'inconnu pour eux. L'un s'est montré prudent et doutant des conséquences potentiellement négatives en disant : « Je ne connais pas ça, je ne suis pas né pour trouver ça, donc, je me méfie. Parce que ça peut te créer des problèmes. Mais, on dit que ça protège contre le sida ». L'autre a attribué la propagation du sida à la réticence d'utiliser les préservatifs :

En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin, il faut attendre le soir. Le temps qu'il dise qu'il a accepté, que ce soit vrai [que le sida existe et que le préservatif protège], c'est quand il est dépassé. C'est ça qui fait que le sida prend de l'ampleur. (60 ans, de religion traditionnelle, marié, *moaga*, cultivateur)

Avec les vastes campagnes de sensibilisation sur le sida, la sexualité est devenue un sujet de discussion publique. Quelques personnes commentent de manière positive que certains parents initient la discussion à ce sujet avec leurs enfants ou que l'éducation sexuelle ait été introduite dans les écoles¹⁷.

Le message, que les préservatifs protègent à la fois contre les grossesses et les IST, le VIH inclus, est largement connu. Certaines personnes, surtout de la 1^{re} génération, le valorisent comme avantage, pour d'autres par contre, ce fait représente un problème à plusieurs niveaux. D'abord, à leur avis, la sexualité a perdu sa force créatrice et redoutée, « les gens n'ont plus peur » de la sexualité, « ne la respectent plus », « ne la prennent plus au sérieux », car elle ne représente

¹⁷ Par contre, le représentant d'une association de PvVIH a critiqué que les interventions de sensibilisation s'adressant à des grands nombres de personnes seraient trop impersonnelles et que les participant-e-s ayant des questions n'oseraient pas les poser. À son avis, la sensibilisation serait plus efficace, si elle se passait de manière interpersonnelle – selon le modèle et l'expérience de son association –, et permettait un dialogue ouvert et direct entre deux personnes.

plus un danger. La haute valeur culturelle attachée à l'autocontrôle sexuel s'estompe. La sexualité devient une activité courante voire exagérée et abusive. Elle ne sert plus principalement à la procréation, mais met l'accent sur le plaisir. Ainsi, beaucoup de personnes de tout âge se sont plaintes que les rapports sexuels seraient devenus quelque chose de banal et de vulgaire.

Pour certaines personnes, les préservatifs sont l'origine et la raison pour un accroissement de l'infidélité et de l'adultère. De tels énoncés sont une expression des changements sociaux perçus négativement et attribués à une dégradation des valeurs morales.

- R L'autre revers est que la capote, au lieu ... effectivement, la capote protège, c'est bien, mais ça fait que ça développe l'infidélité. (...) Comme on se dit qu'avec la capote, on ne peut pas tomber en grossesse, n'importe qui va avec n'importe qui, pourvu qu'ils se disent pourvu qu'on se protège. Le ... chose [le sexe, la sexualité] n'est plus, [il n'] y'a plus de respect dans l'affaire quoi. (...) C'est devenu vulgaire. Tu vas voir des gens ... on se couche partout, on couche les femmes partout, pourvu qu'[il] y a la capote. C'est ça un peu le revers.
- Q Mais, vous êtes sûr que c'est le préservatif qui développe l'infidélité, les rapports en dehors du mariage ?
- R Oui, oui, oui, oui. C'est le préservatif. Parce que les gens avaient peur. Ils ont peur d'abord de contracter les maladies vénériennes, peur de tomber enceinte. Mais comme on vous dit maintenant, avec la capote, rien ne va vous arriver : ben, tout est permis. (...) Ben tout est permis maintenant. [Il] Y a eu un changement de comportement à ce niveau-là. Donc, c'est l'autre, comme je dis, c'est aussi l'autre côté, le revers de la médaille. (41 ans, catholique, marié, *moaga*, gérant d'entreprise)

Les propos de cet homme de la 2^e génération illustrent de manière exemplaire ces préoccupations partagées dans l'ensemble des groupes de genre et de générations auxquels nous avons parlé.

Discussion

Les préservatifs offrent un cas exemplaire pour démontrer que les technologies ne sont pas perçues comme des objets neutres et exempts de valeur dans une communauté. Plutôt, ils entrent dans un contexte social imprégné d'idées recouvrant une variété de thématiques : historiques, macro-politiques, économiques, religieuses, sociales, sanitaires ou symboliques. L'ensemble de ces aspects influent sur les représentations, l'appropriation ou les réticences ainsi que la gestion de cette technologie. À Ouagadougou, le jugement de la population est négatif en ce qui concerne le préservatif par rapport à la perception des conséquences sociales et morales de son utilisation, car il est rendu responsable de la dévalorisation de la sexualité et de la détérioration des principales valeurs relationnelles.

La longue période marquée par des expériences négatives menaçant la survie physique, rendant les populations dépendantes ou refusant la reconnaissance des connaissances et pratiques locales, trouvent leur expression dans les représentations, rumeurs et mythes de conspiration entourant les préservatifs. Celles-ci font un lien entre la vie de tous les jours et les manifestations des forces immenses globales, souvent obscures, qui façonnent l'environnement politique, économique et social à Ouagadougou ; elles connectent des idées sur le personnel et le politique, le local et le global (Gronemeyer 2003; Kaler 2009). Il n'est donc pas étonnant que la promotion de cette technologie par les organisations de santé internationale et les institutions nationales soit reçue avec méfiance. Ainsi, le slogan « Plaisir et sécurité » du label « Prudence » de PROMACO ne semble pas avoir atteint son but. Au contraire, une partie de la population du Burkina Faso, au lieu d'avoir confiance en ces préservatifs, se dit prudente de ne pas les utiliser. L'appropriation de cet outil de prévention du VIH est mitigée.

Ce résultat est confirmé par les données quantitatives de l'enquête nationale de 2004 sur les adolescent·e·s de 12-19 ans (Bankole, Ahmed, et al. 2007). Si on compare avec d'autres pays africains, les jeunes burkinabè ont un niveau modéré d'utilisation des préservatifs. Bien que plus de filles (45%) soient sexuellement actives que de garçons (34%), les garçons (50%) signalent un taux d'utilisation des préservatifs plus élevé que celles-ci (26%). Ce fait est d'autant plus regrettable que les connaissances de l'application correcte sont bonnes, surtout parmi les filles et garçons ayant assisté à une démonstration de l'utilisation du préservatif.

L'imagination sociale qui découle des expériences et représentations négatives est exprimée à travers une diversité de registres expliquant les réticences d'utiliser les préservatifs (Mufune 2005). D'une part, le préservatif, au lieu d'être perçu comme protecteur, il est imaginé mortifère et comportant l'agent provoquant la maladie. Due à la double protection contre les grossesses et les IST, le VIH inclus, le préservatif est interprété comme outil additionnel de contrôle de la population de la reproduction biologique de la communauté. Du fait que leur utilisation abrite contre différents risques, les préservatifs sont également interprétés comme danger pour les valeurs assurant la reproduction sociale ainsi que la stabilité et la perpétuité de la société. Pour cela, les conséquences morales perçues négatives sont importantes : la dévalorisation de la sexualité, taxée de banalisation, vulgarisation ou normalisation, ainsi que la dégradation des valeurs fondamentales, à travers l'infidélité, l'adultère, le multi-partenariat et l'accentuation du plaisir sexuel au lieu de la procréation (Dilger et Luig 2010; Dilger 2010; Schwärzler et Bila 2011; Spronk 2009, 2012; Wolf 2001).

Une étude (Winskell, Obyerodhyambo, et al. 2011), basée sur des scripts soumis par des adolescent·e·s au concours « scénarios d'Afrique »¹⁸ de 2005, apprécie que les narrations des

¹⁸ concours panafricain qui permet à la jeune génération d'exprimer ses idées face au sida et de participer à la production d'un court-métrage si leur scénario est sélectionné

jeunes burkinabè ne portent pas un jugement sur des pratiques à risque. Les auteur·e·s citent l'exemple de l'histoire d'une personne qui échoue à utiliser le préservatif avec une personne, dont elle connaît le statut séropositif. À notre avis, cette évaluation néglige l'imaginaire, les représentations et réticences répandues dans ce contexte : que la maladie n'affecte que les autres ou que l'utilisation du préservatif serait plus dangereuse que les rapports sexuels non protégés, même si le/la partenaire est séropositif/ve.

La société *moaga* est souvent décrite comme fière de son passé de résistance contre la colonisation, comme conservatrice et persistante. Une grande partie de la population générale perçoit les changements des relations, des comportements sexuels et de la valeur attachée à la sexualité comme négatifs (Schwärzler et al. 2012; Schwärzler 2010b). Cette attitude diffère de celle des jeunes actives et actifs de Nairobi, certes un segment spécifique de la société kenyane, qui est en train de développer des nouvelles pratiques relationnelles et sexuelles basées sur des responsabilités plus égalitaires entre les genres et une expression sexuelle voluptueuse (Spronk 2009, 2012). Il serait intéressant d'étudier si de telles formes relationnelles et pratique sexuelles seraient en train de se développer parmi des habitant·e·s plus aisé·e·s de Ouagadougou également.

La difficulté d'utiliser des préservatifs par certains groupes sociaux, dessine des structures de pouvoir, par exemple celle de la dominance masculine et la soumission féminine au sein du couple marié qui ne permettent normalement pas l'utilisation des préservatifs et rendent les femmes mariées et en âge de procréation un groupe vulnérable par rapport au VIH. Adair (2008), sur la base des données des Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso de 1998-1999 et de 2003, confirme que la probabilité d'utiliser des préservatifs est plus basse dans les relations stables que lors de rapports sexuels avec d'autres partenaires, surtout des partenaires occasionnel·le·s. Selon nos résultats, surtout pour les femmes mariées, la situation est d'autant plus difficile pour celles qui connaissent le risque qu'elles courent en s'alignant aux attentes normatives d'une 'bonne épouse' sexuellement disponible pour son mari potentiellement infidèle, sans pouvoir aborder, voire négocier, l'utilisation de préservatifs. Ce constat est confirmé par les taux de prévalence au VIH les plus élevés parmi les femmes de la tranche d'âge entre 30-34 ans (INSD et ICF International 2012:258; ONUSIDA 2012a:19).

En outre, dans le domaine de la santé, les préservatifs fonctionnent d'une manière différente que d'autres interventions médicales, telles que des vaccins ou des médicaments curatifs (Kaler 2004). Ce fait est lié aux spécificités de la maladie du sida et à deux facteurs particuliers : premièrement, toute exposition au virus ne résulte pas forcément en une transmission du VIH et, deuxièmement, une personne séropositive a une période longue et variable en bonne santé avant que l'infection devienne apparente. Ce sont deux raisons qui rendent difficile de démontrer le lien entre l'utilisation du préservatif maintenant et l'évitement de la maladie un an,

cinq ou dix ans plus tard. Par ailleurs, une personne qui a utilisé un préservatif au cours de la plupart – mais pas lors de toutes – les rencontres sexuelles peut être infectée, tout comme il est possible qu'une autre personne, qui n'utilise jamais de préservatifs, restera sans VIH.

Pour ONUSIDA, « l'utilisation du préservatif est un paramètre crucial des programmes combinés de prévention du VIH, mais aussi l'une des technologies disponibles les plus efficaces pour réduire la transmission sexuelle du virus » (ONUSIDA 2012b:36). Selon des enquêtes nationales représentatives, l'utilisation auto déclarée de préservatifs aurait baissé dans différents pays en Afrique subsaharienne ces dernières années, y compris au Burkina Faso (ONUSIDA 2012b:36). PROMACO confirme ce constat et enregistre une baisse des ventes et promotions annuelles de condoms.

Afin de renforcer les efforts visant à prévenir la transmission du VIH par l'utilisation correcte et continue de préservatifs, le défi de démêler cette technologie du lien symbolique dans lequel elle est fusionnée avec la maladie, le contrôle de la population, et la malveillance des promoteurs. Les campagnes sensibilisant la population aux questions techniques de l'utilisation des préservatifs étaient sans doute nécessaires et ont atteint un grand public. Il serait important de mener également des interventions compréhensives de dialogue communautaire, par exemple de la manière proposée par un groupe de chercheurs anglais (South, Meah, et Branney 2009), afin de contrer et dissimuler les représentations entravant l'utilisation des préservatifs.

DISCUSSION GENERALE ET IMPLICATIONS

Bien que l'Afrique de l'Ouest enregistre des taux de prévalence remarquablement faibles, le sida est néanmoins une question brûlante pour la population de Ouagadougou. La capitale burkinabè affiche les taux les plus élevés du pays, avec une prévalence au VIH de 2,1% (2,5% chez les femmes et 1,7% chez les hommes), comparée à 1% parmi les personnes adultes (15-49 ans) au niveau national.

Pour comprendre le VIH/sida dans un contexte spécifique, il faut d'abord saisir les attentes normatives des rôles des genres, les règles de comportement ainsi que les pratiques relationnelles et sexuelles et leurs dynamiques. C'est pour cette raison que nous avons choisi de travailler avec des personnes de la population générale à Ouagadougou sans connaître leur statut sérologique par rapport au VIH : trois générations classificatoires d'hommes et de femmes, celles des « enfants », des « parents » et des « grands-parents », tout en mettant un accent particulier sur les filles et garçons de la jeune génération.

Discussion des résultats principaux

Les pratiques sexuelles sont des activités façonnées par le contexte culturel et social et sont donc soumises aux changements sociaux et à des négociations de positions entre différents groupes au sein d'une communauté. À Ouagadougou, différents modèles de relations et une variété de discours sur et de pratiques de la sexualité coexistent. Une tension marquée a été observée entre la génération des grands-parents et celle des enfants. Aussi l'outil principal de prévention du VIH, le préservatif, est abordé de manière controversée par la communauté.

Représentations des vieilles et vieux sur les pratiques relationnelles et sexuelles des jeunes d'aujourd'hui en ville

Nos résultats ethnographiques démontrent, pour Ouagadougou, que la génération des personnes âgées compare les pratiques relationnelles et sexuelles des jeunes gens grandissant aujourd'hui en ville avec des institutions culturelles coutumières de contrôle de la sexualité des adolescent·e·s et d'alliances matrimoniales arrangées : ils se réfèrent à l'importance de l'abstinence sexuelle prémaritale, aux tests de virginité pour les filles nubiles ainsi qu'aux mariages initiés par les chefs des lignages. Les vieilles et les vieux ont des représentations de l'activité sexuelle des jeunes qu'ils évaluent négativement. En général, ils jugent les relations des jeunes comme basées sur le matérialisme et l'argent. Selon eux, l'activité sexuelle préconjugale est une expression du manque d'autocontrôle qui mène à des relations multiples et concomitantes. Les vieilles femmes insistent que la prohibition de l'excision des filles a des effets négatifs et conduit à une hyperactivité sexuelle et à l'infidélité de celles-ci. En outre, elles

accusent les jeunes filles de suivre des hommes mariés – potentiellement leurs maris – pour des raisons financières. Ceux-ci ne seraient pas capables de ne pas répondre favorablement à leurs sollicitations. Jadis, le contrôle des jeunes était le rôle de la génération des grands-parents. Ils se plaignent aujourd’hui que les jeunes ne les écoutent pas et qu’ils s’appuient surtout sur leurs pair·e·s. Pour les vieilles et les vieux, la combinaison entre les représentations négatives des pratiques sexuelles actuelles des jeunes et la perception de la perte de l’exercice du contrôle sur eux, conduit à la propagation du VIH par les jeunes. Ils en tiennent spécialement les filles pour responsables. Ces propos des vieilles et des vieux sont des expressions classiques des changements sociaux et des conflits intergénérationnels. En s’appuyant sur des anciennes normes et règles culturelles, ils créent une représentation d’un mode de vie rural socialement intégré qui contraste avec la vie urbaine d’aujourd’hui. (Schwärzler 2010a, 2010b)

Autoreprésentations des jeunes de leurs propres pratiques

Les jeunes de leur côté, ont une autre image de leurs propres pratiques. Les filles se présentent de manière indécise et ambiguë par rapport à la gestion de leur sexualité. Les informations qu’elles reçoivent sont polyphoniques : d’une part l’activité sexuelle et le sida sont des sujets de débats et de taquineries publiques et omniprésents à travers les médias et les programmes de prévention du VIH ; d’autre part, les normes culturelles, les prescriptions religieuses et les consignes sanitaires prônent l’abstinence sexuelle jusqu’au mariage ou au moins le retardement maximal du début de l’activité sexuelle. Ainsi, la question de l’in-/activité sexuelle pose un dilemme pour les filles. Elles se représentent l’activité sexuelle de manière positive, normale, naturelle et désirable et se sentent sous la pression de leurs pair·e·s pour la commencer. Toutefois, les rapports sexuels sont potentiellement dangereux et les filles risquent de tomber enceintes ou de d’être infectées par une maladie sexuellement transmissible, voire le VIH. Un aspect important de leur ambiguïté sont les différents risques additionnels qu’elles se représentent : l’abstinence sexuelle pourrait les rendre malades ou infécondes ; la masturbation mène forcément à des pulsions sexuelles incontrôlables et à l’infidélité ; le début de l’activité sexuelle n’est conseillé que quand le corps est entièrement développé ; et, enfin, l’infidélité est due à la masturbation, à l’initiation sexuelle précoce ou à des nécessités économiques. Contrairement à l’accusation des vieilles femmes, les filles se présentent comme les proies des avances trans-générationnelles des « papas gâteaux » cherchant des rapports sexuels contre des transactions matérielles et financières, dans le cas des hommes âgés du quartier, ou des enseignants de l’école compensant avec des notes gratifiantes. En général, les jeunes filles ne disposent que d’informations fragmentées de la sexualité, en construisent des représentations ‘créatives’, et ont une pluralité de pratiques qui résultent de leur contexte à valeurs multiples et

divergentes et d'un manque d'orientation qui les mettent dans l'ambiguïté. (Schwärzler et Bila 2011)

Les pratiques relationnelles et sexuelles des jeunes, hommes et femmes confondus, sont multiples : ils n'ont pas de relation, des relations de mono-partenariat ou de multi-partenariat, et incluant ou non des rapports sexuels. Les adolescent-e-s sont directement visé-e-s, à la fois par les personnes âgées de la société et par les interventions de prévention du VIH, à travers les deux pôles de ce continuum de formes relationnelles en combinaison avec l' (in-)activité sexuelle : l'abstinence et le multi-partenariat. L'abstinence a une valeur sociale élevée pour les jeunes, et spécialement pour les filles qui se réfèrent à cet idéal. Certaines d'entre elles disent même la vivre dans des relations multiples et concomitantes. Cette abstinence n'est pas forcément absolue, car elle peut être pratiquée de manière périodique, par exemple comme méthode dite « naturelle » de contraception, ou être avancée par des personnes plutôt chastes qu'abstinentes à vrai dire. Le multi-partenariat, le deuxième pôle du continuum de formes relationnelles, n'implique pas forcément des rapports sexuels ou avec tou-te-s les partenaires. Le multi-partenariat est surtout employé comme tactique afin d'optimiser les chances d'épouser un-e partenaires d'entre eux/elles ou pour des raisons économiques. En général, les jeunes ne sont pas tou-te-s sexuellement hyperactifs/ves, comme imaginé par la génération des personnes âgées. Plutôt, elles/ils pratiquent une variété de formes et de combinaisons de relations qui n'impliquant pas toutes nécessairement une activité sexuelle. Une majorité des jeunes présente la phase actuelle de leur vie comme exceptionnelle, leur permettant des choses qu'elles/ils projettent inacceptables à l'avenir en tant qu'épouses/époux socialement respecté-e-s. Autant les garçons parlent avec fierté, ostentation et beaucoup d'humour de leurs relations multiples, autant les filles restent vagues, flexibles, indéterminées et floues dans leurs propos. De cette manière, elles réagissent aux accusations sociétales qui les visent plus fortement que les garçons, et gèrent leur réputation pour maximiser leurs potentialités pour l'avenir. Les jeunes, filles et garçons, se réfèrent bel et bien aux normes et valeurs culturelles, aux discours sociétaux et aux exemples des adultes, les considèrent et les reflètent dans leurs récits et leurs pratiques. Celles-ci sont plus complexes et dynamiques que représentées par l'ancienne génération. (Schwärzler et al. 2012)

Les relations sociales et les pratiques sexuelles présentent une arène du changement social rapide et des négociations de positions entre les différents groupes sociaux au sein d'une communauté. À travers les différentes perspectives des vieilles/vieux et des jeunes, un conflit intergénérationnel apparaît. Les vieux accusent les jeunes de ne pas savoir se retenir sexuellement et de ne pas rester vierges jusqu'au mariage, d'être sexuellement actifs, voir hyperactifs, et d'avoir des relations parallèles. Au sein du groupe des jeunes, les positions et pratiques ne sont pas uniformes et s'expriment à travers la multitude de modèles de relations et (in-)activités sexuelles présentée par les filles et les garçons. Cette diversité n'est pas seulement

due au stade de développement des jeunes, mais aussi à des convictions et valeurs mises en pratique.

L'outil principal de prévention du VIH

Le préservatif est promu au niveau international par les agents de santé publique comme l'outil principal pour prévenir une infection par le VIH. Comme chaque autre technologie, les préservatifs entrent dans un contexte social imprégné d'idées recouvrant une variété de thématiques : historiques, macro-politiques, économiques, religieuses, sociales, sanitaires ou symboliques. L'ensemble de ces aspects influent sur les représentations, l'appropriation et la gestion de cette technologie. À Ouagadougou, le jugement de la population est négatif en ce qui concerne le préservatif par rapport à la perception des conséquences sociales et morales de son utilisation, car il est rendu responsable de la dévalorisation de la sexualité et de la détérioration des principales valeurs relationnelles, surtout la fidélité. (Schwartzler, Zemp, et Obrist 2013)

Les résultats ethnographiques au regard de différents cadres théoriques complémentaires

Les résultats ethnographiques résumés ci-dessus peuvent être déchiffrés à la lumière des différents cadres théoriques complémentaires introduits dans la section *Recherches qualitatives sur la santé, la sexualité et le sida au Burkina Faso* (page 21).

Constructions, représentations, interactions, intersubjectivité

Tout au long de notre étude, nous nous sommes basées sur les concepts constructivistes de la représentation, de l'interaction et de l'intersubjectivité. À travers ces concepts, nous avons pu démontrer que les propos recueillis ne doivent pas être perçus comme des reportages de la réalité vécue (tel que ce serait le cas dans une posture positiviste), mais comme une interprétation de ce vécu et une autoreprésentation qui s'est produite lors de l'interaction intersubjective et situationnelle des échanges avec les chercheur-e-s. Le concept de la représentation est utile afin de ne pas prendre les énonciations pour argent comptant.

Les représentations que les différentes personnes donnent d'elles-mêmes, de leurs interactions avec des partenaires et de leurs pratiques sont étroitement liées à trois facteurs. Premièrement, il y a le désir de garder le secret (Hardon et Posel 2012; Bochow 2012) ou de se laisser différents options pour pouvoir profiter des opportunités qui se présentent (Johnson-Hanks 2005a, 2005b). Par exemple, les jeunes filles ont relevé leurs relations concomitantes au fur et à mesure des entretiens allant de plus en plus en profondeur. Il est également possible que la forte

stigmatisation du sida et des pratiques augmentant le risque de contracter le VIH, aient rendu certaines personnes prudentes dans leurs propos (Gausset et al. 2012; Niang et al. 2004). Deuxièmement, certaines personnes aiment reproduire des normes et valeurs culturelles, sociales, religieuses voire sanitaires et de prévention du VIH, qu'elles ne suivent pas nécessairement en pratique. Par exemple, les jeunes qui disent être abstinent·e·s – une prescription culturelle, religieuse et sanitaire – sont éventuellement plutôt chastes. C'est-à-dire qu'ils/elles partagent (éventuellement seulement prétendent) l'aspiration de s'abstenir de l'activité sexuelle, dans le but de garder une bonne réputation sans être pour autant sexuellement abstinent·e·s à vrai dire (Bell et Sobo 2001). D'autres qui se présentent comme fidèles – une instruction culturelle (spécialement importante pour les filles), religieuse et sanitaire – dévoilent partiellement leurs partenaires concomitants. Encore d'autres qui affirment d'utiliser des préservatifs – remplissant une règle sanitaire – ne le font peut-être pas de manière systématique ou correcte. Finalement, certain·e·s interlocuteur·e·s sont animés par le désir de plaire ou de satisfaire l'anthropologue blanche. Leurs propos ne correspondent pas nécessairement aux pratiques réelles. Pour ces trois raisons, nous ne pouvons pas simplement qualifier ces récits de mensonges, mais les interprétons comme des énonciations qui se sont produites durant l'échange interpersonnel lors de l'entretien.

Conspiration, rumeurs, mythes

Fondés sur une longue histoire d'expériences négatives dans différents domaines (colonisation, commerce des esclaves, conversion religieuse musulmane et chrétienne, instauration de l'éducation formelle, programmes d'ajustement structurels, politiques de développement, interventions en santé publique), il est compréhensible que des mythes de conspiration et des rumeurs surgissent autour des campagnes de prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive (Kaler 2004, 2009). Ils sont une expression de la position de faiblesse ressentie par les populations, étant à la périphérie globale, économiquement insignifiantes, dépendantes de fonds extérieurs et receveur d'instructions sur comment et pour quoi utiliser ces fonds. Aussi, la promotion du préservatif comme outil de prévention du VIH, servant en même temps de contraceptif, alimente les craintes d'attaques à l'encontre de la reproduction biologique et sociale de la communauté. Il n'est donc pas étonnant que les préservatifs soient mal appropriés, réinterprétés et perçus comme ayant des conséquences sociales et morales négatives qui dévalorisent la sexualité.

« Opportunisme judicieux », relations multiples et concomitantes, secret, et risque

Une tactique pour assurer un avenir aussi prospère que possible en navigant à travers un contexte marqué par l'instabilité économique, ainsi que des valeurs sociales et normatives et des relations affectives, est expliquée à travers le concept de l' « opportunisme judicieux » (Johnson-Hanks 2002, 2005a, 2005b). Dans un contexte d'impondérables, certaines personnes mènent des relations multiples concomitantes, afin d'augmenter les options économiques, d'élargir les réseaux sociaux de soutien et d'orienter les décisions vitales de manière situationnelle (Thornton 2009). Socialement plus acceptables pour les hommes en général, même s'ils sont mariés, des relations parallèles sont aussi pratiquées par des femmes de différentes générations. Pour les filles, ces relations peuvent représenter une tactique afin de se s'assurer l'obtention d'un nouveau statut socialement reconnu de femme mariée, tandis que pour les femmes mariées, elles peuvent être une source de soutien économique et moral dans un foyer fragile.

Le concept du risque est une construction culturelle et sociale, perçue et évaluée différemment selon le contexte (Thornton 2009; Tulloch et Lupton 2003). Ceci peut être démontré grâce à l'exemple des relations multiples et concomitantes. Les personnes liées par des réseaux sexuels n'ignorent pas nécessairement le risque de contracter le VIH, mais le jugent inférieur à l'opportunité d'accéder à des ressources sociales ou économiques. Les personnes vulnérables et socialement marginales ou impuissantes, sont plutôt forcées de s'engager dans ce genre de relations. Représentant un groupe social dans une position de faiblesse dans ce contexte orienté le long des catégories sociales de l'âge et du genre, il n'est pas étonnant que les jeunes filles soient accusées le plus fortement, par la majorité de la société, de mener ce genre de relations.

Une perspective additionnelle sur ces relations peut être gagnée en combinant les travaux théoriques sur la sexualité transactionnelle (Tabet 2005) avec ceux empiriques sur les modifications des relations intergénérationnelles, comme Claudia Roth (2007, 2008, 2012) les a fournis pour la deuxième ville du Burkina Faso. Deux autres anthropologues ont démontré, pour Madagascar (Cole 2004) ou la Tanzanie (Haram 2005, 2004), que les relations intimes des filles de la première génération, si elles sont gérées d'une manière perçue comme respectable, responsable et moralement acceptable – c'est à dire en secret –, ne fournissent pas seulement des sources économiques pour celles-ci, mais influent sur les relations intergénérationnelles et donnent plus de pouvoir de négociation et de liberté d'action aux jeunes filles, bien qu'elles puissent être plus périlleuses par rapport à différents risques sanitaires.

Normes (culturelles, sociales, religieuses voire sanitaires) versus pratiques

Les prescriptions, valeurs, normes et règles établies dans les différents domaines – culturel, social, religieux, sanitaire – ne sont pas forcément toujours mis en pratique. Par exemple,

l'islam et le christianisme demandent la fidélité conjugale, alors que les croyants ont des relations extraconjugales ou des relations multiples (Burchardt 2011). Les prescriptions peuvent être dissociées des pratiques dans les différents domaines. En outre, les vieux et vieilles, qui dessinent une image de la vie intégrée de jadis, n'ont pas forcément suivi les règles eux-mêmes lors de leur propre jeunesse. Les discours autour des normes et valeurs sont marquées de différents aspects de moralité (Dilger et Luig 2010; Dilger 2003, 2010; Wolf 2001) et peuvent servir pour renforcer le pouvoir gérontocratique, la supériorité masculine et exercer une violence structurelle.

Contrairement aux exemples des jeunes professionnel-le-s de Nairobi (Spronk 2009, 2012), les adolescent-e-s de notre quartier défavorisé et périphérique de Ouagadougou n'ont pas l'indépendance économique et le courage, ou la vision, de vouloir pérenniser leurs représentations des relations plus égalitaires et des activités sexuelles voluptueuses. Ils perçoivent la phase préconjugale comme période de défoulement pour « vivre la jeunesse ». Leurs représentations de la vie conjugale par contre sont fortement liées aux anciennes valeurs de la sexualité reproductive et de la soumission de l'épouse à son mari. Ainsi, ils semblent prêts à s'aligner aux valeurs promues par les vieilles et les vieux.

Dynamiques

En conclusion, nous pouvons dire qu'à Ouagadougou, les relations sociales et les pratiques sexuelles sont dynamiques et différenciées. Nous enregistrons des récits sur des valeurs et pratiques différentes exprimés par les générations et les genres étudiés, mais aussi au sein d'un même groupe social. Par contre, l'expression « de nos jours, chacun fait ce qu'il veut », exprimée par des femmes et des hommes des trois générations, nous semble exagérée. Quoique certaines personnes de la génération des jeunes essayent de nouvelles formes relationnelles et pratiques sexuelles, ils/elles se réfèrent toujours fortement aux valeurs conventionnelles.

Considérations méthodologiques

Collecte de données de plusieurs générations et des deux genres, et triangulation de différentes méthodes

La combinaison des deux méthodes principales, les entretiens individuels approfondis et les discussions dirigées en groupe, s'avère très utile et fournit des données sur les représentations, interprétations et pratiques individuelles qui peuvent être mises en relation avec le niveau sociétal et normatif. Les autres méthodes employées, l'observation et la participation de la vie quotidienne du quartier, les entretiens avec des représentants de différents domaines (religieux,

sanitaire, association de prise en charge de personnes vivant avec le VIH), le suivi des médias, aident à contextualiser les propos recueillis de façon complémentaire.

Il en est de même pour le travail avec six groupes sociaux, soit des personnes de trois générations et des deux genres. Cette richesse de données générées, quoique très abondantes et fortement complexe à gérer, offre différentes possibilités de croisements analytiques et une meilleure compréhension des dynamiques sociétales en cours. Les récits d'une génération peuvent être une réaction à des énonciations ou des comportements d'une autre génération, celle des femmes une réaction aux paroles et pratiques des hommes et vice versa. Une telle vue globale ne serait pas possible en travaillant uniquement avec une seule génération ou un seul genre.

Les méthodes qualitatives permettent d'analyser des interactions entre participant·e·s et chercheur·e·s, de capter le flou dans les propos exprimés par les participant·e·s à l'étude ainsi que les dynamiques interpersonnelles qui se produisent dans la situation de l'entretien. Ces aspects rapprochent le/la chercheur·e du vécu des personnes étudiées et permettent de découvrir des résultats inattendus.

Sujet intime et récits parfois difficiles à digérer

Parler de la sexualité, éventuellement de pratiques socialement rejetées ou présentant un risque d'infection par le VIH, n'est pas facile et demande beaucoup de tact et de finesse de la part des chercheur·e·s. Il est important de se donner assez de temps pour entrer en contact avec les participant·e·s, pour établir la confiance mutuelle et pour approfondir consécutivement les entretiens afin d'aborder ces sujets sensibles.

Aussi, l'immersion profonde dans la vie sociale et l'exposition à des situations, des expériences et des destins difficiles ne sont pas toujours faciles à supporter pour les chercheur·e·s et peuvent représenter des charges lourdes et demandent la propension de la chercheuse à s'ouvrir et à se confronter à ces situations.

Limitations

Aspects méthodologiques

Dans une étude sur un sujet aussi intime et difficile à extérioriser, il serait avantageux de pouvoir parler la langue maternelle des participant·e·s. Mon initiation au *mooré*, une langue à ton opérant avec beaucoup de proverbes et métaphores, ne suffisait pas pour mener des entretiens sur des sujets délicats. J'étais donc dépendante de mes collaborateurs et collaboratrices et de la traduction en français des données. L'étude aurait certainement gagné en

profondeur s'il m'avait été possible de capturer et d'analyser les subtilités linguistiques du *mooré*.

Une deuxième limite technique est également liée au sujet délicat. Nos répondant·e·s n'ont pas toujours parlé d'eux-mêmes, mais souvent aussi en général ou encore d'autres personnes. Aussi, il n'était pas toujours évident de faire la différence entre des énonciations sur des valeurs normatives et les propres pratiques des participant·e·s.

Données caduques

Lors d'une revue de la littérature qualitative sur des aspects culturels et sociaux du VIH en Afrique de l'Ouest, les auteurs critiquent le fait que beaucoup d'études – si jamais ils font des indications – sont basées sur des données collectées de nombreuses années avant la publication des résultats (Samuelson, Norgaard, et Ostergaard 2012). C'est aussi le cas du présent travail.

J'ai tenté de pallier cette contrainte en effectuant des séjours annuels de suivi, qui ont été possibles jusqu'en 2010, lors desquels j'ai pu discuter mes résultats et essayer de capter les derniers développements avec différent·e·s interlocuteurs et interlocutrices, y compris mes ancien·ne·s collaborateurs et collaboratrices : le responsable du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST) ; un des responsables de PROMACO ; le représentant d'ONUSIDA à Ouagadougou ; le président du conseil d'administration du Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso (RAJS/BF) ; les responsables d'une association de prise en charge de P·v·VIH ; le groupe de recherche sur le VIH/sida à l'IRD ; l'association des Femmes de l'avenir du *secteur 29*, ainsi que mon réseau privé. Les informations reçues de ces personnes ont pu être intégrées dans cette étude.

En outre, je pense que certaines caractéristiques des pratiques décrites dans cette étude persistent, surtout celles fondées sur des particularités structurelles. Par exemple, les reproches et accusations de comportements qualifiés d'inadéquats sont surtout adressés aux femmes, plutôt qu'aux hommes. Ceci est évident dans le cas des « papas gâteaux », les relations transactionnelles entre hommes âgés et jeunes filles, où les jeunes filles sont accusées de transgresser des normes, et pas les hommes adultes. La responsabilisation des filles est une expression de leur faible position sociale, un facteur structurel qui ne va pas être changé à court ou moyen terme. Au sein de ces structures, par contre, certains éléments pratiques peuvent changer. Lors de notre séjour ethnographique, par exemple, les filles partenaires de « papas gâteaux » étaient récompensées avec de l'argent, des habits, des chaussures ou des soins de beauté. Au cours des années suivantes, les rétributions auraient augmenté de manière exponentielle, selon les rapportages. Elles seraient passées de l'offre d'une moto à la location et

l'installation dans des appartements ainsi que la prise en charge financière globale de ces filles par leurs partenaires.

Validité

Les études qualitatives, comme la présente, sont basées sur un échantillon limité et ne permettent pas de quantifier ou de généraliser les résultats. Cependant, en comparaison avec les grandes études quantitatives basées sur des questionnaires préconçus, elles arrivent à mieux prendre en compte la complexité du vécu des personnes étudiées et à générer des résultats inattendus.

La présente étude est valide pour le groupe culturel des *Moose*, pour la ville de Ouagadougou, ainsi que pour le moment de la collecte des données. Elle doit donc être comprise dans son contexte culturel, géographique et temporel.

Conclusion

Nos résultats contredisent les vues réductionnistes sur la sexualité et la promiscuité africaine et donnent de la visibilité aux débats moraux à travers et au sein de groupes de genres et de générations. Une compréhension de ces débats peut aider à mieux orienter les efforts de santé publique culturellement sensibles dans le domaine du planning familial et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH. Ci-dessous, nous suggérons trois activités d'application de nos résultats.

Implications

Recherche

La recherche sur le groupe des jeunes focalise le plus souvent les filles, car celles-ci sont spécialement exposées, observées et marginalisées dans des questions liées au sida, que ce soit au niveau social ou de la santé publique. Leurs activités sexuelles et leurs relations, surtout celles transactionnelles avec des hommes plus âgés sont spécialement commentées. Il serait important d'examiner avec davantage de profondeur la situation des garçons essayant de mettre en pratique le rôle de dominance masculine et les valeurs de masculinité que la société attend d'eux, alors qu'ils sont majoritairement économiquement faibles, surtout pour entretenir une relation avec une fille. Certaines filles pratiquent des relations avec des « papas gâteaux » pour des raisons économiques. Un garçon a fait allusion à des « mamans gâteaux ». Un collègue, Bassirou Bonfoh, a émis l'hypothèse que les garçons pourraient aussi s'engager dans des pratiques sexuelles avec des hommes pour des raisons économiques. Il serait intéressant

d'examiner ces deux thématiques, les « mamans gâteaux » et les relations transactionnelles avec des hommes, parmi les jeunes garçons.

Notre étude dans un quartier défavorisé et périphérique de Ouagadougou n'a pas relevé la formation d'une tranche sociale de personnes essayant de mettre en pratique de nouvelles valeurs relationnelles et sexuelles, comme Rachel Spronk (2009, 2012) les a décrites pour Nairobi. Dans la capitale kenyane, les jeunes actifs et actives, profitant d'un enseignement supérieur et de revenus élevés, rompent les conventions liées à la suprématie des hommes et à la sexualité reproductive pour vivre des relations plus égalitaires et une sexualité incluant le plaisir et la satisfaction mutuelle. Il serait intéressant de vérifier si de telles relations affectives et pratiques sexuelles commencent à se développer parmi le salariat des acteurs économiques puissants de Ouagadougou.

Nous sommes restées, dans notre étude, dans le cadre de l'hétéro-normativité. Vus les taux de prévalence du VIH très élevés des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (23% en 2010, INSD et ICF International 2012:251), l'ouverture du débat public au Burkina Faso et les financements étrangers massifs pour des interventions les ciblant, il serait important d'accompagner ces développements par la recherche. Dans un contexte fortement homophobe, il est compréhensible que ces hommes ne s'affichent pas comme homosexuels – souvent pas même comme des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes –, et vivent cette orientation sexuelle en cachette, la dissimulant grâce au mariage avec une femme et à la paternité. D'un point de vue de santé publique et de prévention du VIH, il est important de mieux savoir qui sont ces hommes, dans quels réseaux sociaux et sexuels ils agissent et quelles pratiques sexuelles ils exercent. Des recherches ont été initiées au Burkina Faso (Niang et al. 2004). Au-delà des aspects sanitaires, il serait important de comprendre les conditions et modes de vie, les réseaux de sociabilité, la culture homosexuelle et de la comparer au groupe des femmes lesbiennes.

Au Burkina Faso, nous n'avons connaissance d'aucune étude qui se serait occupée de manière approfondie des questions en relation avec le sida et la prévention du VIH soulevant les différences entre, d'une part, les prescriptions religieuses et les pratiques réelles des croyant-e-s et, d'autre part, les énonciations ou activités des responsables religieux « déviantes » de la doctrine officielle de leur religion, qu'ils s'agissent des communautés musulmanes, catholiques, protestantes ou des églises évangéliques ou pentecôtistes. Il serait spécialement intéressant de ne pas seulement soulever les aspects entravant les efforts fournis dans le domaine de la santé publique, mais aussi ceux positifs et les secondant, à l'exemple de deux publications récentes (Trinitapoli et Weinreb 2012; Greyling 2009).

Sur la base de nos expériences, nous soulignons l'importance de prendre en compte les aspects de représentations, d'interaction et d'intersubjectivité lors de la collecte de données¹. Nous encourageons les chercheur·e·s en santé publique, en épidémiologie ou en médecine, à considérer ces aspects dans leur recherches, afin de ne pas interpréter les données collectées comme rapportage d'expériences ou de pratiques des participant·e·s à leurs études, mais comme constructions et interprétations produites lors du contact entre eux.

Application

Dans des interventions ciblant les adolescent·e·s, les aspects suivants sont souvent soulignés : l'éducation sexuelle dans les écoles ; la mise en place d'organisations pour les jeunes avec une bonne sélection des éducatrices et éducateurs ; des stratégies multiples pour toucher les jeunes et atteindre les jeunes à plus haut risque ; le développement de compétences de communication et l'inclusion des parents. Dans une perspective plus étroite, ciblée et concrète, il est souvent recommandé pour l'application d'intervenir auprès des jeunes en vue de repousser leur âge d'initiation à la sexualité, de limiter la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires, d'utiliser des préservatifs et des contraceptifs en général (Kirby, Laris, et Rolleri 2009; Pedlow et Carey 2004). D'autres acteur·e·s promeuvent l'approche des jeunes à travers des médias, tels que les films ou les journaux (Pfeiffer, Ahorlu, et al. 2012; Ahorlu et al. 2012).

Dans notre étude, nous avons constaté un manque d'informations sur la sexualité parmi les jeunes, la difficulté de la génération des grands-parents de jouer son rôle coutumier de communicatrice sur et de contrôleuse de la sexualité des jeunes, ainsi que la honte de la génération des parents de parler de sexualité à leurs enfants (Bastien, Kajula, et Muhwezi 2011; Pfeiffer et al. s. d.). Du fait de l'exode rural, de l'urbanisation et de la réduction en familles nucléaires, les grands-parents ne vivent souvent pas à proximité géographique et idéologique de leurs petits-enfants. La génération des parents, les mères et pères classificatoires inclus, bien qu'elle ne soit pas préparée à cette responsabilité, est défiée d'assumer l'éducation sexuelle des jeunes, si elle ne veut pas l'abandonner aux institutions scolaires ou religieuses.

De ce fait, nous recommandons l'établissement de forums décentralisés de discussion au niveau local² où les jeunes peuvent échanger et recevoir des informations liées à la sexualité ainsi que des contraceptifs. Ces cercles de discussion pourraient être modérés par des personnes âgées, respectées, fiables, sans préjugés, sensibles à la situation des filles et garçons et compétentes aux niveaux social, culturel, thématique et sanitaire, surtout par rapport à la santé sexuelle et reproductive et du VIH/sida. Un exemple réussi d'une telle structure sont les Centres

¹ abordée avec plus de détails dans le chapitre 3 *Sexe, mensonges et enregistrements* (page 37) et mentionnée ci-dessus dans la section sur les considérations théoriques (page 188)

² voir aussi le chapitre 6 *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité* (page 105)

Conviviaux et d'Écoute des Jeunes (CCEJ) du Togo, créés par la Croix Rouge Togolaise et coopérant avec l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population) et les Ministères de la Santé, de la Jeunesse et de l'Action sociale ainsi que des ONG locales (Sedoh 2011). À Ouagadougou, ce genre de forums pourrait être établi et géré en collaboration avec le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement du Burkina Faso (RAJS/BF) ou l'Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial (ABBEF).

Pour seconder la génération des parents, des groupes de discussion intergénérationnels, avec la participation de filles et garçons, et de mères et pères, pourraient être additionnellement établis et accompagnés de manière professionnelle. Un projet PAMS (Actions en partenariat pour atténuer les syndromes du programme de recherche NCCR Nord-Sud) a initié ce genre d'échanges à Nouakchott et a démontré qu'il était faisable, acceptable et arrivait à ouvrir le dialogue entre parents et enfants (Keïta et al. 2008). Au-delà de l'éducation sexuelle, la prévention du VIH et la contraception, le sujet délicat de la promotion de droits égaux entre femmes et hommes pourrait être introduit, en impliquant les hommes et en leur démontrant les avantages qu'ils peuvent en tirer.

Au niveau national, nous proposons de renforcer les efforts visant à prévenir la transmission du VIH par l'utilisation correcte et continue des préservatifs. Les campagnes sensibilisant la population aux questions techniques de l'utilisation des préservatifs étaient sans doute nécessaires et ont atteint un grand public. Maintenant, le défi reste de démêler cette technologie du lien symbolique dans lequel elle est fusionnée avec la maladie, le contrôle de la population, et la malveillance des promoteurs. Nous pensons qu'il faut un dialogue communautaire de longue haleine afin de contrer et dissimuler les représentations entravant l'utilisation des préservatifs³.

Aussi longtemps que certains problèmes structurels ne sont pas résolus, les difficultés principales par rapport au sida vont perdurer, même si certains éléments au sein de ces structures s'améliorent (Nichter 2008; Farmer 1996). Dans ce contexte, trois problèmes majeurs nous semblent persister : la fragilité économique des ménages, l'inégalité des genres et le bas niveau éducatif de la population. Tout effort trans-sectoriel visant à améliorer ces domaines aidera également dans la lutte contre la propagation du VIH.

– *Si tu acceptes qu'on te mette une corde au cou, accepte aussi qu'on te tire avec.*

[Quand on commence une chose, il faut la terminer]

proverbe moaga⁴

³ voir aussi le chapitre 8 *'En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin'* (page 163)

⁴ (Pastœer Wedraogo 2002; Pasteur Ouedraogo 2004)

ANNEXES

Fiche personnelle pour tou-te-s les participant-e-s**Entretien / Groupe de discussion**

no. _____

nom _____

1. sexe f m
2. date de naissance/âge _____
3. état matrimonial
 célibataire concubinage
 marié/e m / p séparé/e
 divorcé/e veuve/veuf
4. âge lors/année du mariage/veuvage _____
5. religion
 animiste musulmane autre _____
 catholique protestante néant
6. ethnie _____
 ethnie mère _____
 ethnie père _____
7. langues _____
8. niveau de scolarisation

9. occupation quotidienne (seul/e//patron)

 revenu mensuel _____ FCFA
10. arrivée à Ouaga en _____
 quartier actuel _____
 arrivée dans le quartier en _____
 lotis non lotis
11. partenaire 1
 nom _____
 date de naissance/âge _____
 ethnie _____
 religion
 animiste musulmane autre _____
 catholique protestante néant
12. partenaire 2
 nom _____
 date de naissance/âge _____
 ethnie _____
 religion
 animiste musulmane autre _____
 catholique protestante néant

13. nombre d'enfants
- | date de naissance | nom/s | sexe | vivant/décédé |
|-------------------|-------|---|---|
| 1 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 2 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 3 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 4 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 5 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 6 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |
| 7 _____ | _____ | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> d |

date et lieu de l'entretien 1 _____ durée de l'entretien _____

date et lieu de l'entretien 2 _____ durée de l'entretien _____

date et lieu de l'entretien 3 _____ durée de l'entretien _____

date et lieu de l'entretien 4 _____ durée de l'entretien _____

remarques _____

Guide pour entretiens individuels

Début des relations avec l'autre sexe

- À quel âge avez-vous commencé à avoir des relations avec les hommes/les femmes ? Quel âge avait le/la partenaire ?
- Comment vous avez connu votre premier partenaire ?
- Comment est-ce que s'est passé le début de la relation ? Quels cadeaux avez-vous offert ? Est-ce que vous avez changé les noms ? As-tu rêvé de lui/d'elle à chaque moment ?
- L'as-tu aimé simplement, sans l'aide des vieux ou marabouts, par exemple le *wak* ?
- Qu'est-ce qui était agréable dans cette relation ? Et pour votre partenaire ?
- Quels problèmes ou inconvénients avez-vous croisé ? Et votre partenaire ?
- Au début, quelle était la réaction des parents, la vielle et le vieux, la maman et le papa ? Et plus tard ?
- Est-ce que s'était ton/ta partenaire unique ou est-ce que tu en avais d'autres ? Et pourquoi ?
- Est-ce que tu as reçu des enseignements par rapport aux relations de couple ou par rapport à la gestion de la sexualité (par des parents, des vieux, entre ami(e)s, copin(e)s, à l'école, par les religieux, par les médias) ?

Rapports

- Qu'est-ce que ton partenaire aime et qu'il te demande pendant les rapports (caresses, bisous, touche des seins/du sexe, souffler dans les oreilles, gratter le dos) ?
- Est-ce qu'il y a des choses interdites lors des rapports (tousseur, uriner, mordre, toucher le sexe, certaines positions) ?
- Est-ce qu'il y a des raisons valables de refuser les rapports (pertes blanches, règles, grossesse, allaitement, impuissance, traitements médicamenteux) ?
- Qu'est-ce que vous faites lors du rapport (cris, gémissement, chuchotement) ? Qu'est-ce que tu ressens après le rapport (fatigue, maux de ventre, vertige, mal au sexe) ? Combien de temps après tu te rétablis ? Combien souvent as-tu des rapports ?
- Tu n'as pas honte de voir ton partenaire après le rapport ?
- Combien d'enfants as-tu eu ? Quel accouchement t'as fait beaucoup de mal parmi tous ? As-tu fait des avortements ?

Raisons de rapports

- Quel est le grand intérêt du rapport pour toi (plaisir de l'organisme, santé, devoir, fécondation, pour chercher l'argent, pour montrer la puissance, pour garder l'emploi, dignité, signe de l'union) ?
- Est-ce que certains rapports te rapportent de l'argent ? Est-ce que ces rapports sont différents des autres rapports ?
- Pourquoi as-tu des partenaires différents ?

Protection

- Est-ce que tu te protèges ?
- Avec quoi (médicaments traditionnels, ceinture, bracelets, médicaments modernes, comprimés, Norplant, prières, capotes, crèmes) ?
- À quel moment ?
- Avec quels partenaires (partenaire passager, époux/épouse) ?
- Contre quoi (infections sexuellement transmissibles, sida, grossesses indésirées, douleur) ?
- Durée de la protection (désir d'enfants, pris l'habitude sans protection) ?
- Importance de la protection ?
- Inconvénients de la protection ou de la non protection ?

In-/Fidélité

- Qui est-ce que tu aimes le plus dans ta vie ? Est-ce que ton époux/épouse t'obéit/tu obéis ton épouse/époux ?
- As-tu eu des rapports en dehors du couple/mariage ?
- Avec qui (prostituée, filles de bar, connaissance passagère, relation parallèle) ?
- Pour quelles raisons (sexualité plus satisfaisante, autres manières des rapports, grossesse/allaitement de l'épouse, maladie, marre de l'époux/épouse, besoin de rapport plus fréquents, puissance sexuelle, excès, faiblesse, découragement sentimental, changement de corpulence, voyage) ?

Divorce

- Combien de temps as-tu vécu avec ta/ton partenaire ? Quelle sorte de mariage aviez-vous fait ?
- Quels problèmes avez-vous rencontré pendant le mariage ? Quelles sont les raisons de votre séparation (pauvreté, infidélité, infécondité, polygamie, mauvais voisinage, mensonges, dettes, alcoolisme, vol, frappes, mensonges des enfants, empoisonnement de l'amour/*tiim*) ?
- Qui a demandé le divorce ? Comment s'est déroulé le divorce ? Est-ce que quelqu'un s'est opposé au divorce ?
- Aviez-vous des biens communs ? Qu'est-ce qui s'est passé avec ces biens communs ?
- Quels étaient tes sentiments après le divorce ? Qu'est-ce qui est devenu de ton époux/épouse ou partenaire ? Vous voyez-vous encore ? Est-ce que tu regrettes ton époux/épouse ou partenaire ?
- Quels médisances/bénédictions as-tu reçu ? Vous ne vous êtes pas laissés avec un *tenkougri*¹ ?
- Tu as de ses nouvelles par l'intermédiaire de quelqu'un ? Si ton époux/épouse ou partenaire te recherche encore, tu vas revenir ? Pour quelles raisons ?
- Qui s'occupe des enfants ? Comment tu te débrouilles économiquement ? Tu te sens plus libre qu'avant ? Est-ce que c'était mieux d'être marié ? Tu veux te remarier ? Pourquoi ? Avec qui ?

¹ *tenkougri* : endroit où un communique avec les ancêtres

Veuvage

- Comment est décédé ton époux/épouse ?
- Qu'est-ce qui s'est passé après le décès de l'époux/de l'épouse ? Est-ce que tu rêvais de ton mari à tout moment après son décès ? Qu'est-ce que tu as senti après le décès, quels inconvénients as-tu vécu ? Comment tu te débrouilles avec tes enfants ? Comment tu te débrouilles économiquement ?
- (femmes veuves) Comment tu t'entends avec les frères du mari défunt ? Qui s'occupe de toi et de tes enfants ?
- Combien de temps as-tu fait sans rapports ? Comment as-tu vécu cette phase de l'abstinence ?
- Comment t'es-tu protégé contre la *moumourgourie*² ?
- T'est tu remarié ? Avec qui ? Après combien de temps ? As-tu fait le tiim contre le *ku-pogdo*³ ?

Religion

- Quel est ta religion et de ton partenaire ? Si les religions étaient différentes, qui a laissé sa religion ou est-ce que chacun de vous pratique sa religion ? Pourquoi ?
- Est-ce que la religion a une influence dans votre vie de couple ? Est-ce que vous vous êtes réfugiés sous un *tenkougri*⁴ ? Qui a décidé de le faire (protection contre les ennemis/sorciers/médisances, pour la santé, pour la fécondité, conseil de la famille, voie hiérarchique des parents/ancêtres) ? Est-ce que votre religion a fait votre initiation (prières, offrandes, promesses) ?
- Est-ce que un prêtre/imam/*tengsoba* vous a instruit pour la vie de couple ? Est-ce que le prêtre/imam/*tengsoba* a une influence sur votre comportement en couple ? Est-ce que vous le suivez ?

Rôle des femmes/des hommes

- Quel est le comportement correct d'une femme ou d'un homme dans les relations ?
- Est-ce que depuis l'arrivée du sida les rapports entre femmes et hommes/la sexualité/les comportements ont changés ?

² *moumourougou* : malheur que rencontre un veuf après le décès de son épouse enceinte ; le veuf va transmettre le moumourougou (en utilisant certains effets personnels de la femme décédée) à une autre femme pour se libérer ; cette dernière femme tient maintenant le malheur dont elle va essayer de se libérer également ; ainsi de suite.

³ *ku-pogdo* : maladie qui se transmet après le décès de l'époux/épouse lors de rapports avec un nouveau/une nouvelle partenaire, si l'on n'a pas pris les médicaments traditionnels pour se protéger.

⁴ *tenkougri* : endroit où un communique avec les ancêtres

Guide pour groupes de discussion

Début des relations avec l'autre sexe

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- À quel âge une fille/un garçon commence à avoir des relations avec l'autre sexe ? Quel âge a le/la partenaire ?
- Comment les jeunes se rencontrent, comment commencent les relations et où ?
- Comment se passe le début d'une relation ? Est-ce qu'il y a des cadeaux ?
- Est-ce que les parents, les vieux ou les marabouts ont une influence dans l'initiation des relations ?
- Quels problèmes peuvent-ils croiser ?
- Combien de partenaires une fille/un garçon peut avoir ?
- Est-ce qu'on donne des enseignements par rapport aux relations de couple ou par rapport à la gestion de la sexualité (par des parents, des vieux, entre ami(e)s, copin(e)s, à l'école, par les religieux, par les médias) ?

Rôle des femmes /des hommes

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Quel est le comportement correct d'une femme envers un homme/d'un homme envers une femme dans une relation ?
- Est-ce que les relations entre homme et femme ont changé depuis l'avenir de la maladie du sida et les changements conséquents dans le domaine de la sexualité ?
- Quels sont les champs d'action des femmes et des hommes ?

Rapports

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Qu'est-ce que ton partenaire aime et qu'il te demande pendant les rapports (caresses, bisous, touche des seins/du sexe, souffler dans les oreilles, gratter le dos) ?
- Est-ce qu'il y a des choses interdites lors des rapports (tousser, uriner, mordre, toucher le sexe, certaines positions) ?
- Qu'est-ce que les hommes aiment, qu'est-ce que les femmes aiment ?
- Est-ce qu'il y a des raisons valables de refuser les rapports pour un homme ou pour une femme (pertes blanches, règles, grossesse, allaitement, impuissance, traitements médicamenteux) ?
- Une femme ou un homme peut s'abstenir pendant combien de temps ? Quelles peuvent être les conséquences de l'abstinence ?
- Quelle est la fréquence des rapports pendant une semaine ou un mois ? Quelle est la conséquence des rapports trop fréquents ou pas assez fréquents ?
- Est-ce que une femme/un homme a honte de voir son/sa partenaire après le rapport ?

Raisons de rapports

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Quelle est l'importance des rapports ?
- Pour quelles raisons est-ce qu'on fait des rapports (plaisir de l'organisme, santé, devoir, fécondation, pour chercher l'argent, pour montrer la puissance, pour garder l'emploi, dignité, signe de l'union) ?
- Est-ce que certains rapports rapportent de l'argent ? Est-ce que ces rapports sont différents des autres rapports ?
- Pourquoi une personne peut avoir des partenaires différents ?

Protection

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Est-ce qu'on utilise des protections dans les rapports ?
- Contre quoi (infections sexuellement transmissibles, sida, grossesses indésirées, douleur) ?
- Avec quoi (médicaments traditionnels, ceinture, bracelets, médicaments modernes, comprimés, Norplant, prières, capotes, crèmes) ?
- Avec qui (partenaire passager, époux/épouse) ?
- Quand ?
- Durée de la protection (désir d'enfants, pris l'habitude sans protection) ?
- Importance de la protection ?
- Inconvénients de la protection ou de la non protection ?

In-/Fidélité

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Quels sont les femmes/les hommes qui ont des relations en dehors du couple/mariage ?
- Et avec qui (prostituée, filles de bar, connaissance passagère, relation parallèle) ?
- Pour quelles raisons (sexualité plus satisfaisante, autres manières des rapports, enceinte/allaitement de l'épouse, maladie, marre de l'époux/épouse, besoin de rapport plus fréquents, puissance sexuelle, excès, faiblesse, découragement sentimental, changement de corpulence, voyage) ?

Divorce

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Quels problèmes peuvent causer des divorces (pauvreté, infidélité, infécondité, polygamie, mauvais voisinage, mensonges, dettes, alcoolisme, vol, frappes, mensonges des enfants, empoisonnement de l'amour/*tiim*) ?
- Qui cause souvent les séparations ou les divorces, les hommes ou les femmes ? Pour quelles raisons ?
- Qui s'occupe des enfants après un divorce ?
- Est-ce que les divorcés vivent plus librement que les mariés ? Quelles sont leurs responsabilités dans la société ?
- Est-ce qu'il n'y a pas des regrets ou des inconvénients souvent ?
- Est-ce qu'ils se remarient souvent ?

Veuvage/Lévirat

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Qu'est-ce qui se passe avec les veuves et les veufs ?
- Est-ce qu'il y a des périodes d'abstinence à suivre ?
- Est-ce qu'il y a des protections ou des rituels à faire ? Contre quoi ? (*moumourgourie*⁵, *ku-pogdo*⁶)
- Qu'est-ce qui se passe s'il y a le doute du sida ?
- Que pensez-vous du lévirat ?
- Qui s'occupe des veuves économiquement ? Quels problèmes rencontrent-elles ?

Religion

Et c'était comment, il y a 15-20 ans ?

- Est-ce que les religieux aident à la formation de couples (prières, offrandes, promesses) ?
- Quels sont les enseignements religieux qu'on reçoit par rapport aux relations entre hommes et femmes ou la sexualité ? Ils sont donnés par qui (prêtre/imam/*tengsoba*, parents, vieux) ?
- Est-ce qu'ils sont respectés/suivis ?

⁵ *moumourougou* : malheur que rencontre un veuf après le décès de son épouse enceinte ; le veuf va transmettre le *moumourougou* (en utilisant certains effets personnels de la femme décédée) à une autre femme pour se libérer ; cette dernière femme tient maintenant le malheur dont elle va essayer de se libérer également ; ainsi de suite.

⁶ *ku-pogdo* : maladie qui se transmet après le décès de l'époux/épouse lors de rapports avec un nouveau/une nouvelle partenaire, si l'on n'a pas pris les médicaments traditionnels pour se protéger

REFERENCES

- ABBEF. 2000. Amélioration de l'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les jeunes de 10 à 24 ans dans le Centre Jeune de Ouagadougou. Ouagadougou: ABBEF - Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial.
- Aboubacrine, S. A. et al. 2007. « Inadequate Adherence to Antiretroviral Treatment and Prevention in Hospital and Community Sites in Burkina Faso and Mali: A Study by the ATARAO Group ». *International Journal of STD & AIDS* 18(11):741-747.
- Achilli, Laura. s. d. « Les liens familiaux en contexte d'épidémie de sida: le vécu familial du sida à Ouagadougou (Burkina Faso) ». Thèse de doctorat en préparation, Paris: EHESS.
- Achilli, Laura, et Fabienne Hejoaka. 2005. « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso ». *Face à face. Regards sur la santé* (7).
- Adair, Timothy. 2008. « Men's condom use in higher-risk sex: Trends in five sub-Saharan African countries ». *Journal of Population Research* 25(1):51-62.
- Ahlberg, Beth Maina. 1994. « Is there a distinct African sexuality? A critical response to Caldwell ». *Africa: Journal of the International African Institute* 64(2):220-242.
- Ahorlu, Collins, Sylvia Ady-Gyamfi, Constanze Pfeiffer, et Brigit Obrist. 2012. *Coping with teenage pregnancy and childbirth in Ghana. Evidence for Policy Series, Regional edition West Africa, No. 4*, ed. Bassirou Bonfoh. Abidjan, Côte d'Ivoire: NCCR North-South.
- Alber, Erdmute, Sjaak van der Geest, et Susan Reynolds Whyte. 2008. *Generations in Africa: connections and conflicts*. LIT Verlag Münster.
- Alfieri, Chiara, et Bernard Taverne. 2000a. « Ethnophysiologie des difficultés et complications de l'allaitement maternel chez les Bobo Madare et les Mossi ». P. 167-187 in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Médecines du Monde, édité par Alice Desclaux et Bernard Taverne. Paris.
- Alfieri, Chiara, et Bernard Taverne. 2000b. « Ethnophysiologie, règles et précautions chez les Bobo Mandare et les Mossi ». P. 135-165 in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Médecines du Monde, édité par Alice Desclaux et Bernard Taverne. Paris.
- Alfieri, Chiara, et Bernard Taverne. 2000c. « Perceptions de la transmission des maladies par l'allaitement maternel au Burkina Faso ». P. 219-237 in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Médecines du Monde, édité par Alice Desclaux et Bernard Taverne. Paris.
- De Allegri, Manuela, Malabika Sarker, Jennifer Hofmann, Mamadou Sanon, et Thomas Böhler. 2007. « A qualitative investigation into knowledge, beliefs, and practices surrounding mastitis in sub-Saharan Africa: what implications for vertical transmission of HIV? » *BMC public health* 7:22.
- Anonyme. 1989. *Code des personnes et de la famille*. Ouagadougou.

- Anonyme. 2008. « Les notions d'agent et d'acteur en sociologie ». Consulté avril 13, 2013 (http://socio-focales.ens-lyon.fr/IMG/pdf/notion_agent_acteur-2.pdf).
- Attané, Anne, et Ramatou Ouedraogo. 2008. « Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH ». P. 101-106 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Attané, Anne, et Ramatou Ouedraogo. 2011. « Lutter au quotidien: effets de genre et de génération sur l'entraide intra-familiale en contexte de VIH au Burkina Faso ». P. 207-216 in *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Collection Sciences sociales et sida, édité par Alice Desclaux, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.
- Babalola, Stella, Dieneba Ouedraogo, et Claudia Vondrasek. 2006. « Motivation for late sexual debut in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a positive deviance inquiry ». *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth* 7(2):65-88.
- Badini, Amadé. 1978. « La représentation de la vie et de la mort chez les Mosé traditionnels de Haute-Volta ». Thèse pour le doctorat de 3^{ème} cycle, Lille: Université de Lille III.
- Badini, Amadé. 1979. « Les éléments de la personne humaine chez les Mōsé ». *Bulletin de l'Institut Fondamental de l'Afrique Noire (IFAN)*, Dakar 41(1):787-818.
- Badini, Amadé. 1994. *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris/Ouagadougou: Sépia/A.D.D.B.
- Bankole, Akinrinola, Fatima H. Ahmed, Stella Neema, Christine Ouedraogo, et Sidon Konyani. 2007. « Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in sub-Saharan Africa ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):197-220.
- Bankole, Akinrinola, Ann Biddlecom, Georges Guiella, Susheela Singh, et Eliya Zulu. 2007. « Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four sub-Saharan African countries ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):28-43.
- Bardem, Isabelle, et Isabelle Gobatto. 1995. *Maux d'amour, vies de femmes: sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Bastien, S., L. J. Kajula, et W. W. Muhwezi. 2011. « A Review of Studies of Parent-child Communication About Sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa ». *Reproductive health* 8:25.
- Behar, Ruth. 1997. *The vulnerable observer: Anthropology that breaks your heart*. Beacon Press.
- Bell, Sandra, et Elisa Janine Sobo. 2001. « Celibacy in Cross-cultural Perspective ». P. 3-26 in *Celibacy, Culture, and Society: The Anthropology of Sexual Abstinence*, ed. Elisa Janine Sobo & Sandra Bell. Univ of Wisconsin Press.
- Berger, Peter L., et Thomas Luckmann. 2006. *La construction sociale de la réalité*. 2^e édition. Armand Colin.

- Bila, Blandine. 2009. « Anthropologie «chez soi» auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou: Empathie, méthode et position des acteurs ». *ethnographiques.org* 17.
- Bila, Blandine. 2011a. « Différence de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso ». P. 31-42 in *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Collection Sciences sociales et sida, édité par Alice Desclaux, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.
- Bila, Blandine. 2011b. « Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso ». Thèse de Doctorat, Aix-en-Provence: Université d'Aix-Marseille III.
- Bila, Blandine, et Marc Egrot. 2008. « Accès au traitement du sida au Burkina Faso: les hommes vulnérables? » P. 85-91 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Bila, Blandine, et Marc Egrot. 2009. « Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso ». *Social Science & Medicine* 69(6):854-861.
- Bila, Blandine, Seni Kouanda, et Alice Desclaux. 2008. « Des difficultés économiques à la souffrance sociale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso ». *Cahiers Santé* 18(4):187-191.
- Bochow, Astrid. 2012. « Let's talk about sex: reflections on conversations about love and sexuality in Kumasi and Endwa, Ghana ». *Culture, Health & Sexuality* 14(sup1):S15-S26.
- Boden, Gertrud. 2008. « The young people do what they want: negotiating intergenerational relationships among the Khwe of Namibia ». P. 113-135 in *Alber Erdmute, van der Geest Sjaak, Reynolds Whyte Susan (eds.): Generations in Africa: Connections and conflicts*. Berlin: Lit-Verlag.
- Boileau, Catherine et al. 2008. « Gender dynamics and sexual norms among youth in Mali in the context of HIV/AIDS prevention ». *African Journal of Reproductive Health* 12(3):173-184.
- Bonnet, Doris. 1981. « Le retour de l'ancêtre ». *Journal des Africanistes* 51(1-2):133-147.
- Bonnet, Doris. 1985. « Note de recherche sur la notion de « corps chaud » chez les Moosé du Burkina ». *Sciences Sociales et Santé* 3(3-4):183-187.
- Bonnet, Doris. 1986. *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina. Ouagadougou: ORSTOM.*
- Bonnet, Doris. 1988. *Corps biologique, corps social: Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso. IRD Editions.*
- Bonnet, Doris. 1990. « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso ». P. 241-258 in *Sociétés, développement et santé*, édité par UREF (Université des réseaux d'expression française). Paris.

- Bonnet, Doris. 1994. « L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant ». *L'Homme* 34(131):93-110.
- Bonnet, Doris. 1995. « Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique ». *Cahiers des Sciences Humaines* 31(2):501-522.
- Bonnet, Doris. 1996. « La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant ». *Sciences Sociales et Santé* 14(1):5-16.
- Brady, Martha, Lydia Saloucou, et Erica Chong. 2007. *Girls adolescence in Burkina Faso. A pivot point for social change*. Ouagadougou/New York: Population Council.
- Braun, Virginia, et Victoria Clarke. 2006. « Using thematic analysis in psychology ». *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101.
- Bryman, Alan. 2004. *Social Research Methods*. 2^e éd. OUP Oxford.
- Burchardt, Marian. 2011. « Challenging Pentecostal moralism: erotic geographies, religion and sexual practices among township youth in Cape Town ». *Culture, Health & Sexuality* 13(6):669-683.
- Carter, Stacy M., et Miles Little. 2007. « Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research ». *Qualitative Health Research* 17(10):1316-1328.
- Cesara, Manda. 1982. *Reflections of a woman anthropologist: No hiding place*. Academic Press Inc.
- Charmillot, Maryvonne. 2002. « Socialisation et lien social. Une étude de cas autour du sida dans la ville de Ouahigouya (Burkina Faso) ». Thèse de doctorat., Genève: Université de Genève.
- Chin, James. 2007. *The AIDS Pandemic: The Collision of Epidemiology with Political Correctness*. Radcliffe Publishing.
- CNLS-IST. 2007. *Bilan général de la mise en oeuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNM) de l'année 2006*. Ouagadougou, Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmises (SP/CNLS-IST).
- CNLS-IST/ONUSIDA. 2010. « Rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida ».
- Cole, Jennifer. 2004. « Fresh Contact in Tamatave, Madagascar: Sex, Money, and Intergenerational Transformation ». *American Ethnologist* 31(4):573-588.
- Commune de Ouagadougou. 2011. *Annuaire statistique 2010*. Ouagadougou: Direction des Etudes et de la Planification.
- Cros, Michèle. 2005. *Résister au sida: Récits du Burkina*. Paris: Presses Universitaires de France.
- David, Thomas, Bouda Etemad, et Janick-Marina Schaufelbuehl. 2005. *La Suisse et l'esclavage des Noirs*. Antipodes.

- Dehne, Karl L., et Gabriele Riedner. 2001. « Adolescence — a dynamic concept ». *Reproductive Health Matters* 9(17):11-15.
- Delius, Peter, et Clive Glaser. 2002. « Sexual socialisation in South Africa: a historical perspective ». *African Studies* 61(1):27-54.
- Dim Delobsom, Antoine. 1932. *L'empire du Mogho-Naba: coutumes des Mossi de la Haute-Volta*. Paris: Les éditions Domat-Montchrestien.
- Denis, Philippe. 2006. « Pour une histoire sociale du sida en Afrique subsaharienne ». P. 17-40 in *L'épidémie du Sida en Afrique subsaharienne: Regards historiques*, édité par Philippe Denis et Charles Becker. Karthala.
- Denzin, Norman K. 2009. « Symbolischer Interaktionismus ». P. 136-150 in Flick, Kardoff et Steinke (eds): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rohwolt.
- Desclaux, Alice. 1997. « Dix ans de recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Éléments pour la prévention ». *Cahiers Santé* 7(2):127-134.
- Desclaux, Alice. 1999a. « Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso ». P. 541-557 in *Vivre et penser le sida en Afrique: Experiencing and understanding AIDS in Africa*, édité par Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo, et Moriba Touré. CODESRIA, Karthala & IRD.
- Desclaux, Alice. 1999b. « L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso ». Thèse de doctorat, ANRT.
- Desclaux, Alice, et Chiara Alfieri. 2008. « Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso: les déterminants sociaux ont-ils changé? » P. 117-126 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Desclaux, Alice, et Chiara Alfieri. 2009. « Counseling and choosing between infant-feeding options: Overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon) ». *Social Science & Medicine* 69(6):821-829.
- Desclaux, Alice, Seni Kouanda, et Carla Makhlof Obermeyer. 2010. « Stakeholders' participation in operational research on HIV care: insights from Burkina Faso ». *AIDS* 24 Suppl 1:S79-85.
- Desclaux, Alice, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.
- Desclaux, Alice, et Bernard Taverne. 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Karthala. Paris.
- Devereux, Georges. 1980. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.

- Dilger, Hansjörg. 2003. « Sexuality, AIDS, and the lures of modernity: Reflexivity and morality among young people in rural Tanzania ». *Medical Anthropology* 22(1):23-52.
- Dilger, Hansjörg. 2010. « Introduction. Morality, Hope and Grief: Towards an Ethnographic Perspective in HIV/AIDS Research ». P. 1-18 in *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*, édité par Hansjörg Dilger et Ute Luig. Berghahn Books.
- Dilger, Hansjörg, et Ute Luig. 2010. *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*. Berghahn Books.
- Dodoo, F. Nii-Amoo, Eliya M. Zulu, et Alex C. Ezech. 2007. « Urban-rural differences in the socioeconomic deprivation-sexual behavior link in Kenya ». *Social Science & Medicine* 64(5):1019-1031.
- Drabo, Issiaka Isaac. 1993. « Influence des styles de l'habitat traditionnel burkinabè sur l'urbanisme moderne de Ouagadougou ». P. 185-213 in *Découvertes du Burkina*, vol. tome II. Paris-Ouagadougou: Association « Découvertes du Burkina ».
- Drescher, Martina. 2007. « Global and local alignments in HIV/AIDS prevention trainings: a case study from Burkina Faso ». *Communication & Medicine* 4(1):3-14.
- Dupuis, Blaise, Pierrick Leu, et Ola Söderström. 2010. *La mondialisation des formes urbaines à Ouagadougou. Rapport de recherche provisoire*. Neuchâtel: Institut de Géographie, Université de Neuchâtel et Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique.
- Egrot, Marc. 2001. « La maladie et ses accords: le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso ». Thèse de Doctorat, Presses universitaires du Septentrion.
- Egrot, Marc. 2004. « Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso) ». *Sciences Sociales et Santé* 22(3):45-70.
- Egrot, Marc. 2007a. « Des souris, des génies et des hommes: divination par la souris chez les Moosé au Burkina Faso ». P. 861-879 in *Le symbolisme des animaux: l'animal, clef de voûte de la relation entre l'homme et la nature?*, Colloques et Séminaires, édité par Edmond Dounias, E. Motte Florac, M. Dunham, et Colloque: *Le Symbolisme des Animaux*, Villejuif (FRA), 12-14.11.2003. Paris: IRD.
- Egrot, Marc. 2007b. « Renaître d'une mort sociale annoncée: recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Sénégal) ». *Cultures & sociétés* 1:49-56.
- Egrot, Marc, et Bernard Taverne. 2003. « La transmission sexuelle des maladies chez les Mossi. Rencontre des catégories nosologiques populaire et biomédicale dans le champ de la santé publique (Burkina Faso) ». P. 221-252 in *Les maladies de passage: transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'ouest*. Paris: Karthala.
- Ellis, Chris. 2013. « HIV in Africa Demands Complex Cultural Responses ». *BMJ (Clinical research ed.)* 346:f2517.
- Epprecht, Marc. 2004. *Hungochani: The History of a Dissident Sexuality in Southern Africa*. McGill-Queen's Press - MQUP.

- Epprecht, Marc. 2008a. *Heterosexual Africa? The history of an idea from the age of exploration to the age of AIDS*. Ohio University Press.
- Epprecht, Marc. 2008b. *Unspoken Facts: A History of Homosexualities in Africa. Gays and Lesbians of Zimbabwe (GALZ)*.
- Epprecht, Marc. 2013. *Sexuality and social justice in Africa. Rethinking homophobia and forging resistance*. African Arguments. London: Zed Books Ltd.
- Epstein, Helen. 2010. « The Mathematics of Concurrent Partnerships and HIV: A Commentary on Lurie and Rosenthal, 2009 ». *AIDS and Behavior* 14(1):29-30.
- Farmer, Paul. 1992. *AIDS and Accusation: Haïti and the Geography of Blame*. University of California Press.
- Farmer, Paul. 1996. *Sida en Haïti. La victime accusée*. Karthala. Paris.
- Fausto-Sterling, Anne. 2000. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
- Fendler, Ute. 2006. « Sida dans la cité - TV-Formate in der Wissensvermittlung über Aids in Burkina Faso und Côte d'Ivoire ». P. 185-200 in *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika. Beiträge zur Afrikaforschung des Instituts für Afrika-Studien, édité par Martina Drescher et Sabine Klaeger*. Berlin: Lit Verlag.
- Fine, Gary Alan. 1993. « Ten Lies of Ethnography. Moral Dilemmas of Field Research ». *Journal of Contemporary Ethnography* 22(3):267-294.
- Flick, Uwe. 2009a. « Konstruktivismus ». P. 150-164 in *Flick, Kardoff et Steinke (eds): Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rowohlt.
- Flick, Uwe. 2009b. *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foucault, Michel. 1984. *Histoire de la sexualité, tome 2: L'usage des plaisirs*. Gallimard.
- Fourchard, Laurent. 2001. *De la ville coloniale à la cour africaine: Espaces, pouvoirs et sociétés à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta) fin XIXè siècle-1960*. Editions L'Harmattan.
- Fournet, Florence. 2008. *Ouagadougou (1850-2004): Une urbanisation différenciée*. Petit atlas urbain. IRD Editions.
- Frei, Markus. 2010. « HIV/AIDS in Afrika. Présentation faite le 1.11.2010 lors de l'ATK 2010 à Swiss TPH ».
- Gausset, Quentin, Hanne Overgaard Mogensen, Wambi Maurice Evariste Yameogo, Abdramane Berthé, et Blahima Konaté. 2012. « The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso ». *Social Science & Medicine* 74(7):1037-1044.
- Geschiere, Peter, Birgit Meyer, et Peter Pels. 2008. « Introduction ». P. 1-7 in *Geschiere Peter, Meyer Birgit & Pels Peter (eds): Readings in Modernity in Africa*. James Currey Publishers.

- Giddens, Anthony. 1986. *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.
- Gildemeister, Regine. 2009. « Geschlechterforschung (gender studies) ». P. 213-223 in Flick Uwe et al: *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rohwolt.
- Grégoire, Luc-Joël, Marc Saba, Guy Auregan, et Sanne Wendes, éd. 2001. *La conférence internationale sur le VIH-Sida, la lutte contre la pauvreté et le développement humain en Afrique sub-saharienne, XIIème CISMA, Décembre 2001 à Ouagadougou, Burkina Faso*. Ouagadougou: PNUD.
- Greyling, Christo. 2009. « Standing together to fight a common enemy ». *Medicus Mundi Schweiz Bulletin* 113:33-38.
- Gronemeyer, Reimer. 2003. « Die Bibel, der Staudamm und das Kondom. Vom schrittweisen Absterben der Entwicklungsidee in Afrika ». P. 281-290 in Wilde Denker. *Unordnung und Erkenntnis auf dem Tellerrand der Ethnologie. Festschrift für Mark Münzel zum 60. Geburtstag*, édité par Bettina E. Schmidt. Marburg: Curupira.
- Gruénais, Marc-Eric. 1985. « Aînés, aînées; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre (Burkina Faso) ». P. 219-245 in Abélès Marc & Collard Chantal (eds.): *Age, pouvoir et société en Afrique Noire*. Paris: Karthala.
- Guiella, Georges. 2004. *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux*. New York & Washington: The Alan Guttmacher Institute.
- Guiella, Georges, et Nyovani Janet Madise. 2007. « HIV/AIDS and sexual-risk behaviors among adolescents: factors influencing the use of condoms in Burkina Faso ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):182-196.
- Guiella, Georges, et Vanessa Woog. 2006. *Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso: Résultats de l'enquête nationale sur les adolescents au Burkina Faso 2004*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Haram, Liv. 2004. « "Prostitutes" or Modern Women? Negotiating Respectability in Northern Tanzania ». P. 211-229 in *Re-thinking sexualities in Africa*, édité par Signe Arnfred. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet: Nordic Africa Institute.
- Haram, Liv. 2005. « "Eyes Have No Curtains": The Moral Economy of Secrecy in Managing Love Affairs among Adolescents in Northern Tanzania in the Time of AIDS ». *Africa Today* 51(4):57-73.
- Hardon, Anita et al. 2008. « Alternative Medicines for AIDS in Resource-poor Settings: Insights from Exploratory Anthropological Studies in Asia and Africa ». *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 4(1):16.
- Hardon, Anita, et Deborah Posel. 2012. « Secrecy as embodied practice: beyond the confessional imperative ». *Culture, Health & Sexuality* 14(sup1):S1-S13.
- Hejoaka, Fabienne. 2011. « La solitude des femmes dans le traitement et l'accompagnement des enfants vivant avec le VIH au Burkina Faso ». P. 193-205 in *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Collection Sciences sociales et sida, édité par Alice Desclaux, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.

- Hejoaka, Fabienne. 2013. « L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ». Thèse de Doctorat, Paris: EHESS.
- Héritier, Françoise. 1984. « Stérilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique ». P. 123-154 in *Le Sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, édité par Marc Augé et Claudine Herzlich. Paris: Éd. des Archives Contemporaines.
- Hien, Hervé, Der Adolphe Somé, et Nicolas Meda. 2012. « Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ». *Santé Publique* 24(4):343-351.
- Hofmann, Jennifer, Manuela De Allegri, Malabika Sarker, Mamadou Sanon, et Thomas Böhler. 2009. « Breast milk as the "water that supports and preserves life": Socio-cultural constructions of breastfeeding and their implications for the prevention of mother to child transmission of HIV in sub-Saharan Africa ». *Health Policy* 89(3):322-328.
- Van Hollen, Cecilia. 2010. « HIV/AIDS and the gendering of stigma in Tamil Nadu, South India ». *Culture, Medicine, and Psychiatry* 34(4):633-657.
- Hooper, Edward. 1999. *The river : A journey to the source of HIV and AIDS*. Little Brown & Co (T).
- IDH. 2013. « Indice de développement humain ». Consulté février 9, 2013 (<http://hdr.undp.org/fr/statistiques/>).
- INSD. 2008. *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006. Résultats définitifs (RGPH 2006)*. Ouagadougou: INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie).
- INSD. 2009. « Analyse des résultats définitifs, thème 2: Etat et structure de la population ». in *Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006*. Ouagadougou: INSD - Institut National de la Statistique et de la Démographie.
- INSD, et ICF International. 2012. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Burkina Faso (EDSBF-MICS IV) 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) et ICF International.
- Izard, Michel. 1985. *Gens du pouvoir, gens de la terre: les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassin de la Volta Blanche)*. Editions MSH.
- Izard-Héritier, Françoise, et Michel Izard. 1959. *Les Mossi du Yatenga. Etude de la vie économique et sociale*. Institut des Sciences humaines appliquées de l'Université de Bordeaux. Bordeaux.
- Jirovsky, Elena. 2010. « Views of women and men in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification ». *Reproductive Health Matters* 18(35):84-93.
- Johnson-Hanks, Jennifer. 2002. « On the limits of life stages in ethnography: Toward a theory of Vital Conjunctures ». *American Anthropologist* 104(3):865-880.
- Johnson-Hanks, Jennifer. 2005a. *Uncertain honor: Modern motherhood in an African crisis*. University of Chicago Press.

- Johnson-Hanks, Jennifer. 2005b. « When the future decides. Uncertainty and intentional action in contemporary Cameroon ». *Current Anthropology* 46(3):363-377.
- Kabiru, Caroline W., et Alex Ezeh. 2007. « Factors associated with sexual abstinence among adolescents in four sub-Saharan African countries ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):111-132.
- Kahn, James O., et Bruce D. Walker. 1998. « Acute human immunodeficiency virus type 1 infection ». *New England Journal of Medicine* 339(1):33-39.
- Kaler, Amy. 2004. « The moral lens of population control: condoms and controversies in southern Malawi ». *Studies in Family Planning* 35(2):105-115.
- Kaler, Amy. 2009. « Health interventions and the persistence of rumour: the circulation of sterility stories in African public health campaigns ». *Social Science & Medicine* 68(9):1711-1719.
- Karmaker, Bue, Ngianga-Bakwin Kandala, Donna Chung, et Aileen Clarke. 2011. « Factors associated with female genital mutilation in Burkina Faso and its policy implications ». *International Journal for Equity in Health* 10(1):20.
- Keïta, Moussa, Moustapha Taleb, Baïdy Lô, et Zahra Fall. 2008. Regional collaboration for prevention of HIV/AIDS in Nouakchott, Mauritania (West Africa). PAMS No. WAF-2_01, final report. Nouakchott: INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique).
- Kessler, Claudia. 2010. « HIV/AIDS in Afrika: Epidemiologie und Prävention. Présentation faite le 29.10.2010 lors de l'ATK 2010 à Swiss TPH ».
- Kirby, Douglas, B. A. Laris, et Lori Roller. 2009. *Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviours of Youth in Developing and Developed Countries*. Family Health International.
- Kouanda, S. et al. 2010. « User fees and access to ARV treatment for persons living with HIV/AIDS: implementation and challenges in Burkina Faso, a limited-resource country ». *AIDS Care* 22(9):1146-1152.
- Kouanda, Seni. 2008. « L'accès aux traitement antirétroviraux: leçons de l'expérience ». P. 133-137 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Kouanda, Seni, Alice Desclaux, et Blandine Bila, éd. 2008. *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Kuate-Defo, Bartbelemy. 2004. « Young people's relationships with sugar daddies and sugar mummies: what do we know and what do we need to know? » *African Journal of Reproductive Health* 8(2):13-37.
- Kulick, Don. 1995. *Taboo: Sex, Identity, and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork*. Routledge.

- Ky, Clotilde. 2002. « Deux quartiers, deux communautés? » Ouaga Focus, UERD.
- L'Observateur Paalga. 2012. Courrier international, janvier 15. Consulté avril 6, 2013 (<http://www.courrierinternational.com/notule-source/l-observateur-paalga>).
- Lallemand, Suzanne. 1976. « Génitrices et éducatrices mossi ». *L'Homme* 16(1):109-124.
- Lallemand, Suzanne. 1977. Une famille mossi. Paris/Ouagadougou: CNRS.
- Lallemand, Suzanne. 1985. L'Apprentissage de la sexualité dans les contes d'Afrique de l'Ouest. Editions L'Harmattan.
- Leclerc-Madlala, S. 2001. « Virginité testing: managing sexuality in a maturing HIV/AIDS epidemic ». *Medical Anthropology Quarterly* 15(4):533-552.
- Leclerc-Madlala, Suzanne. 2003. « Transactional sex and the pursuit of modernity ». *Social Dynamics* 29(2):213-233.
- Leclerc-Madlala, Suzanne. 2009. « Cultural scripts for multiple and concurrent partnerships in southern Africa: why HIV prevention needs anthropology ». *Sexual Health* 6:103-110.
- Londres, Albert. 1929. Terre d'ébène. Ed. Albin Michel.
- Luke, Nancy. 2005. « Confronting the "sugar daddy" stereotype: Age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya ». *International Family Planning Perspectives* 31(1):6-14.
- Lupton, Deborah. 1999. Risk. Routledge.
- Lurie, Mark N., et Samantha Rosenthal. 2009. « Concurrent partnerships as a driver of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa? The evidence is limited ». *AIDS and Behavior* 14(1):17-24.
- Lurie, Mark N., et Samantha Rosenthal. 2010. « The Concurrency Hypothesis in sub-Saharan Africa: Convincing Empirical Evidence Is Still Lacking. Response to Mah and Halperin, Epstein, and Morris ». *AIDS and Behavior* 14(1):34-37.
- Lurie, Mark, Samantha Rosenthal, et Brian Williams. 2009. « Concurrency driving the African HIV epidemics: where is the evidence? » *The Lancet* 374(9699):1420.
- MacQueen, Kathleen M. 2011. « Framing the social in biomedical HIV prevention trials: a 20-year retrospective ». *Journal of the International AIDS Society* 14:S3.
- Madise, Nyovani, Eliya Zulu, et James Ciera. 2007. « Is poverty a driver for risky sexual behaviour? Evidence from national surveys of adolescents in four African countries ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):83-98.
- Mah, Timothy L., et Daniel T. Halperin. 2010. « Concurrent Sexual Partnerships and the HIV Epidemics in Africa: Evidence to Move Forward ». *AIDS and Behavior* 14(1):11-16; discussion 34-37.
- Mah, Timothy L., et Daniel T. Halperin. 2010. « The Evidence for the Role of Concurrent Partnerships in Africa's HIV Epidemics: A Response to Lurie and Rosenthal ». *AIDS and Behavior* 14(1):25-28.

- Maihofer, Andrea. 2011. « Geschlechterverhältnisse im Umbruch – Männlichkeit in der Krise? (Les rapports des genres bouleversés - la masculinité en crise?). Présentation orale du 15 septembre 2011 lors du Jubilé des 10 ans du Centre d'Etudes Genre à l'Université de Bâle. »
- Mairie de Bogodogo. s. d. « Commune de Ouagadougou ». Consulté janvier 9, 2013 (<http://www.mairie-ouaga.bf/EquipServices/ardtBogodogo.html>).
- Makhlouf Obermeyer, Carla, Augustin Sankara, Vincent Bastien, et Michelle Parsons. 2011. « Genre et expérience du dépistage du VIH au Burkina Faso ». P. 17-29 in *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Collection Sciences sociales et sida, édité par Alice Desclaux, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.
- Manderson, Lenore, éd. 2012. *Technologies of Sexuality, Identity, and Sexual Health*. Routledge.
- Manu, Andrew, Yaw A. Twumasi, Thommy L. Coleman, et Taonda Sibiri Jean-Baptiste. 2003. « Investigation of the Impact of Urban Sprawl in Three Sahelian Cities Using Remotely-sensed Information ». P. Vol. 2, pp. 988- 990 in *Proceedings of the Geoscience and Remote Sensing Symposium, IGARSS'03*.
- Marisa Casale, Stephanie Nixon, Sarah Flicker, Clara Rubincam, et Angélique Jenney. 2010. « Dilemmas and tensions facing a faith-based organisation promoting HIV prevention among young people in South Africa ». *African Journal of AIDS Research* 9(2):135-145.
- Markowitz, Fran, et Michael Ashkenazi, éd. 1999. *Sex, sexuality, and the anthropologist*. University of Illinois Press.
- Marshall, Mandy, et Nigel Taylor. 2006. « Tackling HIV and AIDS with faith-based communities: learning from attitudes on gender relations and sexual rights within local evangelical churches in Burkina Faso, Zimbabwe, and South Africa ». *Gender & Development* 14(3):363-374.
- Massé, Raymond. 1995. *Culture et santé publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin.
- Mattes, Dominik. 2012. « Involvement, doubt, dismay, depletion. Vignettes of the praxis of HIV/AIDS research in Tanzania. Présentation faite le 2.5.2012 à l'institut d'anthropologie de l'université de Bâle ».
- McLean, Athena, et Annette Leibing, éd. 2007. *The shadow side of fieldwork: Exploring the blurred borders between ethnography and life*. Wiley-Blackwell.
- Meekers, D., et A. E. Calvès. 1997. « "Main" girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa ». *Health Transition Review: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health* 7 Suppl:361-375.
- Mishra, Vinod et al. 2007. « HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa ». *AIDS* 21(Suppl 7):S17-S28.
- Moore, Ann M., Kofi Awusabo-Asare, Nyovani Madise, Johannes John-Langba, et Akawasi Kumi-Kyereme. 2007. « Coerced first sex among adolescent girls in sub-Saharan Africa: prevalence and context ». *African Journal of Reproductive Health* 11(3):62-82.

- Morris, Martina. 2010. « Barking up the wrong evidence tree. Comment on Lurie & Rosenthal, “Concurrent partnerships as a driver of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa? The evidence is limited” ». *AIDS and Behavior* 14(1):31-33.
- Moser, Caroline O. N. 1998. « The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies ». *World Development* 26(1):1-19.
- Mufune, Pempelani. 2005. « Myths About Condoms and HIV/AIDS in Rural Northern Namibia ». *International Social Science Journal* 57(186):675-86.
- Nakkazi, Damalie. 1998. Communication between mothers and their adolescent daughters on the subject of sexuality and HIV/AIDS in Uganda. OSSREA - Organization for Social Science Research in Eastern and Southern Africa.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2002. « Sida, ONG et la politique de témoignage en Afrique de l’Ouest ». *Anthropologie et Sociétés* 26(1):69-87.
- Nguyen, Vinh-Kim. 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa’s Time of AIDS*. Duke University Press.
- Nguyen, Vinh-Kim, Troy Grennan, Karine Peschard, Darell Tan, et Issoufou Tiendrébéogo. 2003. « Antiretroviral use in Ouagadougou, Burkina Faso ». *AIDS* 17(3):109-111.
- Niang, Cheikh Ibrahima, Amadou Moreau, Codou Bop, Cyrille Compaoré, et Moustapha Diagne. 2004. Targeting vulnerable groups in the multi-country HIV/AIDS Program (MAP) for the Africa region: The case of men who have sex with men (Senegal, Burkina Faso, Gambia).
- Nichter, Mark. 2008. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. University of Arizona Press.
- Nyeck, S. N., et Marc Epprecht. 2013. *Sexual Diversity in Africa: Politics, Theory, and Citizenship*. Canada: McGill Queens University Press (October 2013).
- Obrist, Brigit. 2006. *Struggling for health in the city: An anthropological inquiry of health, vulnerability and resilience in Dar es Salaam, Tanzania*. Peter Lang.
- Obrist, Brigit. 2010. « Soziale Vulnerabilität im städtischen Kontext. Eine medizinethnologische Perspektive ». P. 411-428 in Dilger Hansjörg & Hadolt Bernhard (eds.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Peter Lang.
- Obrist van Eeuwijk, Brigit, et Susan Mlangwa. 1997. « Competing Ideologies: Adolescence, Knowledge and Silences in Dar Es Salaam ». P. 35-57 in *Power, reproduction and gender: the intergenerational transfer of knowledge*. London: Zed Books.
- OFSP. 2006. « Recommandations en matière de prophylaxie post-exposition en dehors du milieu médical - Mise à jour 2006 ». *Bulletin de l’Office fédéral de la santé publique*, 712-715.
- OMS. 1986. *Les jeunes et la santé: défi pour la société. Rapport d’un groupe d’étude de l’OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d’ici l’an 2000. Série des rapports techniques 731*. Genève: OMS - Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. 2013. « Burkina Faso ». Consulté février 9, 2013 (<http://www.who.int/countries/bfa/fr/index.html>).

- ONUSIDA. 2010. Rapport mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. Genève.
- ONUSIDA. 2011. Guide de terminologie de l'ONUSIDA (version révisée). Genève.
- ONUSIDA. 2012a. Rapport d'activités sur la riposte au sida du Burkina Faso 2012 (GARP 2012, Global AIDS response progress reporting).
- ONUSIDA. 2012b. Résultats - Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2012. Genève.
- ONUSIDA/SP/CNLS-IST. 2008. Analyse situationnelle de l'état d'implication et de prise en compte de la spécificité de la femme dans la lutte contre le VIH. Ouagadougou.
- Oppong, Joseph R., et Ezekiel Kalipeni. 2004. « Perceptions and Misperceptions of AIDS in Africa ». P. 47-57 in Kalipeni Ezekiel, Craddock Susan, Oppong Joseph R. & Ghosh Jayati (eds): HIV and AIDS in Africa: beyond epidemiology. Wiley-Blackwell.
- Ortner, Sherry B. 1984. « Theory in anthropology since the sixties ». *Comparative Studies in Society and History* 26(1):126-166.
- Ortner, Sherry B., et Harriet Whitehead. 1981. *Sexual meanings. The cultural construction of gender and sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ouattara, Fatoumata, Marc-Eric Gruénais, Sylvie Zongo, et Ramatou Ouédraogo. 2011. « Organiser l'activité de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les structures périphériques: l'exemple du Burkina Faso ». P. 137-148 in *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Collection Sciences sociales et sida, édité par Alice Desclaux, Philippe Msellati, et Khoudia Sow. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida.
- Ouedraogo, Arouna. 1994. « Contexte socioculturel et problématique de la prévention du sida en Afrique: réflexions à partir du cas de la société Mossi au Burkina Faso ». *Développement et Santé* 111:27-29.
- Ouedraogo, Arouna, T. Laurent Ouedraogo, et Paul Thomas Sanou. 2001. « Anxiété et dépression chez les personnes vivant avec le VIH en milieu africain à Ouagadougou, Burkina Faso ». *Psychopathologie Africaine* 31(3):333-344.
- Ouedraogo, Christine, Vanessa Woog, et Oussimane Ouedraogo. 2007. *Les adultes face aux comportements des adolescents: difficultés et enjeux*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Parker, Richard. 2001. « Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research ». *Annual Review of Anthropology* 30(1):163-179.
- Pasteur Ouedraogo, Joseph. 2004. *Proverbes en français*. Ouagadougou: ANTBA.
- La Pastina, A. C. 2006. « The Implications of an Ethnographer's Sexuality ». *Qualitative Inquiry* 12(4):724-735.
- Pasteur Ouedraogo, Zozéf. 2002. *Moos yel-būna*. Ouagadougou: ANTBA.
- Pedlow, C. Teal, et Michael P. Carey. 2004. « Developmentally Appropriate Sexual Risk Reduction Interventions for Adolescents: Rationale, Review of Interventions, and

- Recommendations for Research and Practice ». *Annals of Behavioral Medicine* 27(3):172-184.
- Pepin, Jacques. 2011. *The Origins of AIDS*. Cambridge University Press.
- Perrey, Christophe. 2012. *Un ethnologue chez les chasseurs de virus: Enquête en Guyane française*. Editions L'Harmattan.
- Pfeiffer, Constanze, Collins K. Ahorlu, Sandra Alba, et Brigit Obrist. s.d. « Not victims but actors: Understanding resilience of female adolescents towards teenage pregnancy in Dar es Salaam, Tanzania ». Manuscrit soumis à la revue *Social Science & Medicine*.
- Pfeiffer, Constanze, Collins K. Ahorlu, Joel Lehmann, Richard Sambaiga, et Alice Mbelwa. 2012. *Voices of Youth. Tanzanian teens turn their own lense on teenage pregnancy. Outcome Highlight No. 8*. Bern: NCCR North-South.
- Pfeiffer, Constanze, Richard Sambaiga, Collins K. Ahorlu, et Brigit Obrist. 2012. *Helping Tanzanian teenage girls avoid pregnancy. Evidence for Policy Series, Regional edition East Africa, No. 3*, ed. Boniface Kiteme. Nanyuki, Kenya: NCCR North-South.
- Pisani, Elizabeth. 2009. *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels, and the Business of AIDS*. W. W. Norton.
- Poewe, Karla. 1999. « Afterword: No hiding place: reflections on the confessions of Manda Cesara ». P. 197-206 in *Sex, sexuality, and the anthropologist*, édité par Fran Markowitz et Michael Ashkenazi. University of Illinois Press.
- Poulet, Etienne. 1970. « Contribution à l'étude des composantes de la personne humaine chez les Mossi ». Thèse de doctorat de 3e cycle de philosophie, Université de Poitiers.
- Prolongeau, Hubert. 2006. « Comment l'excision recule au Burkina Faso ». *Le Monde Diplomatique*, vol. 53, no. 629, août 2006, 8-9.
- Prus, Robert C. 1996. *Symbolic Interaction and Ethnographic Research: Intersubjectivity and the Study of Human Lived Experience*. SUNY Press.
- Rambaree, Komalsingh. 2009. « Internet, sexuality and development: Putting early adolescents first ». *The International Journal of Environmental, Cultural, Economic & Social Sustainability* 5(2):105-120.
- Ramin, Brodie. 2007. « Anthropology speaks to medicine: the case HIV/AIDS in Africa ». *McGill Journal of Medicine : MJM* 10(2):127-132.
- Reeves, S., M. Albert, A. Kuper, et B. D. Hodges. 2008. « Why use theories in qualitative research? » *BMJ* 337(aug07 3):a949-a949.
- Reeves, S., A. Kuper, et B. D. Hodges. 2008. « Qualitative research methodologies: ethnography ». *BMJ* 337(aug07 3):a1020-a1020.
- Reichertz, Jo. 2009. « Objektive Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie ». P. 514-524 in Flick, Kardoff et Steinke (eds): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rohwolt.

- Ridde, Valéry. 2006. « La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé. » *Recit, Laboratoire Citoyennetés, Ouagadougou* 12:36.
- Ridde, Valéry. 2008a. « Equity and health policy in Africa: using concept mapping in Moore (Burkina Faso) ». *BMC Health Services Research* 8:90.
- Ridde, Valéry. 2008b. « "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso ». *Social Science & Medicine* 66(6):1368-1378.
- Ridde, Valéry, Paul Andre Somé, et Catherine M. Pirkle. 2012. « NGO-provided free HIV treatment and services in Burkina Faso: scarcity, therapeutic rationality and unfair process ». *International Journal for Equity in Health* 11:11.
- Roost Vischer, Lilo. 1997. « Mütter zwischen Herd und Markt: Das Verhältnis von Mutterschaft, sozialer Elternschaft und Frauenarbeit bei den Moose (Mossi) in Ouagadougou/Burkina Faso ». Thèse de Doctorat, Basel: Wepf.
- Rossier, Clémentine. 2007. « Abortion: An open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso ». *Reproductive Health Matters* 15(30):230-238.
- Rossier, Clémentine, George Guiella, Abdoulaye Ouédraogo, et Blandine Thiéba. 2006. « Estimating clandestine abortion with the confidants method-results from Ouagadougou, Burkina Faso ». *Social Science & Medicine* 62(1):254-266.
- Roth, Claudia. 2007. « "Tu ne peux pas rejeter ton enfant !" Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè ». *Cahiers d'Etudes Africaines* 47(185):93-116.
- Roth, Claudia. 2008. « "Shameful!" The Inverted Intergenerational Contract in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ». P. 47-69 in Alber Erdmute, van der Geest Sjaak & Reynolds White Susan (eds.): *Generations in Africa: connections and conflicts*. LIT Verlag Münster.
- Roth, Claudia. 2012. « "The Nivaquine children". The intergenerational transfer of knowledge about old age and gender in urban Burkina Faso. » P. 281-298 in *Alter(n) anders denken. Kulturelle und biologische Perspektiven*, édité par Brigitte Röder, Willemijn de Jong, et Kurt W. Alt. Köln: Böhlau Verlag.
- Samuelsen, Helle. 2006. « Love, lifestyles and the risk of AIDS: The moral worlds of young people in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ». *Culture, Health & Sexuality* 8(3):211-224.
- Samuelsen, Helle, Ole Norgaard, et Lise Rosendal Ostergaard. 2012. « Social and Cultural Aspects of HIV and AIDS in West Africa: A Narrative Review of Qualitative Research ». *SAHARA J (Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance)* 9(2):64-73.
- Sanou, Armande K. 2008. « Obstacles à l'implication des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Bobo-Dioulasso ». P. 127-132 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Scheper-Hughes, Nancy, et Margaret M. Lock. 1987. « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology ». *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.

- Schlegel, Alice. 2001. « The Chaste Adolescent ». P. 87-103 in *Celibacy, culture, and society: The anthropology of sexual abstinence*, édité par Elisa Janine Sobó et Sandra Bell. Univ of Wisconsin Press.
- Schoepf, Brooke G. 2001. « International AIDS research in anthropology: Taking a critical perspective on the crisis ». *Annual Review of Anthropology* 30(1):335-361.
- Schoepf, Brooke Grundfest. 1992. « AIDS, Sex and condoms: African healers and the reinvention of tradition in Zaire ». *Medical Anthropology* 14(2-4):225-242.
- Schwärzler, Patricia. 1996. « Körpervorstellungen und Konzepte des Gesund- und Krankseins bei den Moose (en français: Représentations du corps et concepts du bien-être et du mal-être chez les Moose) ». Thèse de Master non publiée, disponible en allemand chez l'auteure, Bâle: Institut d'Anthropologie sociale de l'Université de Bâle.
- Schwärzler, Patricia. 2010a. « Sex and the City: Erzählungen alter Männer und Frauen über jugendliche Sexualität und AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso. » P. 389-409 in Dilger Hansjörg & Hadolt Bernhard (eds.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Peter Lang.
- Schwärzler, Patricia. 2010b. « Sexe dans la Cité: Récits des vieilles et des vieux sur la sexualité des jeunes et le sida à Ouagadougou, Burkina Faso (disponible chez l'auteure, traduction actualisée d'un article publié en allemand avec la permission des éditeurs): Sex and the City: Erzählungen alter Männer und Frauen über jugendliche Sexualität und AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso ». in Dilger Hansjörg & Hadolt Bernhard (eds.), 2010: *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Peter Lang, pp. 389-409.
- Schwärzler, Patricia. 2013. « « De nos jours, chacun fait ce qu'il veut » ? Dynamiques des relations sociales et pratiques sexuelles dans le contexte du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso ». Thèse de Doctorat, Bâle: Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, Université de Bâle.
- Schwärzler, Patricia, et Blandine Bila. 2011. « Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité: un tour d'horizon anthropologique ». in *Acte électronique du colloque « Health and environmental research challenges in urban poor settlements »*, 3-5 septembre 2007 (accepté pour publication), coordonné par Guéladio Cissé. Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS), Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Schwärzler, Patricia, Elisabeth Zemp, et Brigit Obrist. 2012. « “Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...”: Pratiques relationnelles et sexuelles des adolescent-e-s de Ouagadougou, Burkina Faso ». Manuscrit soumis à la *Revue africaine de la santé de la reproduction*.
- Schwärzler, Patricia, Elisabeth Zemp, et Brigit Obrist. 2013. « “En Afrique ici, le Noir n'accepte pas les choses le matin...”: Représentations et récits autour du préservatif à Ouagadougou, Burkina Faso ». Manuscrit soumis à la *revue Sciences sociales & santé*.
- Sedoh, Blaise Komlan. 2011. « L'encadrement et la responsabilisation des jeunes ». *Medicus Mundi Schweiz Bulletin* 121:31-33.
- Seidel, Gill. 1993. « The competing discourses of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: Discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion ». *Social Science & Medicine* 36(3):175-194.

- Selikow, Terry-Ann, Nazeema Ahmed, Alan J. Flisher, Catherine Mathews, et Wanjiru Mukoma. 2009. « I am not "umqwayito": a qualitative study of peer pressure and sexual risk behaviour among young adolescents in Cape Town, South Africa ». *Scandinavian Journal of Public Health* 37(suppl. 2):107-112.
- Sévéde-Bardem, Isabelle. 1997. *Précarités juvéniles en milieu urbain africain (Ouagadougou): « aujourd'hui chacun se cherche »*. Paris: l'Harmattan.
- Skinner, Elliott Percival. 1974. *African urban life. The transformation of Ouagadougou*. Princeton: Princeton University Press.
- Somé, Donmozoun Télesphore. 2008. « Diagnostic Social de L'infection à VIH/SIDA et Stratégies Endogènes de Prévention à Gaoua, Burkina Faso ». *SAHARA (Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance)* 5(1):19-27.
- Soudré, Robert, et Blaise Sondo. 2008. « Situation de l'épidémie du VIH et de la lutte contre le sida au Burkina Faso en 2008 ». P. 11-18 in *Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso*, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- South, Jane, Angela Meah, et Peter Branney. 2009. *People in public health. Expert hearing: A summary report*. Leeds: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University.
- SP/CNLS-IST/ONUSIDA. 2010. *Rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Ouagadougou.
- Spronk, Rachel. 2009. « Sex, sexuality and negotiating Africanness in Nairobi ». *Africa* 79(4):500-519.
- Spronk, Rachel. 2012. *Ambiguous Pleasures: Sexuality and Middle Class Self-Perceptions in Nairobi*. Berghahn Books.
- Stephenson, Rob. 2009. « A community perspective on young people's knowledge of HIV/AIDS in three African countries ». *AIDS Care* 21(3):378-383.
- Tabet, Paola. 2005. *La grande arnaque: Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. Editions L'Harmattan.
- Taverne, Bernard. 1994. « Ethique et stratégie de communication: excision et sida au Burkina Faso ». *Sociétés d'Afrique et Sida* 6:5-6.
- Taverne, Bernard. 1995. « Stratégie de communication et groupe cible: sida et migrants au Burkina Faso ». *Sociétés d'Afrique et Sida* 10:2-4.
- Taverne, Bernard. 1996a. *Bibliographie générale sur l'infection à VIH et le sida au Burkina Faso, 1986-1996*. Ouagadougou: ORSTOM.
- Taverne, Bernard. 1996b. « Note de lecture: Attention sida! » *Cahiers Santé* 6(5):328-329.
- Taverne, Bernard. 1996c. « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et sida au Burkina Faso ». *Sciences Sociales et Santé* 14(2):87-104.

- Taverne, Bernard. 1996d. « Valeur morale et stratégie de prévention: la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso ». P. 527-538 in *Sciences sociales et sida en Afrique: bilan et perspectives : communications*. Dakar: ORSTOM.
- Taverne, Bernard. 1997a. « La dimension occultée: le statut social de l'enfant orphelin ». *Sociétés d'Afrique et Sida* 17/18:7-9.
- Taverne, Bernard. 1997b. « Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso? » *Cahiers Santé* 7(3):177-186.
- Taverne, Bernard. 1998. « Pratiques et représentations de l'allaitement maternel en milieu rural mossi au Burkina Faso. Document de travail ».
- Taverne, Bernard. 1999a. « Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso ». *Cahiers Santé* 9(3):195-199.
- Taverne, Bernard. 1999b. « Valeurs morales et messages de prévention: la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso ». P. 509-525 in *Vivre et penser le sida en Afrique - Experiencing and understanding AIDS in Africa*, édité par Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo, et Moriba Touré. Paris: Karthala.
- Taverne, Bernard. 2000. « L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays mossi ». P. 83-110 in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Médecines du Monde, édité par Alice Desclaux et Bernard Taverne. Paris.
- Taylor, Julie J. 2007. « Assisting or compromising intervention? The concept of “culture” in biomedical and social research on HIV/AIDS ». *Social Science & Medicine* (1982) 64(4):965-975.
- Thomas, Erika. 2013. « Questions identitaires et images médiatiques au Brésil: Noirs et Indiens au miroir des telenovelas ». *Tsantsa* 18:56-64.
- Thornton, Robert. 2009. « Sexual networks and social capital: multiple and concurrent sexual partnerships as a rational response to unstable social networks ». *African Journal of AIDS Research* 8(4):413-421.
- Trinitapoli, Jenny Ann, et Alexander Weinreb. 2012. *Religion and AIDS in Africa*. Oxford University Press.
- Tsala Dimbuene, Zacharie, et Barthelemy Kuate Defo. 2011. « Fostering accurate HIV/AIDS knowledge among unmarried youths in Cameroon: Do family environment and peers matter? » *BMC Public Health* 11(1):348.
- Tulloch, John, et Deborah Lupton. 2003. *Risk and Everyday Life*. SAGE.
- Tuzin, Donald. 1991. « Sex, culture and the anthropologist ». *Social Science & Medicine* (1982) 33(8):867-874.
- Tuzin, Donald, éd. 1995. « Discourse, intercourse, and the excluded middle: Anthropology and the problem of sexual experience ». P. 257-275 in *Sexual nature, sexual culture*, ed. Paul Abramson and Steven Pinkerton. Chicago: University Of Chicago Press.
- UNAIDS. 2011. *Securing the future today. Synthesis of strategic information on HIV and young people*. Genève.

- UNAIDS. 2013. Epidemiological Factsheet Burkina Faso (générée en ligne sur le site internet). Genève: UNAIDS. Consulté avril 18, 2013 (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/burkinafaso/>).
- UNAIDS/WHO. 2006. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Burkina Faso: Update December 2006. Genève: UNAIDS.
- UNAIDS/WHO. 2008. Burkina Faso. Epidemiological Fact Sheets on HIV and AIDS, 2008 Update. Genève: Working Group on Global HIV/AIDS and STI.
- Undie, Chi-Chi, Abdhahah Kasiira Ziraba, Nyovani Madise, John Kebaso, et Elizabeth Kimani-Murage. 2009. « “If you start thinking positively, you won’t miss sex’: narratives of sexual [in]activity among people living with HIV in Nairobi’s informal settlements ». *Culture, Health and Sexuality* 11(8):767-782.
- Vance, C. S. 1991. « Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment ». *Social Science & Medicine* 33(8):875-884.
- VandenBroek, Angela Kristin. 2010. « Agency and practice theory » édité par H. James Birk. *21st century anthropology: A reference handbook* 480-487.
- Vangroenweghe, Daniel. 2000. *Sida et sexualité en Afrique*. Editions Aden.
- Varga, C. A. 2000. « Young people, HIV/AIDS, and intervention: Barriers and gateways to behaviour change ». *Development bulletin (Australian Development Studies Network)* (52):67-70.
- Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi, et Markus Flepp. 2008. « Les personnes séropositives ne souffrant d’aucune autre MST et suivant un traitement antrétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ». *Bulletin des médecins suisses* 89(5):165-169.
- Vincent, Louise. 2006. « Virginity testing in South Africa: re-traditioning the postcolony ». *Culture, Health and Sexuality* 8(1):17-30.
- Weiss, Robin A. 2001. « Gulliver’s Travels in HIVland ». *Nature* 410(6831):963-967.
- Wellings, Kaye et al. 2006. « Sexual Behaviour in Context: a Global Perspective ». *Lancet* 368(9548):1706-1728.
- Winskell, Kate, Laura K. Beres, Elizabeth Hill, Benjamin Chigozie Mbakwem, et Oby Obyerodhyambo. 2011. « Making sense of abstinence: Social representations in young Africans’ HIV-related narratives from six countries ». *Culture, Health & Sexuality* 13(8):945-959.
- Winskell, Kate, O. Obyerodhyambo, et R. Stephenson. 2011. « Making Sense of Condoms: Social Representations in Young People’s HIV-related Narratives from Six African Countries ». *Social Science and Medicine* 72(6):953-961.
- Wolf, Angelika. 2001. « AIDS, morality and indigenous concepts of sexually transmitted diseases in Southern Africa ». *Afrika Spectrum* 36:97-107.
- World Urbanization Prospects. 2007. « The 2007 Revision Population Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat ». Consulté juillet 28, 2010 (<http://esa.un.org/unup>).

- World Urbanization Prospects. 2011. « World Urbanization Prospects: The 2011 Revision of the Population Database ». Consulté janvier 11, 2013 (<http://esa.un.org/unup>).
- Yahmed, Danielle Ben. 2005. Atlas du Burkina Faso. Paris: Editions Jeune Afrique.
- Yaméogo, W. M. E., B. Bila, et S. Kouanda. 2008. « Genre et partage de l'information relative au statut sérologique pour le VIH ». P. 41-50 in Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).
- Yoda, Lalbila Aristide. 2005. « La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa. Un cas de communication interculturelle au Burkina Faso ». Thèse de Doctorat, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Zongo, Bernard. 2004. Parlons mooré: langue et culture des Mossis, Burkina-Faso. Editions L'Harmattan.
- Zongo, Sylvie, et Fatoumata Ouattara. 2008. « Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH "cause problèmes": Une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou ». P. 107-115 in Sida, santé publique et sciences sociales: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso, vol. Spécial hors série no. 1, Science et Technique, revue burkinabè de la recherche, série Sciences de la Santé, édité par Seni Kouanda, Alice Desclaux, et Blandine Bila. Ouagadougou: CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique).

CURRICULUM VITAE

nom Patricia Schwärzler
nationalité Suisse
date et lieu de naissance 14 décembre 1966, Liestal, Suisse
langues allemand et français (bilingue), anglais (couramment), italien (bien); espagnol, mooré, wolof, lingala (initée)
courriels patricia.schwaerzler@medecinsdumonde.ch, pilimpiku66@yahoo.com

FORMATION

09/2003 – 07/2013 **PhD en Épidémiologie** (à mi-temps)
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse
thèse : “ *De nos jours, chacun fait ce qu’il veut* ” ? Dynamiques des relations sociales et pratiques sexuelles dans le contexte du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso
supervision : Prof. Dr. Brigit Obrist

01/2005 – 12/2007 Groupe Mentoring collectif ‘Entre Médecine et Culture’
Université de Bâle, Suisse
encouragement de la relève scientifique

05/2002 – 04/2005 **Cours doctoral en Études genre** ‘Savoirs – Genre – Ordres symboliques’
Institut d’Études genre, Université de Bâle, Suisse
théories de genre, méthodes, débat sexe/genre ; inter-, trans- et post-disciplinarité

10/1987 – 06/1997 **Diplôme de Master** (lic. phil. I) **en Anthropologie** (à temps partiel)
Institut d’Anthropologie, Université de Bâle, Suisse
anthropologie (matière principale), géographie humaine et littérature allemande (matières secondaires)
thèse : Représentations du corps et concepts de bien-être et de mal-être chez les *Moose* [Burkina Faso] (en allemand)
supervision : Prof. Dr. Meinrad Schuster

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES (SÉLECTION)

10/2013 – à ce jour coordinatrice générale au Cameroun
Médecins du Monde Suisse, Neuchâtel, Suisse
responsable du programme « Recherche-action pour le renforcement des capacités et compétences de prise en charge de la santé materno-infantile », district de Fouban, Cameroun

10/2005 – 08/2013 scientifique et collaboratrice scientifique senior (à mi-temps)
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse
notamment en tant que coordinatrice de la composante santé & eau et assainissement en Afrique et en Asie du programme transdisciplinaire et intersectoriel international *Pôle de recherche national Nord-Sud (National Centre of Competence in Research, NCCR Nord-Sud)*, cofinancé par la *Direction du Développement et de la Coopération (DDC)* et le *Fonds National Suisse (FNS)*

09/2001 – 06/2002 attachée de presse et responsable des médias
Direction Events, Expo.02, Neuchâtel, Suisse

- 03/1999 – 12/2000 chargée de projets événementiels (event manager)
Fédération *European Institute of Printed Circuits* (EIPC), Allschwil, Suisse
et co-fondatrice et gérante
EIPC Services GmbH, Allschwil, Suisse
- 11/1993 – 04/1997 pigiste (à temps partiel)
Basellandschaftliche Zeitung, Liestal, et *Volksstimme*, Sissach, Suisse

SEJOURS A L'ETRANGER

- 2013 – à ce jour Cameroun
- 1996 – à ce jour environ 3 ans au Burkina Faso
lors de séjours ethnographiques, de conférences scientifiques internationales
et de voyages professionnels et privés à travers le pays
- 2004 – à ce jour courts séjours : Côte d'Ivoire, Sénégal, Ghana, Mauritanie, Gambie, Mali
surtout pour des ateliers notamment de synthèse, et des évaluations
externes, des conférences scientifiques internationales ainsi que des voyages
privés

EVALUATEURE POUR REVUES

- Reproductive Health Matters*, London, Royaume-Uni
- International Journal of Advanced Studies & Research in Africa* (IJASRA),
Canada

PUBLICATIONS PERTINENTES

- Gross Karin, Johnston Bart Heidi, Zinsstag Jakob, **Schwärzler Patricia** & Obrist Brigit. (2013). *Towards equity-focused health research and action at the intersections of public health, social sciences and development: Lessons learnt from NCCR North-South research cases* (document de travail soumis au NCCR Nord-Sud et proposé à être publié dans les *Dialogue series* du programme).
- Schwärzler Patricia**. 2013. “*De nos jours, chacun fait ce qu’il veut*”? *Dynamiques des relations sociales et pratiques sexuelles dans le contexte du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso*. Thèse de doctorat. Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, Université de Bâle.
- Schwärzler Patricia**, Elisabeth Zemp & Obrist Brigit. (2013). ‘*En Afrique ici, le Noir n’accepte pas les choses le matin*’: *Représentations et perceptions des conséquences sociales et morales du préservatif à Ouagadougou, Burkina Faso* (soumis à la revue *Sciences sociales & santé*).
- Schwärzler Patricia**, Elisabeth Zemp & Obrist Brigit. (2012). ‘*Vous savez, on est dans la jeunesse, on tourne...*’: *Pratiques relationnelles et sexuelles des adolescent·e·s à Ouagadougou, Burkina Faso* (soumis à la *Revue africaine de santé de la reproduction*).
- Schwärzler Patricia** & Bila Blandine. 2011. *Les ambiguïtés des filles urbaines dans la gestion de leur sexualité : un tour d’horizon anthropologique*. Document de travail (acceptée pour publication dans l’acte électronique du colloque *Health and environmental research challenges in urban poor settlements* qui s’est tenu au Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) à Abidjan, Côte d’Ivoire, du 3 au 5 septembre 2007, coordonné par Guéladio Cissé).
- Schwärzler Patricia**. 2010. *Sex and the City : Erzählungen alter Männer und Frauen über jugendliche Sexualität und AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso*. In: Dilger Hansjörg & Hadolt Bernhard (eds.): *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Peter Lang, pp. 389-409.
- Sy Ibrahima, **Schwärzler Patricia**, Kouadio Alain Serge, Kablan Cléopatre, Granado Stefanie, Obrist Brigit, Tanner Marcel & Cissé Guéladio. 2010. *An interdisciplinary vulnerability and resilience approach to health risks in under-privileged*

urban contexts in West Africa. In: Hans Hurni & Urs Wiesmann (eds.) with an international group of co-editors. *Global Change and Sustainable Development: A Synthesis of Regional Experiences from Research Partnerships*. Perspectives of the Swiss National Centre of Competence in Research (NCCR) North-South, University of Bern, Vol. 5. Bern, Switzerland: Geographica Bernensia, pp 33–46.

Nodjiadjim Laoubaou Abdias, Wyss Kaspar, **Schwärzler Patricia**, Obrist Brigit & Bergman Manfred Max. 2006. *Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad*. *VertigO* - la revue électronique en sciences de l'environnement, hors série 3, Décembre 2006.

Schwärzler Patricia. 1996. *Körpervorstellungen und Konzepte des Gesund- und Krankseins bei den Moose*. Mémoire de Master, Bâle : Institut d'Anthropologie de l'Université de Bâle.

PARTICIPATIONS ET PRESENTATIONS A DES CONFERENCES (SELECTION)

- 2013 *Sexual and Reproductive resilience of adolescents in Ghana and Tanzania* : 3^e réunion du Conseil Consultatif, Bâle, Suisse, 27.6.2013
- 2012 *Journées Suisses d'Etudes Africaines 2012*, Berne, Suisse, 19.-20.10.2012 (présentation du poster *Dynamics of social relations and sexual practices in the context of HIV/AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2012 *3rd International Conference on Research for Development ICRD 2012* du NCCR Nord-Sud, Berne, Suisse, 20.-22.08.2012 (présentation du poster *Dynamics of social relations and sexual practices in the context of HIV/AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2011 *NGO-Praxis zwischen Aktivismus, Wirkungsorientierung und wissenschaftlicher Grundlage* : atelier de Medicus Mundi Suisse (réseau santé pour tous), Bâle, Suisse, 20.6.2012
- 2011 *Sexual and Reproductive resilience of adolescents in Ghana and Tanzania* : 2^e réunion du Conseil Consultatif, Bâle, Suisse, 24.6.2011
- 2010 *Journées Suisses d'Études Africaines 2010*, Berne, Suisse, 29.10.2012 (présentation du poster *Sexuality tactics of young women and men in times of HIV and AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso. A manuscript in progress*)
- 2010 *Sexual and Reproductive resilience of adolescents in Ghana and Tanzania* : 1^{re} réunion du Conseil Consultatif, Bâle, Suisse, 23.4.2010
- 2010 *Sex, youth and health*, Swiss TPH Spring Symposium, Bâle, Suisse, 16.4.2010 (presentation du poster *Sexuality tactics of young women and men in times of HIV and AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso. A manuscript in progress*)
- 2010 *HIV, sexuality and youth. Linking HIV and reproductive health and rights* : conférence d'aidsfocus (plateforme suisse 'VIH/sida et coopération internationale'), Berne, Suisse, 7.4.2011
- 2009 *Culture and condoms: Integrating approaches to HIV and AIDS*: conférence d'aidsfocus (plateforme suisse 'VIH/sida et coopération internationale'), Berne, Suisse, 6.5.2009
- 2008 *Réponse de l'Afrique: Faire face aux réalités* : 15^{ème} Conférence Internationale sur le Sida et les IST en Afrique (CISMA/ICASA), Dakar, Sénégal, 3.-7.12.2008 (présentation orale *Transactions et stratégies des jeunes autour de leur sexualité. Nouvelles féminités et masculinités à l'ère du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2008 *Un quart de siècle de recherche sur le VIH/sida : leçons et défis* : conférence scientifique internationale, Abidjan, Côte d'Ivoire, 6.-9.10.2008

- (présentation orale *Transactions et stratégies des jeunes autour de leur sexualité. Nouvelles féminités et masculinités à l'ère du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2008 8^{ème} Colloque de Thoune sur la recherche VIH/sida en sciences sociales et en santé publique en Suisse, Thoune, Suisse, 4.-5.9.2008 (présentation du poster *Social and sexual relationships between men and women of three generations and HIV/AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso, West Africa*)
- 2008 1st International Conference on Research for Development ICRD 2010 du NCCR Nord-Sud, Berne, Suisse, 2.-4.07.2010 (présentation du poster *Nowadays they do what they want“: Sexual stereotypisation of young urban women in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2007 *Chic, chèque, choc : Transactions autour des corps et stratégies amoureuses contemporaines* : conférence de l'Institut Universitaire d'Etudes du Développement IUED, Genève, Suisse, 11.-12.10.2007
- 2007 *Jubiläumskonferenz der AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde (DGV)*, Berlin, Allemagne, 27.-29.09.2007 (présentation orale *Soziale und sexuelle Beziehungen und HIV/AIDS in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2007 *Health and Environmental Research Challenges in Urban Poor Settlements*, Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS), Abidjan, Côte d'Ivoire, 3.-5.9.2007 (présentation orale „*De nos jours, chacun fait ce qu'il veut – et puis les femmes se suffisent maintenant“* : *Sexual stereotypisation in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2007 *Gender, diversity and Public Health*, 5^{ème} colloque national du réseau de recherche Gender Health, Olten, 20.6.2007 (présentation orale „*Heute macht jede, was sie will“*. *Sexuelle Stereotypisierung in Ouagadougou, Burkina Faso*)
- 2006 *Sexualités et anthropologie* : session lors du Colloque annuel de la Société Suisse d'Ethnologie, Lausanne, Suisse, 30.11.-2.12.2006
- 2006 Atelier régional annuel du JACS WAF (Joint area of case studies West Africa) du NCCR Nord-Sud, Abidjan, Côte d'Ivoire, 18.-23.09.2006 (présentation orale „*De nos jours, chacun fait ce qu'il veut – et puis les femmes se suffisent maintenant*“)
- 2006 *Mainstreaming of HIV/AIDS in the health sector* : cours publique donné par Dr. Claudia Kessler à l'Institut Tropical Suisse, Bâle, Suisse
- 2004 *HIV, resurgent infections and population change in Africa* : 2^e séminaire du Scientific Committee on Emerging Health Threats de la International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie à Ouagadougou, Burkina Faso, 12.14.02.2004
- 2002 *Gemeinsam gegen AIDS. HIV/AIDS und Entwicklungszusammenarbeit* : atelier de Medicus Mundi Suisse (réseau santé pour tous), Bâle, Suisse, 19.11.2002