Chapitre 4

Vieilles et vieux face au VIH en Afrique de l'Ouest. L'exemple du Burkina Faso

Anne Attané
Institut de recherche pour le développement
UMR 151 LPED Aix-Marseille Université-IRD
anne.attane@ird.fr

Ramatou Ouédraogo
African Population and Health Research Centre, Nairobi
UMR 5115 LAM Sciences-Po Bordeaux-CNRS
oramatou@yahoo.fr

Nombre de travaux portant sur le VIH et les personnes qui y sont confrontées témoignent de son caractère hautement révélateur des enjeux sociaux. Ce chapitre aborde les spécificités liées à l'entraide et à ses mutations, en lien étroit avec les statuts accordés aux personnes dites du troisième âge. Les disparités face au mal varient selon le genre et selon les situations socio-économiques de nos interlocuteurs ; elles nous éclairent sur ce que recouvre le fait de vieillir en étant porteur du VIH ou en étant confronté à la maladie d'un proche. « Être aidé » semble pour les personnes âgées – comme pour les personnes appartenant à d'autres classes d'âge – de plus en plus devoir « se mériter » aux yeux des aidants et ce, particulièrement, lorsqu'il s'agit d'entraide intrafamiliale. La solidarité extra-familiale paraît davantage inscrite dans le grand cycle de la réciprocité.

The abundant literature on persons facing HIV underlines how indicative this epidemic is for the study of social issues. This chapter deals with the specificities of mutual support systems and their transformations, in close relation to the social status acquired by so-called third age persons. Disparities according to gender and socio-economic situations shed light on what ageing encompasses for older persons living with HIV or facing the disease of a close relative. Support seems to be more and more related to the carers' respect for the older person, and more especially so within the family. Extra family solidarities however more often falls under a cycle of reciprocity.

Maladie

Estime

Famille

Normes

Ce chapitre est paru dans :
Golaz V., Sajoux M. (2018). Politiques publiques et vieillesses dans les Suds. Les Impromptus du LPED, n°4, Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU – IRD), Marseille, 347 p.

Introduction

Rappeler le caractère révélateur du social que revêt la pandémie du sida relève du poncif. Depuis près de trente ans désormais, les travaux en sciences sociales menés autour de cette maladie et des personnes qui y sont confrontées - dans les sociétés du Nord comme dans celles du Sud - témoignent de son caractère hautement révélateur en termes d'enjeux sociaux. Qu'il s'agisse de l'anthropologie de la maladie (les représentations du sens du mal, l'étiologie etc.), de la santé (l'organisation du système de soins, la relation soignants/soignés, les itinéraires thérapeutiques), de l'anthropologie et de la sociologie politique (organisation de la société civile, réponses étatiques, enjeux de politiques internationales), de l'analyse des relations interindividuelles etc., l'appréhension des situations sociales produites ou révélées par cette pandémie a été porteuse d'analyses stimulantes[32]. L'épidémie du VIH donne également à voir la mise en œuvre d'une parenté pratique (Weber, 2005, 2013). Considérer les liens familiaux effectifs qui se déploient autour des personnes vivant avec le VIH éclaire les mécanismes qui sont susceptibles d'activer ou au contraire de distendre un lien entre frère et sœur, père et mère, fils, fille ou cousin. Ainsi, « la parenté n'est pas seulement appartenance reconnue ou revendiquée, elle est aussi relation, réseau, segments discontinus, lien électif entre toi et moi, l'ensemble de ces liens formant une parentèle ego-centrée » (Weber, 2005 : 16). Dans cette perspective, l'analyse des recompositions des solidarités intrafamiliales menée dans différentes régions du Burkina Faso auprès de personnes confrontées au VIH, nous a permis de mettre en lumière le caractère électif des solidarités intrafamiliales. Ici, nous nous proposons de poursuivre une réflexion autour de recompositions de l'entraide familiale en la centrant sur la figure de la personne âgée, masculine et féminine. En analysant auparavant les relations intrafamiliales, tant du point de vue de la génération des enfants (entre 10 et 15 ans), des jeunes adultes (16-30 ans), des parents (entre 30 et 50 ans) que de celui de la génération des grands-parents (50 et plus), les caractères électif, multidimensionnel et multidirectionnel de l'entraide intrafamiliale nous sont apparus (Attané, 2010 ; Attané et Ouédraogo, 2008, 2011), nuançant ainsi les analyses savantes et populaires sur le sens de l'entraide au sein des familles africaines (Roth, 2010 ; Marie, 1997a). Qu'en est-il du contrat intergénérationnel qui implicitement (Cattell, 1997, p. 175) supposerait l'aide des plus jeunes vis-à-vis de leurs parents devenus âgés ? Notre objectif est donc de prolonger un débat engagé par différents auteurs - depuis près de deux décennies - autour de la capacité des sociétés ouest-africaines contemporaines à générer, par leurs mécanismes d'entraide obligatoire, la prise en charge des plus démunis[33].

Parallèlement, prendre le point de vue des personnes âgées nous oblige à caractériser à quel moment il nous est possible de qualifier et de catégoriser dans les sociétés d'Afrique de l'ouest contemporaines une personne comme étant « âgée ». Est considérée, dans notre recherche, comme personne « âgée » une personne en âge d'être en position effective ou symbolique de grand-père ou grand-mère, mais aussi une personne de plus de 50 ans rendue inactive et/ou dépendante pour des raisons diverses (retraite, incapacité à cultiver, difficultés à accomplir certaines tâches physiques du quotidien, etc.) et qui se considère (ou est considérée par son entourage) comme vieux ou vieille. Ici, il nous importe de mettre l'accent sur la vulnérabilité accrue de certaines personnes âgées que révèle la pandémie du sida. Toutefois, on ne peut pas présupposer d'emblée une vulnérabilité plus grande des personnes âgées face au mal ou à la prise en charge du mal de l'un de leurs proches que ne le serait celle d'un homme ou d'une femme adulte voire de jeunes adolescent(e)s ou d'enfants (Héjoaka, 2012). Il convient tout d'abord de distinguer les situations d'hommes et de femmes âgés vivant avec la maladie, des situations de ceux qui sont affectées par l'infection à VIH d'un tiers : d'un conjoint, d'un enfant ou de plusieurs, d'un voire de plusieurs petits-enfants, d'un frère ou d'une sœur. Selon la position du tiers concerné vis-à-vis d'ego mais aussi selon la situation économique et sociale de la personne âgée, les contraintes et difficultés qui pèsent sur elle ne sont vraisemblablement pas identiques. Par ailleurs, il semblerait que le statut matrimonial et plus spécifiquement les relations conjugales, déterminent largement la fragilité relative des hommes comme des femmes face à la prise en charge sociale mais aussi médicale de la maladie. Il convient de décrire la spécificité des situations féminines et masculines face à l'infection comme face au fait d'être confronté à la maladie d'un proche quand on a atteint l'âge d'être grand-mère ou grand-père. Le contexte de l'épidémie entre 2006 et aujourd'hui s'est transformé au Burkina Faso, nos matériaux de recherche ont été recueillis dans un moment où l'accès aux antirétroviraux (ARV) commençait à être en place depuis peu dans les principales villes du pays. La spécificité de notre méthodologie est d'abord rapidement rappelée, en contextualisant les modalités du recueil des données à travers l'évolution du contexte épidémiologique et les mutations de la prise en charge auxquelles nous avons assisté de 2006 à 2010, tout au long de nos quatre années de recherche de terrain, puis de 2010 à aujourd'hui. Les situations décrites nous permettent ensuite de discuter les spécificités liées à l'entraide et à ses mutations, en lien étroit avec les statuts accordés aux personnes dites du troisième âge. Les disparités face au mal, selon les hommes et les femmes et selon les situations socio-économiques de nos interlocuteurs, éclairent enfin ce que recouvre le fait de vieillir pour celles et ceux vivant avec le VIH ou confrontés à la maladie d'un proche.

32 Si les travaux de Paul Farmer menés à Haïti restent emblématiques, pour le monde francophone les travaux d'Alice Desclaux, de Laurent Vidal, Fred Eboko pour la dimension politique, Irène Théry, Annabel Desgrées du Loû, Annick Tijou Traore etc. abordent respectivement les enjeux liés aux représentations du mal, à sa transmission, à l'organisation des systèmes de prise en charge, aux enjeux politiques, mais aussi aux statuts des femmes, aux perceptions de soi et aux relations de genre.

33 Les références sont nombreuses, les principales sont : Vuarin, 2000 ; Cattel, 1997 ; Marie, 1997b ; Roth, 2007, 2010 ; de Jong et al. 2005 etc.

I. Une recherche collective, une approche relationnelle

Des entretiens multiples de type qualitatif ont été menés entre 2006 et 2010 dans le cadre de deux programmes de recherche ANRS[34] auprès de 147 personnes, soit 111 femmes et 36 hommes vivant avec le VIH dans sept associations de prise en charge[35], ainsi que sept proches de personnes infectées (frère, sœur, mère) et huit conjoints[36] sur quatre sites (Ouagadougou, la capitale, près de 1,5 millions d'habitants, Bobo-Dioulasso, avec près de 500 000 ; Ouahigouya, cinquième ville du pays avec 73 000 habitants et Yako, ville de 20 000 habitants[37]). Le site de Bobo-Dioulasso n'est devenu un des lieux de nos enquêtes qu'à partir de 2008 dans le cadre du deuxième programme de l'ANRS alors que nous avons continué à nous rendre à Ouahigouya et Yako régulièrement durant quatre années, tout en menant parallèlement les enquêtes sur Ouagadougou. Les hommes (âgés de 25 à 59 ans) et les femmes (âgées de 16 à 68 ans) ont été rencontrés dans des associations de prise en charge. Les hommes sont moins nombreux car ils éprouvent davantage de réticence à aller vers les centres de soins (Bila et Egrot, 2008, 2009). Parmi celles et ceux rencontrés dans les structures associatives de Ouahigouya, Yako et dans un hôpital de district de Bobo-Dioulasso, certains résident dans des villages parfois éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres (26 sur 147). Des relations de confiance ont pu être établies avec une douzaine d'interviewées ; dans ces cas, les rencontres ont eu lieu à de multiples reprises chez elles. En partageant ces moments de quotidien, nous avons pu faire connaissance avec leur entourage familial. Les données sont donc issues principalement d'entretiens enregistrés mais aussi d'observations multiples et de discussions informelles[38]. La succession de ces deux programmes de recherche a permis de suivre l'évolution de trajectoires de vie sur trois ans voire trois ans et demi. Dans leur grande majorité, ces personnes sont issues de familles polygames comptant une dizaine d'enfants. Seules quelques-unes ont pu accéder à l'école et à un emploi assurant un revenu régulier. La plupart exercent des activités faiblement rémunératrices (entre 500 FCFA et 3000 CFA par jour)[39]. Un grande partie des entretiens a eu lieu au sein des associations de prise en charge, ils ont été menés parfois à deux ou individuellement. L'interlocution a été conduite - autant que faire se peut - pour se rapprocher d'une discussion informelle, nous posions d'abord des questions très générales sur le moment de l'annonce de la séropositivité, sur l'itinéraire thérapeutique et sur les différentes conditions de la prise en charge médicale. Puis les questions portaient sur la vie familiale, les relations avec les enfants, le ou les conjoints, les parents et beaux-parents mais aussi avec les oncles et tantes. Une motivation a guidé nos entretiens : savoir quelles ont été les personnes qui ont prodigué de l'aide (monétaire ou en temps, en services, en travail, en soutien moral et psychologique…) et quelles ont été les répercussions de la découverte de la maladie sur leurs conditions de vie (incapacité à travailler, dépendance accrue, etc.). Le matériel ainsi recueilli est riche d'évènements économiques (période d'inactivé, faillite, changement d'activité professionnelle…), conjugaux (séparation, veuvage…), familiaux (naissance, décès…) qui ont jalonné la vie de la personne avant et après le diagnostic de son infection. Il décrit largement les relations que chaque individu rencontré a entretenues et entretient avec les membres de sa parenté. Les analyses présentées ici reposent intégralement sur ce matériel. La collecte des données a eu en particulier pour objectif de mettre en lumière la question de la dépendance des plus faibles et de permettre de voir, ainsi, selon quelles conditions les liens familiaux peuvent remplir une fonction d'assurance pour les individus. Nous avons constaté que l'annonce de l'infection peut changer la nature de l'entraide ou sa direction mais pas obligatoirement. Considérer la question du secret et de la confidence favorise la compréhension des relations que le malade entretient avec son entourage (Héjoaka, 2009 ; Ouattara et al., 2004). Si la stigmatisation et la crainte de cette dernière sont toujours des motifs de silence, la possibilité d'accéder aux traitements a malgré tout transformé en profondeur les représentations et les pratiques liées au dépistage et à l'annonce d'un résultat positif. Entre 2006 et 2015, le nombre de personnes ayant accès aux traitements antirétroviraux au Burkina Faso a considérablement augmenté. Déjà tout au long de notre recherche de 2006 à 2010, nous avons pu assister à une double progression, l'une et l'autre majeures. Premièrement, une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous traitement et cela même dans des zones rurales[40] : 12 842 personnes sous ARV en 2006, 31 543 en 2010 et 42 145 en fin décembre 2013 selon le rapport GARP 2014 du Burkina Faso (ONUSIDA, 2014b). Deuxièmement, une diminution conséquente des prix des traitements : de 15 000 FCFA mensuel, à 5 000 CFA puis à la gratuité des ARV, mais non des examens biologiques. Ainsi, les personnes que nous avons rencontrées et dont nous retraçons l'itinéraire et relatons le témoignage venaient dans la plupart des cas d'avoir été mises sous traitement. Plusieurs d'entre elles - comme Halimata, Awa ou Sidbenewende[41] – étaient mourantes ou dans un état de santé particulièrement critique avant leur mise sous traitement. Certaines d'entre elles se considèrent comme de véritables miraculées, ainsi Halimata âgée de 55 ans rencontrée à Yako et vivant dans un village situé à une dizaine de kilomètres de là, nous raconte :

« *D'habitude, je cultivais mon champ avec mes deux fillettes de 7 et 11 ans et la saison qui vient de passer là (saison des pluies 2007) je n'ai pas pu cultiver, j'étais trop faible, mes enfants ont travaillé seules sur le champ et je leur ai dit de*

34 Ces deux programmes (ANRS 12123 et ANRS 12181) ont été réalisés en partenariat avec le GRIL, Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales, dirigé par Habibou Fofana, de l'Université de Ouagadougou. Les recherches menées par l'équipe de l'IRD ont été, durant ces quatre années, dirigées par Fatoumata Ouattara (IRD). Deux volets, l'un consacré au système de soins et aux personnels soignants et l'autre aux recompositions des solidarités familiales auprès des personnes vivant avec le VIH, ont été menés de concert et ont donné lieu à plusieurs publications (Attané et Ouédraogo, 2011 ; Ouattara et al., 2011 ; Zongo et Ouattara, 2008).

35 Les associations auprès desquelles nous avons travaillé sont à Ouagadougou les associations AAS et Vie Positive ; à Yako, les associations Semus et Solvie ; à Ouahigouya, les associations AMMIE et Bonnes Mains et à Bobo Dioulasso une personne a été rencontrée au sein de l'association Rev+. Nous remercions ici très chaleureusement les responsables de ces associations comme le personnel d'avoir accepté de nous accueillir et de nous aider. Sans leur aide, ce travail n'aurait pas pu être mené.

36 Nous avons en effet rencontré quatre couples. Pour trois d'entre eux, les deux membres du couple étaient infectés et, pour le quatrième, l'épouse ne connaissait pas son statut sérologique car elle n'avait pas « la force », selon ses propres mots de le savoir. Cette femme a particulièrement soutenu son conjoint qui mourant lorsqu'il a pu accéder aux traitements ARV a finalement recouvré la santé. Pour ces quatre couples, nous avons interrogé chacun des conjoints séparément.

37 1 475 839 habitants à Ouagadougou, Bobo Dioulasso compte 489 967 habitants et Ouahigouya 73 153 habitants, lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2006.

38 Les entretiens étaient pour les deux tiers conduits en moore ou en dioula et pour un tiers en français. Les quatre cinquièmes des interviewés sont d'origine mossi, les autres sont gourmantché, samo ou originaires de l'Ouest (bobo principalement).

39 Les hommes exercent des métiers précaires de chauffeur, cuisinier, commerçant, petit vendeur, d'agriculteur ou de maraîcher. Les femmes mènent des activités faiblement rémunératrices comme la coiffure, le tissage de pagne ou le petit commerce (vente d'eau fraîche, de légumes, de bois, de condiments, etc.). Elles connaissent des conditions économiques précaires (gains de moins de 500 F CFA par jour, soit 75 centimes d'euros).

40 Les personnes pouvant se rendre dans des associations ou centres hospitaliers de villes secondaires.

41 Tous les prénoms ont été modifiés afin qu'aucun de nos interlocuteurs ne puisse être reconnu.

garder l'argent d'une partie de la récolte d'arachide pour mon enterrement. (éclats de rire) Et maintenant je suis là, comme ça, en forme ! »

Halimata s'exprime dans le cadre d'un entretien collectif réunissant une quinzaine de femmes au sein de l'Association Solvie, mars 2008).

Si l'accès aux ARV a constitué une véritable révolution sanitaire et sociale, de très nombreux problèmes demeurent : une stigmatisation des personnes vivant avec le VIH qui reste forte, des défaillances importantes des systèmes de soins dans la prise en charge des maladies opportunistes, une faible prise en charge des enfants vivant avec le VIH, une trop faible prévention des risques de transmission de la mère à l'enfant. Les difficultés liées à une prise en charge efficiente des enfants peuvent avoir des retentissements très importants sur les grands-parents. Fabienne Héjoaka (2012) a, par exemple, montré que des grands-parents et principalement des grands-mères peuvent être en première ligne dans la prise en charge des petits-enfants orphelins du VIH et/ou eux-mêmes infectés. Parallèlement, des écueils jalonnent les parcours thérapeutiques des patients entravant une prise en charge de qualité constituée d'un suivi biologique, d'un accès stable aux ARV et d'une prise en charge effective des maladies opportunistes. Comme le montre l'ONUSIDA, l'intensification de la thérapie antirétrovirale modifie considérablement la trajectoire d'une épidémie nationale, en diminuant les charges virales au sein des communautés, elle freine la propagation du VIH. Toutefois, près des trois quarts des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne ne seraient pas parvenus à supprimer leur charge virale en raison de lacunes et d'insuffisances observées aux différentes étapes du processus de traitement (ONUSIDA, 2014a).

Au cœur de la problématique question du VIH - tant dans son vécu que dans sa prise en charge - au même titre que les jeunes et les adultes, les personnes âgées peuvent occuper des positions de « pivots des réseaux sociaux » car elles sont plus facilement, du simple fait de leur ancienneté, plus durablement ancrées dans des liens sociaux : avec leurs promotionnaires, leur voisinage, leur village d'origine, les différents membres de la parenté élargie… Cette position fait de ces personnes âgées – hommes ou femmes – des capteurs potentiels des systèmes de dons et de contre-dons qui régissent une partie des relations sociales de manière relativement ostensible dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest.

II. La nature de l'entraide : élective, multidirectionnelle…

Dans les contextes ouest-africains, nous l'avons dit, la norme sociale rappelle à chacun et chacune ses obligations d'entraide vis-à-vis de ses proches parents. L'aide et particulièrement le don d'argent doivent, aux yeux des acteurs, emprunter une direction précise entre les genres, les générations et les âges… Un ensemble de travaux socio-anthropologiques produits sur les sociétés ouest-africaines tendent également à montrer que les relations intergénérationnelles sont marquées par le régime de l'obligation et de la dette, dette que les enfants contractent vis-à-vis de leurs parents et grands-parents pour avoir été élevés par eux (Vuarin, 2000 ; Marie, 1997a). Il est, de ce fait, du devoir d'un enfant d'entretenir ses parents lorsqu'ils deviennent plus âgés. Claudia Roth - reprenant l'analyse de Catell - précise qu'un « contrat générationnel implicite » semble présider aux échanges entre les générations. « La règle du jeu s'énonce ainsi : les aînés, venus en premier sont des créanciers, puisqu'ils ont élevé les plus jeunes. Ces derniers remboursent leur dette, en assurant la sécurité sociale des personnes âgées le moment venu » (Roth, 2010 : 98). Le paiement de cette dette est présenté par la norme comme une obligation sociale. Alain Marie précise : « La dette est donc le moteur de la socialité et de la socialisation communautaire. Nul n'y échappe et chacun en entretient le cycle infini car chacun commence par être débiteur, avant de pouvoir prétendre à son tour au statut de créancier. C'est qu'en effet, (…) l'endroit de la dette c'est la créance. Or, analysée dans cette perspective, la créance est un placement social, un investissement sur les dépendants, ce qui est fort rationnel dans des sociétés où les hommes représentent la principale source de richesses et la seule garantie de protection sociale contre les aléas de l'existence, ainsi que l'assurance sur l'avenir » (Marie, 2009, p. 78). Parallèlement, ces différents travaux soulignent que ce contrat intergénérationnel se trouve contrarié dans sa réalisation par la précarité économique et l'augmentation de la pauvreté, en d'autres termes que l'aggravation des conditions économiques d'existence vient remettre en cause ce contrat générationnel et conduit parfois à son inversion (Roth, 2007, 2010).

Parallèlement, les personnes âgées occupent – on l'a dit – une position à l'articulation de différents réseaux de sociabilité : réseaux villageois, réseaux professionnels, réseaux de voisinage et réseaux confessionnels... Elles gardent en effet des liens importants avec les personnes de leur classe d'âge, ont souvent des liens durables avec les personnes du voisinage et leur position d'aînés sociaux, masculins comme féminins, fait que les membres de la famille élargie peuvent avoir recours à eux au moins à titre consultatif avant de prendre une décision importante, en particulier autour des cérémonies de dation du nom[42], de mariage ou d'enterrement et de funérailles. Leur simple antériorité en âge leur confère une expérience du lien social et une pratique de ce lien qui apparait à travers des réseaux sociaux diversifiés. Ainsi, cette position liée à l'âge, à l'expérience de vie, fait d'eux des personnes potentiellement favorisées dans ces réseaux car ils sont plus que tout autre à la jonction des réseaux d'entraide familiaux et extra-familiaux.

Notre étude révèle que l'aide intrafamiliale est tout à la fois élective, multidimensionnelle et

42 En Afrique de l'Ouest francophone cette cérémonie est qualifiée en français de « baptême », cela tant pour désigner les cérémonies chrétiennes, musulmanes qu'animistes.

multidirectionnelle (Attané, 2010 ; Attané et Ouédraogo, 2008, 2011), élective parce que chacun décide d'aider plus spécifiquement une ou deux personnes et parfois plus, multidimensionnelle car l'entraide peut se matérialiser par un don d'argent, de temps, d'attention à l'autre, d'aide aux tâches ménagères, aux travaux des champs ou à la vente de plats cuisinés, ou encore par la mobilisation du réseau social propre de l'aidant. Ainsi, les enfants peuvent être en position de donateurs et de soutien vis-à-vis de leur(s) propre(s) parent(s). Les recherches de Fabienne Héjoaka (2012) illustrent à quel point les enfants, dès l'âge de 10 à 11 ans, contribuent en rappelant la prise des médicaments, en acquittant un certain nombre de tâches domestiques ou parfois en assurant la vente de petits beignets ou de menus objets, apportant tant un soutien affectif, moral que financier au parent vivant avec le VIH. L'entraide est également multidirectionnelle car elle intervient dans les deux sens entre deux générations comme entre les deux sexes. Il convient de poursuivre notre réflexion. Ici, il nous importe de mettre l'accent sur la vulnérabilité de certaines personnes âgées que révèle la pandémie du sida. Au-delà, il apparaît important de discuter l'effectivité de l'existence d'un contrat générationnel. Les multiples exemples ethnographiques recueillis nous incitent à poser deux hypothèses. Premièrement, le contrat générationnel implicite serait plutôt qu'un contrat pratique effectif, une norme visant à régir les comportements entre les générations. Pour autant, même si la norme prescrite puissamment par l'ensemble des systèmes sociaux – qu'ils soient européens ou africains - est pour un adulte actif de prendre en charge ses parents âgés, un ensemble de caractéristiques économiques, affectives, relationnelles, sanitaires peuvent conduire un individu à ne pas se conformer à cette norme. En d'autres termes, ce qui est présenté par les différents auteurs comme un contrat intergénérationnel implicite ne serait pas autre chose qu'une des modalités visibles et socialement valorisées que peuvent prendre les transferts de biens et de services entre individus apparentés. Dans les faits, nous sommes en présence d'un système potentiellement généralisé et généralisable de don et contre-don et les acteurs peuvent faire référence à tel ou tel lien de parenté pour justifier et légitimer des types de circulation ou au contraire justifier qu'ils ne se produisent pas. Considérer les personnes vivant avec le VIH dévoile un phénomène ordinairement peu visible dans les sociétés considérées : la multi-latéralité effective et la non-systématicité des solidarités intrafamiliales ordinairement voilées par les prescriptions normatives relatives aux obligations de soutien à destination des plus âgés, des enfants… Il semblerait que les qualités prêtées à la personne - ce que nous pourrions nommer « les conditionnalités de l'être » - déterminent très largement l'aide qu'elle est susceptible de recevoir de la part d'un des membres de sa parenté, et ce, quel que soit son âge.

L'entraide extra-familiale est bien réelle, elle se manifeste particulièrement dans le cadre des évènements importants de l'itinéraire individuel : le propre mariage de l'intéressé ou celui de ses enfants, le décès et les funérailles de son conjoint, de ses parents ou d'un de ses enfants, la cérémonie de dation du nom de son enfant ou de ses enfants et/ou de ses petits-enfants mais aussi l'hospitalisation de la personne percevant ce soutien… Ces occasions sont celles où l'ensemble de l'entourage, collègues, voisins, promotionnaires sont susceptibles de se manifester et d'offrir un soutien en temps, en visite, en argent… Ces aides financières dépendent largement de la densité du réseau social auquel la personne concernée a participé tout au long des principales étapes de sa vie : école, université, activités professionnelles, pratiques religieuses au sein d'une communauté plus ou moins active, relations de voisinage plus ou moins denses etc. Ainsi, l'itinéraire de vie est primordial à analyser pour comprendre le type de soutien comme le niveau d'aide financière dont la personne devenue âgée est susceptible de bénéficier. Cette aide extra-familiale est davantage sujette à l'imprévision, elle est aussi ponctuelle, et ce, même si elle peut se révéler très importante d'un point de vue financier.

École élémentaire, Yako, Burkina Faso, 2006. Anne Attané.

III. Vieilles, vieux et aînesse sociale

Le seuil de la vieillesse - tout comme celui des différentes catégories d'âges de la vie - parait difficile à établir. Selon Pascal Pochet (1997, p. 5), « le découpage de la vie humaine en grandes périodes comme l'enfance, la maturité ou la vieillesse est une pratique commune à toute société, et se retrouve d'époque en époque. En revanche, tant la représentation des différents âges de la vie, et en particulier de la vieillesse, que les seuils choisis pour les définir sont produits par les conditions économiques et culturelles propres à chaque société, à chaque époque ». Il apparait donc que la vieillesse (ou l'attribut de « personne âgée ») est un construit social qui prend en compte tant des repères externes liés au contexte socio-culturel que des repères internes, appartenant à un vécu personnel (Corrin, 1985). La vieillesse, en général, est synonyme de nouveaux rôles sociaux (Héritier, 1981 ; Gruénais, 1985). Ces nouveaux rôles et leurs conceptions varient suivant les contextes du « vieillir ». Ellen Corin dans le cas du Canada a montré que la vieillesse est synonyme de changement dans les rôles et attentes de la société, mais qu'elle est surtout vue en terme de perte (physiquement, psychologiquement, socialement, etc.) (Corin, 1985, p. 473). Dans le contexte burkinabè et plus généralement dans celui des sociétés d'Afrique de l'Ouest, l'entrée dans la vieillesse, même si elle est synonyme de perte, notamment sur le plan physique et économique (détérioration de l'état physique, inactivité), est censée s'accompagner de pouvoir au niveau social, « le pouvoir gris »[43]. En effet, dans les rapports ainés/cadets et aînées/cadettes, les personnes âgées occupent le rôle d'ainés sociaux, et à ce titre, bénéficient de certains pouvoirs et privilèges sur le plan social, symbolique et normalement économique. Chez les hommes par exemple, la séniorité, selon Pascal Pochet (1997, p. 5) « est doublement valorisée sur le plan social : par la hiérarchie père/fils et par la position dans la fratrie, en particulier par l'opposition aînés/cadets. L'ancienneté dans la famille est synonyme d'autorité, de sagesse et de savoir ». Chez les femmes, l'histoire de vie, une descendance nombreuse sont des éléments qui confèrent de la respectabilité et de l'autorité morale. Parallèlement, certaines positions dans la parentèle confèrent de l'autorité, par exemple la position de tante paternelle face à ses neveux et nièces (rôle de conseils et d'autorité dans les cérémonies familiales des neveux et nièces). Les femmes sont les premières concernées par la question du vieillissement, et cela, à plusieurs titres : tout d'abord parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à atteindre plus de 60 ans, et également parce que du fait de l'écart d'âge au mariage, elles sont plus susceptibles d'être veuves que les hommes après 60 ans (Antoine, 2007, p. 11).

Les personnes âgées peuvent détenir un grand pouvoir décisionnel, elles sont consultées et des valeurs éducatives, morales voire proprement philosophiques sont attribuées à leurs paroles. Les conseils qu'elles sont en capacité de prodiguer sont généralement conçus comme sages car ils sont perçus comme le reflet de l'expérience liée à l'antériorité, « le fait d'être né avant » mais aussi parce que les représentations conduisent à penser que la personne âgée, au seuil d'un autre monde - celui de la mort - est plus proche des ancêtres et donc de la force qui leur est conférée mais qu'elle ne deviendra véritablement ancêtre que si elle aura su, par son itinéraire personnel, faire preuve de « ses qualités » (Attané, 2007a).

Les religions du livre (christianisme et islam) sont majoritairement pratiquées dans toute l'Afrique contemporaine, toutefois des valeurs et des représentations directement empreintes des religions autochtones - communément désignées par le terme d'animisme - constituent un socle commun de représentations dans lequel l'antériorité (le fait d'être né ou arrivé en premier) constitue une valeur cardinale. Les représentations animistes du monde attribuent donc un pouvoir spirituel spécifique aux personnes âgées, et cela, aux hommes comme aux femmes, même si ce sont les hommes qui sont appelés à assumer davantage de fonctions rituelles (Attané, 2007a ; Olivier de Sardan, 1994).

Parallèlement à ces représentations qui confèrent à la personne âgée un pouvoir symbolique potentiel, cette période de la vie en Afrique de l'Ouest suppose que la personne âgée est en droit d'attendre que les cadets sociaux, ses enfants par exemple, subviennent à ses besoins, l'accompagnent dans sa vieillesse. Pour aller plus loin, il est attendu du cadet et de la cadette qu'il décharge son « vieux, sa vieille » de l'ensemble des contraintes en travail et plus largement des contraintes matérielles. Un ensemble d'attitudes doit également être adopté par le cadet ou la cadette pour marquer sa déférence et son respect vis-à-vis de son aîné(e) : servir de l'eau à boire, ne pas s'asseoir quand il est debout dans une pièce etc. « Même dans les capitales, en l'absence générale de système de pensions de retraite, l'organisation sociale veut que les grands-parents soient pris en charge et aidés par leurs enfants une fois qu'ils ont cessé d'être productifs. De fait, ils gardent certaines prérogatives, au moins symboliques, dans la vie familiale et domestique » (Pochet, 1997, p. 5).

Cependant, comme le souligne le même auteur, les conditions de vie des personnes âgées sont soumises, elles aussi au changement social, et donc susceptibles d'évoluer au fil du temps (Pochet, 1997 ; Badini-Kinda, 2005 ; Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994 ; Audet Gausselin, 2012). Rappelons-le, si l'âge inspire toujours dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest le respect « l'organisation gérontocratique de la société n'est plus de mise car les hommes les plus âgés de ces sociétés connaissent des situations sociales et économiques trop disparates. Les plus âgés des générations les plus anciennes ne forment plus un groupe social spécifique qui – jusque dans les années 1960 – avait un intérêt commun à préserver l'autorité sur les cadets masculins et féminins, en particulier en matière matrimoniale, afin de conserver un pouvoir et construire une position de notabilité. Aujourd'hui le maintien de l'autorité des plus âgés passe pour certains (en particulier pour les chefs de famille villageois, les grands commerçants, les chefs de ménage polygame...) par le contrôle des choix matrimoniaux de leurs cadets et cadettes, pour d'autres par la redistribution monétaire et la possibilité de mobiliser de vastes réseaux sociaux, et pour d'autres encore par la réussite politique ou économique ou la détention d'un savoir (scientifique, religieux...) » (Attané, 2007 b, p. 190-191). L'analyse des mutations des choix matrimoniaux a, dans de précédentes recherches, permis d'éclairer les principales transformations des relations d'aînesse et de séniorité tant du point de vue masculin que féminin. Il y a près de dix ans, cette contribution s'est achevée sur ces quelques lignes « Enfin, quelques-uns des hommes et des femmes les plus âgés n'ont tout simplement que très peu d'autorité, aussi bien vis-à-vis des générations qui les suivent que vis-à-vis de

43 Titre d'un des numéros (numéro 143) de la revue Gérontologie et société, intitulé, « Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir de soi » et publié en 2006.

leurs frères et sœurs cadets, tout simplement parce qu'ils sont dans une telle situation de dénuement économique et parfois social, qu'ils ne peuvent qu'assister impuissants aux difficultés auxquelles sont confrontés leurs enfants. C'est en particulier le cas de celles et ceux parmi les couches les plus pauvres de la population qui sont confrontés à la maladie. Le temps de la maladie modifie les relations entre les générations » (Attané, 2007b, p. 191).

C'est ainsi qu'avec les transformations socio-économiques, notamment la forte paupérisation et l'émergence de certaines pathologies chroniques que connaissent les sociétés africaines depuis la fin du XX^{e} siècle, vieillir constitue un accès de moins en moins automatique - du simple fait de décompte des années - à une position sociale valorisée. En effet, cette position de personne âgée peut être dans certains contextes socio-économiques et relationnels africains de plus en plus synonyme de vulnérabilité se manifestant à travers une précarité économique, l'exclusion, la maltraitance, la souffrance, etc. (de Jong et al., 2005 ; Rouamba, 2012 ; Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994). Avec le VIH, « être vieux » revêt plusieurs réalités et peut donner à voir une inversion dans les rôles et rapports sociaux qui préexistaient à la maladie. Les témoignages que nous avons recueillis en attestent, ainsi les propos d'un homme et d'une femme âgés confrontés au VIH illustrent la manière dont cette maladie amplifie les disparités existantes entre les personnes âgées, ce que nous considérons comme un « vieillir différentiel » en contexte de VIH.

Marché, route de Djougou, Bénin, 2012. Anne Attané.

IV. Une vulnérabilité différenciée face au mal

Il convient de souligner la spécificité des situations féminines et masculines face à l'infection comme face au fait d'être confrontés à la maladie d'un proche quand on a atteint l'âge d'être grands-parents. Premières concernées par la question du vieillissement, nous l'avons dit, les femmes sont aussi plus susceptibles d'être veuves. Le sida est venu alors renforcer cette réalité. En effet, les hommes ont été pendant longtemps les premiers touchés par l'épidémie avant que la sexo-spécificité ne s'établisse et que les femmes, plus vulnérables d'un point de vue physiologique au risque d'infection à VIH, soient contaminées plus facilement que les hommes. Parallèlement, les transformations des formes de mariage (Attané, 2014) rendent les pratiques qui tendaient à prendre en charge les veuves de plus en plus rares, en particulier celle du lévirat. Les femmes sont alors plus nombreuses à être dans l'obligation de subvenir à leurs besoins, en particulier si elles ne sont pas à proximité de leurs enfants. Koudbi est veuve, elle est âgée de 68 ans lorsque nous la rencontrons en compagnie de sa fille séropositive Awa, elle-même veuve alors âgée de 38 ans en 2007. Koudbi nous est apparue très âgée, elle se déplaçait difficilement et avait pratiquement perdu la vue. Nous la pensions avoir atteint sa quatre-vingtième année. Mais au cours de l'entretien, elle nous précise son âge. Elle raconte également comment le fait de découvrir que sa fille est porteuse de cette « mauvaise maladie » (maladie née, selon elle, de rapports sexuels entre une fille et un chien) lui a causé un immense chagrin. Être témoin des manifestations de maladie a été source de tristesse et de désespoir pour elle : « *quand je rentrais la nuit et je pensais à la situation de ma fille, c'était la tristesse, c'est toi qui est seule, tu n'as ni frère et sœur, ni père, quand ses maux de têtes là commençaient, j'étais obligée de prendre un pagne et de lui attacher la tête là très fort, pendant que je faisais ça, elle me disait « maman, ma tête-là cogne », et moi, je lui répondais : « ça va aller ! ». Pendant 5 jours pleins, je n'ai pas dormi, c'était comme ça au point que j'ai commencé à désespérer moi aussi et à pleurer* ». Les pleurs et le poids de la gestion de la maladie de sa fille ont même, selon elle, contribué à accélérer son vieillissement à travers la perte progressive de la vue : « *À cause des pleurs, aujourd'hui je ne vois plus très bien, tant que quelqu'un ne s'approche pas de près, je ne vois pas très bien la personne, quand la personne est éloignée de moi, je vois seulement qu'il y a quelqu'un, mais je n'arrive pas à identifier la personne.* »Pour elle, même si elle était à un âge où c'était plutôt sa fille qui devait s'occuper d'elle, avec la maladie de sa fille, elle se devait de poursuivre son rôle de mère auprès de celle-ci et de ses deux petits-enfants. Cela l'a obligée par exemple à redevenir active pour subvenir à leurs besoins courants : « *Mais comment j'allais faire ? Est-ce que je pouvais abandonner ma fille ? J'étais obligée d'être aux côtés de ma fille pour m'occuper d'elle. (…) Je n'avais pas de soutien. Je partais au moulin et là-bas on me vendait les restes de farines ramassées au sol, c'est avec ça que je venais faire le tô*[44]*. Pour les médicaments, je confectionnais des beignets d'arachide et je les vendais, c'est avec cet argent que j'achetais les médicaments pour elle* ». Koudbi souligne l'absence de liens familiaux rendant difficile tout recours possible, en étant veuve, non alphabétisée et n'ayant exercé que des activités très faiblement rémunératrices elle ne bénéficie pas d'un réseau social extra-familial

44 Le tô est le plat national burkinabè constitué d'une pâte épaisse de farine de mil ou de maïs servi accompagné d'une sauce.

dense. Sa fille est elle-même veuve, l'une et l'autre ne nous disent rien des relations de Awa avec sa belle-famille. Mais dans la plupart des cas que nous avons rencontrés de veuvage précoce des femmes dont l'époux est décédé du sida, aucune d'entre elles n'a reçu de soutien actif de ses anciens beaux-parents et cela même si elle a des enfants. Bien souvent, les parents du défunt imputent à la jeune femme de leur fils décédé la responsabilité du mal. Ainsi Koudbi est le seul recours de sa fille. Le poids des responsabilités morales, affectives et financières qui pèsent sur Koudbi est tel qu'elle éprouve une grande sensation d'épuisement.

Avec le temps et la prise en charge associative aidant, sa fille a recouvré la santé et le mécanisme de l'entraide dans la parentèle a retrouvé une direction jugée plus habituelle. Awa, en recouvrant la santé, est devenue une des conseillères de son association. Cet emploi lui permet d'avoir un revenu et de subvenir à leurs besoins à l'une et à l'autre. L'accès à la prise en charge améliore considérablement les conditions des personnes vivant avec le VIH (Knodel, 2012). Elle contribue par exemple à réduire le poids économique de la prise en charge du malade pour son entourage, ainsi que c'est le cas pour Awa.

Oumar a, quant à lui, 65 ans. Il occupe des fonctions très importantes dans la Police Nationale à Ouagadougou, il est en quête d'informations autour d'une prise en charge efficiente du VIH. Sa seule et unique fille, la cadette d'une fratrie de quatre, âgée de 21 ans, vient d'apprendre son infection à VIH. Désespéré, il mobilise alors son réseau social, par le biais d'amis français communs, des anthropologues qui travaillaient dans sa région d'origine, il entend parler de notre travail et demande à nous rencontrer afin d'avoir des informations sur les itinéraires les plus efficaces pour conduire à une prise en charge optimale. Oumar mobilise son réseau social, il est prêt à engager ses ressources financières. Très attaché à sa fille, il affirme dès notre premier entretien qu'il ne la laissera pas tomber. Elle est, à ses yeux, victime de ce mal du fait de l'inconséquence d'un homme plus âgé qu'elle et il ne la juge aucunement responsable de ce qu'elle traverse. Il se sent d'autant plus affligé par l'infection de sa fille qu'il juge qu'il ne l'a pas assez protégée de ce genre de risque. Si économiquement il n'a besoin d'aucune aide, il a recours à son réseau social afin de pouvoir la soutenir au mieux. Ici l'entraide extrafamiliale joue à plein. Elle est possible du fait de la situation économique et sociale d'Oumar, il occupe un poste de responsabilité qui lui a permis de rencontrer des personnes fortement dotées en capital social et intellectuel, s'assurant alors par leur intermédiaire d'une compréhension maximale des enjeux et des écueils liés à une prise en charge efficiente.

Le troisième cas est celui de Sidbenewende, un homme infecté par le VIH. Nous avons fait sa connaissance en 2006, il avait alors 59 ans, père de 6 enfants, âgés de 20 à 33 ans. Marié et père de famille, Sidbenewende est pourtant dans une grande situation de marginalité au sein de son environnement familial. Il associe cette marginalisation à son état de santé et aussi à la perte de ses capacités financières. En effet, Sidbenewende a vécu en Côte d'Ivoire pendant 20 ans où il menait une activité qui lui permettait de subvenir aux besoins de sa femme et de ses enfants. Sa maladie l'a obligé à rentrer au Burkina et à devenir inactif, et de fait, à dépendre de ses proches. « *J'étais en pleine forme avant, je travaillais très bien, je travaillais très bien en Côte d'Ivoire, donc j'ai dit à ma femme de venir ici (à Yako au Burkina Faso) avec les enfants, comme il y a la guerre, de venir rester ici avec les enfants pendant que moi je me débrouille là-bas* ». Affaibli par une maladie, il regagne le Burkina Faso et la cour familiale. Trop faible pour travailler, Sidbenewende a perdu son autonomie financière tandis que sa femme en a acquis une en vendant des plats cuisinés. Il reçoit dans les premiers moments de l'aide de ses proches, notamment son épouse : « *Quand je suis revenu ici avec ma maladie, au début en tout cas, vraiment ma femme s'occupait très bien de moi. Elle s'occupait bien de moi parce que, ah, elle aussi elle mangeait, elle profitait de ma situation et comme c'était devenu comme ça, elle ne pouvait pas me laisser tomber* ». Son épouse, voyant son état se dégrader, l'incite avec des mots réconfortants à aller faire le test du VIH qui se révèle positif. Sidbenewende décide d'informer immédiatement sa femme et ses enfants : « *Quand je suis reparti à la maison, je les ai appelés tous, les enfants, il se trouvait que quatre enfants étaient venus de Ouaga, donc tous les 6 étaient réunis, avec la femme, donc je leur ai dit, voilà, j'ai la maladie-là dans mon corps. Quand je leur ai dit ça, ils m'ont tous bien parlé, ils ont très bien parlé, ils m'ont dit de ne pas me décourager, que de tout laisser entre les mains de Dieu, que je ne suis pas le seul à être infecté, c'est la femme elle-même qui m'a bien parlé, elle m'a dit de garder espoir que ça va aller* ».

Malgré les propos d'encouragements qu'elle lui tient, le ressentiment et la rancœur naissent peu à peu chez sa femme ; elle l'accuse d'avoir amené la maladie, elle se sent trahie. Sidbenewende dément ces accusations d'infidélité : « *j'ai dit à ma femme que je peux lui assurer que ce n'est pas chez une autre femme que j'ai pris cette maladie, mais elle ne croit pas, elle dit que je suis allé chercher d'autres femmes et la maladie m'a attrapé. Et pourtant, quand on se rase par exemple, quelquefois quand je me rase, il y a des blessures, ou bien les ongles qu'on coupe, mais malgré tout ça, elle pense que c'est avec une femme que j'ai pris ça, donc, j'assume ça* ». Il va ainsi faire l'objet de rejet de la part de sa femme. Ainsi, la responsabilité imputée au malade ou au contraire le fait de le considérer victime détermine très largement l'aide au sein du couple et au-delà au sein de la famille. L'exemple de Oumar et celui de Sidbenewende l'illustrent.

Pour revenir à Sidbenewende, à la faveur de la longue séparation d'avec leur père, ses enfants se sont particulièrement attachés à leur mère et semblent se rallier à l'attitude de rejet que leur mère adopte vis-à-vis de leur père : « *ils m'ont mis de côté, mon plat pour le tô est à part, mon plat pour la sauce est à part, mon gobelet pour l'eau est à part, je ne bois rien avec eux, même jusqu'à aujourd'hui c'est toujours comme ça, ils me demandent de boire et manger avec eux, mais moi je refuse de le faire, comme vous m'avez déjà mis de côté-là, je ne peux plus me mélanger à vous* ».

Sidbenewende a été mis sous antirétroviraux en 2006, mais sa mise à l'écart au sein de sa propre famille l'affecte énormément. Nous avons pu constater la dégradation de son état physique (perte progressive de la vue, difficultés à se déplacer) et de sa situation sociale au fil de nos rencontres entre 2006 et 2008. L'entraide extra-familiale à laquelle Sidbenewende peut avoir recours est extrêmement ténue, en effet durant vingt ans, il a vécu loin de sa ville d'origine, c'est en Côte d'Ivoire qu'il compte ses principales relations amicales et professionnelles. Il ne peut donc recourir à elles. Ses seuls soutiens sont aujourd'hui ceux fournis par l'association SEMUS et par les différentes personnes qui

bénéficient de la prise en charge en son sein.
Au cours de notre troisième rencontre en 2007 : « *il n'y a pas eu de problème grave en tant que tel depuis la dernière fois, mais c'est comme je vous l'avais dit l'autre fois, avec les gens de ma cour, il n'y a pas beaucoup d'entente et comme je n'ai plus assez de force pour travailler, vraiment, parfois c'est difficile en ce qui concerne le problème de nourriture. C'est tout ça qui me rend triste et je vis avec, en priant Dieu. Maintenant je lave moi-même mes habits, on refuse de me laver ça, la maman a demandé à ses enfants de ne pas laver mes habits au risque d'être infectés eux aussi par la maladie. Je leur ai dit « qu'est-ce que j'ai de susceptible de vous contaminer ? Je n'ai ni plaies, ni rien, si quelqu'un même me voit, il ne peut pas savoir que j'ai cette maladie, donc soyez indulgents et lavez mes habits ». Mais comme c'est elle qui commande les enfants, ils ne m'écoutent pas. Donc c'est moi, malgré que je suis vieux et malade qui lave mes habits, et je prépare quelquefois moi-même quand on refuse de me donner à manger* ». Il est décédé finalement en 2009 sans avoir pu retrouver un réconfort auprès de sa femme et de ses enfants.
Ainsi, le VIH peut devenir un facteur de vieillissement. Maladies opportunistes et fardeau moral favorisent l'apparition précoce des signes du vieillissement chez la personne de plus de 50 ans infectée ou affectée par le VIH. Comme on l'a vu chez Sidbenewende et Koudbi (et aussi chez sept autres des personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH que nous avons rencontrées), le VIH a contribué à l'apparition de signes du vieillissement tels que la réduction ou la perte de la vue, des difficultés à se déplacer. Leur vulnérabilité s'en est trouvée accrue.
L'infection par le VIH peut aussi signifier une inversion de la direction de l'aide, dans la mesure où les personnes âgées peuvent se retrouver en charge de frères ou de sœurs, filles ou fils, petits-fils ou petites-filles confrontés à la maladie à un âge où le mécanisme de l'entraide aurait voulu que les personnes concernées par la maladie soient les principaux soutiens de leurs aîné(e)s. Ainsi, en situation du VIH, « l'hypothèse dominante est celle du déséquilibre, sinon du renversement des rôles : les parents des patients se retrouvant en situation de prendre en charge leurs enfants adultes et leurs petits-enfants, au moment où eux-mêmes sont vieillissants et requièrent de l'aide » (Merli et Palloni, 2006). Et comme nous l'avons vu dans le cas de la mère de Awa, la maladie vient renforcer la vulnérabilité, obliger la personne âgée à redevenir active et accélérer le vieillissement.
Les situations de Koudbi et Sidbenewende témoignent d'un changement majeur, celui de « la conditionnalité de l'être ». Aujourd'hui « la conditionnalité de l'être », c'est-à-dire son statut économique, social mais aussi l'état sanitaire d'un individu, détermine très largement l'ensemble des relations intra-familiales qu'il entretient. La personne âgée porteuse de VIH peut ainsi faire l'objet de rejet de la part des proches. Ce rejet se signale par le refus de partage : de manger ensemble principalement, d'aider une personne fragile dans ses tâches du quotidien (laver ses vêtements, lui faire à manger, lui faire ses courses). Parfois, le refus de l'entraide entre proches a des conséquences matérielles graves. Le rejet est tel qu'il entame les conditions matérielles d'existence de la personne infectée comme l'illustre tristement le cas de Sidbenewende entre autres. Nous avons également rencontré des personnes âgées pour lesquelles la séropositivité a contribué à accroître l'aide ou à l'instaurer. Ainsi Valentine (58 ans) par exemple a bénéficié d'un soutien de la part de ses enfants lorsque son mari l'a quittée pour une femme plus jeune, il y a environ 15 ans, et a vu ce soutien s'accroître lorsqu'elle est tombée malade et que les soins ont conduit au diagnostic du VIH. Le soutien envers la personne âgée porteuse du VIH peut venir des enfants, d'une sœur ou d'un membre quelconque de l'entourage. La vulnérabilité instaurée par le VIH est différentielle selon les sexes bien sûr ; les hommes, parfois seuls à connaître leur mal, évitent les centres de soins par peur de la honte et de la stigmatisation (Bila et Egrot, 2008 et 2009) ; les femmes souvent veuves et confrontées au rejet de la famille de leur mari ; les chefs de famille (hommes et parfois femmes) sont souvent les seuls à connaître le statut de leurs enfants, des parents dont plusieurs enfants sont infectés… Le contexte conjugal est essentiel pour les femmes évidemment, mais aussi pour les hommes nous l'avons vu, il détermine largement le degré de vulnérabilité face au mal et à son traitement médical comme social.

L'exemple de Sidbenewende illustre de quelle manière les rapports de pouvoir peuvent se renégocier ou se recomposer entre aînés et cadets (époux/épouse, parent/enfant, vieux/jeunes, etc.) en situation de VIH. Ainsi, la personne détentrice des ressources financières semble bénéficier des fonctions ordinairement prêtées à l'aînesse sociale. Cela se traduit par exemple dans la prise de décision dans l'assistance qu'on apporte à autrui. Ainsi, le rang d'aînesse sociale ne se définit désormais plus par l'âge ou par le sexe, mais dans les processus d'intégration ou d'exclusion, dans les prises de décision et dans les mécanismes de l'entraide. Le cadet (ici la femme de Sidbenewende) devient de par son pouvoir économique un aîné qui décide, et à l'aîné « naturel » revient le rôle de cadet. Ces mécanismes entrainent une forte vulnérabilité, car comme le souligne Claudia Roth « ceux qui ne peuvent plus participer aux échanges réciproques de dons ou de services risquent d'être marginalisés socialement. Or sans relation, pas de sécurité sociale […] pas de reconnaissance sociale, donc pas de capital symbolique » (Roth, 2010, p. 101).

Pour conclure

Considérer la situation sociale que peuvent rencontrer les personnes âgées confrontées au VIH permet de rendre compte de leur implication active comme pourvoyeur de ressources, de soins et d'aide. Celles et ceux vivant avec le VIH, ayant accédé aux traitements et à la prise en charge, veilleront à regagner une position de dispensateur au sein de leur foyer (apport de vivres par l'intermédiaire des associations, rencontre d'un réseau de prise en charge…) ; celles et ceux directement confrontés au mal d'un de leurs enfants ou de leurs nièces ou neveux s'impliqueront dans l'achat des traitements pour lutter contre les maladies opportunistes, dans le soutien affectif et souvent matériel. Pour ceux comme Sidbenewende, dont la maladie signe peu à peu un déclassement économique, social puis affectif, les associations sont les seuls recours. Les exemples des personnes âgées confrontées au VIH témoignent d'un changement majeur des motifs de l'action interindividuelle et de la mise en place d'une relation d'entraide. Au-delà de l'existence d'un cadre moral et normatif qui prescrit l'entraide entre les générations, « les conditionnalités de l'être » déterminent très largement le niveau d'aide matérielle et affective que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ainsi, une situation économique dégradée, une histoire relationnelle conflictuelle, un faible ancrage dans des réseaux de sociabilité extra-familiaux, une position de « coupable » et « responsable » de son état de santé ou de sa défaillance économique ou relationnelle aux yeux de l'entourage éloignent la personne âgée de toute possibilité de recours.

Ainsi les personnes âgées vivant avec le VIH sont prises entre quête de traitement et volonté de ne pas être rejetées ; dès qu'elles sont confrontées à la maladie d'un proche, enfant, petit-enfant, elles ont à gérer une charge morale et économique qui alourdit considérablement leurs difficultés quotidiennes. Elles n'obtiendront le soutien des proches et de l'entourage familial que si elles sont jugées comme étant valeureuses et victimes de leur mal (ce qui est le cas de Halimata et Valentine, qui sont jugées comme telles par leurs enfants). Elles seront reléguées si elles sont considérées comme responsables et défaillantes. Ainsi, « être aidé » semble pour les personnes âgées – comme pour les personnes appartenant à d'autres classes d'âge – de plus en plus devoir « se mériter » aux yeux des aidants et ce particulièrement lorsqu'il s'agit d'entraide intra-familiale. La solidarité extra-familiale paraît davantage inscrite dans le grand cycle de la réciprocité.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine A. (éd.)
- 2007, Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle. Paris : Ceped, 255 p.

Attané A.
- 2007a, «Les défis de l'incohérence ou comment penser la pluralité sociale ? L'exemple des cérémonies de funérailles, Ouahigouya et sa région, Burkina Faso », in T. Bierschenk, G. Blundo, Y. Jaffré et M. Tidjani Alou, Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, Karthala, p. 507-526.
- 2007b, « Choix matrimoniaux : le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso » in P. Antoine (éd.), Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Paris, Ceped, p. 167-195.
- 2012, « Enfants et conjoints dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso », In Relations intergénérationnelles. Enjeux démographiques, Actes du XVIème colloque de l'AIDELF, Genève 21-24 juin 2010. www.erudit.org/livre/aidelf/ 2010/004166co.pdf.
- 2014 « Multiplicité des formes conjugales dans l'Afrique contemporaine. L'exemple du Burkina Faso », dans P. Antoine et R. Marcoux (dir.), Transformations des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 108-128.

Attané A. et Ouédraogo R.
- 2008, « Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH. » Science et technique, Sciences de la santé, numéro Hors Série, novembre 2008, p.101-106.
- 2011, « Lutter au quotidien: effets de genre et de génération sur l'entraide intrafamiliale en contexte de VIH au Burkina Faso», dans A. Desclaux, P. Msellati et K. Sow (dir.), Femmes et VIH dans les pays du Sud, Paris, Éditions de l'ANRS, pp. 207-216.

Attias-Donfut C. et Rosenmayr L.
- 1994. Vieillir en Afrique, Collection les champs de la santé, 353 p.

Audet Gausselin L.
- 2012 « « Si vieillesse savait… » les représentations des générations dans les caricatures du Journal du Jeudi, Burkina Faso », in M. Gomez-Perez et M.-N.Leblanc, 2012, L'Afrique des générations. Entre tensions et négociations, Paris, Karthala, p. 801-839.

Badini-Kinda F.
- 2005, « L'écart entre idées et pratiques : l'insécurité sociale des personnes âgées en milieu rural burkinabè », in W. de Jong, C. Roth, F. Badini-Kinda (dir), Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso/Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas, Münster, Lit, p. 23-351.

Bila B. et Égrot M.
- 2008, « Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? », Science et technique, Sciences de la santé, numéro Hors Série, novembre 2008, p.85-91.
- 2009, « Gender asymetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso », Social Science & Medicine, 69, p. 854–861.

Cattell M.
- 1997, « The Discourse of Neglect: Family Support for The Elderly in Samia», in T. Weisner, C. Bradley et P.L. Kilbride (eds.), African Families and the Crisis of Social Change, London, Begin & Garvey, p. 157-183.

Corrin E.
- 1985, Définisseurs culturels et repères individuels : le rapport au corps chez les personnes âgées, International Journal of Psychology, 20, p. 471-500.

Gruénais M.E.
- 1985, « Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés / cadets chez les mossis du centre (Burkina Faso) » In M. Abélès et C. Collard, Age, pouvoir et société en Afrique noire, Paris, PUM, Karthala. p. 219-245.

Héjoaka F.
- 2009, « Care and secrecy: Being a mother of children living with HIV in Burkina Faso », Social Science & Medicine, 69, p. 869–876.
- 2012, L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), Doctorat d'anthropologie de l'EHESS – Paris, 423 p.

Héritier F.
- 1981, L'exercice de la parenté, Paris, Hautes Études, Gallimard, Le Seuil, 199 p.

de Jong W., Roth C., Badini-Kinda F., Bhagyanath S., 2005, Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso/Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas, Münster, Lit, 401 p.

Knodel J.
- 2012, « The changing impact of the AIDS epidemic on older-age parents in the era of ART: Evidence from Thailand », Journal of Cross-Cultural Gerontology, 27, p. 1-15.

Marie A.
- 1997a, « Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation citadine », in : Ménages et familles en Afrique – Approches des dynamiques contemporaines, Les Études du Ceped, 15, CEPED/Ensea/INS/ Orstom/URD, p. 279-299.

Marie, A. (dir.)
- 1997b, L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, Karthala, 438 p.

Merli M. et Palloni A.
- 2006, «The HIV/AIDS Epidemic, Kin Relations, Living Arrangements and the Elderly in South Africa," in B. Cohen and J. Menken (eds), Aging in Africa, Washington D.C., National Academy of Science Press, p. 117–165.

Olivier de Sardan J-P.
- 1994 "Séniorité et citoyenneté en Afrique pré-coloniale », Communication, 59, Générations et filiation, p. 119-136.

ONUSIDA
- 2014a, Rapport 2014, http://data.unaids.org/pub/Report/2014/JC1700_Epi_ Update_2014_fr.pdf
- 2014b, Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso (GARP 2014), 72 p. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_ 2014.pdf.

Ouattara F., Gruénais M.E., Huygens P, Traoré A
- 2004, Sida, stigmatisation et exclusion. Étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko et Orodara). Rapport final, IRD-SHADEI, 127 p.

Ouattara F., Gruénais M.-E., Zongo S., Ouédraogo R.
- 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 », in A. Desclaux, P. Msellati et K. Sow (dir.), Femmes et VIH dans les pays du Sud, Paris, Éditions de l'ANRS, p. 137-148.

Pochet P.
- 1997, Les personnes âgées, Paris, La Découverte « Repères », 128 p.

Roth C.
- 2007, « « Tu ne peux pas rejeter ton enfant ! » », Cahiers d'études africaines [En ligne], 185 | 2007 URL : http://etudesafricaines.revues.org/6742

Roth C.
- 2010, « Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso ». Autrepart, Vieillir au Sud. 53, p. 95-110.

Rouamba G.
- 2012, « Dynamiques d'autonomisation financière des femmes âgées et rôle de cette autonomie dans la prise de pouvoir (gris). Que signifie le pouvoir gris en Afrique ? » Gérontologie et société, n° 143, p. 189-206.

Vuarin R.
- 2000, Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation : ou « Venez m'aider à tuer mon lion ». Paris, L'Harmattan, 252 p.

Weber F.
- 2005, Le sang, le nom, le quotidien. Sociologie de la parenté pratique. Paris, Aux lieux d'être, 264 p.
- 2013, Penser la parenté aujourd'hui, la force du quotidien. Paris, Éditions de la rue d'Ulm, 264 p.

Zongo S. et Ouattara F.
- 2008, « Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou », Sciences et technique, Spécial hors-série, p. 107-115.