Bull. Soc. Pathol. Exot. (2014) 107:273-278
DOI 10.1007/s13149-014-0334-4

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE / *MEDICAL ANTHROPOLOGY*

La relégation sociale des veuves vivant avec le VIH au temps des antirétroviraux au Sénégal

The social relegation of widows living with HIV in the time of ART in Senegal

A. Desclaux · S. Boye · B. Taverne

Reçu le 10 septembre 2012 ; accepté le 14 janvier 2014
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2014

Résumé Alors que le veuvage prolongé est inhabituel dans la société sénégalaise, des femmes veuves vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral depuis dix ans sont restées célibataires. Leur maintien dans cette situation résulte-t-il d'une incapacité à se remarier ou d'un refus de leur part ? Pour comprendre les conditions et les motifs de cette absence de « normalisation matrimoniale », une étude qualitative par entretiens a été menée à Dakar auprès de 31 veuves. Leurs conditions de vie sont pour la plupart marquées par les difficultés économiques, la dépendance envers les familles qui les accueillent, et les responsabilités vis-à-vis de leurs enfants. Elles refusent de se remarier, regrettent de ne pouvoir le faire, ou le souhaitent sans y parvenir, malgré l'existence locale de formes sociales d'union matrimoniale qui répondraient à leur situation. Le refus de révéler leur statut VIH combiné avec l'auto-stigmatisation les empêche d'améliorer leur condition. Cette forme de vulnérabilité sociale qui subsiste après la restauration de l'état de santé est ignorée des politiques publiques et des revendications associatives.

Mots clés Cohorte ANRS 1215 · Veuves · Célibat · VIH · Étude qualitative · Vulnérabilité sociale · Stigmatisation · Inégalités de genre · Sénégal · Afrique intertropicale

Abstract While prolonged widowhood is unusual in Senegalese society, some women living with HIV receiving antiretroviral therapy for ten years remained widows. Are they maintained in this situation for refusing or being unable to remarry? To understand the conditions and the reasons for this lack of "matrimonial normalization", a qualitative interview study was conducted in Dakar with 31 widows. Their living conditions are mostly marked by economic difficulties, dependence on host families, and responsibilities vis-à-vis their children. They refuse to remarry, regret not being able to, or wish to without success, despite the existence locally of social forms of marital union that would respond to their situation. The refusal to disclose their HIV status combined with self-stigma prevent them from improving their condition. This form of social vulnerability that remains beyond the restoration of health is ignored by public policy and HIV/AIDS community based organizations claims. It should be acknowledged and considered for defending PLWAs' rights.

Keywords ANRS Cohort 1215 · Widows · Celibacy · HIV · Qualitative study · Social vulnerability · Stigma · Gender inequality · Senegal · Sub-Saharan Africa

A. Desclaux (✉) · B. Taverne
IRD (Institut de recherche pour le développement),
TRANSVIHMI, UMI 233, Dakar, Sénégal
e-mail : alice.desclaux@ird.fr

A. Desclaux · S. Boye · B. Taverne
Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann, Dakar, Sénégal

S. Boye
Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Introduction

Parmi les femmes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral, participant à la cohorte ANRS 1215 à Dakar, une sur cinq est veuve, parfois depuis plus de dix ans. Alors que la restauration de l'état de santé sous traitement a pour effet la normalisation des situations sociales à plus ou moins long terme, ces femmes ne se sont pas remariées. Cette situation de veuvage prolongé est inhabituelle dans la société sénégalaise, où « l'institution matrimoniale continue de décider fortement des modes de la valorisation et du déclassement social » [3]. Les veuves y ont un statut social très défavorable [3], aussi les femmes sénégalaises cherchent – et généralement parviennent – à se remarier rapidement après le décès de leur conjoint. Le maintien des femmes vivant avec

le VIH sous traitement dans une situation de célibat est-il dû à leur incapacité à se remarier ou à un choix personnel de vivre seules ? Leur situation sociale est-elle liée à l'infection à VIH, et si oui, de quelle manière ?

Les connaissances disponibles en sciences sociales ou en santé publique sur l'expérience des veuves dans le contexte du VIH en Afrique sont très limitées. Elles sont dominées par deux figures : la première est celle des femmes chefs de famille, qui parviennent à assumer par nécessité un lourd travail de soins pour elles et pour leurs enfants, petits-enfants ou enfants confiés et adoptés [2]. Sont concernés surtout des pays où une épidémie généralisée et des taux de prévalence du VIH élevés ont eu un impact majeur sur la structure démographique, imposant aux aïeules souvent veuves d'assurer simultanément les rôles qu'auraient dû jouer leurs conjoints, les femmes de la génération suivante ou d'autres mères disparues [11]. La seconde figure est celle de femmes considérées comme victimes des formes traditionnelles de sortie du veuvage. En Afrique de l'Ouest, soumises au lévirat (remariage avec un frère du défunt ou un cousin, parfois désigné « héritage des femmes »), les veuves sont présentées comme un « danger épidémiologique » dans des publications focalisées sur cette situation à risque de transmission ; ce risque est théorique, mais non attesté au plan épidémiologique. Ces articles ont nourri une controverse sur la dimension sexiste d'analyses négligeant le « filet de secours social » que représente cette institution qui maintient la veuve et ses enfants dans le patrilignage [10]. En Afrique de l'Est et du Sud, la soumission des veuves à un rituel de purification impliquant des relations sexuelles (« ritual sexual cleansing ») a concentré l'attention des chercheurs dans une approche culturaliste du risque de transmission [8,9]. Ces travaux portent sur des pratiques à connotation culturelle, s'intéressent à des contextes essentiellement ruraux où prédominent des formes traditionnelles de l'alliance matrimoniale ; ils accordent peu d'attention aux perceptions et aux propos des veuves elles-mêmes, et n'abordent pas la situation de veuvage prolongé.

Cet article vise à connaître et comprendre l'expérience des veuves et les motifs du veuvage prolongé, dans le contexte urbain d'une métropole ouest-africaine, où la structure sociale n'a pas été bouleversée par l'épidémie de VIH, la prévalence étant faible en population générale (0,7 %) et l'épidémie concentrée dans des populations vulnérables [9]. Il vise à préciser l'impact de l'infection à VIH sur leur situation sociale.

Méthode et population d'enquête

Une enquête qualitative a combiné 4 entretiens semi-directifs individuels et 6 entretiens collectifs auprès de 31 femmes veuves contactées par les intervenants associatifs et les travailleurs sociaux au Centre de recherche et de formation à la prise en charge de Fann à Dakar, et mises en relation avec les chercheurs. Outre 13 participantes à l'étude de cohorte ANRS 1215, 18 personnes ont été rencontrées sur la base des critères suivants : veuvage, prise d'un traitement antirétroviral dans le cadre du programme national, suivi médical à l'hôpital de Fann, acceptation de l'étude. Il n'y a pas eu de refus parmi les personnes disponibles, qui ont avancé qu'elles étaient heureuses de s'exprimer sur une question qu'elles ne peuvent discuter dans la vie courante. Les entretiens ont été menés en wolof et les données enregistrées ont été traduites, saisies et nettoyées avant traitement. Les données ont constitué un corpus d'environ 100 000 caractères. L'analyse a reposé sur des codages thématiques successifs.

La population d'enquête comprend des personnes ayant entre 28 et 62 ans, 47 ans en moyenne. La durée du veuvage est comprise entre 2 et 16 ans avec une moyenne de 9 ans. Ces femmes ont entre 0 et 11 enfants, en moyenne un peu plus de 4. Les niveaux d'étude se répartissent comme suit : 8 personnes n'ont pas été scolarisées, 13 l'ont été dans le primaire, 8 dans le secondaire et une dans l'enseignement supérieur. La durée de traitement antirétroviral est en moyenne de 7 ans. Toutes les femmes disent que leur conjoint est décédé du sida, bien que pour la plupart d'entre elles le diagnostic ne leur ait pas été communiqué explicitement par leur conjoint ou par les soignants.

Résultats

La préoccupation principale des femmes n'est plus leur état de santé, stabilisé par le traitement, mais leurs conditions de vie liées au statut de veuves, qu'il est important de préciser avant d'expliciter leurs attitudes envers le remariage et l'influence du VIH sur ces attitudes.

Les conditions de vie des veuves

Après le décès du conjoint, la situation socio-économique des femmes a été bouleversée, car il était presque toujours le pourvoyeur des ressources du foyer. Les soins au défunt ont, pour certaines femmes, déjà grevé les réserves et les possibilités de recours à des aides ; l'installation dans la pauvreté a entraîné la perte de leur résidence. Dans la quasi-totalité des cas, la belle-famille a « coupé les ponts » avec elles, les laissant seules pour faire face aux dépenses de l'unité familiale constituée par elles et leurs enfants. Deux femmes ont subi des spoliations, des alliés du défunt étant venus récupérer tous les biens du foyer. Toutes les femmes avaient alors des enfants à leur charge : c'est toujours le cas au moment de l'enquête.

Aussi, seules les quelques femmes qui vivaient dans un foyer nucléaire propriétaire de son logement ont pu rester là

où elles résidaient au moment du décès de leur mari et garder un logement autonome pour elles et leurs enfants. Les autres ont dû retourner dans la concession parentale, trouver un logement en location, ou déménager avec une partie ou la totalité de leurs enfants dans un logement prêté, ou dont le loyer est payé par un tiers (frère ou fils de la femme, frère du mari défunt). Il peut s'agir d'une ou deux chambres dans la cour de ce dernier. Le logement reste précaire, en phase avec la situation du logement pour les catégories sociales ayant les revenus les plus faibles à Dakar : une femme a vu la maison dont elle est propriétaire en banlieue s'écrouler à cause des inondations. Le paiement du loyer est devenu une préoccupation quotidienne majeure pour les femmes concernées.

Les revenus de ces foyers monoparentaux sont très limités, inférieurs au seuil de pauvreté de 1,25 USD par personne et par jour pour 10 ménages sur 12 (comme pour 33,5% de la population sénégalaise) [1]. Les enfants ne sont pas tous mineurs, mais certains parmi ceux devenus adultes sont restés dépendants, même si d'autres descendants peuvent désormais contribuer aux ressources. Seulement trois femmes ont des revenus constants sous la forme d'un salaire ; toutes âgées de plus de 50 ans, elles ont trois, quatre et neuf personnes à leur charge. La majorité des femmes ont une activité (petit commerce, petit restaurant, lingères, broderie) qui leur procure un revenu de base. Certaines reçoivent des aides régulières de leurs enfants adultes ou de leurs frères, notamment quand ils vivent à l'étranger ; d'autres sont aidées de manière moins régulière ou de manière exceptionnelle, par exemple pour faire face aux dépenses de santé. Dans d'autres cas, les femmes dépendent totalement des revenus de certains enfants avec lesquels elles vivent. Quelques femmes ne reçoivent pas d'aide à titre personnel et sont prises en charge pour les besoins de base par « leur mère », c'est-à-dire qu'elles sont incluses avec leurs enfants parmi les personnes qui dépendent du foyer comprenant plusieurs générations. L'absence de revenus personnels n'exonère pas les mères de leurs responsabilités, dans des configurations d'entraide qui peuvent être complexes –une caractéristique des stratégies de survie à la pauvreté au Sénégal [5]. Ainsi cette femme ayant une activité de petit commerce ne peut soutenir ses fils adultes que grâce à l'aide de sa fille aînée, commerçante dans une région lointaine de Dakar où le coût de la vie quotidienne est moins élevé.

La plupart de ces femmes vivent donc dans une situation de dépendance vis-à-vis des personnes de leur famille qui ont un revenu (ascendants, descendants ou collatéraux). Dans les situations de co-résidence, l'espace habité par la femme et ses enfants n'est pas totalement distinct de celui de l'aidant. De plus le soutien économique est soumis à des changements dans la tonalité des relations entre aidant et aidée. Les conflits courants tournent souvent au détriment des veuves tenues au silence, et les entretiens font état de la difficulté des veuves à exprimer un désaccord avec l'aidant, qui risquerait de provoquer une situation catastrophique si les autres possibilités d'aide ne sont pas très solides.

Les entretiens montrent que la situation économique et résidentielle est un motif majeur du désir de remariage. Ces femmes souhaitent avoir un statut décent grâce à des ressources minimales, une forme d'autonomie dans leurs relations familiales et une sécurité financière. Le remariage est aussi attendu par les membres de leur entourage dont elles dépendent, qui souhaitent se voir allégés du poids de cette aide, et parfois le font savoir de manière répétée.

Se remarier ou rester veuve

Peu de temps après le décès de leur conjoint, le lévirat a souvent été proposé à des femmes (12 femmes sur 17 auprès desquelles nous avons exploré cette question), en particulier en milieu pulaar. Seule une femme a accepté, mais son cas est particulier : elle pense qu'elle a été contaminée par son second mari, le premier n'étant pas décédé d'une infection à VIH. Dans les autres cas, les femmes ont décliné ces propositions de remariage parce qu'elles ne voulaient pas communiquer leur statut sérologique, craignaient de contaminer le prétendant, ou – motif moins explicite – parce qu'elles redoutaient de ne pas être bien traitées du fait de la cause de décès du défunt.

Toutes les femmes interrogées disent subir des pressions de l'entourage pour qu'elles se remarient, mais leurs souhaits personnels sont variés : 10 déclarent qu'elles ne souhaitent pas se remarier, 14 disent qu'elles veulent se marier et font des démarches pour cela et 7 ont un avis intermédiaire, c'est-à-dire qu'elles ont des exigences très spécifiques, d'un tel niveau qu'un remariage semble peu probable.

Outre la volonté d'échapper à la condition socioéconomique des veuves et à la pression de l'entourage, de nombreuses raisons de vouloir se remarier sont évoquées, incluant en premier lieu le souhait d'avoir de nouveau une vie de couple, d'échapper à la déconsidération et de ne plus être traitée de « femme facile » (*thiaga*) [4]. La motivation religieuse est aussi évoquée, le mariage étant décrit comme une obligation dans l'Islam. Les aspirations sont cependant marquées par l'histoire conjugale : certaines femmes ne veulent plus revivre d'union au vu de l'expérience précédente dont elles souffrent toujours. De plus, les récits de tentatives de remariage montrent que les prétendants rencontrés correspondent rarement aux attentes, ce qui repousse indéfiniment le remariage souhaité.

Pour celles qui étaient satisfaites de leur première union avant la survenue de la maladie, la crainte de ne pouvoir retrouver une relation conjugale de la même qualité peut motiver le refus d'un remariage. Les femmes doivent aussi, dans leur choix du conjoint, s'assurer qu'un prétendant

correspond à certains critères imposés par la famille ou avancés par elles-mêmes sur des bases d'appartenance sociale (caste, groupe ethnique, religion). Il faut de plus parvenir à ne pas aggraver sa situation en se mariant, et éviter un conjoint vénal. Les femmes qui ont plusieurs enfants à charge les mettent souvent en avant comme raisons pour ne pas chercher à se remarier, avec plusieurs motifs : parce qu'elles veulent centrer leurs priorités sur l'éducation de leurs enfants, ou parce qu'elles craignent que les enfants et un futur conjoint ne s'entendent pas. Dans ces situations de choix par arbitrage, les femmes disent souvent qu'elles préfèrent considérer leurs enfants comme leur priorité, tentant de maintenir au mieux la cohésion du foyer. Enfin, des femmes déclarent ne pas vouloir se remarier pour éviter d'être exposées à une sexualité à risque de transmission du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles, dont elles ne pourraient se protéger.

Pour certaines femmes, le mariage n'est plus un idéal : elles décrivent le mariage comme apportant peu aux femmes lorsque la norme sociale qui impose d'avoir des enfants a été appliquée, voire comme un « marché de dupes » dans lequel la femme est dépossédée. De nombreuses femmes mentionnent la recherche d'un *takkoo*, c'est-à-dire d'un conjoint qui, dans cette forme d'union matrimoniale particulière et qui ne donne pas lieu à une cérémonie de mariage publique, ne résidera pas avec elles, avec lequel il n'y a pas d'obligation de descendance ni de relations sexuelles, qui n'est pas tenu de les soutenir financièrement, mais qui leur permettra d'avoir le statut de femmes mariées.

L'impact du VIH sur les attitudes vis-à-vis du remariage

Plusieurs femmes évoquent l'absence de possibilité de sortir d'une situation sociale dont elles souffrent, et attribuent cette incapacité directement ou indirectement à leur statut VIH. Elles font état de préoccupations de divers ordres, qui sont aussi mentionnées, de manière plus ou moins explicite, par l'ensemble des femmes rencontrées. Ces préoccupations incluent : être identifiée comme infectée par le VIH ; être contagieuse et risquer de transmettre le VIH ; ne pouvoir annoncer son statut VIH à un prétendant ; ne pouvoir annoncer son statut VIH pour réduire la pression au remariage ; et n'accepter qu'un conjoint vivant avec le VIH.

L'identification comme infectée par le VIH

Plusieurs femmes disent que le décès de leur mari dans des circonstances évoquant l'infection à VIH les a rendues suspectes d'être elles-mêmes déjà infectées aux yeux de leur belle-famille, voire dans d'autres espaces sociaux (voisinage, parenté, professionnels de santé). Des indices auraient été interprétés concernant le défunt -ses voyages en Côte d'Ivoire (pays à la prévalence élevée au début des années 2000), ses fréquentes relations extra-conjugales. Dans d'autres cas, des tiers (en particulier la famille) auraient été informés du diagnostic par les soignants du mari – une pratique en vigueur à cette époque. Aussi, les femmes craignent d'être rejetées car elles supposent que leur statut VIH+ est connu de tiers. C'est souvent pour cette raison que les femmes ont refusé le lévirat. Les propos montrent que certaines femmes adhèrent plus ou moins explicitement à l'idée qu'une personne vivant avec le VIH ne devrait pas avoir de vie de couple, car il n'y aurait aucun avantage à l'épouser.

La perception d'être contagieuse

La plupart des femmes interrogées semblent considérer qu'il « va de soi » qu'étant infectées par le VIH, elles risquent de contaminer un conjoint éventuel. La crainte de contaminer est d'autant plus vive que les personnes qui l'expriment pensent avoir elles-mêmes été contaminées par transmission sexuelle par leur conjoint. Cette perception reflète la difficulté d'utiliser des moyens de prévention tels que le préservatif dans le cadre d'une relation conjugale. Ces femmes voudraient aussi connaître le statut sérologique de leurs prétendants, mais elles se perçoivent dans l'impossibilité sociale de les interroger, alors qu'elles estiment devoir leur révéler leur propre statut.

L'impossibilité de partager son statut VIH avec un prétendant

Une des difficultés incontournables que rencontre une femme veuve vivant avec le VIH concerne le partage de son statut avec un homme qui a fait part de son souhait de l'épouser. Toutes les femmes enquêtées considèrent qu'il est impératif de lui dire leur statut VIH. Mais toutes craignent que l'annonce fasse fuir le prétendant et surtout qu'il divulgue ensuite le statut dont il a eu connaissance. La quasi-totalité des femmes interrogées vont jusqu'à renoncer au remariage par crainte des suites de l'annonce, et certaines établissent des stratagèmes pour attribuer ce refus à d'autres motifs, comme leur absence de désir de se remarier.

L'impossibilité d'alléger la pression de l'entourage en partageant son statut

La pression de l'entourage au remariage évoquée plus haut est d'autant plus insistante que la femme refuse des propositions sans pouvoir expliquer ses raisons. Les entretiens désignent les personnes qui statutairement dans les familles exercent cette pression : il s'agit essentiellement du père, des frères et des oncles. Ceux qui sont au courant du statut sérologique de la femme, comprenant ses raisons, cessent d'y participer.

La focalisation sur la recherche d'un conjoint vivant avec le VIH

La seule voie pour éviter ces difficultés semble être, aux yeux des femmes interrogées, d'épouser une personne qui vit la même situation, c'est-à-dire une personne vivant avec le VIH. Ce choix du conjoint permettrait d'éviter les risques de divulgation de l'information sur le statut VIH de la femme, de transmission du VIH et d'être rejetée comme personne vivant avec le VIH. Ainsi, la quasi-totalité des entretiens que nous avons réalisés auprès de veuves qui souhaitent se remarier soummettent le remariage à la rencontre d'une personne atteinte.

Discussion

Les femmes que nous avons interrogées n'ont pas toutes été dénuées d'opportunités pour se remarier. En première instance, le maintien dans le lignage et l'unité familiale du défunt leur a souvent été proposé au travers du lévirat, ce qui témoigne du caractère actuel de cette forme d'union matrimoniale au Sénégal, au moins dans certains groupes sociaux. Leur refus n'a pas créé de conflit, contrairement à ce qui a été décrit en Afrique de l'Est ou du Sud [7], ce qui peut être expliqué par l'affaiblissement de la valeur normative de cette institution, déjà décrite chez les Bassari du Sud Sénégal [6] et parce que la plupart des belles-familles, qui avaient suspecté ou été informées de l'atteinte du défunt par le VIH, pouvaient craindre, en gardant la veuve, la contagion symbolique du stigmate moral. Dans une période où coexistent deux modèles d'inscription familiale - lignagère ou dans la famille nucléaire - le lévirat proposé reste une forme de protection sociale évitant l'exclusion de la veuve. Il a été remplacé dans certains cas par le paiement de son loyer par un parent du défunt, un acte moins engageant, mais reflétant de manière similaire la subsistance de liens, certes ténus, instaurés par le mariage. Néanmoins, les enfants orphelins ne reçoivent pas de soutien de la part de leur famille paternelle dès lors que leur mère n'est plus en relation avec celle-ci, et semblent totalement à la charge de la veuve.

Le principal motif présenté à la recherche d'un remariage est la volonté de sortir de conditions de vie très difficiles sur le plan économique. Ces femmes souffrent aussi de leur absence d'autonomie pour leur résidence, leur vie quotidienne et leurs relations sociales, la dépendance économique ayant pour corollaire une forme de soumission à ceux qui les aident. Seulement une minorité correspond au profil des « femmes autonomes » chefs de foyer décrit par les démographes comme émergeant dans les métropoles africaines [1]. Certaines situations paraissent similaires à celles qualifiées dans d'autres contextes de « pauvreté absolue » [7]. C'est notamment le cas pour les femmes dont la belle-famille est venue récupérer tous les biens du foyer. Si les veuves que nous avons rencontrées ne cherchent pas toutes à se remarier, ce n'est pas parce qu'elles sont satisfaites de leur condition socioéconomique et relationnelle, mais parce que le remariage ne leur semble pas un moyen sûr d'améliorer leur condition. Celles qui ne cherchent pas à se remarier semblent se résigner au maintien d'un équilibre précaire, qu'une nouvelle union risquerait de mettre en péril.

Dans ce contexte, où l'avantage du remariage n'est pas certain, la question du VIH vient surdéterminer les attitudes des veuves. Les femmes qui ont été interrogées étaient relativement en bonne santé et ne souffraient pas de pathologies ni d'effets indésirables très handicapants qui auraient pu marquer leur apparence physique ou limiter leurs activités –tels que des lipodystrophies ou des neuropathies. Aucun signe ne permettait de suspecter leur statut VIH, ce dont atteste le fait que peu de personnes de leur entourage en étaient informées. L'absence de remariage n'a pour aucune des veuves rencontrées été la conséquence d'un refus frontal ou d'une discrimination en lien avec le statut VIH qui se serait exercée directement à leur égard. Elle apparaît comme la conséquence d'une auto-exclusion du remariage motivée par une auto-stigmatisation et par une méconnaissance des dimensions épidémiologiques du risque de transmission (comme l'absence de risque de contagion). Des facteurs psychologiques pourraient être en cause, l'autodépréciation liée à la perte d'identité sociale inhérente au veuvage venant s'ajouter à celle due à l'infection à VIH. Ces attitudes reflètent aussi les insuffisances du système de soins, qui n'a pas permis à des femmes régulièrement suivies depuis de nombreuses années d'acquérir des connaissances plus justes, de se protéger contre les représentations stigmatisantes, et d'accéder à un appui psychosocial qui leur permette de « vivre (plus) positivement » avec le VIH.

Certaines veuves sont dans des situations d'impasse : après plusieurs refus de remariage, elles semblent ne plus pouvoir prétendre qu'indirectement à une aide statutaire, alors qu'elles ne sont pas exonérées de leur responsabilité vis-à-vis de leurs enfants. Or, l'état du marché matrimonial leur est peu favorable, les candidats au *takkoo* et les hommes vivant avec le VIH étant peu disponibles, de l'avis d'informateurs clé (travailleurs sociaux, leaders associatifs), sauf peut-être pour des veuves qui disposeraient de ressources financières et pourraient soutenir leur conjoint.

Conclusion

La forme de vulnérabilité sociale identifiée dans cette étude n'apparaît pas dans les enquêtes usuelles, en l'absence de discrimination manifeste (« enacted stigma »), les veuves se gardant bien de dévoiler leur statut VIH à des tiers. Elle résulte de la situation de pauvreté généralisée et de la

dimension structurelle de la domination masculine, qui par de multiples effets sociaux et économiques retire son identité sociale et le statut y afférant à une veuve, dès lors qu'hors mariage, elle n'est plus « l'ayant-droit » (et l'obligée) d'un homme. La société sénégalaise propose des dispositions d'union matrimoniale (*takkoo*, lévirat) qui permettraient aux veuves de garder leur statut de femmes mariées vis-à-vis de la société et de la religion, mais les effets combinés de l'épidémie de VIH et de la pauvreté ne permettent pas à ces mécanismes de jouer ce rôle. Des études focalisées sur la situation des veuves vivant avec le VIH devraient être menées dans d'autres pays ouest-africains pour comprendre dans quelle mesure cette situation est propre au contexte sénégalais. Les agences des Nations-Unies telles que l'UNIFEM et l'ONUSIDA qui revendiquent de lutter contre les iniquités au détriment des femmes et des « populations vulnérables » vivant avec le VIH devraient prendre en compte cette vulnérabilité sociale invisible.

Remerciements Nous remercions les participants et l'équipe du CRCF (Centre de recherche et de formation à la prise en charge de Fann). L'étude a été financée par l'ANRS (Agence française de recherches sur le sida et les hépatites virales) et l'IRD (Institut de recherche pour le développement).

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Adjamagbo A, Antoine P (2009) Etre femme « autonome » dans les capitales africaines. Les cas de Dakar et Lomé. Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh. INED, Paris
2. Barnett T, Whiteside A (2006) AIDS in the Twenty-first Century. Disease And Globalization. 2nd Revised edition. Palgrave Macmillan, Houndmills
3. Dial FB (2008) Mariage et divorce à Dakar : Itinéraires féminins. Karthala, Paris
4. Diouf JL (2003) Dictionnaire wolof-français et français-wolof. Karthala, Paris
5. Fall AS (2007) Bricoler pour survivre. Perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar. Karthala, Paris
6. Gessain M, Desgrées du Loû A (1998) L'évolution du lévirat chez les Bassari, Journal des Africanistes 68(1-2):225–48
7. Luginaah I, Elkins D, Maticka-Tyndale E, et al (2005) Challenges of a pandemic: HIV/AIDS-related problems affecting Kenyan widows. Soc Sci Med 60(6):1219–28
8. Malungo JR (2001) Sexual cleansing (Kusalazya) and levirate marriage (Kunjilila mung'anda) in the era of AIDS: changes in perceptions and practices in Zambia. Soc Sci Med 53(3):371–82
9. ONUSIDA (2012) UNAIDS country facts sheet: Senegal [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/]
10. Taverne B (1996) Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. Sciences Sociales et Santé 14(2):87–106
11. Zimmer Z, Dayton J (2005) Older adults in sub-Saharan Africa living with children and grandchildren. Popul Stud 59(3):295–312