

Le mourant et Le mort. Approche ethnographique du/de la mort du malade du sida au Burkina Faso

Par Salfo LINGANI¹

Résumé

La « vie normale » des malades change de cours à l'issue de la découverte de leur séropositivité. Les femmes séropositives militent dans les associations comme refuges dès l'aperçue de leur maladie comme source d'exclusion tant de la sphère conjugale que de celle de la famille d'origine. Les associations rafistolent la vie socialement désarticulée de la séropositive qui change de religions comme stratégies de survie. Elles remplacent la famille en jouant un rôle accompagnateur du mourant. Mais jusqu'à quel niveau l'implication associative peut-elle aller ? Autant de questions que nous élucidons à travers les données collectées auprès des malades du sida à l'aide de corpus d'entretiens individuels et d'observations des proches qui témoignent sur la gestion de leur dépouille mortuaire.

Mots-clés : séropositivité, mourant, stratégies de survie, mort, enterrement.

Introduction

Les recherches documentaires sur le sida en Afrique montrent que dès son apparition dans les années 1980, le continent a été très tôt désigné comme le berceau du sida en mêlant les données de projections aux fantasmes (Bibeau, 1991). En effet, les premiers taux alarmistes de cas de sida sur les pays africains ont porté sur les patients hospitalisés, les prostituées, les femmes enceintes, etc. Ils ont montré que les rejets du préservatif ont nourri les perspectives pessimistes en terme de propagation du virus (Hirsch, 1987). Ces projections de l'épidémie ont été faites conjointement par les organismes de santé nationaux et internationaux qui ont élaboré le nombre des

¹ Département de sociologie/UFR/SH, Université de Ouagadougou.

victimes probables chaque année (Joinet et Mugolola, 1994). Elles avaient montré en insistant que le sida toucherait les populations africaines beaucoup plus larges que les groupes à risque (Sontag, 1989). Même si l'hécatombe prédite ne s'est pas produite (Garenne et al, 1995), force est de constater que le sida a fait de millions de morts en Afrique (Becker, 1999). Joinet et Mugolola (1994) ont pris des exemples sur des séropositifs en Tanzanie pour montrer leur fascination de la mort en exposant comment la femme dominée avait été infectée par son mari séropositif. Ce rapport dominant de l'homme sur la femme en matière de sexualité a ouvert la voie à la transmission massive du virus. Dans cette logique de propagation sexuelle du virus, le sida est considéré comme une maladie au féminin à partir des années 1990. Le Palec (1999) et Taverne (1996) dénoncent sans recherches empiriques qu'au Mali et au Burkina le lévirat contribue à propager le virus qui endeuillera plusieurs familles. C'est aussi dans le sens de victimisation funeste que Tchak (2000) attire l'attention sur le rôle ambigu de l'église qui cherche à contrôler la culture de la mort dans un contexte africain.

Mais ces différents travaux n'abordent pas la question spécifique du séropositif mourant, encore moins sa dépouille mortuaire. Moro et Idriss (1996) ont tenté en France d'aborder la solitude progressive de la mourante séropositive d'origine malienne devant sa propre mort. Le Palec et Pagezy (2003) ont montré qu'au Mali, les prières et les prêches aident le mourant à supporter sa peur. C'est Fassin (2006) qui a montré que le mourant sud-africain anticipe sa fin en cotisant dans des sociétés funéraires qui permettent que, le moment venu, son enterrement soit honorable et digne.

Au Burkina Faso, très peu de recherches ont questionné le séropositif mourant et son cadavre. C'est Cros (2005), dans une démarche ethnologique à travers une narration graphique, qui a mis en évidence le processus létal du sida chez le lobi. Bien que sa recherche soit au centre de la thématique du/de la mort du sida, elle se limite à l'imaginaire des témoins privilégiés (guérisseur, fossoyeur, balafoniste) sur le pays des morts. Pour notre part, nous énonçons que la « vie normale » des femmes change de cours dès l'aperçue de leur séropositivité comme source de discrédit et d'exclusion conjugale et parentale. Les associations¹ contribuent à les réhabiliter face à la précarité économique qui est telle qu'elles pratiquent diverses religions² comme stratégies de survie. Elles endossent de nouvelles fonctions d'assistant du mourant

jusqu'à sa mort. Mais jusqu'à quel niveau cette implication associative peut-elle aller ? Comment les rituels funéraires sont-ils organisés ?

Autant de questions que nous élucidons avec les matériaux qualitatifs recueillis à l'aide d'un tri de données spécifiques autour de la thématique-du-de la-mort du malade du sida dans une enquête répétitive auprès de 101³ malades du sida de 2006 à 2011. L'enquête répétitive a permis de constater l'interaction du mourant avec son entourage social (Strauss, 1992), sa mise hors de la vue des bien-portants avant sa mort, ses stratégies de survie et de rendre compte de la gestion de sa dépouille mortuaire. Mais comment publier ces opinions privées des malades sans rompre le contrat de confiance. Pour ces raisons, nous substituons les prénoms des malades et bien-portants par des prénoms fictifs en vue de sauvegarder l'immersion associative des séropositifs qui ont autorisé la fouille de leur vie privée et familiale lâche.

1- La rupture familiale, la mort sociale et stratégie de survie du mourant

Les recherches de Strauss et Glaser⁴ (1965) ont investigué la conscience du patient de sa mort proche. Elles s'organisent autour des styles de mort dans le milieu hospitalier où le mourant doit affronter la mort imminente, ce qui signifie qu'il sera jugé et se jugera lui-même selon les normes d'une conduite particulière. Mais Elias (1988) remonte le temps pour montrer que l'agonie avait été abordée au Moyen-Âge comme un événement social auquel proches et moins proches s'impliquent dans sa résolution. L'agonie apparaît aujourd'hui comme un égarement de solitude. Pour lui, la mort et l'agonie n'ont plus que jamais été mises derrière les coulisses de la vie normale. Le malade agonisant, relégué hors du regard des siens, est exploré par Elias qui redonne son sens dans un contexte de sida. En effet, Moro et Idriss (1996) ont tenté de montrer le processus de la solitude de la mourante séropositive. Pour eux, la mourante a besoin de préparer sa propre mort avec son groupe d'appartenance social (Serge Hefez, 1996). Par contre, Le Palec et Pagezy (2003) ont mis en exergue la peur du rejet et la honte du mourant. Cette peur avait gagné la plupart des séropositives enquêtées, déstabilisées par le manque de courage d'affronter l'entourage social. En effet, l'institutrice Zoura a 38 ans et vit seule avec sa fille. Elle est issue d'une famille polygame de quinze enfants. Son rang de première fille, doublée de fille-mère d'un enfant, de sa mère fait d'elle une ratée de cette famille polygame. Séropositive, elle a

longuement réfléchi sur sa décision d'informer sa mère qui n'a pourtant pas tenu sa promesse de garder le secret par rapport à ses soeurs. Elle ne veut pas que sa marâtre et de ses enfants sachent qu'elle est séropositive. Elle est morte d'inquiète car elle a peur que le peu de dignité restante ne soit ternie qui pourrait précipiter sa mort imminente. Même au service, elle n'a informé personne. Elle explique ses raisons : « *quand il y a une réunion on convoque tous les enseignants sauf elle* » (Zoura, 2003). Zoura a donc peur de *perdre la face* (Goffman, 1970) avec le groupe familial. Mais elle est socialement morte du sida car au lieu qu'elle soit rapprochée des membres de sa famille de naissance, elle est condamnée à l'isolement. Elle est soucieuse de préserver les privilèges de son rang de première fille. Quant à Fifi, elle vit déjà la peur ahurissante que Zoura évite à tout prix. Elle a 25 ans, employée de bureau et vit avec sa fille. Son concubin se sépare d'elle et menace de retirer sa fille parce qu'elle est séropositive. Elle raconte les conséquences de sa négligence de l'objet de menace : « *Il a appelé mon papa sur son portable pour lui dire que je suis séropositive.* » Elle s'isole de plus de plus de sa famille après cette divulgation de sa séropositivité pour éviter les regards discrets et les dénigrement de sa marâtre et ses enfants. Mais elle ne sait pas jusqu'à quel moment le secret sera gardé parce que, selon elle, le père indiscret de son enfant est aussi malade qu'elle décrit avec amertume : « *c'est lui qui va faire que les gens vont savoir que je suis malade parce qu'il est malade physiquement, il a les lèvres toutes rougeâtres et il a dé péri.* » (Fifi, 2006) Fifi est en pleine crise avec ses proches. Elle ne sait pas à quel s'attacher dans la tempête variable de panique tantôt en compagnie de ses copines et collègues de bureau, tantôt de sa marâtre et ses enfants. Mais les séropositives citadines avaient mené cette bataille en famille avant d'être accueillies dans les associations.

En effet, Nata a 37 ans et est divorcée à cause de sa séropositivité. Elle avait été hébergée sous le hangar du centre médical avant de rejoindre l'association APIAS. Quant à Mama, elle est chassée par son mari. A 44 ans, elle échoue un appel au secours auprès de son frère intransigent : « *il m'a dit ne plus revenir chez lui* » (Nata, 2008). Ria n'a pas dit mot sur sa maladie mais elle a été trahie par la minceur déshonorante de son corps, la cassure de ses cheveux et la rougeur des lèvres qui lui ont mis en conflit avec son mari et ses parents. On se rend compte que la rupture des liens familiaux de la femme s'est amorcée progressivement après la communication avec l'entourage sur l'infection à VIH suivie dans la plus fréquente de dispersion de leur capital social. Exclue des espaces de vie familiale, la malade est dénuée du même

coup de l'enveloppe groupale et des rites domestiques importants aux jeux de Mauss (1967) qui a montré l'importance des rites de la naissance dans les sociétés. Mauss pose par exemple les jalons de la recherche sur l'usage du placenta⁵ dans la plupart des sociétés. Barry (2001) montre que le rapport au placenta ne saurait être réduit à la mise en terre et au pourrissoir. Il souligne l'articulation du placenta, du corps familial et de l'espace symbolique en s'appuyant sur le dilemme dans lequel avait mis un habitant de Ouagadougou par rapport à la vente de sa maison d'habitation : « *d'un côté, ça fait beaucoup d'argent, [...] mais ce sont mes entrailles qui sont enterrées là!* »⁶ Mais Sawadogo (2003) montre mieux la fonction du placenta en insistant sur sa fonction éducationnelle qui franchit la dimension individuelle de la femme pour organiser des aspects de la société. Selon l'auteur, les litiges fonciers, par exemple, sont souvent réglés sur la base attestée du premier placenta d'un fils à avoir été enterré sur le lieu faisant l'objet du différend⁷.

Mais, l'exclusion familiale de la séropositive qu'engendre le sida détruit en profondeur la dimension sacrale des entrailles socialement encensées par la famille. En effet, un couple séropositif avait enfoui le placenta au sein du Centre Médical qui était un abri provisoire. Or pour Barry (2001) et Sawadogo (2003), son enfouissement s'effectue dans la meilleure fréquence des cas au domicile paternel du nouveau né avec un rituel domestique. Mais cette pratique extraordinaire du couple séropositif met à nu les ruptures symboliques produites par l'exclusion totale de la séropositive bafouant socialement ses entrailles sur l'espace public. Elle démystifie le rapport mythique de la séropositive qui perd progressivement un des fondements symboliques de sa place sociale versus sa mort sociale par rapport au groupe familial.

Cette coupure sociale est ressentie par la femme confrontée à l'épreuve d'individualisation de la mort sociale en période d'épidémie (N. Elias, 1975 ; C. Herzlich, 1984). On peut s'attarder sur la désaffiliation des liaisons affectives de Zenabou⁸ pour montrer sa solitude. A trente (30) ans, elle est veuve avec trois (3) enfants à sa charge. Elle est mourante à la gare du train au retour d'un voyage. Arrivée dans une santé très dégradée, les employés de cette gare ferroviaire avaient alerté les responsables de son association dans la mesure où cette veuve ne pouvait plus compter sur aucun membre de sa famille d'origine⁹. On saisit que la crainte de la réaction négative de l'entourage par rapport à la personne touchée par le sida demeure vive. Plusieurs femmes, veuves ou divorcées, enquêtées relatent les malheureuses expériences vécues relatives au dénouement total avec la famille de naissance. C'est

dire qu'elles se représentent ce qui peut leur arriver lorsque la santé est extrêmement dégradée. Pour éviter de tomber dans la situation de la veuve Zenabou, certaines femmes en rupture totale avec leur famille d'alliance et de naissance s'accrochent à une religion¹⁰ porteuse d'espoir pour rebondir sur la scène de la vie sociale.

Au-delà de la destinée des femmes décrite par Joinet et Mugolola (1994), Tonga (1999) fait un travail de fouille auprès des « travailleurs de Dieu » en mettant leur affirmation sur le pouvoir de guérir le sida dans le discours religieux. Le Palec et Pagezy (2003) prennent des exemples sur les malades du sida au Mali pour rendre compte de leur peur. Le malade utilise les prières et les prêches pour supporter son état moribond. Pour notre part, on constate que le mourant prend son courage à deux mains pour affronter le sida. En effet, les femmes séropositives sont conscientes de leur mort lente qui vient à petit pas vers une brève échéance. Elles sentent que l'étau se ressert autour d'elles à travers l'effondrement de leur corps comme beurre au soleil. Précarisées et dépendantes¹¹ des aides associatives, comment les séropositives tentent de vivre le plus longtemps possible face au calvaire du sida ? La religion semble aussi leur permettre de tenir le bon bout de la bouée de sauvetage dans le naufrage du sida.

La conversion religieuse organise la vie de la plupart des femmes qui abandonnent leur religion d'origine au profit d'au moins une autre plus porteuse. Cette reconversion ne s'est pas opérée sans concurrence violente exclusive entre les options religieuses. Nadia est veuve âgée de 30 ans. Elle raconte les clivages religieux dans une appartenance familiale : *« c'est mon père qui avait été protestant. C'est pour ça qu'il y'avait eu la mésentente. J'ai un grand frère musulman, un autre est catholique donc comme moi je suis devenue protestante, ils n'avaient pas aimé et c'est pourquoi ils m'avaient détesté et m'avaient renvoyé. »* (Nadia, ouaga 2008) Le sida semble mettre à l'ordre du jour une crise profonde, en matière de positionnement dans l'espace religieux, qui mine cette famille. Mais la quête de santé est la principale cause, selon les femmes, de cette transhumance religieuse. A trente ans, Nadia a deux enfants à sa charge. Malade, elle tente par exemple la voie divine pour se soigner : *«c'est parce que je suis malade que je suis rentrée si non mon mari est musulman, c'est à cause de la maladie que je suis devenue protestante si j'entre là-bas, je vais avoir la santé »*. La recherche de la santé perdue est elle la principale raison de ce revirement de Nadia dans l'espace religieux ? J. Tonda (1990) montre que les péripéties du parcours thérapeutiques préparent les malades reconverties à accepter l'interprétation culturelle et symbolique de la maladie et du moyen pour la vaincre.

L'explication de Rita en situation de conversion religieuse donne un éclaircissement sur sa transhumance stratégique. Cette femme est plus explicite sur son insécurité sociale. Son discours éclaire ses manœuvres dans le champ divinatoire. Elle dit que : « *avant j'étais musulmane, mais depuis que ma maladie a commencé, arrivée ici [association] je suis devenue chrétienne. Je pars à l'église, je pense que je vais rester comme ça.* » Le sida conduit à ce cadre associatif, chargé de valeur religieuse différente de celle de son mari, obligeant cette veuve à changer de groupe religieux. Née dans une famille musulmane et mariée selon ces valeurs religieuses, elle est devenue chrétienne et veut le rester. Ce n'est pas sans raisons. Elle explique les logiques qui sous-tendent sa décision de subsister dans ce champ religieux. A la question de savoir pourquoi avait-elle changé de religion ? Elle dit ceci : « *Comme je suis ici je leur appartiens, quoi que je sois bien ou mauvaise, je suis à eux. Ce sont eux qui s'occupent de moi plus que ma famille, voilà pourquoi j'ai décidé de devenir protestante.* » Cet extrait d'interview montre mieux les motifs de la reconversion de cette veuve dans les champs religieux. Entre la famille repoussante suite à la découverte de sa séropositivité et l'appartenance religieuse qui semble soutenir sa vie affectée par le sida, elle opte pour celle qui vient au secours. D'ailleurs, elle est plus attachée à cette relation affectueuse. Elle fait usage d'une métaphore pour faire comprendre la forte intensité des liens sociaux de cette affectivité aussi reconvertisse en conduite sociale et en valeur marchande : « *Si j'ai accepté d'être protestante, c'est que quand tu vis avec quelqu'un, il faut être droit sur un seul chemin pour que quand tu auras un problème, qu'il puisse te suivre et t'aider.* » Quant à Josué, il dit de son culte religieux que : « *cela apporte une quiétude psychologique qui aura des répercussions sur le biologique. Et cette répercussion sur le biologique permet que l'organisme soit à même de fabriquer. J'allais dire d'autres soldats [défense du système immunitaire] pour contrer la maladie. Et plus, si cela est fabriqué, plus la personne retrouve son allure normale, et la personne est prête à vivre. Donc, je dirai qu'il y a cet avantage du fait que la personne retrouve le goût de vivre.* » (Pasteur, Ouaga, 2008) Mais il n'y a pas que la vie biologique et son aspect psychique. Cet attachement dépasse la dimension symbolique du vécu quotidien de ce groupe religieux pour une vue stratégique de survie. Consciente du dénouement total avec l'entourage conjugal et familial, Rita s'intègre socialement et prépare aussi sa dépouille funèbre en s'entourant de personnes susceptibles de venir en aide pour sa survie et de s'occuper de son cadavre (lavage, parure, enterrement). Elle a ses

objectifs et est plus explicite en ces termes : « *Si je meurs ce sont ceux d'ici (association) qui vont m'inhumer et non ma famille qui m'a chassée parce que je suis malade. C'est pourquoi je suis restée protestante* ». La reconversion religieuse semble être une adhésion concrète et stratégique de la mourante au milieu d'accueil en vue aussi de préparer son inhumation. Mais à partir des exemples pris sur les mourantes abandonnées à l'état cadavérique, peut-il avoir du monde autour de leur cadavre ?

2- La mort solitaire et l'inhumation du mort

Mauss¹² (1967) a montré dans le rituel funéraire les cultes publics, les différentes phases du rituel funéraire et ancestral. Pour lui, on distingue trois temps dans l'observation ethnographique des rites funéraires dans les sociétés : le départ provisoire de l'âme, le premier enterrement et le deuxième (et troisième) enterrement ou service funéraire. Quant à Le Breton (2002), il montre que le recueillement autour de la mémoire d'un cadavre, même d'un inconnu, ne laisse personne insensible. Il expose le fait que la dépouille mortelle de l'humain soit au centre d'une culture du deuil signifiant sa place particulière dans la mémoire familiale et collective. En Afrique subsaharienne les manifestations sociales du deuil changent selon les circonstances de la mort en relation avec la position sociale du défunt. Une défunte occupe sans doute une position sociale en relation avec le rang social de son mari qui a la charge au premier chef de remplir les formalités funéraires. On sait qu'après la mort du mari, la domination masculine que Bourdieu (1998) décrit sur le rapport de force dominant de l'homme organise la gestion sociale du cadavre de la femme. Mais qu'en est-il de la dépouille mortuaire de la séropositive ?

Dans les ressources livresques, Jackson (2004) a expliqué le processus du deuil du mort du sida en donnant des conseils sur les différentes étapes à suivre par précaution. Fassin (2006) évoque l'expérience du deuil sud-africain en terme d'épargne du mourant dans des sociétés funéraires pour garantir son enterrement honorable. Quant à Cros (2005), elle a montré comment le sida est désigné par les lobi comme une maladie qui colle et son porteur, même mort demeure dangereux pour ses proches qui le logent dans la catégorie de « mauvais morts » avec un rituel funéraire nécessitant des règles de précaution particulière. Sawadogo (2003) donne un meilleur éclairage sur la mort progressive du séropositif mourant. Il fait un témoignage sur son cousin

Yamba de retour au village natal après six ans de vie tumultueuse d'apprenti-chauffeur dans la capitale. L'auteur souligne que la maladie a réduit Yamba en une sorte de cadavre vivant : *«de squelette qui bouge, qui parle, qui appartient déjà au monde des morts.»* Il dit que son cousin était un : *«homme humilié, presque déshumanisé»*¹³ Ce qui est extraordinaire, c'est que Yamba mourant avait été accepté au village. Or, la plupart des séropositives enquêtées ont souvent été chassées de la famille conjugale et rejetées par leurs proches parents après la révélation de leur séropositivité. Mais pourquoi Yamba a-t-il été reçu dans son village natal ? Deux raisons essentielles sous-tendent cette logique sociale : le statut d'homme et originaire du village. En effet, son statut d'homme donne droit au retour au village natal sans renvoi même s'il était mourant : *« Tantôt, il était terrassé par une crise de paludisme, tantôt par des maux de tête....»* L'auteur montre que son cousin est tombé ensuite progressivement, en l'espace de quelques jours, dans une situation de malade grabataire, souillé au milieu des odeurs de son corps qui a fait que sa propre mère a préféré sa mort qu'à sa lutte pour la survie. Il dit ceci : *« Elle fut prise de pitié à la vue de son fils [...] elle pleura en implorant le Dieu Tout Puissant de reprendre le reste de vie de son fils pour lui épargner tant de souffrances. »* Au décès de son cousin, l'auteur explique son inhumation : *« Un après-midi, nous apprîmes le décès de Yamba [...] Il fût inhumé assez rapidement car tout le monde avait pu être facilement rassemblé au cimetière, chacun s'attendait à sa mort d'un jour à l'autre »*¹⁴ L'enterrement à la hâte de Yamba montre que les rites funéraires ont été exécutés dans leurs simples expressions. Mais Yamba a été mieux honoré que la séropositive abandonnée par son mari et ses parents.

L'échec conjugal consécutif à la séropositivité de la femme est considéré comme une désaffection tout d'abord individuel à l'image de soi, puis de proche en proche, en termes de rupture de lien qui conduit à l'exclusion conjugale, puis à la rupture totale avec les proches, pour finalement, au pire des cas, entamer un processus de mort solitaire sans rituelle coutumière. La santé précaire de Yamba rappelle celle de Fatma que nous avons observée sur la terrasse du centre¹⁵ d'accueil d'APIAS. Mais Fatma avait réussi à se refaire une santé qui a permis son retour aux affaires économiques dans son quartier périphérique à proximité de ce centre. Elle avait été donc perdue de vue par les responsables du centre. Mais quelques mois plus tard elle a été ramenée au centre dans un état pitoyable. Elle avait tellement maigri que sa peau était collée aux

os de son visage, de ses bras et de ses jambes. Elle était devenue méconnaissable, couchée au sol et couverte de mouches. Un des responsables de l'association nous explique qu'il y a eu plusieurs mourantes comme Fatma. A cette étape, nous confie-t-il, « *il y a plus rien à faire, on attend sa mort.* » (responsable association, Ouaga, 2009). Il prend des exemples sur Nicole, Binta et Sophie qui avaient traversé ce moment mais elles sont toutes décédées. Et chaque veuve a eu sa propre histoire de mourante abandonnée par les proches. Mais peut-il y avoir du monde autour de leur cadavre ?

L'examen de la dimension funéraire peut fournir des réponses à cette interrogation. En effet, le président d'association dit qu'en cas de décès d'un malade, les autres membres s'organisent pour son enterrement dans le cimetière du quartier. Il fait savoir que Nicole, Binta et Sophie avait été enterrées sans que leurs familles d'alliance et d'origine ne soient impliquées dans les formalités mortuaires. Zenabou avait subi le même sort que ces séropositives après son retour de son voyage dans un état moribond. De la gare ferroviaire, elle avait été admise en soins intensifs au Centre Médical et avait été assistée par les autres femmes cohabitant au centre d'hébergement de l'association. Elle est décédée par la suite au centre médical sans l'assistance d'aucun membre de sa famille. Ce sont les membres de son association et les fidèles d'une église protestante qui avaient organisé les formalités mortuaires. On se rend compte que dans les grandes villes (Ouaga), le mort du sida a été enterré sans les proches parents. Les associations et les institutions religieuses ont en charge la coordination de la gestion des étapes successives dans le parcours mortuaire du corps défunt (Trompette, 2009).

Contrairement au rapport instrumental au champ religieux en milieu urbain où il y a un déchaînement assez détendu des liens familiaux, les séropositives en milieu semi-urbain (Orodara) ne changent pas de religion comme stratégie de survie. Renvoyées par la famille conjugale, elles sont admises par les parents ainsi que les associations qui s'impliquent dans l'organisation de leur inhumation. En effet, Amina vivait dans la grande ville. Elle est revenue mourante dans la petite ville où vit sa mère. Mais elle est décédée à l'infirmerie. Drissou, un des responsables d'association, raconte l'événement malheureux et son implication dans le projet d'inhumation : « *l'infirmier m'a appelé directement pour me dire qu'elle est décédée...pour transférer son corps,*

il fallait quelqu'un de sa famille donc j'ai appelé un membre de la grande famille qui est venu constater et après on a transféré son corps chez elle...l'association a été impliquée jusqu'à l'enterrement. » (Drissou, Orodara, 2009) Il a joué le rôle d'offreur de services funéraires charitables mais aussi le mandataire qui a pris l'initiative d'informer ses frères en ville et de coordonner la gestion de sa dépouille. « *Matériellement, moralement nous avons assisté la grande famille avant l'arrivée de ses frères que j'ai appelés à Bobo.* » Drissou est indéfectible en matière de soutiens aux malades. Il est venu en aide à Astou¹⁶ qui était orpheline des deux parents. A 21 ans, elle vivait avec sa grande mère maternelle et avait été hospitalisée à cause de ses multiples rechutes de santé. Mais sa grande mère n'avait pas d'argent pour honorer les ordonnances. C'est Drissou qui a été sollicité pour le paiement des médicaments et des examens médicaux. Il nous avait mis au courant de l'hospitalisation. Nous avons souvent rendu visite à Astou en l'encourageant quelque fois à s'alimenter. Malheureusement quatre jours après sa dernière hospitalisation, elle est décédée. Nous avons été surplace avec les membres de l'association qui ont pris en charge les frais du transfert de son corps au domicile par l'ambulance. Décédée à 11 heures, Astou a été inhumée à 14 heures dans le cimetière public, hors de la ville. Les infirmiers, les voisins et les moins proches parents ont honoré de leur présence à son enterrement. Mais au village, l'enterrement du mort du sida semble mobiliser de moins en moins du monde qu'en temps ordinaire. Baba est décédé pendant que nous étions dans son village. Il était revenu de la côte d'ivoire, seul sans femme et enfants, dans un état squelettique. Il était le seul homme qui avait donné son accord pour l'enquête. Malheureusement il est décédé. C'est dans un état de désolation totale que son frère aîné, Sina, conscient de son droit d'aînesse à exercer en parole, nous a accordé l'entretien. Il est le dernier à écouter les confidences de son petit frère perdant ses dernières forces dans le combat contre la mort : «*deux jours avant, il m'a dit qu'il ne pourra plus supporter la maladie là*»¹⁷. Sina parle aussi de son instant fatidique qu'il décrit avec tristesse : «*il est décédé dans mes bras, ça a été un regret total*». Il poursuit son récit : «*Je l'ai couvert, j'ai couru informer l'infirmier et lui dire que l'enterrement sera à 14 heures.* » Baba a eu droit à des rites présentant dûment son corps défunt en termes de toilette et d'habillage décoratif : «*on l'a lavé, donc l'habiller, l'entretenir correctement, on a prié sur lui car nous sommes des musulmans et on est allé l'enterrer* » Il était monogame, à la tête d'une famille de cinq enfants. Mais son cadavre n'a pas eu l'honneur de son statut social. Aucun

homme d'âge avancé n'a été associé à la prise de décision sur l'heure de son inhumation et sur les sites funéraires. Il a été accompagné par quelques personnes à sa tombe « *comme les gens sont déjà partis au marché, il n'y a pas assez de gens dans le quartier encore, j'ai mis l'enterrement à 14heures, donc j'ai commencé à appeler les gens, à 14heures on a fait l'enterrement.* » Son enterrement a été rapidement exécuté, même sa femme n'a été mise au courant de son décès qu'après son inhumation : « *après l'enterrement j'ai appelé sa femme en Côte d'Ivoire pour l'informer que son mari est décédé.* » Quant aux funérailles, elles ont été organisées au troisième au lieu du septième jour. Sina, frère aîné du défunt justifie : « *bon tout le monde a sa manière de faire ses funérailles ; il y a des gens qui les font jusqu'au septième jour mais nous avons fait le « doua » au troisième jour seulement.* ». L'enterrement de la personne morte du sida mobilise peu de monde qu'une inhumation ordinaire. Il est réduit à sa plus simple expression en écourtant les formalités mortuaires.

Conclusion

La rupture des liens familiaux des séropositives s'amorce progressivement après la communication avec l'entourage familial sur le sida. Exclue des espaces de vie familiale, les séropositives sont dénudées de l'enveloppe groupale qui les articule avec leur milieu social. Elles militent dans les associations où la religion joue un rôle important dans leur vie socialement reconstruite. Conscientes de leur mort lente qui les détruit à petit feu, les séropositives vivant en milieu urbain abandonnent leur religion d'origine au profit d'au moins une autre plus rentable pour résister à l'anéantissement du sida. En cas de décès, les responsables d'associations organisent leur enterrement dans l'indifférence totale des parents et des familles d'alliance. En milieu semi urbain, l'enterrement du mort du sida se fait aussi dans le cimetière public en présence de peu de parents sous l'assistance des responsables d'associations et des agents de santé.

Bibliographie

BARRY, A. (2001). *Le corps, la mort et l'esprit du lignage*, Paris, l'Harmattan.

BASZANGER, I. (1986). « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, vol. XXVII, p.3-27.

- BOURDIEU, P. (1993). *La misère du monde*, Paris, Seuil
- CROS, M. (2005). *Résister au sida : récits du Burkina*, Paris, PUF.
- LE BRETON, D. (2002). Silence de mort, dans *Revue de l'institut de sociologie*, Université Libre du Bruxelles, n°1-4, p.79-89.
- LEPALEC, A. (1999). « Le sida, une maladie de femmes », dans BECKER, C. DOZON, J.P., OBBO, C. et TOURE, M. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar, Parias, Codesria, Karthala & IRD, p 343-362
- ELIAS, N. (1988). *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois.
- FASSIN, D. (2006). *Quand les corps se souviennent : Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- GOODY, J. (1997). « L'homme, l'écriture et la mort. Entretiens avec Pierre-Emmanuel Dauzat, *Revue Française de sociologie*, Vol 38, n°1, p.190-193.
- HIRSCH, E. (1987). *Le Sida-Données et perspectives : problèmes politiques et sociaux*, Paris, La documentation Française, n°565.
- JOINET, B. et MUGOLOLA, T. (1994). *Survivre face au sida en Afrique*, Paris, Khartala.
- LEPALEC, A. et PAGEZY, H. (2003). *Vivre avec le sida au Mali : Stratégie de survie*, Paris, Budapest et Torino, l'Harmattan.
- LINGANI, S. (2011). « De l'expérience singulière d'une infirmière séropositive en besoin de création d'association de malades du sida », *Annales de l'Université de Ouagadougou*, Série A, Vol. 013, p.250-279.
- MAUSS, M. (1967). *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot.
- MAZINA, D. (2005). « Vision d'Afrique et le sida : de la négation à l'implication », dans *La Femme, Le Continent Noir*, GRAAPAF/L'Harmattan N°6, p.57-159.
- MORO, M. R. et IDRIS, I. (1996) « Vivre malgré le sida, Survivre à la mort culturelle : Aspects psychiques et travail ethno psychanalytique » dans HEFEZ S, (dir.), *Sida et vie psychique, approche clinique et prise en charge*, Paris, La Découverte
- PALÉ, A. (2009). « Les frontières de la maladie : le vih/sida et l'identité dévalorisée du migrant lobi, Burkina Faso », in *Cahiers du CERLESHS*, P.U.O, Tome XXIV, n°32 : 107-124
- ROUAULT, Y. (1999). « Penser la vie quotidienne des sidéens : exil social et corporel, Université Libre de Bruxelles » in *Revue de l'institut de sociologie*, n°1-4 : 79-89

SAWADOGO, A. Y. (2003). *Le sida autour de moi*, Paris, l'Harmattan.

SONTAG, S. (1989). *Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois.

STRAUSS, A. et GLASER, B. (1992). (1965 1^{ère} éd.), « La conscience d'une mort proche » in STRAUSS A, (dir.), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'harmattan : 87-112

TAVERNE, B. (1996). « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 14, n°2 : 87-105.

TCHAK, S. (2000). *L'Afrique à l'épreuve du sida*, Paris, l'Harmattan.

TONDA, J. (1999). « Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida » in BECKER C, DOZON JP, OBBO C et TOURE M, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar, Parias, Codesria, Karthala & IRD : 631-644

TROMPETTE, P. (2009). « Les conseillers funéraires : du tact civil aux tactiques commerciales » in DEMAZIÈRE D et GADÉA C, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La découverte.

Salfo LINGANI est assistant au Département de sociologie de l'Université de Ouagadougou au Burkina Faso. Il est chercheur au Laboratoire, Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL). Il a une thèse en sociologie dont le thème est : *Constructions sociales du sida et prises en charge de malades en situation de travail au Burkina Faso*, Thèse de doctorat, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2010 .

Il a écrit plusieurs articles sur les questions liées au sida dont : « De l'expérience singulière d'une infirmière séropositive en besoin de création d'association de malades du sida », *Annales de l'Université de Ouagadougou*, Série A, Vol. 013, 2010. p 250-279 et « Violences conjugales et dépendances économiques de la séropositive », *Annales de l'Université de Ngaoundéré*, Série A, Vol XIII, 2011.p 83-93

¹ Les cinq associations enquêtées sont reconnues par l'État et le Comité National de Lutte contre le Sida : L'Association de Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA (APIAS) de Ouagadougou, l'Association Espoir pour Demain (AED) de Bobo-dioulasso, l'Association des Femmes pour le Développement du Burkina (AFEDEB) de Ouahigouya, l'Association Solidarité Vie (Solvie) de Yako et l'Association pour la Promotion de la Jeunesse Africaine et le Développement (APJAD) de Orodara.

² L'Union des Religieux et Coutumiers contre le Sida (URCB/Sida) regroupe les différents comités des communautés religieuses (Coutumiers : CNCCTLS, Catholiques : CNCLS, Évangéliques : CNELS, Islamiques : CIALIS).

³ Il y a eu 75 malades du sida issus des cinq associations présentées ci-haut (2006 à 2011). Nous remercions les équipes de l'IRD/Ouagadougou et celle du GRIL/Université de Ouagadougou qui ont conjointement mis en œuvre les programmes 12121 et 12181, financés par l'ANRS. Une recherche doctorale (2006-2008) a aussi fourni les corpus d'entretiens auprès de 26 malades de l'association Burkin'action de Ouagadougou.

⁴ Strauss, 1992.

⁵ Certains auteurs (Bonnet, 1988 ; Cros, 1990) empruntent cette piste pour montrer les significations variables dans les sociétés africaines.

⁶ Barry, 2001. Op. citée, p 30.

⁷ Sawadogo, 2003, p51-52

⁸ Entretien, association APIAS, Ouaga, 2008

⁹ La femme hésite entre le silence et la divulgation de sa séropositivité avec ses enchaînements d'événements inattendus et d'insécurité que N. Elias montre chez les mourants qui éprouvent l'une de leur dernière grande joie à être assistés par des proches parents et des amis, à recevoir une dernière preuve d'affection qui est un signe qu'ils comptent pour les autres. La reconnaissance réciproque réchauffe le cœur et donne l'impression d'appartenir à une communauté. Cf. Elias, 1988. pp 115-116

¹⁰ Nous suggérons de lire pour plus de détails sur la conversion identitaire, Berger et Luckmann, 2005

¹¹ Déshéritées, les femmes (divorcées et veuves) démunies deviennent économiquement dépendantes de l'association (Lingani, 2011

¹² Mauss, 1967, p322-326

¹³ Sawadogo, 2003. p42

¹⁴ Ibidem. p46.

¹⁵ Centre d'accueil de l'association APIAS situé dans un quartier populaire de Ouagadougou

¹⁶ Notes d'observations, Orodara, 2009

¹⁷ Extrait entretien, APJAD, 2009