



Revue Pluridisciplinaire du Département de Sociologie

ISSN : 2756-7680

**© Presses Universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 (Burkina Faso)
Université Joseph KI-ZERBO**



Volume 1 N° 002 - Juillet 2025

Administration

Directeur de publication
Alexis Clotaire Némoby BASSOLÉ
Maître de conférences

Directeur adjoint de publication
Zakaria SORÉ, Maître de conférences

Secrétariat de rédaction

Dr Abdoulaye SAWADO
Dr George ROUAMBA
Dr Paul-Marie MOYENGA
Dr Miyemba LOMPO
Dr Adama TRAORÉ

Contacts

03 BP 7021 Ouagadougou 03 (BurkinaFaso)
Email : rah@ujkz.bf
Tél. : (+226) 70 21 27 18/78840523

Éditeur

Presses Universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 (Burkina Faso)

Volume 1 N° 002 - Juillet 2025

Comité scientifique

André Kamba SOUBEIGA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Alkassoum MAÏGA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Augustin PALÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Valérie ROUAMBA/OUEDRAOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Gabin KORBEOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Ramané KABORÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Fernand BATIONO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Patrice TOÉ, Professeur Titulaire, Université Nazi Boni, Ludovic O. KIBORA, Directeur de Recherches, Institut des Sciences des Sociétés, Lassane YAMEOGO, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Jacques NANEMA, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Aymar Nyenyenzi BISOKA, Professeur, Université de Mons, Issaka MANDÉ, Professeur, Université du Québec A Montréal, Magloire SOMÉ, Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo. Mahamadou DIARRA, Professeur Titulaire, Université Norbert Zongo, Relwendé SAWADOGO, Maître de conférences Agrégé, IBAM, Hamidou SAWADOGO, Maître de conférences Agrégé, IBAM, Patrice Rélouendé ZIDOUEMBA, Maître de conférences Agrégé, Université Nazi Boni, Aly TANDIAN, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger, Pam ZAHONOGO, Professeur Titulaire, Université Thomas Sankara, Didier ZOUNGRANA, Maître de Conférences Agrégé, Université Thomas Sankara, Salifou OUEDRAOGO, Maître de conférences Agrégé, Université Thomas Sankara, Oumarou ZALLÉ, Université Norbert Zongo, Driss EL GHAZOUANI, Professeur, Faculté des Sciences de l'Éducation, Université Mohammed V de Rabat/Maroc, K. Jessie LUNA, Associate Professor, Sociologie de l'environnement, Université d'État du Colorado - CSU.

Comité de lecture

Alexis Clotaire BASSOLÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Zakaria SORE, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Seindira MAGNINI, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Évariste BAMBARA, Philosophie, Université Joseph Ki-Zerbo, Issouf BINATÉ, Histoire des religions, Université Alassane Ouattara, Abdoul Karim SAÏDOU, Science politique, Université Thomas Sankara, Gérard Martial AMOUGOU, Science politique, Université Yaoundé II, Sara NDIAYE, Sociologie, Université Gaston Berger, Martin AMALAMAN, Sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Muriel CÔTE, Géographie, Université de Lund, Heidi BOLSEN, Littérature française, Université de Roskilde, Sylvie CAPITANT, Sociologie, Université Paris I Sorbonne, Sita ZOUGOURI, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Désiré Bonfica SOMÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Alexis KABORÉ, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Bouraïman ZONGO, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Paul-Marie MOYENGA, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, George ROUAMBA, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Taladi Narcisse YONLI, Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo, Habibou FOFANA, Sociologie du droit, Université Thomas Sankara, Raphaël OURA, Géographie, Université Alassane Ouattara, Paulin Rodrigue BONANÉ, Philosophie, Institut des Sciences des Sociétés, Marcel BAGARÉ, Communication, École Normale Supérieure, Fatou Ghislaine SANOU, Lettres Modernes, Université Joseph Ki-Zerbo, Cyriaque PARÉ, Communication, Institut des Sciences des Sociétés, Tionylé FAYAMA, Sociologie de l'innovation, Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles, Any Flore MBIA, Psychologie, Université de Maroua, Ely Brema DICKO, Anthropologie, Université des Sciences Humaines de Bamako, Tamégnon YAOU, Sciences de l'éducation, Université de Kara, Madeleine WAYACK-PAMBÉ, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Zacharia TIEMTORÉ, Sciences de l'éducation, École Normale Supérieure, Mamadou Bassirou TANGARA, Économie et développement, Université des Sciences sociales et de Gestion de Bamako, Didier ZOUNGRANA, Sciences Économiques, Université Thomas Sankara, Salifou OUEDRAOGO, Sciences Économiques, Université Thomas Sankara, Saïdou OUEDRAOGO, Sciences de Gestion, Université Thomas Sankara, Yisso Fidèle BACYÉ, Sociologie du développement, Université Thomas Sankara, P Salfo OUEDRAOGO, Sociologie du développement, Université Joseph Ki-Zerbo, Yacouba TENGUERI, Sociologie du genre, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Désiré POUDIOUGOU, Sciences de l'éducation, Institut des Sciences des Sociétés, Amado KABORÉ, Histoire, Institut des Sciences des Sociétés, Kadidiatou KADIO, Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Salif KIENDREBEOGO, Histoire, Université Norbert Zongo, Oumarou ZALLÉ, Économie des institutions, Université Norbert Zongo, Dramane BOLY, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Roch Modeste MILLOGO, Démographie, Université Joseph Ki-Zerbo, Béli Mathieu DAILA, Sociolinguistique, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Oboussa SOUGUE, Sémiotique, Université Nazi Boni, Hamidou SANOU, Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Oumar SANGARE, Sociologie, Université de Laval, Canada, Genesquin Guibert LEGALA KEUDEM, Economie, Université Nazi Boni, Awa OUEDRAOGO/YAMBA, Anthropologie de la santé, Université Nazi Boni.

Sommaire

Les racines médiévales de l'analytique : la logique, le langage et la science théologique

Damien DAMIBA..... 9

Art et cinéma d'Afrique : quête identitaire et mondialisation

Calixte KABORE25

L'usage des monnaies multiples comme facteur d'intégration régionale dans le bassin du lac Tchad

Aboukar ABBA TCHELLOU.....37

Corps en mouvement, voix en récit : étude de la migration féminine autonome entre sociologie et fiction

Soumya TALBIOUI55

Décentralisation et contraintes socio-culturelles au Nord-Cameroun : dynamiser les cultures pour le développement local

Yadji MANA71

Le leadership féminin au sein la Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina (CNTB) : quelles stratégies de conciliation des rôles ?

Sidkayandé Omer OUEDRAOGO et Yacouba TENGUERI87

Mécanismes endogènes de résolution des conflits fonciers dans la commune rurale de Gounghin (Burkina Faso)

Siaka OUATTARA, Sylvain TOUGOUMA et Lydia ROUAMBA.....105

Constructions discursives sur les connaissances médicales et profanes du sida : expériences et stratégies des malades du sida à Ouagadougou

Boukaré ZIDOUEMBA et Salfo LINGANI.....121

Analyse des logiques d'acteurs dans un essai de moustiquaire au Bénin : entre rigueur scientifique et réalités de terrain

Daleb ABDOULAYE ALFA et Adolphe Codjo KPATCHAVI..143

Analyse sociologique des facteurs explicatifs du faible niveau d'information et de la participation de la population à la scolarisation de la jeune fille dans les villages péri-urbains de la ville de Zinder au Niger

Zabeirou AMANI, Régis Dimitri BALIMA et Aboubacar ZAKARI163

Les nouvelles formes de délinquance virtuelle : la territorialité face à la cybercriminalité

Maixent Cyr ITOUA ONDET et Stéphane ALVAREZ181

Migration résidentielle et recomposition spatiale dans la commune rurale de Koubri (Burkina Faso) : Acteurs, stratégies et logiques de relocalisation

Paul ILBOUDO, Kissifing Tihouhon Rodrigue HILOU et Ramané KABORE193

L'impact de l'insertion professionnelle des jeunes diplômés au Maroc sur la réalisation du soi : Cas des centres d'appels

Maha CHOUIEKH et Driss EL GHAZOUANI.....209

Discours sur la sexualité : fait de quotidienneté chez les étudiants à Bukavu : Essai d'une praxéologie des identités sociales

Wakilongo Wa Mulondani F, Nshokano Mwiha Prudence et Mushamalirwa Bahogwerhe Pacifique.....225

L'échelle du consentement sexuel SCS-R et les risques dans les interactions sociales chez étudiants au Burkina Faso

Brahima ZIO et Dimitri Régis BALIMA241

La prise en charge sociale des personnes âgées en perte d'autonomie dans les familles à Ouagadougou (Burkina Faso)

George ROUAMNA259

Constructions discursives sur les connaissances médicales et profanes du sida : expériences et stratégies des malades du sida à Ouagadougou

Boukaré ZIDOUEMBA

Docteur en Sociologie de la santé et de l'environnement,
Conseiller Études Analyses : option Sociologie à la Direction
Régionale de l'Eau et de l'Assainissement du Centre
boukarez48@gmail.com

Salfo LINGANI

Maître de Conférences, HDR en Sociologie, Département de
sociologie
Université Joseph KI-ZERBO
linganisalif@yahoo.fr

Résumé

Cet article s'appuie essentiellement sur les travaux de mémoire de Master de recherche en sociologie pour analyser les différentes catégories de représentations sociales liées au Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) responsable du sida. Ces travaux mobilisent et confrontent les connaissances profanes et médicales du sida que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) se font de la maladie. Les résultats de cette recherche qualitative menée dans la ville de Ouagadougou permettent de prendre en compte les types de représentations sociales, les logiques de mobilisation des connaissances et le paradoxe que cela engendre. Ils ont notamment permis de comprendre que les causes sensibles et mystiques sont toujours mobilisées par les PVVIH pour expliquer leur situation de séropositivité, mais aussi les modes de transmission du VIH en général. Ce qui permet de conclure que ces constructions discursives autour du sida sont faites dans une logique de gestion de la stigmatisation provenant de l'entourage social des PVVIH.

Mots-clés : Ouagadougou, PVVIH, représentations sociales, constructions discursives.

Introduction

Le sida, à l'instar des autres maladies chroniques, a des répercussions sur la société (Baszanger, 1986 ; Adam et Herzlich, 2001 ; Thiaudière, 2002). Sur ce point, l'accent est mis sur la stigmatisation – en tant que processus de construction sociale des stigmates (Goffman, 1975) et sur la disqualification sociale – en tant que processus d'étiquetage et d'exclusion d'un groupe social (Paugam, 2005). Dans tous les cas, ces deux phénomènes ont en commun le fait qu'ils s'inscrivent dans la désignation et l'attribution sociales, selon le sens donné par Becker (1985), d'un statut social dévalorisant à des individus ou à des groupes sociaux. En effet, la disqualification sociale et la stigmatisation ont des répercussions sur la vie sociale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) selon l'analyse de certains auteurs (Sow et Desclaux, 2011 ; Desgrées du Loû, 2011 ; Korbéogo

et Lingani, 2013). Les conséquences sociales du sida commencent à se faire sentir à partir du moment où le sida franchit les trois registres de la maladie selon la perspective de Susser (1990), notamment le « *illness* », le « *disease* » et le « *sickness* ». La PVVIH peut d'abord ressentir un malaise ou une situation anormale de son état de santé, correspondant ainsi à son expérience pathologique subjective de sa maladie ou à son « *illness* ». En outre, lorsqu'elle est dépistée et déclarée séropositive par les professionnels de santé, elle se retrouve dans la dimension biomédicale de la maladie qui est le « *disease* ». Finalement, lorsque son statut sérologique est connu par son entourage social (sa famille, son quartier, son milieu professionnel), son statut social de malade est ainsi admis ; ce qui correspond à la dimension « *sickness* » de l'expérience pathologique. C'est à partir des registres « *illness* » et « *disease* » que la dimension « *sickness* » correspondant à la construction sociale du sida prend effet tout en modifiant les rapports sociaux des PVVIH. Toutefois, ces phénomènes sont des conséquences directes du VIH et des représentations sociales du sida.

De nombreux chercheurs ont déjà souligné que les représentations sociales liées au sida peuvent provoquer la stigmatisation chez les personnes infectées par le VIH. Selon Soubeiga (2011), les PVVIH sont parfois victimes d'hostilité et d'ostracisme de la part de leur entourage social lorsqu'elles révèlent leur statut sérologique. Selon la logique de Goffman, les PVVIH en tant que personnes porteuses de stigmates accepteraient les valeurs sociales dominantes. Par conséquent, elles vont ressentir de la honte (Bila, 2011). En outre, certaines catégories de personnes comme les veuves et les femmes qui allaitent artificiellement leurs bébés sont indexées et traitées comme des PVVIH. Comme le souligne Taverne (1996), les multiples acteurs engagés dans la lutte contre le sida – notamment les agents de santé, les Organisations Non Gouvernementales internationales et locales, les professionnels de la santé et les leaders communautaires – adoptent des stratégies de communication centrées sur la prévention et la moralisation des comportements. Pour ces acteurs, les comportements déviants comme l'infidélité sont condamnables. Or, en diffusant des messages qui associent implicitement ou explicitement la transmission du VIH à certains comportements déviants, ces discours tendent à désigner les veuves du sida comme des figures suspectes ou menaçantes dans la transmission du VIH/sida, contribuant ainsi à leur stigmatisation sociale. Ainsi, la dénonciation des pratiques telles que le lévirat comme vecteur potentiel de transmission du VIH participe à la stigmatisation des veuves. Dans une recherche ethnographique, Desclaux (2002) a montré que la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) mise en place pour lutter contre le sida place les femmes dans un dilemme. Les femmes, à qui il leur a été interdit d'allaiter leurs enfants, sont stigmatisées par leur entourage parce qu'on peut soupçonner qu'elles sont séropositives. Tout cela montre à quel point les femmes sont confrontées à un dilemme dans leurs foyers, même si les hommes ne sont pas épargnés par la stigmatisation liée au sida.

Les stratégies de gestion des stigmates ne sont pas nouvelles pour les personnes stigmatisées ou pour les individus affligés de stigmates. Selon Goffman (1975), les personnes stigmatisées développent trois stratégies qu'elles mettent en place lorsqu'elles sont en contact avec les « *gens normaux* ». La première consiste à

dissimuler l'attribut dévalué afin d'être accepté comme quelqu'un de « normal ». La deuxième consiste à minimiser la signification de la condition de la personne stigmatisée plutôt que de nier son existence. La troisième consiste à s'exclure de la vie sociale et à ne plus participer aux activités impliquant un contact avec les « gens normaux ». Cette analyse est basée sur une approche constructiviste de la réalité (Berger et Luckmann, 1966 ; Goffman, 1975 ; Becker, 1985 ; Elias et Muel-Dreyfus, 1985 ; Peci et al. 2009) et du discours (Peci et al. 2009 ; Scott et al., 2014). C'est ainsi que Fay (1999) a découvert au Mali que les acteurs sociaux avaient développé une stratégie de non-protection. Cette stratégie consiste à ne pas utiliser de condoms pour éviter d'être soupçonné d'avoir le virus du sida. Elle permet également aux deux partenaires de prouver qu'ils sont tous deux sérieux. Certaines PVVIH, de peur d'être stigmatisées, refusent d'informer leur entourage social de leur séropositivité (Simbayi, 2007 ; Soubeiga, 2011 ; Lingani et Korbéogo, 2015). L'observance permet également aux PVVIH de contrer la rumeur et de préserver leur santé en prenant les ARV (Soubeiga, 2011 ; Lingani, 2020). Sur la base des travaux existants (Lingani, 2023), il est clair que la disqualification sociale des personnes séropositives au sein de leur couple, de leur famille d'alliance, de leur famille d'origine, de leur quartier, etc., est bien réelle. Ces mêmes travaux ont également mis en évidence la manière dont les PVVIH s'adaptent à leur nouvelle situation en développant des stratégies de dissimulation de leur séropositivité (par le biais de la corpulence, des cosmétiques ou des vêtements), tout en suivant une observance rigoureuse.

Toutefois, si les stratégies comportementales ont été largement documentées, les stratégies discursives, c'est-à-dire les manières dont les PVVIH mobilisent, modulent ou réinterprètent les connaissances médicales ou profanes pour faire face à la stigmatisation, restent encore peu explorées. Parmi les catégories de stratégies de gestion des stigmates dont disposent les PVVIH, celles basées sur les constructions discursives des connaissances médicales et profanes sur le sida méritent d'être explorées et analysées. Suivant une approche constructiviste, quelles sont les représentations sociales du sida et leurs logiques de mobilisation au sein des PVVIH et de leur entourage social à Ouagadougou ?

À travers une recherche qualitative menée dans la ville de Ouagadougou, nous avons cherché à savoir comment les PVVIH obtiennent les informations sur le sida pour faire face à la stigmatisation. Il est donc important de s'appesantir sur la manière dont les PVVIH mobilisent les connaissances médicales et non médicales pour faire face à des discours stigmatisants en provenance de leur entourage. Dans cette logique de mobilisation des connaissances pour faire face à la situation stigmatisante, les PVVIH s'appuient à la fois sur des connaissances médicales et non médicales afin de se protéger de leur entourage social. Dans une perspective compréhensive, cette recherche menée dans la ville de Ouagadougou vise à appréhender les représentations sociales des PVVIH sur le sida et leur logique. Ce travail est structuré autour des points suivants : l'approche méthodologique, les principaux résultats obtenus ainsi que la discussion.

I. Matériels et méthode

Il s'agit ici de présenter la méthodologie ayant permis d'aboutir aux résultats de la présente recherche. Elle aborde le site d'étude, la méthode de recherche, la population d'étude ainsi que la technique d'échantillonnage utilisée et l'échantillon, les techniques et outils de collecte de données, le déroulement de l'enquête, la stratégie d'analyse des données et l'éthique de la recherche.

1.1. Présentation du site d'étude

Nous avons choisi de mener cette recherche dans la ville de Ouagadougou plus précisément au Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) de Kossodo. En effet, la capitale Ouagadougou est le principal centre urbain du Burkina Faso. Elle regroupe les principales structures sanitaires du pays. On y trouve des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), des Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA), des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et des cliniques. La ville de Ouagadougou est divisée en cinq (5) districts sanitaires à savoir : Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongr-Massom et Sig-Noghin. C'est dans le district sanitaire de Nongr-Massom que se trouve le site d'étude, à savoir le CMA de Kossodo.

Le choix de la ville s'explique notamment par le fait que, en tant que capitale, elle est considérée comme « l'épicentre de l'épidémie » du sida (Bila, 2011). Quant au choix du CMA de Kossodo, il s'explique par le fait qu'il est un centre de référence en matière de prise en charge des PVVIH et dispose par conséquent d'une unité fonctionnelle de prise en charge globale, à savoir : les consultations, les dépistages, les accompagnements psychosociaux et la distribution des antirétroviraux. Ce qui en fait un terrain privilégié pour la présente recherche.

1.2. Méthode

Dans la perspective de comprendre les représentations sociales du VIH/sida, cette recherche s'est inscrite dans une approche qualitative. Ce choix méthodologique repose sur une visée interprétative des rapports sociaux, telle que défendue par Goffman (1975), Manis et Meltzer (1978), ainsi que Becker (1985), dans leurs travaux sur l'interactionnisme symbolique et la construction sociale de la réalité.

La méthode qualitative permet ici de recueillir des données discursives en lien avec les expériences vécues et les perceptions pour appréhender les dynamiques de stigmatisation en provenance de l'entourage social et les stratégies discursives développées par les PVVIH pour faire face à la situation stigmatisante. Par conséquent, la méthode qualitative a permis de recueillir des données discursives tout en tenant compte de la « neutralité axiologique » de Weber (Alpe et al., 2007), de « la rigueur du qualitatif » d'Olivier De Sardan (2008), et du caractère sensible des recherches sur le VIH/sida (Vidal, 1995 ; Pierret, 2001 ; Bila, 2008 ; Korbéogo et Lingani, 2013). Compte tenu de la sensibilité du sujet de recherche, la rigueur s'est imposée de façon transversale durant tout le processus de la recherche. Un rapport de confiance a été construit avec les enquêté-e-s tout en tenant compte des enjeux d'intimité et de souffrance dus à leur situation de maladie.

Cela a été possible grâce à l'engagement distancié prôné par Elias (1993) et Fassin (1999).

1.3. Population d'enquête, technique d'échantillonnage et échantillon

La collecte de données a ciblé les acteurs directement concernés par la problématique étudiée, à savoir les PVVIH suivies médicalement au CMA de Kossodo et les soignants impliqués dans leur prise en charge. Ces deux catégories d'acteurs ont été retenues pour leur capacité à produire des discours contrastés, mais complémentaires sur les représentations du VIH/sida, les expériences de stigmatisation et les dynamiques de savoirs mobilisés.

Dans la logique de la recherche qualitative qui ne vise qu'à mettre l'accent sur les cas typiques et non sur la représentativité statistique, le choix raisonné a été retenu comme technique d'échantillonnage (Quivy & Van Campenhoudt, 1995). C'est dans cette dynamique que les PVVIH et les agents de santé ont été choisis, car ils sont susceptibles d'éclairer les différentes dimensions de la problématique. Ainsi, vingt-quatre (24) entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés dont vingt-deux (22) avec les PVVIH et deux (02) avec les soignants. Ces entretiens ont été réalisés en français ou en mooré en fonction de la préférence des enquêté-e-s.

2.5. Techniques et outils de collecte de données

La collecte des informations a mobilisé principalement trois techniques que sont l'entretien semi-structuré, l'observation directe et la recherche documentaire. Le recours simultané à ces techniques relève d'un principe de triangulation des techniques ; ce qui permet de renforcer la validité et la richesse des données recueillies. Pour une meilleure compréhension du phénomène étudié, cette triangulation s'avère nécessaire. Elle s'inspire, d'une part, de la triangulation des sources d'information décrite par Olivier de Sardan (2008), et d'autre part, de la triangulation des méthodes proposée par Jick (1979). C'est ainsi que trois principaux outils de collecte de données ont été élaborés conformément aux trois techniques. Il s'agit d'une grille d'observation élaborée pour repérer les interactions et les discours dans le lieu de consultation médicale, plus précisément au CMA de Kossodo. Des guides d'entretien semi-directifs ont été également élaborés et adaptés aux PVVIH et aux soignants pour recueillir des données discursives. Quant à la grille de lecture, elle est centrée sur l'analyse des rapports, des documents institutionnels permettant de contextualiser les données recueillies.

2.6. Déroulement de l'enquête, modèle d'analyse des données et considération éthique

L'enquête de terrain a été menée au CMA de Kossodo. Elle a été effectuée avec le soutien du laboratoire Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL) de l'Université Joseph Ki-Zerbo. Elle a eu lieu du 28 janvier 2015 au 27 novembre 2016.

Après la phase de collecte des données, nous avons procédé à une analyse systématique de contenu. Pour ce faire, les entretiens

individuels enregistrés à l'aide d'un dictaphone ont été littéralement et intégralement transcrits en français. Toutes les données textuelles issues des différentes techniques de collecte de données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes conformés au respect des règles d'éthique de la recherche. En effet, au regard de la sensibilité du sujet à l'étude, nous avons opté pour l'anonymat des participant-e-s afin de préserver leur identité. De plus, il est à noter qu'enquêter sur un terrain sensible comme le nôtre, nous a conduit à l'adoption de certaines postures, notamment de « l'empathie », voire de « la sympathie » (Kaufmann, 2011), particulièrement avec les PVVIH. La nature sensible du sujet a nécessité une posture de vigilance émotionnelle et réflexive, selon les recommandations de Kaufmann (2011) et de Bila (2008) dans la mesure où des situations d'intimité émotionnelle ont émergé. Ce sont notamment des larmes, des récits de grande précarité qui ne peuvent pas laisser le chercheur indifférent. Ces moments exceptionnels chargés d'émotions ont suscité en nous des gestes ponctuels d'assistance (eau, repas) envers les PVVIH. Ce qui a impliqué une gestion constante de la tension entre engagement affectif et distanciation analytique au cœur de la pratique ethnographique (Elias, 1993 ; Fassin, 1999). Nos gestes, loin d'être anecdotiques, traduisent une posture d'éthique de la proximité, comme celle que décrit Ouédraogo (2014) dans sa recherche sur l'avortement à Ouagadougou, où la chercheuse évoque la difficulté de rester neutre face à la douleur physique et morale des femmes enquêtées. L'engagement ici ne relève pas d'une posture militante, mais d'un devoir éthique minimal envers des personnes souffrantes et socialement fragilisées. Cette posture est également utilisée par Sambaré/Yaméogo (2023) dans sa recherche de terrain réalisée auprès des tradithérapeutes, où elle déconstruit l'illusion d'un terrain familier face aux exigences de l'éthique de la recherche.

II. Présentation des résultats

La présentation des principaux résultats tourne autour des représentations sociales des connaissances médicales et non médicales liées au sida, en mettant en lumière les modes de transmission du VIH et les causes surnaturelles, et en les examinant au regard des logiques de gestion de la stigmatisation.

2.1. Les représentations sociales sur les connaissances médicales du sida

Les représentations sociales des connaissances médicales sur le sida font référence aux connaissances médicales intériorisées par les non-professionnels par le biais des messages de sensibilisation. Elles sont le fruit de plusieurs années de communication des professionnels de santé à l'attention de la population sur les voies de transmission du virus du sida. Elles proviennent principalement des dispositifs publics de lutte contre le VIH/sida. En effet, les populations – y compris les PVVIH – ont intériorisé ces messages et les extériorisent lorsqu'il s'agit d'évoquer les modes de transmission du VIH/sida. Dans les discours des patients, les trois principaux modes de transmission du VIH – la voie sexuelle, la voie sanguine (par objets souillés) et la transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse et de

l'allaitement – sont évoqués. Ces constructions sociales sur les connaissances médicales du sida s'accroissent lorsqu'il est reconnu par les PVVIH comme une infection rétrovirale. Le virus est nommé « *bāga bila* »⁶ en langue *mooré*. C'est sur cette perception du sida comme une maladie infectieuse que les PVVIH fondent leurs constructions discursives.

Les PVVIH mobilisent les connaissances médicales sur les modes de transmission du sida pour dévaloriser certaines informations discriminatoires provenant de l'entourage social. Elles rejettent certains discours stigmatisants et discriminatoires, tels que la transmission par voie sexuelle sous-entendue sous l'angle du vagabondage sexuel et la contagiosité de la maladie, en mobilisant des connaissances médicales. C'est le cas d'une PVVIH qui a pris soin de présenter les différentes voies de transmission du sida pour contrer le discours discriminant selon lequel le sida se transmet par voie sexuelle [sous-entendue sous l'angle du vagabondage sexuel], discours qui pourrait, avec le temps, devenir péjoratif s'il est perçu comme un comportement déviant : « *Si ce sont les soignants-là, eux, ils n'ont pas montré que c'est le rapport sexuel seulement.* » (Entretien avec une Femme de 55 ans, séropositive, veuve, mère de 3 enfants). Cette PVVIH, à l'instar des autres, met l'accent sur les autres modes de transmission pour légitimer sa situation de séropositivité.

Du côté des professionnels de santé, on assiste à une évaluation des connaissances du patient sur les modes de transmission du sida, avant la réalisation du test de dépistage. En témoignent les propos ci-dessous :

Ils vont te parler des voies, mais ils ne vont pas tout citer. La plupart ils parlent de rapport sexuel non protégé. La plupart, c'est comme ça. Il y a d'autres aussi qui évoquent des objets souillés. Il y a d'autres aussi, ceux qui savent là citent les trois modes là, ceux qui ne savent pas là vont citer un seul mode, peut-être deux. Pour aller plus loin, on leur demande : « Est-ce que vous savez que la femme aussi peut contaminer ? ». Donc, on leur explique aussi comment la femme enceinte peut transmettre la maladie à un enfant. Tout ça fait partie de l'évaluation des connaissances, quoi. (Entretien avec un Homme, Infirmier diplômé d'Etat, CMA de Kossodo)

Certaines PVVIH combinent prudence et discrétion lorsqu'elles fréquentent des structures de santé comme cela s'est illustré dans les propos ci-dessous d'un enquêté. Ce dernier évite au maximum de se faire remarquer par son entourage social lors de son passage pour bénéficier des médicaments antirétroviraux. La plupart des PVVIH se cachent lorsqu'elles remarquent la présence d'un membre de leur famille, de leur voisin du quartier ou de leur collègue dans les locaux du CMA.

Bon... tout le monde crie sur ça [sida] parce qu'une fois que tu as ça et qu'on le sache tu n'es plus respecté. Tu ne peux plus parler comme tu veux. Moi je peux dire, moi j'ai la chance. Bon, on me respecte en tout cas. Tout le monde me respecte. [...]. Tu

⁶ En langue *mooré*, ce terme signifie soit le virus, la bactérie ou le microbe responsable de certaines maladies. Mais dans notre contexte, il signifie virus du sida, à savoir le VIH.

sais pourquoi je t'ai dit de venir ? [L'enquêté me demande de me placer avec lui dans un couloir caché pour être à l'abri des gens de son entourage qui se hasarderaient à passer] (Entretien avec un Homme de 53 ans, séropositif, célibataire sans enfants)

Les PVVIH élaborent des constructions discursives profanes autour de la voie sexuelle. Elles reconnaissent la voie sexuelle comme un mode de transmission du VIH/sida. Lorsqu'elles évoquent la part des rapports sexuels dans cette transmission, elles font tout simplement allusion à l'acte intime par lequel le VIH peut passer d'une personne à une autre. L'expression communément et localement utilisée par les PVVIH et leur entourage social en langue mooré est « *lagime-n-taare* » [rapport sexuel]. Les propos suivants d'une veuve séropositive permettent de mettre en exergue cette construction discursive sur les rapports sexuels : « *Bon, ils [les soignants] disent que c'est à travers les ' ' lagime-n-taare'' [rapport sexuel] que ça contamine les gens...[silence].* » (Entretien avec une Femme de 32 ans, séropositive, veuve, sans enfant). C'est l'acte sexuel qui est ici mis en avant comme principal canal de transmission sexuelle du virus du sida. Outre l'acte sexuel, certains liquides biologiques sont également mis en exergue : « *Certains disent que c'est au niveau des urines-là.* » (Entretien avec une Femme de 33 ans, séropositive, mariée, couple sérodiscordant, mère de 5 enfants). Dans ces cas de figure, une confusion est faite entre transmission et contamination au sein des PVVIH. Contrairement aux connaissances médicales établies, certaines PVVIH pensent que certains liquides biologiques, comme l'urine, peuvent transmettre le VIH, à l'instar des maladies contagieuses.

Les PVVIH élaborent des constructions discursives autour de la voie sanguine (objets souillés). Selon les discours des personnes ayant participé à cette étude, le virus du sida se transmet également par le sang. L'usage des objets souillés est ainsi mis en exergue. Pour cette femme séropositive de 37 ans, divorcée et mère d'un enfant :

Par exemple, les lames de rasoir comme ça, quelqu'un peut être malade et la lame de rasoir le coupe, et qu'immédiatement tu prends cette lame de rasoir pour faire quelque chose et que ça te coupe. Donc, ça peut être une occasion pour t'infecter. (Entretien avec une Femme de 37 ans, séropositive, divorcée, mère d'un enfant).

Une autre femme renchérit :

Si quelqu'un coupe avec une lame [de rasoir] et qu'on la prend pour couper quelqu'un et que le sang sort, et qu'on la prend pour utiliser sur toi [ça te contamine]. Ou bien au niveau de l'excision, tout ça, on parle que ça peut être l'origine de la maladie [sida]. (Entretien avec une Femme de 32 ans, séropositive, veuve du fait du VIH, sans enfant).

Une femme de 33 ans, mariée, sérodiscordante et mère de cinq enfants, met quant à elle en cause la non-utilisation jadis de seringues uniques lors des vaccinations : « *À l'époque, lorsqu'on dit vaccination, on pique telle personne et l'autre s'approche et on le pique* » (Entretien avec une Femme de 33 ans, séropositive, mariée, couple sérodiscordant, 05 enfants). Dans le même ordre d'idées, les

PVVIH développent des discours plus ou moins médicaux concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les PVVIH utilisent également des constructions discursives autour de la transmission de la mère à l'enfant. La transmission du VIH à un enfant par une mère séropositive pendant la grossesse ou l'allaitement est une réalité prouvée scientifiquement. Cette réalité est actuellement acceptée par les malades du sida. En témoigne la déclaration suivante d'une veuve de 66 ans : « *Par exemple, le cordon ombilical de l'enfant-là, si on en coupe sans [précaution] et que la maman est touchée et on coupe et que le sang passe, l'enfant l'a eu* » (Entretien avec une Femme de 66 ans, séropositive, veuve, mère de 6 enfants). Toutefois, ces constructions discursives des PVVIH autour des connaissances médicales sur les voies de transmission du VIH/sida s'alternent avec leurs discours sur les connaissances non médicales.

2.2. Les représentations sociales sur les connaissances non médicales du sida

2.2.1. Constructions discursives sur la chronicité et l'incurabilité de la maladie : le sida en tant que « tueur » de l'espoir

En se basant sur les discours, des PVVIH et sur la manière dont elles perçoivent leur séropositivité, le constat est que l'accent est mis sur le caractère chronique et incurable du sida. En effet, le sida est d'abord perçu comme la fin de l'espoir de vie pour les PVVIH. Cette représentation sociale du sida trouve son origine dans deux caractéristiques de la maladie, à savoir : la chronicité et l'incurabilité. Pour la plupart des PVVIH, le sida est venu « tuer » leur espoir de vivre, car il s'agit d'une maladie incurable dont la prise en charge s'inscrit dans la durée. En effet, le sida reste encore « *une maladie qui fait peur* », une « *maladie qui tue* », une « *maladie à vie* », pour reprendre les termes des personnes interrogées. Pour comprendre le sens que les PVVIH donnent au sida, il est primordial de s'appesantir sur les sentiments qui animent ces dernières lors de l'annonce de leur séropositivité. La découverte de leur statut sérologique, surtout s'il s'agit de la séropositivité, provoque en effet une crise psychique profonde qui se manifeste par un sentiment de « peur » et de dégoût pour la vie, et conduit certains porteurs du VIH à vouloir mettre fin à leur vie. Cette annonce est un véritable « choc » aux conséquences psychosociologiques profondes pour les personnes déclarées médicalement séropositives. L'une de nos informatrices a affirmé qu'elle se trouvait dans une situation de désespoir à tel point qu'elle voulait se suicider : « *Oh ! Moins un seulement, je ne me suis pas suicidée* » (Entretien avec une Femme de 32 ans, séropositive, sans enfant). Mais, il est encore plus complexe lorsqu'un individu apprend qu'il passe de la catégorie des personnes « normales » à celle des personnes vivant avec le VIH. Une autre PVVIH explique les fondements de son anxiété : « *Et on dit que ça tue. Toi aussi tu penses que tu es un mourant ambulante [rires].* » (Entretien avec une Femme de 40 ans, séropositive, mariée, couple sérodiscordant, 03 enfants). Dans la plupart des cas, cette situation se manifeste par des pleurs qui ne sont qu'une forme extériorisée du « choc ». C'est la raison pour laquelle il existe une prise en charge psychosociale des PVVIH. Cette prise en charge consiste à faire une assistance à la fois psychologique,

sociale et médicale pour leur aider à faire face à la stigmatisation afin qu'elles adhèrent au traitement médical. Un psychologue d'un service de santé nous confie qu'un homme séropositif est venu avec sa conjointe pour faire le test de dépistage du VIH et que le résultat s'est révélé positif (Note d'observation, septembre 2016). Il explique que les raisons qui l'ont poussé à sortir « *prendre de l'air* » sont les suivantes : « *C'est pour permettre à la femme qui est "en train de verser des larmes" de retrouver une certaine stabilité psychologique afin de commencer "la prise en charge psychosociale"* » (Note d'observation, septembre 2016). La mise en place d'un service de prise en charge psychosociale au sein du CMA témoigne de la reconnaissance institutionnelle du choc psychologique que peuvent éprouver les personnes dépistées séropositives au moment de l'annonce de leur séropositivité. C'est la raison pour laquelle l'accompagnement psychosocial est nécessaire pour amener les patients à accepter leur situation de séropositivité et les amener à entamer l'étape de la prise en charge médicale avec les antirétroviraux :

« Dès que la personne est dépistée séropositive, on me l'envoie au niveau du service psychosocial. J'essaie de les stabiliser, puisque généralement, le stress, l'angoisse voire même des crises de larmes et ça peut aller jusqu'à la dépression. Donc, le travail consiste, ici, à les aider à accepter leur situation. C'est-à-dire leur statut séropositif. » (Entretien avec un Homme, Attaché de santé, Spécialiste en santé mentale, CMA de Kossodo).

Les manifestations d'anxiété chez les PVVIH constituent une réalité empiriquement observable, tandis que l'analyse de leurs récits de vie permet de saisir l'ampleur et la profondeur de cette détresse psychique. L'exemple de ce patient, qui a failli perdre la vie par noyade en raison de son désarroi face à l'annonce de sa séropositivité, en est une parfaite illustration :

« Et effectivement, je suis revenu le lendemain prendre le résultat-là et c'est là maintenant qu'il a vu quel était le problème [séropositivité] pour m'informer. Ça m'a beaucoup fatigué. À ce moment, j'étais fatigué comme ça. Si vous me voyiez, ce n'était pas bien. Lorsque j'ai quitté « Merka Yiri » [Hôpital Protestant SCHIPHRA] pour croiser le rond-point-là [prononcé en français] pour venir ici là [CMA de Kossodo], moi-même j'ai dépassé – avec l'anxiété-là et comme moi-même j'avais beaucoup perdu de force là – j'allais tomber dans le barrage-là [barrage de Tanghin ou barrage N01 de Ouagadougou]. Ce sont les pêcheurs-là qui m'ont fait sortir de l'eau. J'ai marché et je me suis trompé rentrer dans l'eau-là comme ça ! C'est Dieu qui a aidé pour... il faisait jour et les gens étaient sur place pour me faire sortir. » (Entretien avec un Homme de 56 ans, marié monogame, couple sérodiscordant, 05 enfants)

Les discours des patients autour de leurs perceptions sur leur situation de séropositivité sont parsemés de sentiments, de désespoir, de dégoût pour la vie, d'anxiété et de peur chronique.

2.2.2. Constructions discursives sur les origines surnaturelles ou divines du sida

Les discours des participants mettent également en lumière la perception de divinisation du sida. En effet, dans leurs représentations sociales fondées sur des connaissances non biomédicales, les PVVIH attribuent fréquemment leur séropositivité à des causes d'ordre divin ou surnaturel. Les expressions telles que, « *c'est la volonté de Dieu* » ou « *si ce n'est pas Dieu, personne ne peut comprendre cette maladie (sida)* » sont très fréquentes dans leurs conversations ordinaires. Cette manière de représenter le sida établit un lien entre la faute et la sanction. Il est ainsi considéré comme une malédiction ou une sanction divine.

Pour ce qui est de la divinisation du sida, les PVVIH mettent l'accent sur la croyance selon laquelle tout ce qui arrive à l'être humain relève de la volonté d'une Entité suprême, à savoir Dieu. Même l'idée d'aller faire un test de dépistage pour connaître son statut sérologique est considérée comme l'œuvre d'une force extérieure surnaturelle : Dieu. Les propos d'une PVVIH en sont une illustration : « *C'est Dieu qui m'a amené à aller faire le test-là sinon, comme je n'étais pas malade-là, je ne vais pas aller faire le test-là.* » (Entretien avec une Femme de 40 ans, séropositive, divorcée du fait de VIH, sans enfant). De plus, les PVVIH considèrent l'infection à VIH ou la maladie elle-même comme une sanction divine. Pour elles, c'est Dieu qui est à l'origine de toute transmission du VIH à une personne. C'est pourquoi, la plupart des malades du sida pensent que « *C'est Dieu qui donne [le sida]* » (Entretien avec une Femme de 38 ans, séropositive, deuxième veuvage, mère de 03 enfants).

À la suite de cette interprétation du sida en termes divins par les PVVIH, d'autres formes de croyances ont émergé, associant l'origine de la maladie à des comportements jugés déviants sur le plan moral ou social. La représentation sociale du sida comme une faute entraînant une sanction peut être vue sous un double angle, notamment tant sur un plan individuel que collectif. Sur le plan individuel, certaines PVVIH considèrent leur séropositivité comme une sanction pour une faute qu'elles auraient commise. Ainsi, la désobéissance aux parents est perçue par certaines comme susceptible d'entraîner une infortune. Cette « malchance », selon la qualification des informateurs, se traduit par leur transmission au VIH. C'est dans ce sens qu'une femme, ayant désobéi à ses parents pour aller vivre avec un homme en concubinage [union libre], pense que c'est cette désobéissance qui justifie sa transmission au VIH. Se sentant coupable de cette désobéissance, elle est allée présenter ses excuses à ses parents : « *Même la fois passée, je suis rentrée dire à mon papa de m'excuser beaucoup, parce que je l'ai désobéi* » (Entretien avec une Femme de 30 ans, en instance de divorce du fait du VIH, mère de 02 enfants). Cette femme se sent coupable d'avoir désobéi à son père.

Sur le plan collectif, l'avènement du sida est considéré comme étant la réponse de Dieu face aux comportements déviants de plus en plus constatés dans la société. C'est ainsi que, dans les échanges informels observés entre PVVIH, il ressort qu'elles attribuent l'émergence du sida à une dégradation des comportements humains « déviants » contemporains. Ces propos ont été recueillis dans le cadre de conversations ordinaires tenues dans les couloirs du service médical

de prise en charge des PVVIH, durant l'attente des soins. C'est également dans cette logique que le « *yoobo* », considéré comme un comportement déviant, est pointé du doigt.

Dans la plupart des cas, leur entourage considère les PVVIH comme des dévergondés sexuels. Elles témoignent que leur entourage familial et social les considère comme des déviants, dans la mesure où il les accuse d'avoir pratiqué l'adultère ou la prostitution. Les PVVIH sont considérées comme étant responsables de leur maladie [le sida] par leur entourage social. Elles démentent également les opinions provenant de leur entourage social. Mais dans leurs discours, elles lient implicitement le sida à l'infidélité, car même si elles ne se reconnaissent pas personnellement dans ce comportement qualifié de déviant, elles croient en la possibilité que l'infidélité puisse être la cause de leur maladie (sida). Bien que leur entourage social les qualifie de dévergondés sexuels, les PVVIH ne se reconnaissent pas dans cette étiquette qu'on leur colle.

1.4. Le paradoxe dans les représentations sociales du sida

Le paradoxe des représentations sociales du sida se manifeste lorsque les PVVIH articulent simultanément des connaissances médicales et des connaissances profanes, engendrant des tensions avec les interprétations issues de leur entourage social. Au-delà de cette coexistence, la présence de divergences internes à chacune de ces formes de connaissances [médicales versus profanes] renforce la complexité et le caractère paradoxal de leurs représentations. C'est une source de controverses. Les représentations sociales du sida par les PVVIH et leur entourage social entrent en conflit à partir du moment où les discours ne sont pas unanimes sur la question des responsabilités dans la transmission du sida. Les représentations sociales du sida portées par les PVVIH et leur entourage social entrent en conflit dès lors que les discours divergent quant à l'attribution des responsabilités dans la transmission de la maladie. Selon les données issues du terrain, les PVVIH ont des connaissances non médicales sur le sida, qu'elles lient à certains comportements déviants, mais sans cautionner le fait que le sida soit lié au « *yoobo* » et à l'infidélité. C'est comme si tout ce qui était lié à leur responsabilité était rejeté. En effet, bien que les PVVIH fassent le lien entre l'avènement de comportements nouveaux et l'avènement du sida, elles rejettent fortement le fait que leur entourage les considère comme des déviants. En réalité, c'est l'idée selon laquelle elles sont responsables de leur situation de séropositivité qui est remise en cause ici. Comme l'a remarqué une PVVIH, les autres – l'entourage social – ne voient en elles [PVVIH] que des personnes qui ont failli : « *Les gens disent que voilà, c'est toi qui as vagabondé et l'as amené. Que c'est toi tu as fait " le vagabondage sexuel " [n sa-n-yo en langue mooré]*⁷ et l'as amené. » (Entretien avec une Femme de 40 ans, veuve du fait du VIH, mère d'un enfant). Une autre patiente âgée de 40 ans, mariée, en situation de couple sérodiscordant et mère de trois enfants, exprime à son tour, ses difficultés à convaincre son entourage social que la cause de sa transmission au VIH n'est pas sexuelle – en faisant allusion au

⁷ Une expression en langue locale mooré qui signifie littéralement que « la personne est sortie faire du vagabondage sexuel. ». En un mot l'expression désigne « le vagabondage sexuel ».

« *yoobo* » – surtout son conjoint qui n’a qu’une connaissance unilatérale des voies de transmission du VIH :

C’est genre une blessure qui s’est produite et je l’ai eu là-bas. Là où sont les hommes-là, lorsque tu vas parler aux hommes, ils ne t’entendent pas. Ils mettent dans leurs têtes que c’est « *yoobo* » [adultère ou fornication en mooré]. (Entretien avec une Femme, 40 ans, séropositive, couple sérodiscordant, 3 enfants).

Une autre PVVIH nous explique qu’elle se trouve dans la même situation parce que son entourage social ne voit en elle qu’une prostituée ou une femme ayant commis l’adultère : « *Selon, les rumeurs des gens, ces derniers disent que « je suis sortie faire de l’adultère » [«m yiime-n-yo »] pour revenir avec la maladie [sida] »* (Entretien avec une Femme, 30 ans, en instance de divorce du fait du VIH, 02 enfants). Toutes ces stratégies discursives axées sur les connaissances médicales et non médicales mobilisées par les PVVIH méritent d’être discutées à la lumière des travaux théoriques et empiriques antérieurs.

III. Discussion

L’analyse des résultats s’articule autour des causes sensibles et mystiques du sida, ainsi que des tensions discursives inhérentes aux représentations sociales de la maladie. Elle s’appuie sur une mise en perspective critique fondée sur des recherches empiriques et théoriques antérieures.

3.1. Connaissances médicales et retour sur les causes sensibles dans une logique de gestion de la stigmatisation liée au sida

En ce qui concerne les représentations sociales des connaissances médicales liées au sida, on assiste à une réappropriation de ces connaissances par les PVVIH. En effet, contrairement à certains travaux qui avaient souligné l’inefficacité des messages de sensibilisation des dispositifs publics de lutte contre le VIH/Sida (Taverne, 1996 ; Le Palec, 1999 ; Rwenge, 1999), la présente recherche a permis de comprendre que ces messages ont stimulé une intériorisation des connaissances médicales sur le sida. Durant plusieurs années, des campagnes de communication ont largement été menées par les professionnels de la santé, ce qui exprime une volonté politique d’éclairer les populations sur les modes de transmission du VIH. Ces messages ciblaient les trois modes de transmission : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission de la mère à l’enfant. En analysant les discours des patients, on constate que c’est la dimension biologique de la maladie qui est mise en exergue ; le sida est présenté comme une maladie causée par un virus appelé VIH. C’est la dimension biologique de la maladie qui est mise en avant dans les représentations sociales sur les connaissances médicales du sida. Le virus est localement nommé « *bāaga bila* » en langue mooré. Ce qui renforce cette construction discursive sur la maladie dans la mesure où le sida est perçu comme une maladie liée à une infection virale. Ces connaissances renvoient à la dimension biomédicale de la maladie contenue à travers l’expression anglo-saxonne « *disease* » utilisée par certains auteurs (Susser, 1990 ; Hofmann, 2002 ; De Almeida-Filho,

2006). Les constructions discursives sur les connaissances médicales du sida développées sont similaires aux causes sensibles évoquées par Evans-Pritchard (1937). Selon lui, les causes sensibles de la maladie sont celles qui sont directement observables et physiquement identifiables, comme les blessures, l'alimentation ou le contact. Pour lui, ces causes s'opposent à celles qui sont mystiques ou surnaturelles relevant d'une interprétation symbolique ou religieuse de la maladie.

Les discours des patients sur le mode de transmission par voie sexuelle méritent d'être analysés, surtout en tenant compte du contexte linguistique et des travaux antérieurs. En effet, l'expression utilisée par les PVVIH dans la langue *mooré* pour désigner les rapports sexuels est « *lagime-n-taare* ». Contrairement à l'entourage social, ce sont les modes de transmission par voie sexuelle qui sont mis en exergue ici. Ainsi, lorsque les PVVIH évoquent la part des rapports sexuels dans la transmission du VIH, elles ne font pas allusion au « *yooobo* », expression multi-sémantique qui fait référence à l'adultère, à la prostitution ou à la luxure (Taverne, 1996). Selon Taverne (1996), le « *yooobo* » désignait un type de relation homme/femme en dehors du mariage et qui respectait les règles bien définies par le droit coutumier. En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, les discours des PVVIH tirent leur source des messages de sensibilisation issus des politiques publiques en matière de prévention du sida. C'est sur la base de ces politiques publiques que les programmes PTME ont été mis en place (Desclaux et al., 2011), favorisant ainsi le développement des discours sur la voie de transmission de la mère à l'enfant au sein des PVVIH.

Pour faire face à la stigmatisation liée à l'infection rétrovirale par le VIH, les PVVIH développent des connaissances discursives sur les modes de transmission du sida. Leurs discours basés sur les connaissances médicales du sida constituent des stratégies discursives développées dans une logique de gestion de la stigmatisation causée par des discours de l'entourage social sur les modes de transmission du sida. Les PVVIH et leur entourage social sont dans des logiques différentes d'interprétations des connaissances médicales. Le recours à des connaissances médicales à des fins stratégiques démontré ici s'oppose aux résultats d'une recherche menée par Tonda (1999) dans la mesure où il avait découvert au Congo que certains acteurs, notamment les « travailleurs de Dieu », les *nganga*, les intermédiaires, mobilisaient un discours non scientifique pour contester les connaissances scientifiques sur le sida. Cette logique de mobilisation des connaissances médicales se distingue de celle développée par les PVVIH à Ouagadougou, dans la mesure où elle permet de faire face à la situation stigmatisante liée au sida. Cette mobilisation du discours de la part des PVVIH pour faire face à la stigmatisation corrobore avec les constructions discursives déjà abordées par certains auteurs (Peci et al. 2009 ; Scott et al., 2014). Ces constructions discursives visent à contrecarrer les commérages de l'entourage social, comme l'analysaient Elias et Muel-Dreyfus (1985).

3.2. Connaissances non médicales sur le sida : un retour sur les causes mystiques et surnaturelles de la maladie

Toujours dans leur logique de faire face à la situation stigmatisante du sida, les PVVIH ont développé des discours sur les connaissances non médicales de la maladie. En effet, cette dimension non médicale

du sida contenue dans les stratégies discursives des PVVIH repose sur les causes mystiques ou surnaturelles de la maladie. Pour rentrer à « *l'intérieur des choses* » selon l'expression utilisée Fainzang (1986), la présente recherche a mis en exergue l'analyse des connaissances non médicales du sida. C'est la raison pour laquelle les représentations sociales des PVVIH sur les connaissances non médicales ont été cernées. Ce qui signifie que les résultats de cette recherche ont permis de démontrer que les causes mystiques de la maladie longtemps découvertes chez les peuples *Azande* par Evans-Pritchard (1937) sont toujours d'actualité. De même, au cours de notre investigation empirique, il en est ressorti que les « *représentations les plus traditionnelles* » du sida (Thiaudière, 2002) sont toujours d'actualité, aussi bien dans les propos des PVVIH que dans les discours provenant de leur entourage social.

Le sida est d'abord perçu comme une malédiction par les PVVIH. Cette représentation de la maladie était déjà abordée par Laplantine (1986) qui a identifié deux significations de la maladie : le « modèle bénéfique » et le « modèle maléfique ». Pour bon nombre de PVVIH, le sida est une malédiction en ce sens qu'il s'agit d'une maladie chronique, incurable et qui anéantit l'espoir. Sa chronicité (Thiaudière, 2002) et son incurabilité constituent les facteurs qui amènent les personnes séropositives à croire que le sida est une malédiction. Aussi, les crises émotionnelles liées à l'annonce de la séropositivité pendant le test de dépistage provoquent des conséquences psychosociologiques profondes. C'est ce que nous pouvons qualifier de « crise » ou de « choc » émotionnel liés à la transition entre un statut sérologique négatif et un statut sérologique positif. Plus précisément, il s'agit du passage de l'étape de « *disease* » – correspondant à la confirmation médicale de la séropositivité par un test de dépistage – à celle de « *sickness* », lorsque l'individu commence à intégrer socialement son nouveau statut, selon la perspective de Susser (1990).

Ce sentiment de malaise peut survenir chez tout individu qui vient de changer de catégorie sociale « dévalorisante » ou stigmatisante, et qui n'a pas encore intériorisé les normes et valeurs de sa nouvelle catégorie, comme l'avait déjà démontré Durkheim (2002 [1897]) dans ses travaux sur le suicide. Ce processus de construction du sida comme une malédiction est inséparable de ce que nous appellerons « divinisation du sida », thème déjà abordé par certains auteurs (Fay, 1999 ; Tonda, 1999 ; Fancello, 2007). Par « divinisation du sida », il faut comprendre le processus par lequel les PVVIH perçoivent le sida comme étant l'œuvre ou la volonté d'un Être Suprême [Dieu] ou d'êtres surnaturels. En d'autres, le sida serait donc la sanction de Dieu en contrepartie de la faute commise par le malade. Pour comprendre ce processus, la perspective de Zempléni (1985) – l'origine sociale et surnaturelle de la maladie – est essentielle. Les expressions telles que « *c'est la volonté de Dieu* » ou « *si ce n'est pas Dieu, personne ne peut comprendre cette maladie (le sida)* » sont très fréquentes dans les discours de nos enquêtés-e-s. Tonda (1999) a montré, dans le contexte congolais, que les connaissances non médicales étaient souvent mobilisées de manière antagoniste aux connaissances scientifiques sur le sida. Selon lui, la maladie est perçue comme une sanction divine, pouvant frapper même en l'absence de rapports sexuels, dès lors que les lois de Dieu ne sont pas respectées (Tonda, 1999). Dans la même dynamique, Fancello (2007) évoque le

concept de « maladie de Dieu » pour désigner les interprétations religieuses ou divines du sida au sein des Églises pentecôtistes africaines, où la prise en charge de la maladie sur le plan religieux passe par une rédemption spirituelle. Toutefois, contrairement à ces contextes où le registre religieux entre en conflit direct avec l'approche biomédicale, les résultats de notre recherche menée à Ouagadougou révèlent une articulation plus souple dans la mesure où les PVVIH mobilisent simultanément des causes sensibles et mystiques, non pas pour contester les connaissances médicales, mais pour se protéger des stigmates en provenance de leur entourage social. Pour Evans-Pritchard (1937a, 1937b), les causes sensibles, que nous appelons « connaissances médicales du sida », n'excluent pas les causes mystiques, que nous nommons « connaissances non médicales du sida ».

Le sida est lié à des comportements à risque ou déviants. Il crée un désordre biologique en tant que pathologie. Cette réalité biologique de la maladie (Hofmann, 2002) soulève des constructions sociales (Berger et Luckmann, 1966 ; Goffman, 1975 ; Becker, 1985 ; Elias et Muel-Dreyfus, 1985 ; Peci et al., 2009) selon lesquelles il existe une interrelation entre l'ordre biologique et l'ordre social (Fay, 1999 ; Thiaudière, 2002). Le couple déviance-sanction est semblable aux « *stigmates tribaux* » – mis en évidence par Goffman (1975, p. 14). Toutefois, dans notre contexte, la situation diffère de celle décrite par Goffman (1975), dans la mesure où la transmission du VIH ne serait pas, selon les PVVIH, la conséquence d'un péché commis par leurs parents, mais plutôt la leur.

3.3. Une dissonance dans les représentations sociales autour du sida

Les dissonances discursives contenues dans les représentations sociales du sida prennent sens à partir du moment où les connaissances médicales et celles non médicales sur l'étiologie du sida cohabitent au sein des PVVIH, tout en laissant des points de désaccord avec celles provenant de l'entourage social. Même si, selon Evans-Pritchard (1937a, 1937b), la coexistence des connaissances médicales et des connaissances non médicales est normale, la coexistence de divergences au sein de chaque catégorie de connaissances constitue un paradoxe. Les données empiriques issues de cette recherche mettent en évidence la coexistence, au sein des discours des PVVIH, d'une double lecture étiologique du sida, à la fois rationnelle — fondée sur les connaissances biomédicales de la maladie — et irrationnelle — ancrée dans des explications mystiques ou symboliques de la maladie. Comme l'avait démontré Evans-Pritchard (1937) chez les *Azande*, l'explication rationnelle ou scientifique, voire biologique, ne suffit pas aux PVVIH pour expliquer leur situation de séropositivité. Il leur faut donc combiner des discours sur les connaissances médicales et non médicales sur le sida pour justifier leur état de séropositivité au VIH. C'est ainsi qu'elles évoquent à la fois les causes mystiques et sensibles du sida pour contrer celles en provenance de leur entourage social.

Les résultats de cette recherche menée à Ouagadougou révèlent une tension marquée entre les représentations sociales du sida développées par les PVVIH et celles véhiculées par leur entourage social. Cette dissonance dans les représentations sociales se manifeste notamment à travers des rumeurs (Soubeiga, 2011) et des formes de

commérage (Elias et Muel-Dreyfus, 1985), qui alimentent des discours contradictoires sur les responsabilités perçues dans la transmission du VIH. C'est ainsi que les PVVIH ayant participé à la présente investigation font appel à la fois aux causes mystiques et sensibles du sida, c'est-à-dire aux connaissances médicales et non médicales pour faire face à la stigmatisation. Dans son analyse des représentations populaires de la maladie, Sarradon-Eck (2002) souligne que l'attribution des causes est souvent orientée vers le modèle du complot où c'est l'autre qui est toujours indexé. Cette analyse rejoint le paradigme de « l'extériorité pathogène » formulé par Fay (1999), selon lequel la responsabilité de la maladie est systématiquement projetée sur autrui. En effet, les résultats de cette recherche menée à Ouagadougou mettent en évidence des constructions discursives stratégiques sur les connaissances du sida entre les PVVIH et leur entourage social. Dans notre contexte, les PVVIH mobilisent à la fois des connaissances médicales et non médicales pour justifier leur statut sérologique, tout en contestant les constructions discursives stigmatisantes qui leur imputent une responsabilité morale. Ces constructions discursives sur les connaissances du sida, bien que parfois complémentaires, servent aussi à opposer un contre-discours aux rumeurs (Soubeiga, 2011) et aux commérages sociaux (Elias & Muel-Dreyfus, 1985), révélant des constellations sur les représentations sociales marquées par des controverses. L'ensemble de ces stratégies discursives participe à une gestion complexe des stigmates dans un contexte marqué par la lutte contre le sida.

Conclusion

Cette recherche met à nu la complexité des représentations sociales que les PVVIH construisent autour de l'étiologie du sida à Ouagadougou. En croisant les dimensions biomédicales et non médicales du sida, elle révèle une construction discursive sur les connaissances du sida axée sur des causes sensibles et mystiques ou surnaturelles, selon la typologie proposée par Evans-Pritchard (1937). Les PVVIH mobilisent des connaissances médicales intériorisées par l'expérience et la sensibilisation dans le but de comprendre non seulement leur séropositivité, mais aussi et surtout pour contester les constructions discursives stigmatisantes à connotation morale en provenance de leur entourage social. Au cœur de ces stratégies discursives, les PVVIH apparaissent comme des acteurs dotés d'une capacité réflexive dans la mesure où leurs discours traduisent une tentative d'articulation, de juxtaposition et de confrontation entre différentes formes de connaissances sur le sida, en réponse aux discours de leur entourage social marqués par la stigmatisation. Au-delà, de la simple juxtaposition entre connaissance médicale et non médicale du sida, il faut surtout noter une stratégie discursive axée sur la gestion de la stigmatisation. En définitive, comprendre les logiques discursives des PVVIH implique d'analyser dans une logique de complémentarité les discours sur les connaissances médicales et profanes du sida pour mieux cerner les constructions discursives stratégiques développées par les PVVIH et leur entourage social.

Références bibliographiques

- ADAM Philippe et HERZLICH Claudine, 2001, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan/HER, 128 pages
- ALPE Yves, BEITONE Alain, DOLLO Christine, LAMBERT Jean-Renaud, PARAYRE Sandrine, 2007, *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz. 379 pages
- BASZANGER Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leurs ordres négociés ». In *Revue française de sociologie*, XXVI, pp.3-27
- BECKER Howard S., 1985, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 249 pages
- BERGER Peter L. and LUCKMANN Thomas, 1966, *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin Books, First published in the USA, 249 pages
- BILA Blandine, 2008, « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs », In *ethnographiques.org*, numéro 17, pp.1-13 pages, <http://www.ethnographiques.org/2008/Bila.html>, Consulté le 11 janvier 2017 à 14h26
- BILA Blandine, 2011, « Différences de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso », In DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe, SOW Khoudia (s.dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. : Genre et accès universel à la prise en charge*. ANRS, pp.31-42, <http://hal.ird.fr/ird-00605208>, Consulté le 29 août 2016 à 14h33
- BONNET Doris, 1999, « La taxinomie des malades en anthropologie : aperçu historique et critique », In *Sciences sociales et santé*, Volume 17, n°2, pp. 5-21, http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_2_1456, Consulté le 2 mars 2017 à 17h04
- DE ALMEIDA-FILHO Naomar, 2006, « Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 11, n° 1, [article original], pp. 122-146
- DEMAZIERE Didier, 1992, « Paugam Serge, La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté. », In *Revue française de sociologie*, 33-1. pp. 121-122 http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_1_4131, Consulté le 29 avril 2017 à 9h18
- DESCLAUX Alice, 2002, « Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique. » In BONNET Doris, LE GRAND-SEBILLE Catherine & MOREL Marie-France (s.dir), *Allaitements en marge*, Paris, L'Harmattan, pp. 69-88
- DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe & SOW Khoudia, 2011, « Introduction : l'expérience des femmes à l'épreuve du VIH

- dans les pays du Sud » In DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe & SOW Khoudia (s.dir.). Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. : Genre et accès universel à la prise en charge. ANRS, pp. XIII-XXXII, <http://hal.ird.fr/ird-00605208>, Consulté le 29 août 2016 à 14h33
- DESGRÉES du LOÛ Annabel, 2011, « Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan », In DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe & SOW Khoudia, (s.dir.). Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. : Genre et accès universel à la prise en charge. ANRS, pp.73-88, <http://hal.ird.fr/ird-00605208>, Consulté le 29 août 2016 à 14h33
- DURKHEIM Emile, 2002 [1897], Le suicide. Étude de sociologie. Livre premier : les facteurs extra-sociaux. http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, Consulté le 07 juin 2013 à 19h07
- ELIAS Norbert, MUEL-DREYFUS Francine, 1985, « Remarques sur le commérage », In Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 60, Images "populaires", pp. 23-29, https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1985_num_60_1_2285, Consulté le 1er avril 2025 à 15h23
- EVANS-PRITCHARD Edward Evan, 1937a, « Witchcraft is an Organic and Hereditary Phenomenon » In EVANS-PRITCHARD Edward Evan, Witchcraft, Oracles and Magic Among The Azande, Oxford, Clarendon Press, pp.1-17
- EVANS-PRITCHARD Edward Evan, 1937b, « The Notion Of Witchcraft explains Unfortunate Events » In EVANS-PRITCHARD Edward Evan, Witchcraft, Oracles and Magic Among The Azande, Oxford, Clarendon Press, pp.63-83
- FANCELLO Sadra, 2007, « Guérison, délivrance et sida : les femmes et la « maladie de Dieu » dans les Églises pentecôtistes africaines », In Sciences sociales et santé, Vol. 25, pp. 5-34. - <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-4-page-5.htm>, Consulté le 5 septembre 2016 à 15h17
- FAY Claude, 1999, « Du "culturel", de "l'universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali ». In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine. & TOURE Moriba (s.dir.), Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and thinking AIDS in Africa, Paris-Dakar, Karthala-Codesria, pp. 277-299
- GOFFMAN Erving, 1975, Stigmates. Les usages sociaux des handicaps, Paris, Minuit, 179 pages
- HOFMANN Bjørn, 2002, « On the Triad Disease, Illness and Sickness », In Journal of Medicine and Philosophy, Vol. 27, No. 6, pp. 651-673
- KORBEOGO Gabin & LINGANI Salfo, 2013, « Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso) », In Sciences Sociales et Santé, Volume 31, Numéro 3, pp.5-28
- LAPLANTINE François, 1986, Anthropologie de la maladie, Paris, Payot, 411 pages
- LE PALEC Annie, 1999, « Le sida, une maladie des femmes ». In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine. & TOURE Moriba. (s.dir.), Vivre et penser le sida en

- Afrique/Experiencing and thinking AIDS in Africa, Paris-Dakar, Karthala-Codesria, pp. 343-362
- LINGANI Salfo & KORBEOGO Gabin, 2015, « Le VIH/sida comme accident au cours d'une vie : lente découverte, gestion sociale et exclusion des femmes séropositives au Burkina Faso », In *Recherches féministes*, vol. 28, n° 2, pp. 243-264
- LINGANI, Salfo, 2020 « Les coulisses des soins de femmes en souffrance du sida entre domination masculine, ruses et émancipation féminine au Burkina Faso », *Annales de l'Université Joseph Ki-Zerbo, Série A, Vol.028* : 85-104
- LINGANI Salfo, 2023, *Sida et images des malades au Burkina Faso. Accès aux soins, discrédits, esthétisations du corps et usages sociaux des photos, HDR en sociologie*, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina faso, 301 pages
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 368 pages
- PAUGAM Serge, 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 276 pages.
- PIERRET Janine, 2001, « Vivre avec la contamination par le VIH : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix », In *Sciences Sociales et Santé*, 19, 3, pp. 5-34.
- RWENGE Mburano, 1999, « Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse », In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine. & TOURE Moriba (s.dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and thinking AIDS in Africa*, Dakar-Paris, Paris-Dakar, Karthala-Codesria, pp. 217-236
- OUEDRAOGO Ramatou, 2014 [2016], « Face à l'avortement : exigences éthiques et dilemme moral à Ouagadougou (Burkina Faso) », In *Anthropologie & développement* [En ligne], n°40-41, pp. 123-139 | 2014, <http://journals.openedition.org/anthropodev/306>, Consulté le 5 juin 2025 à 22h39
- PECI Alketa, VIEIRA Marcelo, and Clegg Stewart, 2009, "Power, Discursive Practices and the Construction of the "Real", In *Electronic Journal of Knowledge Management*, Volume 7 Issue 3, pp.377-386, www.ejkm.com, Consulté le 09 avril 2025 à 11h28
- SAMBARE/YAMEOGO Adèle, 2023, « L'illusion d'un terrain familial auprès de tradithérapeutes de la ville de Ouagadougou : une confrontation aux exigences éthiques », In *les Éditions Francophones Universitaires d'Afrique*, pp. 14-40
- SARRADON-ECK Aline, 2002, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes » In *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 16 (566), pp.358-63, <https://hal.science/hal-04529946v1>, Consulter le 7 juin 2025 à 12h28
- SCOTT Penelope, ODUKOYA Dennis, von UNGER Hella, 2014, *The classification of "migrants" as a discursive practice in public health: A sociology of knowledge approach*, WZB Discussion Paper, No. SP III 2014-601, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, 25 pages

- SIMBAYI Leickness C., KALICHMAN Seth, STREBEL Anna, CLOETE Allanise, HENDA Nomvo & MQEKETO Ayanda, 2007, "Internalized Stigma, Discrimination, and Depression among Men and Women Living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa", In *Soc Sci Med.* 64(9), pp. 1823–1831
- SMIT Ria, 2007, "Living in an Age of HIV and AIDS: Implications for Families in South Africa" In *Nordic Journal of African Studies* 16(2), University of Johannesburg, South Africa, pp.161–178
- SOUBEIGA André, 2011, « Gestion du secret sérologique par les personnes sous traitements ARV en contexte de stigmatisation au Burkina Faso. Une enquête à Ouagadougou et Bobo Dioulasso », In *Rev. ivoir. anthropol. sociol.* KASA BYA KASA, n° 20, pp.7-26
- SOW Khoudia & DESCLAUX Alice, 2011, « Stratégies féminines face au risque de transmission sexuelle du VIH au temps des antirétroviraux », In DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe & SOW Khoudia (s.dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. : Genre et accès universel à la prise en charge.* ANRS, pp.165-177, <http://hal.ird.fr/ird-00605208>, Consulté le 29 août 2016 à 14h33
- SUSSER Myrvyn, 1990, "Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap ", [Éditorial], In *Psychological Medicine*, 20, pp.471-473, <https://www.cambridge.org/core>, Consulté le 02 mars 2011 à 23h40
- TAVERNE Bernard, 1996, « Valeur morale et stratégie de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso, Orstom, Ouagadougou, In Colloque International "Sciences sociales et Sida en Afrique. Bilan et perspectives", Dakar, Codesria-CNLS – Orstom, Communications – Volume 2, pp. 527-538
- TAVERNE Bernard, 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso ». In *Sciences sociales et santé.* Volume 14, n°2, pp. 87-106. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1996_num_14_2_1360, Consulté le 1er avril 2015 à 22h15mn
- THIAUDIERE Claude, 2002, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 128 pages
- TONDA Joseph, 1999, « Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida », In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine & TOURE Moriba (s.dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and thinking AIDS in Africa*, Paris-Dakar, Karthala-Codesria, pp. 631-643
- VIDAL Laurent, 1995, « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre. », In *Sciences sociales et santé.* Volume 13, n°2, pp. 5-27
- ZEMPLÉNI Andras, 1985, « La « maladie » et ses « causes » », in *l'Ethnographie*, n° spécial, pp.13-44