



1 Présentation du sujet

1.1. Contexte de l'étude

L'étude empirique de cette recherche est menée en Afrique de l'Ouest particulièrement dans des localités frontalières de la Côte d'Ivoire avec le Ghana respectivement à Noé et Elubo, et celles du Ghana avec le Togo respectivement à Aflao et Lomé.

La zone rurale Noé/Elubo et la zone urbaine Aflao/Lomé sont des espaces dynamiques avec des lieux d'échanges de tout genre et des interactions entre les personnes mobiles et les habitants des localités frontalières. Ces zones transfrontalières à l'étude sont habitées par des autochtones, des habitants issus d'autres régions du pays et des étrangers originaires pour la plupart des pays limitrophes. Les autochtones vivant de part et d'autre de cette ligne de démarcation naturelle, imaginaire ou matérialisée entre deux territoires se caractérisent d'une part par des similitudes et des facteurs qui les assimilent les uns aux autres, et d'autre part par la coexistence de particularités territoriales qui les différencient clairement. Au-delà des frontières géographiques, les populations transfrontalières (les autochtones) ont conservé les mêmes traditions et la même culture (cérémonies de mariage, funérailles, cérémonies traditionnelles...).

Les pratiques culturelles et le pouvoir des chefs coutumiers occupent une place importante dans la gestion de la vie sociétale.

Par ailleurs, les localités frontalières d'Aflao et de Lomé sont des villes en pleine expansion socioéconomique avec un développement des infrastructures sociales et sanitaires plus avancées que dans la zone transfrontalière rurale de Noé et Elubo. Lomé est d'ailleurs la capitale de la république du Togo mais l'étude se limite au district 4 de Kodjoviakopé qui jouxte la frontière du Togo avec le Ghana.

De plus, il faut remarquer que le niveau socioéconomique de la majeure partie de ces populations à l'étude est relativement bas surtout celles des zones transfrontalières rurales de Noé et Elubo. Les populations transfrontalières pratiquent de multiples échanges transfrontaliers liés au commerce et aux activités de transport des personnes, des biens et des marchandises et aux activités fluviales surtout à Lomé et à Aflao. Cette mobilité transfrontalière s'inscrit davantage dans le maintien de relations sociales et culturelles entre deux entités qui ne formaient qu'un seul groupe homogène avant le tracé des frontières. Cet état de fait révèle ainsi une reconnaissance consciente ou non d'une identité transfrontalière qui se construit et se développe en fonction des opportunités et pôles d'attractions de part et d'autre de la frontière et à partir des racines culturelles

et ethniques. La notion de frontière chez ces populations revêt ainsi un caractère artificiel (Spire 2010, p. 3, Doevenspeck 2011, p.129).

Il nous paraît opportun d'examiner en quoi les similitudes entre ces populations pourraient jouer un rôle dans le maintien des liens sociaux mais plus encore si elles agissent sur les logiques de la solidarité au sein des groupes sociaux de notre étude. Aussi, l'étude des pratiques sociales face au VIH axée sur l'analyse des caractéristiques démographiques, sociales, culturelles et économiques du contexte d'étude permet-elle de mieux comprendre les logiques sociales de solidarité envers les PVVIH.

Par ailleurs, les zones frontalières ont été pendant longtemps ciblées comme des portes d'entrée de l'infection du VIH/sida dans les pays. Plusieurs études relèvent que la migration internationale et la mobilité des individus ont joué un rôle dans la propagation rapide du VIH particulièrement en Afrique subsaharienne (Lalou, Piché, 1994, p.43; Lurie et al. 2003, p.2250-2251). La transmission hétérosexuelle reste le mode le plus répandu de l'infection en Afrique subsaharienne (Mburano Rwenge, 1998, p 217). Plusieurs théories ont été avancées pour désigner de potentiels groupes d'individus comme des vecteurs du VIH. Ces groupes jugés à « haut risque d'infection » sont pour la plupart des drogués, des travailleuses du sexe et des migrants. Et une construction sociale de l'infection autour de ces groupes-cible s'est établie au fil du temps. En raison de leur forte mobilité et à cause des nombreux risques d'exposition au virus qu'elles encourrent, les travailleuses du sexe sont perçues comme des agents potentiels de diffusion du VIH (Lalou 2004, p. 19-21). Lalou et Piché font remarquer que la migration et la propagation du virus ne sont pas directement liées. Les relations entre les deux phénomènes dépendent des formes de mobilité et de certaines caractéristiques sociodémographiques inhérentes à la personne mobile et elles sont liées au contexte du lieu de départ et du lieu d'accueil de celle-ci. Il existe en réalité des mécanismes complexes entre la migration et la propagation du virus du sida (Lalou, Piché 1994, Mundandi et al. 2006, p. 707). Les zones transfrontalières sont des espaces dynamiques où les individus entrent en relation et interagissent. Précisément l'axe routier d'Abidjan (Côte d'Ivoire) à Lagos (Nigéria) représente le réseau de transport routier le plus important d'Afrique de l'Ouest avec un tronçon de 998,8 Km. Il a été identifié comme vulnérable au VIH/sida. Le nombre annuel moyen de personnes se déplaçant le long de ce corridor est d'environ quatorze (14) millions soit environ deux mille (2 000) personnes par jour. Plus de trente (30) millions de personnes vivent le long de ce corridor reliant la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Bénin et le Nigeria. L'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL) révèle en 2005, qu'environ 300 mille personnes infectées par le VIH franchissent les frontières de ces cinq (5) pays chaque année parmi lesquelles certaines ont des comportements à risque d'infection au VIH (multi-



partenariat, rapports sexuels non protégés, partage de seringues souillées chez les personnes qui utilisent la drogue...) (World Bank 2009, p.6).

Face aux flux importants des populations sur le corridor de migration d'Abidjan à Lagos et surtout à cause des nombreuses difficultés liées à la traversée des frontières considérées comme un facteur indirect de propagation du VIH/sida, un programme inter étatique² a vu le jour en 2004 pour lutter contre l'épidémie : l'organisation du corridor de lutte contre le VIH/sida. Il est rapporté que certains travailleurs mobiles issus de ces populations frontalières, lors de leur déplacement s'exposent au virus et peuvent le transmettre à leur(s) partenaire(s) lorsqu'ils retournent auprès de leur famille (Mead, 2007, p.99). Et, les travailleuses du sexe proposent leur service dans les lieux de racolage et surtout dans les lieux de destination des migrants. Elles sont pour la plupart les « partenaires privilégiées » des routiers et des migrants (Rémy Gérard, 2002, p. 256). Lalou et Piché expliquent que « la migration de travail est fondamentalement productrice de précarité et de vulnérabilité en raison du caractère d'extranéité juridique et sociale du migrant, de ses spécificités sociodémographiques et des contraintes imposées par l'organisation économique et sociale du milieu d'accueil. Ces facteurs suscitent à leur tour un changement des comportements sexuels des migrants, dans le sens d'une multiplication des partenaires et du recours aux travailleuses du sexe » (Lalou, Piché, 2004, p. 235). Les longues attentes, l'éloignement de la famille, l'oisiveté et les multiples occasions d'avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples en particulier chez les célibataires et les personnes mobiles non accompagnés de leur partenaire, favorisent les risques d'infection au VIH du travailleur itinérant. Il n'y a pas que les migrants et les travailleuses du sexe qui sont identifiés par les programmes de lutte comme vulnérables à l'infection du VIH; d'autres catégories d'individus comme les commerçant(e)s, et les jeunes sont considérés comme vulnérables au VIH. Toutes ces personnes sont perçues comme de potentiels vecteurs du VIH le long de ce corridor de migration et de façon particulière dans les zones frontalières (World Bank 2009, p. 28-30). Cet état de faits montre que les personnes vivant dans les zones transfrontalières sont plus exposées au VIH/sida, pourtant l'indisponibilité de statistiques sur la prévalence au VIH dans ces localités ne permet pas de l'affirmer avec certitude³. C'est pourquoi nous ne nous attardons pas sur les données statistiques dans cette étude mais plus sur l'expérience de vie des personnes vivant avec le VIH et leur en-

²Les pays qui ont œuvré à la mise en œuvre de ce programme de lutte contre le VIH/sida sont la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Bénin et le Nigeria.

³ Selon le rapport de l'ONUSIDA (2013), la prévalence du VIH chez les adultes (entre 15 et 49 ans) en Côte d'Ivoire est de 3,2% ; elle est de 1,4% au Ghana et de 2,9 % au Togo.

tourage, tout en restant attentif aux différences que nous relevons au niveau des pratiques sociales.

Aussi, la désignation de ces groupes vulnérables contribue-t-elle à la construction de stéréotypes et à des pratiques de discrimination des personnes infectées par le VIH. Les raisons avancées sur la vulnérabilité de ces populations mobiles et les travailleuses du sexe dans les zones frontalières paraissent mécaniques et absolues. L'isolement des personnes mobiles et les problèmes socioéconomiques qu'elles rencontrent ne suffisent pas pour justifier pourquoi ces personnes ont des comportements à risque. De plus, le taux de prévalence au VIH dans ces localités et dans les différents groupes jugés vulnérables reste inconnu quoique pour les acteurs de lutte contre cette épidémie, les zones frontalières sont vulnérables au VIH/sida à cause des comportements sexuels à risque de ces groupes d'individus. La tendance est de généraliser ainsi cette situation à tous les travailleurs mobiles, les migrants et les populations frontalières sans pour autant analyser les mécanismes sociaux qui sous-tendent la propagation du VIH et de comprendre les relations sociales qui s'établissent entre la PVVIH et les membres de son groupe social.

1.2. Position du problème

Dans la plupart des pays en développement, l'infection au VIH/sida pose des problèmes sociaux majeurs avec la détérioration des conditions de vie des personnes infectées et des multiples formes d'exclusion sociale dont elles sont victimes.

Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées entraînent leur isolement et accentuent la dégradation de leur état de santé. Elles exacerbent les conditions de vie déjà difficiles en particulier chez les sujets les plus pauvres. Les représentations sociales de la maladie au sein des sociétés africaines restent encore marquées par les messages de choc donnés lors des propagandes de lutte contre le sida au début de l'épidémie.

Parfois, le partenaire sexuel n'est pas informé de l'état sérologique, ce qui constitue un grand facteur de risque d'infection au VIH. Mais la plupart des PVVIH informent l'une ou l'autre personne de leur famille ou de leur entourage en qui elles ont confiance (Mead, 2007, p. 82).

Toutefois, il apparaît que les attitudes et les pratiques de l'environnement social envers les PVVIH ne sont pas identiques d'un individu à un autre et d'un milieu social à un autre. Cette situation peut être vécue différemment chez les individus dans les familles issues des milieux aisés ou de la classe moyenne ou pour des individus qui reçoivent un soutien régulier de leur réseau d'amis, de leur famille ou qui sont intégrés dans des pro-

grammes efficaces de prise en charge des PVVIH. En outre, pour éviter le jugement et les mauvais traitements de leur entourage, certaines PVVIH s'isolent pour vivre retirées, loin de leur famille et de leurs proches. D'autres encore souffrent du rejet social, abandonnées par leur famille ou par les personnes de leur environnement social, d'autres au contraire le ressentent un peu moins parce que leur famille ou encore leur réseau d'amis constituent des ressources importantes pour lutter contre les impacts de la maladie et l'exclusion sociale.

Conscients des graves conséquences des pratiques de stigmatisation et de discrimination qui favorisent la rupture des liens sociaux de la PVVIH, et face aux problèmes socioéconomiques des familles pour assurer les soins de leur parent infecté, des associations locales de lutte contre le VIH ont vu le jour pour une prise en charge des PVVIH au plan moral, social, sanitaire et parfois économique.

L'Organisation du Corridor Abidjan/Lagos de lutte contre le VIH/sida (OCAL) soutient plusieurs associations à base communautaire et des ONG locales dans la mise en œuvre des stratégies de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leur famille vivant sur le long du corridor de migration d'Abidjan à Lagos.

Spécifiquement, dans les localités de Noé/Elubo et Aflao/Kodjoviakopé, on note la présence continue depuis 2008 d'au moins une association de PVVIH par localité frontalière. Financées par (OCAL) ou encore encouragées par ce programme à intervenir dans ces zones frontalières, ces associations de PVVIH constituent des groupes d'entraide mutuelle. Elles organisent plusieurs activités de prise en charge des PVVIH. Les groupes de parole, les appuis nutritionnels, l'appui scolaire aux OEV et les visites à domicile soutiennent les PVVIH et les aident à surmonter les difficultés qui se posent à elles. La participation aux activités des associations de personnes vivant avec le VIH/sida représente pour ses membres des espaces de socialisation. Le manque de ressources financières nécessaires aux activités de ces organisations reste une des difficultés majeures pour assurer la prise en charge des personnes infectées. Depuis lors, le soutien social aux PVVIH particulièrement dans les localités frontalières de Noé en Côte d'Ivoire, Elubo et Aflao au Ghana et Kodjoviakopé au Togo, n'est plus assuré régulièrement. Les soutiens psychologiques et socioéconomiques reçus des associations et des ONG avaient pour objectif d'améliorer les conditions de vie des personnes infectées. Aussi le taux de fréquentation des groupes de parole est en baisse. En l'occurrence, l'association Life Relief Foundation des PVVIH à Elubo note depuis 2011, une baisse de participation aux groupes de soutien

mensuel de 35 à 10 personnes. D'autres associations comme Amepouh⁴ à Noé (Côte d'Ivoire) et Prolink à Aflao (Ghana) ne parviennent plus à organiser les groupes de paroles, faute de moyens pour payer les frais de déplacement de leurs membres. Si le ralentissement des activités de sensibilisation et de prévention au VIH/sida compromet la réduction de cette vulnérabilité dans ces zones frontalières, la problématique de prise en charge des PVVIH reste la plus préoccupante.

L'action des organisations de lutte contre le VIH/sida ne pourrait à elle seule, assurer la prise en charge, l'assistance et le soutien de la famille et du réseau des amis. Les différents groupes sociaux auxquels appartient la PVVIH constituent des lieux de pratique de la solidarité.

En plus de ce constat empirique sur la problématique du soutien aux personnes vivant avec le VIH au sein de ses différents groupes sociaux, nous relevons que de manière générale, la plupart des études classiques sur la solidarité s'articulent autour de deux phénomènes. Il s'agit des types de solidarité et des principes et normes auxquels les individus font référence pour agir de manière solidaire.

Certains auteurs comme Emile Durkheim (1893), Ferdinand Tönnies ([1887] 2001) abordent la question du lien social en se penchant sur l'organisation des groupements humains et la solidarité. Chacun pour sa part en observant la société et la manière dont les individus sont organisés fait une dichotomie dans les types de la solidarité. Ils s'intéressent aux différents principes et normes qui régulent la solidarité. Émile Durkheim (1893), considère la solidarité comme fondement de l'intégration sociale des individus dans la société grâce à la division du travail, ce qui permet de maintenir la cohésion sociale. Deux principes se dégagent de la théorie de Durkheim pour classer les deux types de solidarité : la solidarité mécanique basée sur les ressemblances dans les sociétés traditionnelles et la solidarité organique dans les sociétés modernes qui est basée sur les différenciations sociales. Cependant comme le souligne Uriceochea, Durkheim n'a pas tenu compte du processus d'intégration sociale et des besoins d'intégration que remplissent ces deux types de solidarité (Uriceochea Fernando 1979, p. 118). Les sociétés ne sont pas figées, elles sont composées de groupes sociaux dynamiques qui subissent des changements sociaux.

D'autres théoriciens tels que Karl Polanyi [(1957), 1975] ou encore Marcel Mauss [(1924), 1970] abordent la question du lien social en étudiant la manière dont les individus s'organisent, les modes et les formes d'échanges et de réciprocité entre les individus

⁴ Amepouh signifie en langue vernaculaire de l'ouest de la Côte d'Ivoire, le guéré : «nous vaincrons» (Kablan Cléopâtre 2006 ; p. 123)



dans divers groupes sociaux en s'appuyant sur les règles et les principes de la solidarité. La réciprocité chez Karl Polanyi est perçue comme une pratique économique où l'objet de l'échange circule « dans un esprit de solidarité » (Castel 2006, p. 2).

Marcel Mauss quant à lui, fait état du principe d'obligation que renferme l'échange réciproque à travers le don et le contre-don. La solidarité s'appuie sur le fait que chaque individu a conscience de la communauté d'intérêts qui l'oblige moralement à ne pas se desservir des autres. Aussi, diverses notions sont-elles utilisées dans la littérature pour catégoriser ces différents types de solidarité et pour décrire ses différents principes, ce qui rend l'explication du phénomène complexe. Il apparaît aussi que l'étude de la solidarité familiale, de la solidarité avec les amis et le voisinage et de la solidarité au sein des associations comportent certains défis. Ces groupes sociaux sont dynamiques et les pratiques sociales en leur sein ne reposent pas seulement sur les caractéristiques sociales des individus ; leur mode d'organisation, mais aussi sur les relations entre les différents mécanismes sociaux qui influencent leurs pratiques sociales et les liens sociaux qu'il y a entre eux.

Deux approches se dégagent de l'étude sur la solidarité. D'une part, il s'agit d'une construction du concept de solidarité qui prend racine dans les modèles théoriques développés comme le montre Durkheim et Tönnies à propos de l'organisation de la société et de sa fonction sur le lien social. D'autre part, il y a d'autres études qui se sont intéressées aux usages communs de la solidarité c'est à dire sur ce qui s'observe dans les contextes sociaux contemporains afin d'identifier les principes de la solidarité et de définir les différentes formes de solidarité qui leur sont apparentées (Vievard 2011, p. 4). Toutefois, ces approches théoriques de la solidarité ne sont pas basées sur des données empiriques portant sur les circonstances dans lesquelles les différents acteurs agissent (envers la PVVIH), ni sur ce qu'ils témoignent de leurs pratiques de la solidarité dans les différents contextes sociaux politiques et économiques.

Notre questionnement dans cette étude consiste donc à s'interroger sur les écarts entre « les principes moraux et les conditions réelles d'application de ces principes » (Paugam, 2011, p. 25). Tout en gardant en mémoire que ces principes varient d'une société à l'autre, d'un groupe social à un autre et d'un individu à l'autre, nous restons ouverts à la compréhension des phénomènes sociaux induits par le VIH/sida et les différents types de solidarité et leurs rôles dans la reconfiguration du lien social.

Aussi, aborder l'étude de la solidarité en s'intéressant à sa typologie sous-entend de faire l'identification et l'analyse des facteurs sociaux qui influencent et qui permettent de comprendre les différents types de solidarité et ses différentes pratiques au sein de ces

groupes sociaux envers les PVVIH non pas en cherchant à appliquer et à vérifier une théorie sur la solidarité mais en tirant des éléments de compréhension des phénomènes sociaux sur la base des études de cas menées avec les personnes vivant avec le VIH/sida et leur réseau social. Nous cherchons donc à comprendre comment s'établissent les pratiques de solidarité au sein du réseau familial, du réseau des amis et du voisinage, au sein des associations de PVVIH et des associations corporatives dans le contexte de trois pays de l'Afrique de l'Ouest.

1.3. Question de recherche

La réflexion qui a guidé cette recherche se réfère à la question principale suivante :

En quoi les pratiques de solidarité familiale, de proximité et associative envers les personnes vivant avec le VIH/sida varient-elles en Afrique de l'Ouest ?

L'ambition de cette question est de montrer d'une part en quoi les pratiques de solidarité envers les PVVIH au sein de leur famille, avec les amis et le voisinage et au sein des associations locales, diffèrent-elles et d'autre part d'identifier les différentes formes d'échanges ou de soutiens réciproques pratiqués au sein des groupes sociaux rencontrés en Afrique de l'Ouest plus particulièrement dans les zones transfrontalières de la Côte d'Ivoire avec le Ghana et du Ghana avec le Togo. Aussi, notre question principale, nous permet-elle d'établir une classification des différents types de solidarité suivant les différents facteurs sociaux qui influencent les pratiques de la solidarité. Pour répondre à cette interrogation, nous élaborons 4 questions spécifiques :

1. Quelles sont les relations sociales des personnes vivant avec le VIH/sida dans les zones d'étude avec celles qui leur viennent en aide ?

Les relations sociales avec les PVVIH concernent ici les interactions entre les acteurs qui permettent la formation du groupe social et/ou sa consolidation à savoir la famille, le réseau des amis, le voisinage, et les associations. L'étude des liens sociaux nous permet d'identifier et d'analyser les relations sociales entre la PVVIH et les membres de sa famille, ses amis et les membres des associations auxquelles elle appartient. La nature des relations sociales nous renseignent sur les liens affectifs qui existent entre la PVVIH et la personne qui lui vient en aide, la fréquence de leurs contacts, ce qu'ils partagent en commun, le degré d'interdépendance, l'entente qui existe entre eux mais aussi sur les normes et valeurs auxquelles les individus font référence pour intégrer la PVVIH à leur groupe social.

Aussi pour comprendre les relations sociales entre les PVVIH avec leur réseau d'entraide nous analysons de prime abord le contexte social afin de déterminer les facteurs sociaux,



économiques et culturels du milieu d'étude qui influencent les relations sociales avec les PVVIH. A propos, l'analyse des caractéristiques sociologiques des PVVIH à savoir leur origine, leurs rôles sociaux, leur structure familiale, leurs conditions de vie au niveau social, économique et sanitaire, ainsi que la présentation de l'organisation et le fonctionnement des associations qui leur viennent en aide permettent de dissocier leurs pratiques de solidarité. De même, l'étude des représentations sociales, c'est à dire les savoirs individuels et collectifs des individus, les préjugés à propos de la maladie et de la personne infectée permettent de comprendre leur implication dans les relations sociales de la PVVIH avec les membres de son groupe social. Tous ces éléments nous permettent d'établir les liens entre les relations sociales des individus et leurs pratiques de solidarité envers la PVVIH.

2. Comment se produisent les solidarités envers les personnes vivant avec le VIH/sida rencontrées?

Cette question spécifique nous renvoie à l'analyse des conditionnalités à la solidarité et des circonstances dans lesquelles se produisent les pratiques de réciprocité avec les personnes vivant avec le VIH/sida. A partir des différentes études de cas, nous analysons les prérequis établis par les acteurs sociaux pour solliciter de l'aide et pour la recevoir. Cette question spécifique se rapporte aussi aux circonstances dans lesquelles s'établissent des relations d'entraide réciproque entre les PVVIH et leur famille, amis, voisins et les membres des associations auxquelles elles appartiennent, mais aussi elle concerne les circonstances dans lesquels la PVVIH ne reçoit aucune aide.

3. Qu'est ce qui oriente les membres de la famille des PVVIH, leurs amis, leurs voisins, les associations locales d'un côté et les PVVIH d'un autre, à s'apporter des aides réciproques ou de l'assistance mutuelle ?

Implicitement, cette question spécifique renvoie à analyser le mode de régulation sociale de la solidarité dans les groupes sociaux et à découvrir les intentions qui sous-tendent les solidarités familiales, de proximité et associatives. Elle permet donc de mieux comprendre pourquoi certains membres du groupe social pratiquent des échanges réciproques avec les PVVIH et pas avec d'autres. Pour y répondre, nous suivons une double démarche :

Dans la première démarche, nous déterminons les principes qui orientent les pratiques de réciprocité avec les PVVIH. Cela nous emmène à relever les règles et les principes moraux qui orientent les individus à s'entraider. Nous cherchons donc à savoir si les individus se basent sur les ressemblances, les croyances ou les convictions, les complémentarités induites par les différenciations sociales pour s'apporter des aides ou sur tout autre

principe pour établir des échanges au sein des différents groupes sociaux et de chacun des contextes ruraux et urbains à l'étude. De même, nous mettons les règles et les principes moraux en rapport avec la perception de la pression sociale, des sanctions sociales et des responsabilités à remplir pour comprendre pourquoi certains acteurs font référence aux normes du groupe social pour agir de manière solidaire et non d'autres.

Dans la seconde démarche, nous analysons les motivations de chaque individu à soutenir ou à aider un membre de leur groupe social.

4. Quelles sont les différences dans les pratiques de solidarité au sein de chaque groupe social?

Cette question est relative aux différences que nous avons relevées lors de l'analyse des pratiques de solidarité envers les PVVIH. Ces différences se situent à trois niveaux au sein du même groupe social en allant d'un individu à l'autre, entre les types de solidarité identifiés au cours de cette recherche dans la zone transfrontalière rurale de Noé/Elubo et ceux de la zone transfrontalière urbaine d'Aflao/Kodjoviakopé. La réponse à cette question nous permet de classer les différents types de solidarité selon la nature des relations sociales entre les acteurs, les fondements de la solidarité à savoir les principes, les règles, les normes, selon les motivations des individus à la solidarité et selon d'autres facteurs qui influencent la pratique de la solidarité.

1.4. Objectif de l'étude

L'objectif général de cette recherche est d'établir une typologie de la solidarité en mettant en exergue les différences relevées dans les pratiques de la solidarité familiale, la solidarité de proximité avec les amis et le voisinage ainsi que la solidarité vécue au sein des associations à l'épreuve du VIH/sida dans les différents contextes étudiés. En effet, les études sur la solidarité envers les personnes vivant avec le VIH ne s'étalent pas sur les différences entre les pratiques de la solidarité vécues au sein de divers groupes sociaux et surtout les fondements sur lesquels les individus se basent pour agir. L'approche que nous menons par l'articulation entre les facteurs qui influencent la solidarité et la problématique du VIH/sida au sein des groupes sociaux tels que la famille, les amis, le voisinage et les associations nous permet de mieux comprendre la diversité dans les pratiques de la solidarité dans ces contextes étudiés.

Cet objectif implique une triple démarche :

La première démarche est relative à l'analyse des caractéristiques sociologiques des PVVIH et des groupes sociaux qui leur apportent leur soutien et leur aide ainsi que les relations sociales qui existent entre eux.

La seconde démarche consiste à comprendre les phénomènes sociaux qui conditionnent la pratique de solidarité envers les PVVIH à partir de l'étude des logiques qui sous-tendent l'action des individus. Pour ce faire, nous analysons les mécanismes sociaux qui influencent les pratiques de solidarité familiale envers les PVVIH des zones transfrontalières rurales et urbaines en examinant les fondements (règles, principes, usages) et les motivations qui poussent les personnes à agir de façon solidaire.

La troisième démarche quant à elle, consiste à établir une distinction entre les formes d'expressions de la solidarité envers les PVVIH et à montrer en quoi ces formes de solidarité sont différentes les unes des autres.

Nous analysons dans cette étude les facteurs de variations de la solidarité dans le contexte social, politique et économique où les membres de la famille, les amis et voisins et les membres des associations apportent leur aide à leurs pairs vivant avec le VIH.

2 Revue de littérature et cadre théorique

2.1 Revue de littérature

Afin d'apporter des éléments scientifiques à même de nous guider dans l'analyse et la classification des différentes formes de solidarité envers les PVVIH, nous révisons certains ouvrages scientifiques pour relever ce qui rejoint ou nous distancie de certains auteurs qui ont porté particulièrement leurs études sur la problématique du VIH/sida en Afrique subsaharienne, sur les pratiques sociales de solidarité dans le contexte africain et spécifiquement envers les PVVIH. Nous avons sélectionné des ouvrages et articles scientifiques de ces 2 dernières décennies en fonction de plusieurs paramètres que nous utilisons dans cette recherche :

- selon qu'ils exposent les situations dans lesquelles vivent les PVVIH
- selon qu'ils mettent en exergue les variations dans les pratiques de solidarité ou des formes de réciprocité au sein des différents réseaux sociaux tels que la famille, les amis, le voisinage ou les associations ou entre des contextes sociaux différents (en ville, au village, dans tel pays africain ou dans tel autre) et plus spécifiquement concernant la solidarité familiale et associative face au VIH/sida
- selon qu'ils traitent de la méthode d'analyse des relations sociales avec les personnes vivant avec le VIH/sida
- ou selon qu'ils exposent la démarche utilisée par leurs auteurs pour établir la typologie de la solidarité.

Pour ce faire, nous avons procédé à une recherche thématique d'ouvrages qui comportent les mots clés suivants : VIH/sida en Afrique subsaharienne-conditions de vie des PVVIH-solidarité ou réciprocité dans les contextes africains, relations sociales avec les PVVIH-et typologie ou types de solidarité. Cette partie se présente en 4 sections dont la 1^{ère} montre un aperçu de la situation du VIH en Afrique au sud du Sahara.

2.1.1 Situation du VIH/sida en Afrique subsaharienne et impacts sur les familles affectées par l'épidémie

Malgré la diminution du taux de propagation du VIH/sida constatée un peu partout dans le monde, la situation du VIH/sida vécue dans les pays d'Afrique subsaharienne reste alarmante avec plus de 70% de nouvelles infections en 2010 par rapport à l'ensemble des cas déclarés par les états au niveau mondial. Plus de 15% des enfants sont orphelins, surtout dans les pays en d'Afrique orientale et australe où la prévalence excèdent les 20% (Pison 1989, p.240, UNICEF, UNAIDS et al. 2004, p. 9). Quelle est donc la situation qui



prévaut en Afrique subsaharienne du point de vue de la recherche en sciences médicales et sociales ?

Le VIH/sida a été présenté par plusieurs scientifiques comme une infection transmise majoritairement par voie hétérosexuelle. Elle pourrait représenter jusqu'à 93% des sources d'infection chez les adultes en Afrique sub-saharienne (Parker 2001, p. 2). Même si des groupes socialement défavorisés (des personnes économiquement pauvres, des homosexuels, des travailleuses de sexe, des personnes mobiles, et des utilisateurs de drogues par injection) ont été identifiées dès le début de l'épidémie comme des groupes à risque d'infection au VIH, il faut noter que l'épidémie touche des individus issus de toute classe sociale. Néanmoins, l'étiquette «socialement défavorisés» dans ce contexte africain implique des formes variées de pauvreté, des conditions de vie difficiles.

En effet, les conséquences sur la vie sociale, économique et politique présentent des facettes multiples et variées dans les divers contextes en Afrique (Parker 2001, p. 3).

Le soutien sous la forme de pension sociale, de régimes de sécurité et les systèmes de soins de santé ne sont accessibles qu'à une infime partie de la population. En cela la famille constitue le principal soutien pour la plupart des malades, et celle-ci est mise à rude épreuve face à la chronicité des maladies opportunistes dues à l'infection au VIH. Par exemple, au Malawi où le taux de prévalence au VIH est de 12%, les enfants et les personnes âgées jouent de plus en plus les rôles de soignants pour leurs parents malades chroniques (Munthali 2002).

Lorsque le pilier économique de la famille est infecté, c'est tout le système familial qui est perturbé. La famille s'en trouve affectée du fait qu'elle doit prendre soin de la personne malade pendant une longue période. Les difficultés économiques en raison des coûts des soins qui sont de loin supérieurs aux capacités financières des familles, la baisse du revenu familial et du rendement au travail causent de graves problèmes de subsistance. Les ressources financières des ménages s'amenuisent à mesure que la santé de l'individu se dégrade. Une étude de cas menée en milieu rural au Ghana a révélé que les ménages dépensent plus de la moitié (50,04%) de leurs revenus pour le traitement du parent infecté (Gyabaa 2011, p.10). La capacité d'épargne diminue pour devenir un véritable défi pour les ménages. Dans certaines familles, la situation devient critique quand le système de sécurité alimentaire est fragilisé à cause de l'incapacité physique à travailler des membres de la famille qui étaient productifs, laissant les charges du ménage aux enfants et aux personnes âgées (Temah Tsafack, 2009, p78-80, Vink- Kim 2010, p. 145).

Au niveau social, le VIH inflige de façon particulière un lourd tribut aux femmes qui jouent d'importants rôles de production et de procréation (D'Cruz, 2010, p. 298). Dans

bien de cas de figures, la maladie génère de lourdes charges sociales en matière de soins aux orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (OEV). L'éducation des orphelins est laissée aux grands-parents qui ploient déjà physiquement sous le poids de l'âge ou à d'autres membres de la famille élargie qui vivent aussi des situations socioéconomiques difficiles (Nyambedha, Wandbba et Aagaard-Hansen 2003, p. 311; Shetty et Powell 2003, p. 25).

Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées entraînent leur isolement et accentuent la dégradation de leur état de santé. Elles exacerbent les conditions de vie déjà difficiles en particulier chez les sujets les plus pauvres. Erving Goffman (2009) définit le stigmate comme « toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre ».

La stigmatisation et la discrimination « privent les personnes infectées du soutien et des services sociaux dont elles ont besoin et favorisent l'isolement des personnes vivant avec le VIH/SIDA, compromettent le soutien social, entraînent une anxiété personnelle et des risques sociaux liés à la divulgation de la séropositivité » (Greene et al. 2002, p. 206).

Même si dans les années 2000, les attitudes de rejet et de critique sont moins fréquemment observées, certaines PVVIH sont toujours victimes de stigmatisation par leur entourage. Ky-Zerbo et al., font observer que cette amélioration dans la socialisation de la PVVIH peut s'expliquer par divers facteurs: « le fait que de nombreuses familles ont connu des cas de sida, dont l'expérience a remis en question les discours de condamnation morale ; l'amélioration du niveau des connaissances sur les modes de transmission qui a fait reculer la crainte de contagion; et la disponibilité des traitements qui a permis aux personnes séropositives d'avoir une relative bonne santé leur permettant de mener une vie productive » (Ky-Zerbo et al., 2014, p.2-3).

Cependant, force est de constater que certaines PVVIH pratiquent sur elles-mêmes de « l'auto-stigmatisation » ou encore de la « stigmatisation interne ». Dans ce cas d'espèce, la PVVIH entretient des sentiments de dépréciation de soi. Elle peut aussi adopter de manière consciente ou pas des attitudes et comportements qui marquent sa différence avec les autres et qui l'excluent de ses groupes sociaux et qui entraînent un relâchement de ses activités sociales. La PVVIH qui s'auto-stigmatise, peut avoir une mauvaise perception de soi-même occasionnée par la honte, le blâme ou la culpabilisation, ou encore par le sentiment d'être inutile (Ky-Zerbo et al., 2014, p.4).

Aussi, pour éviter le jugement et les mauvais traitements de leur entourage, certaines PVVIH s'isolent pour vivre retirés, loin de leur famille et de leurs proches. D'autres par



contre sont rejetés et abandonnés par leur famille et par les personnes de leur environnement social. Les perceptions et représentations sociales de la maladie au sein des sociétés africaines restent encore marquées par les messages de choc transmises lors des campagnes de lutte contre le sida au début de l'épidémie. En Côte d'Ivoire par exemple où le taux de prévalence est de 3,2% (ONUSIDA 2013), les messages de sensibilisation clamaient ces propos : « le sida tue!, un énoncé en soit exact mais qui a la propriété toute formative de vouloir faire peur et ainsi de doubler le caractère mortifère du sida » (Dozon, 1993, p. 191). Avoir un proche malade du sida ou du moins infecté par le VIH est encore perçu de nos jours par certains comme un danger de mort. La stigmatisation et la discrimination en effet « privent les personnes infectées du soutien et des services sociaux dont elles ont besoin et favorisent l'isolement des personnes vivant avec le VIH/sida, compromettent le soutien social, entraînent une anxiété personnelle et des risques sociaux liés à la divulgation de la séropositivité» (Sawadogo et al. 2010, p. 206).

En général, la peur d'être diagnostiqué séropositif et d'en subir les conséquences décourage le recours au test anti-VIH chez bon nombre de personnes (Diop 2005, p. 81). Puisque le partage du statut sérologique relève de la responsabilité de la PVVIH et que sa divulgation par toute autre personne à un tiers est passible de poursuite judiciaire, certaines personnes se refusent de révéler leur état sérologique à leur famille et vivent dans un auto-isolement avec des sentiments de culpabilité et d'humiliation (Egrot 2007, p. 52).

Parfois, le partenaire sexuel n'est pas informé de l'état sérologique, ce qui constitue un grand facteur de risque d'infection au VIH. Cependant, de façon générale, la plupart des PVVIH informent l'une ou l'autre personne de leur famille ou de leur entourage en qui ils ont confiance et dont ils espèrent le soutien. (Mead Susan 2007, p. 82). Toutefois, il faut noter que les attitudes et pratiques de l'environnement social envers les PVVIH ne sont pas identiques d'un individu à un autre, ni d'un milieu à un autre. En effet, il y a des PVVIH qui vivent dans des conditions sociales qui ne souffrent d'aucune forme de rejet social parce que leur famille ou encore leur réseau d'amis constituent des ressources importantes pour lutter contre les impacts de la maladie.

Toutefois il faut noter que face aux graves conséquences des pratiques de stigmatisation et de discrimination qui favorisent la rupture des liens sociaux de la PVVIH, des associations de personnes vivant avec le VIH se sont organisées pour soutenir.

Les résultats de ces études citées ci- exposent pour la plupart le discours dominant sur le phénomène du VIH/sida en différents points: le VIH/sida comme une maladie hétérosexuelle avec différentes groupes à risque, une situation aggravée de l'épidémie en