

TRAJECTOIRES SEXUELLES ET AMOUREUSES À ABIDJAN

L'exemple des femmes de Marcory et de Koumassi

Corinne Ginoux-Pouyaud

Présentation de la recherche

Notre recherche sur les trajectoires et les stratégies sexuelles et amoureuses des femmes résidentes dans deux communes du département d'Abidjan (Marcory et Koumassi), consiste, avant tout, à dégager les déterminants dans le choix du ou des partenaires sexuels¹ et les conditions de passage du choix à la relation effective en étudiant les lieux de rencontre, les formes de séduction, les réseaux de partenaires et la durée de la relation.

L'apparence corporelle est, entre autres, largement développée, entendue comme le corps, sa présentation et sa perception, à travers l'ensemble de certaines particularités physiques valorisées (couleur de peau, poids etc.), les attitudes corporelles (manière d'être et de se comporter avec les postures, les différentes approches de séduction, les mimiques) et les divers autres attributs (vêtements, bijoux, coiffures, maquillage etc.).

Méthodologie

Une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives fut retenue avec, tout d'abord (de février à juin 1991), l'administration d'un questionnaire auprès de 500 femmes, selon la méthode des quotas. Celle-ci fut réalisée en fonction des seules données disponibles (au début de l'année 1991), soit une partie des résultats du recensement général de la population de 1988 à la Direction générale de la statistique d'Abidjan dénombrant la population féminine globale de Marcory et Koumassi, selon le croisement de trois variables : l'âge, la religion et le groupe ethnique.

A cet échantillonnage proportionnel furent associés le facteur temporel (enquêter aussi les jours de congé afin de rencontrer une partie de la population féminine mobile pour des raisons professionnelles) et la méthode « aéroliare » consistant à enquêter dans les dispensaires, les cliniques et les PMI, les marchés et les commerces, les mairies, les entreprises, les centres sociaux, les foyers féminins, les kiosques, les « maquis »² et d'une façon générale dans les quatre formes d'habitat présentes à Abidjan (l'habitat résidentiel, économique, évolutif et spontané³). Nous avons également, dans la mesure du possible, tenté de diversifier la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession et le degré d'urbanisation des enquêtées.

Par la suite, des entretiens semi- et non directifs, complétés par des suivis de cas et des histoires de vie centrées sur une population, approfondirent les points les plus significatifs révélés par l'analyse des résultats du questionnaire (tableaux croisés et analyse multifactorielle).

Les problèmes de réalisation des enquêtes

Les difficultés de l'enquête résidèrent, avant tout, dans la formulation des questions et la compréhension des réponses enregistrées. L'agencement des formes interrogatives, de leur tournure et du vocabulaire employé nécessitait une grande prudence. Aux problèmes de définitions et de connotations des termes ou expressions

-
1. Il s'agit de voir, par exemple, pour quel type de femmes, ceux-ci sont identiques ou non aux critères de sélection du conjoint et quels sont ceux seulement caractéristiques d'une relation éphémère ou relativement durable.
 2. Il s'agit de lieux de restauration, pour la plupart sommaires et édifiés sans autorisation légale, servant des plats traditionnels ivoiriens.
 3. Ceci selon le regroupement de l'enquête démographique à passages répétés de Ph. Antoine et Cl. Herry (1982).

vient s'ajouter l'apparition d'une combinaison de mots dioulas, nouchis ou zougloous⁴ comme par exemple : « *cette fille est gniayere et brisée* » (« gniayere » signifiant indépendante en dioula, et « brisée », amoureuse en zougloou) ou les « *MST : Moyennes Sexuellement Transmissibles* » (sigle couramment employé chez les étudiants, traduisant des contacts et des relations sexuelles permettant l'obtention de diplômes).

Quant à la retenue discursive, un langage hautement censuré régularise les rapports parents-enfants. L'application avec rectitude de certaines maximes conduit à une ritualisation dans les propos en convenant qu'il n'est pas de mise de tenir un discours sexuel scabreux en présence du père ou de la mère. Ceux-ci l'éprouveraient comme de l'impudence et de l'inconvenance. Le franc-parler est remplacé par un langage édulcoré, preuve de déférence et de respect qui semble être la réitération d'usages ancestraux (cf. Guerry, 1972, pp. 39-40).

L'éducation parentale est alors suppléée, voire supplantée, par l'entourage de l'enfant c'est-à-dire le voisinage, l'école, les partenaires en amitié, sexuels et d'une manière générale par l'ensemble des modalités et des membres des divers groupes d'appartenance⁵. Ainsi, à Abidjan, les femmes s'expriment, d'une façon générale, crûment et sans circonspection. Il s'agit d'un parler vivace, dépourvu de censures et de contraintes⁶. Autrement dit, aucune norme de pudeur ne se manifeste à travers le discours qui se veut sans retenue, très explicite et réaliste.

Certes, à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, on peut déceler une sorte de réserve et de contrôle de soi à travers le contenu expressif. À un énoncé direct et franc se substituent, de temps à autre, des stratégies d'euphémisation vis-à-vis de termes considérés comme familiers, déplacés ou vulgaires. C'est un style apprêté, induit d'un respect scrupuleux de formalités qui déréalise et masque tout propos sexuel, ceci tant par les prudences syntaxiques des élocutions que par les références implicites qu'elles recèlent.

Cependant, cette particularité constatée au sein d'une classe minoritaire disparaît rapidement au cœur d'un environnement détendu, naturel et spontané comme le « maquis ». De plus, il est à noter qu'elle ne se retrouve pas à travers d'autres indices de position sociale tels que l'apparence vestimentaire.

Intervention du sida dans le cadre de cette recherche

Face à une pluralité de facteurs intervenant sur les trajectoires sexuelles et amoureuses tels que le degré d'urbanisation⁷, l'emprise familiale, le niveau d'instruction, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, la religion, l'appartenance ethnique mais aussi les expériences, la personnalité et les aspirations de chaque femme, s'intercalent des réactions dues à la peur suscitée par l'émergence du sida. Celui-ci engendre des modifications de comportements comme davantage de retenue dans certains itinéraires amoureux (fidélité ou réduction du nombre de partenaires sexuels), voire même d'autres attitudes plus ou moins insolites comme l'in-

4. Le langage « nouchi » ou « zougloou » (ce dernier se retrouve en particulier dans le milieu universitaire) correspond à une évolution du « sabir » relevée par L. Duponchel (1971, p. 16) : « *on peut dire qu'il s'agit en gros d'une langue qui utilise, sur des structures syntaxiques de langues négro-africaines, des mots français pour lesquels la relation signifiant-signifié a parfois changé* ».

5. À noter qu'un nombre conséquent de jeunes filles corroborent les anomalies d'un tel système en révélant leur méconnaissance quant à la durée normale d'un cycle menstruel (certaines répondirent trois mois) voire même l'ignorance totale de cet état chez la femme, avant leur propre expérience.

6. « *On parle volontiers de plaisirs physiques à Abidjan, et la curiosité sensuelle s'exprime sans gêne dans des conversations qui ne se tiennent pas seulement entre intimes [...] Ceci doit se comprendre par rapport à un contexte où il n'y a pas de théories qui commandent l'expression des plaisirs et en donnent des versions autorisées* » (Le Pape et Vidal, 1984, pp. 111-112).

7. Les citadines de longue date présentent des cheminements amoureux divergents par rapport aux femmes récemment installées à Abidjan et reproduisant des comportements majoritaires dans le milieu rural.

troduction de nouveaux critères dans le choix du partenaire sexuel⁸, l'utilisation de nouveaux procédés et stratégies⁹ de contraception ou le refus de certaines infractions sociales considérées comme étant à l'origine du mal biologique (inceste ou adultère).

Ces différentes réponses, reliées à l'intégration sociale du sida, à la perception de ses modes de contamination ou des manifestations cliniques du corps (émaciations, symptômes dermatologiques etc.), expriment un sens attribué à la maladie qui ne remet pas systématiquement en question les véritables comportements dangereux. Ainsi, notre étude de terrain révéla, entre autres, chez des femmes (en majorité ivoiriennes) âgées entre 20-29 ans, un refus du préservatif malgré un nombre relativement important de partenaires sexuels déjà connus (variant entre 9 et 12), un niveau d'instruction assez élevé (du 2^e cycle au niveau supérieur) et une connaissance du sida. D'autres femmes s'engagent dans un style de vie où elles pratiquent la contraception, exigent des rapports sexuels protégés ou les refusent, choisissent leurs partenaires sexuels et adoptent des stratégies pour concilier des exigences sociales, des interdits culturels et leurs propres aspirations.

Dans le cadre des recherches pour l'Action incitative « Sciences sociales et sida »¹⁰, nous approfondirons nos résultats en étudiant les principaux déterminants des comportements réputés à risque¹¹, véhiculés et façonnés dans un contexte d'urbanisation, comme celui d'Abidjan, où s'inscrivent les croyances et les représentations les plus diverses relatives au corps et à son fonctionnement¹² mais aussi à la maladie et à la contagion¹³, à la mort ou encore à la médecine¹⁴.

Il sera, dès lors, opportun de dissocier parmi les femmes rejetant le préservatif masculin, celles qui souhaitent, malgré tout, se protéger (mais qui sont confrontées à des partenaires réticents, ou éprouvent une certaine gêne à proposer, selon l'expression ivoirienne, « la chaussette » énigmatique qui peut toujours suggérer l'existence de la maladie chez un des partenaires) de celles qui ne réagissent pas (et se vouent à une volonté divine, une force fatale ou surnaturelle) ou encore réagissent « mal »¹⁵ (en accordant une crédibilité à certains féticheurs ou médicaments protecteurs : corde autour des reins etc.). Il convient, ainsi, de s'interroger sur la manière dont les divers systèmes de représentation de la vie, de la maladie et de la sexualité assimilent le sida, le comprennent et lui redonnent une toute autre signification.

8. Avec, par exemple, une recherche de hygiène à travers l'apparence vestimentaire.

9. Comme associer à une contraception, une protection contre les MST (Maladies Sexuellement Transmissibles), avec par exemple, l'utilisation de « médicaments indigénats » suppléée par diverses autres mixtures sensées préserver du sida.

10. Il s'agit d'une étude débutée en décembre 1992 en collaboration avec F. Deniaud et E. Vautrin sur « les perceptions et pratiques des jeunes Ivoiriens des villes de Bouaké et d'Abidjan en matière de prévention du sida ».

11. Il importe également de connaître les niveaux d'éducation à combler. Savoir quelles informations sont à divulguer, dans quels domaines, afin de pourvoir à quelle ignorance, méconnaissance, fausse idée ou évidence.

12. Il s'agit de conceptions anatomiques et physiologiques particulières se répercutant sur celles de la procréation et, par conséquent, des choix contraceptifs.

13. Les causes sont fréquemment attribuées à des relations interpersonnelles ou encore à des excréments corporelles. A ce sujet, voir Vincke (1991).

14. En particulier la médecine traditionnelle qui bénéficie actuellement de l'inefficacité de la médecine moderne en ce qui concerne le traitement du sida. Voir, par exemple, l'article de L. Sidibé (1991) paru dans la presse ivoirienne sur le guérisseur ghanéen Nana Kofi Drobo II, comprenant cette réflexion : « *L'essentiel est de savoir et surtout de comprendre, dans cette grande bataille anti-sida que l'Afrique, pour une fois, à son mot à dire* ».

15. « Mal » renvoie, ici, à une attitude protectrice dont les effets n'ont pas été vérifiés scientifiquement.

Références citées

ANTOINE Ph. et HERRY Cl.

(1982) *Enquête démographique à passages répétés. Agglomération d'Abidjan*, ORSTOM - Direction de la Statistique, Abidjan.

DUPONCHEL L.

(1971) « Multilinguisme et français scolaire chez l'Ivoirien », *Bulletin de liaison du Centre universitaire de recherches sur le développement (CRUD)*, Série Linguistique-Ethno-Sociologie, 1.

GUERRY V.

(1972) *La vie quotidienne dans un village baoulé*, INADES, Abidjan.

LE PAPE M. et VIDAL C.

(1984) « Libéralisme et vécus sexuels à Abidjan », *Cahiers internationaux de Sociologie*, « le sexuel », LXXVI, p. 111-118.

SIDIBE L.

(1991) « Le Ghāna aujourd'hui. Les sidéens de Nana Kofi Drobo II. « Nous avons confiance » », *Fraternité Matin*, mercredi 6 février, n° 7902, p. 13.

VINCKE E.

(1991) « Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale », *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), pp. 167-188.

Commentaires des rapporteurs

P^r Françoise Héritier-Augé

Je voulais vous dire quelque chose qui m'a beaucoup frappé, c'est qu'en fin de compte, vous nous parlez d'une situation abidjanaise ou plutôt ivoirienne. Et vous vous posez d'ailleurs la question de savoir si cela présente une différence avec la France ou ailleurs, à propos des « chaînes ». Que ce soit pour ce propos-là ou pour le reste (cette analyse que vous venez de faire sur les changements ou non de comportements), nous retrouvons à travers votre discours tout ce que nous pouvons trouver dans les discours des autres pays que l'on peut considérer mieux informés ou plus en avance sur les méthodes de protection individuelle. Et même sur le point de savoir si dans leur mariage les femmes ont toujours le choix d'imposer le préservatif à leur mari, alors même qu'elles savent qu'il a une autre partenaire, je ne pense pas que cela soit une spécificité ivoirienne.

Un autre détail : vous expliquez que les changements de comportements pouvaient passer uniquement dans les critères de sélection du partenaire souhaitable. Evidemment, vous avez affaire à des femmes, donc votre échantillon féminin vous parle des critères de choix du partenaire masculin qu'elles vont chercher, et je trouve tout à fait intéressant qu'elles cherchent un partenaire bien en chair. Parce que il y a eu une petite enquête qui a été faite en milieu parisien auprès de jeunes hommes et, eux, c'est pareil : les garçons préfèrent maintenant les filles rondelettes. C'est ce qu'ils disent et ce qui est, évidemment, une fausseté absolue. Ils craignent l'émaciation comme un signe du virus du sida alors que c'est le début du sida, pas de la séropositivité.

Cela dit, je voulais signaler que vous avez fait une très belle démonstration en partant de la situation féminine (mariée, concubine ou célibataire) et vous avez l'idée que l'homme a toujours une femme en plus (cela peut être une ou deux femmes en plus). Mais il ne faut pas oublier, et même sans sous-estimer l'honnêteté des déclarations des femmes, qu'elles ne peuvent pas parler - pour la femme « en plus » - de leur concubin, par exemple. Cette femme « en plus », elle a aussi des hommes « en plus ». Donc les chaînes ne s'arrêtent effectivement pas là. La difficulté est de parler de ces chaînes dont on ne voit pas le bout et qui peuvent être très longues.

Vous vous demandez si c'est une spécificité africaine que cette longueur. Alors là je voulais vous dire qu'à partir du moment où l'on admet que chacun des individus peut avoir un ou deux partenaires ou plusieurs depuis cette période de l'introduction de l'épidémie, on se rend compte que les réseaux deviennent absolument non maîtrisables. C'est l'un des problèmes de santé publique de certains pays comme la Suisse ou la Suède qui ont voulu lever le secret médical (le problème est très important me semble-t-il et vous n'avez pas fait allusion à cela : il s'agit de la confiance que des femmes vous font sur un questionnaire). Mais il ne faut pas oublier qu'en amont il peut aussi y avoir dans les mesures sanitaires, cette fois-ci étatiques, de prévention, la recherche des partenaires et donc la levée du secret médical. C'est-à-dire que des médecins demandent à quelqu'un qu'ils découvrent séropositif « quels ont été vos partenaires dans les dix dernières années ? », et une fois qu'ils les ont identifiés, on les contacte. On ne leur dit pas qui a dit avoir eu des rapports avec eux, mais « vous figurez sur la liste de quelqu'un qui dit avoir été votre partenaire sexuel et qui se trouve être séropositif, vous êtes invité à passer un test et, également, à indiquer tous les partenaires sexuels que vous avez eus ». Ils pensaient, dans certains Etats des Etats-Unis, en Suisse et en Suède que c'était une bonne manière de prévention. Dès que l'on a essayé de la mettre sur pied, il éminent que cela a échoué tout de suite : c'est absolument immaîtrisable, indépendamment du fait que l'on se fonde sur la parole des personnes et qu'il y a toujours des omissions. Je me place là uniquement sur le plan technique et non éthique, mais il est évident que sur ce plan cela n'est pas admissible.

Donc, il apparaît que ces réseaux sont immaîtrisables, aussi bien dans les pays dits développés que dans la situation abidjanaise que vous décrivez.

P^r Tapé Gozé

J'avais seulement quelques remarques à faire concernant les relations amoureuses en rapport avec le sida et la modification des comportements. Les femmes disent que finalement le sida a permis de réduire le nombre de partenaires. Or ce nombre est quand même important pour les filles qui ont fait le second cycle et ont accès à l'information : il va jusqu'à cinq. Cela veut dire qu'il y a une disproportion entre leur déclaration et la réalité.

Deuxièmement, il y a l'interprétation à partir des religions. On a eu toujours des problèmes avec cette variable-là. On ne sait pas ce qu'il faudrait dire si par exemple on trouvait le résultat suivant : la religion musulmane permet de réduire le nombre de partenaires. Est-ce qu'il faudrait par la suite le dire au niveau de la prévention ? Tout le monde dirait non. Cela pose problème. Dans l'enquête que nous avons effectuée, on a vu que cette variable religion était en rapport avec d'autres variables, notamment le niveau d'instruction. Par exemple, l'islam est en milieu rural et en ville; le Nord de la Côte-d'Ivoire est islamisé, et le niveau d'instruction est moins élevé. Les chrétiens, eux, sont plutôt en ville : leur niveau d'instruction est plus élevé. Quand on interprète la variable « religion chrétienne », on a aussi le niveau d'instruction (ce sont les plus instruits) et il se trouve que chez les chrétiens le nombre de partenaires est élevé. Donc, ce qu'il faudrait peut-être faire c'est essayer de dissocier cette autre variable-là et puis étudier, à l'intérieur de chaque religion, ces différents niveaux et voir comment les religions se comportent face au partenariat occasionnel.

Doris Bonnet

J'ai apprécié le fait que vous avez pu faire valoir l'importance des conduites individuelles tout en faisant un travail quantitatif. Alors la question que je me pose et vous pose c'est : est-ce que ce travail tendrait à signifier que l'acceptabilité de la prévention serait proportionnelle à la gestion de la sexualité et de la fécondité, cela veut dire le choix du partenaire, le désir d'un enfant ? Est-ce que l'on peut, au moins, explorer davantage ce sujet et réfléchir un peu plus sur la gestion de la sexualité de la part des femmes ? Mais il faudrait aussi dans une étude à partir des relations de sexe et de genres, savoir comment les négociations

sexuelles s'opèrent, comment la négociation par rapport au désir d'enfant se transforme d'une situation du monde rural à une situation en ville et si cette gestion va dans le sens d'un changement des comportements. On a vu chez nous qu'au moment où il y a eu la pilule, la situation de la femme a changé, beaucoup de choses ont évolué. Est-ce qu'on peut imaginer cette tendance ?

Réponse de Corinne Ginoux-Pouyaud

C'est difficile de gérer la sexualité et d'essayer de modifier quoi que ce soit quand il s'agit des relations sexuelles. Les comportements sont très durs à faire changer. Certaines femmes déclarent avoir modifié certaines de leurs attitudes depuis l'apparition du sida. Mais on s'aperçoit que ce n'est pas toujours la sexualité qui a été modifiée. Par exemple, les moins de 20 ans ont déclaré une méfiance vis-à-vis des autres. C'est-à-dire qu'elles déclarent ne plus serrer la main, etc. Elles connaissent les moyens de protection puisqu'elles savent que le préservatif protège du sida, mais elles ont d'autres attitudes néfastes comme la méfiance vis-à-vis des autres. J'ai croisé les variables « en quoi avez-vous modifié votre comportement depuis que le sida existe » et « la connaissance des voies de contamination » : on s'aperçoit que, justement, ce sont ces femmes de moins de 20 ans qui réagissent mal, qui ne connaissent pas les voies de contamination du sida. C'est-à-dire que si on leur dit « mettez le préservatif et vous serez protégées », comme elles ne savent pas exactement comment on attrape le sida, elles mettent plus ou moins le préservatif et elles changent un autre comportement (elles ne touchent plus les gens). Donc elles vont dans le mauvais sens.

Je pense qu'il y a quand même un espoir du côté des femmes parce que quand on leur explique vraiment comment on attrape le sida, qu'il existe des réseaux de partenaires, elles ont peur. Il y a peut-être un espoir, d'autant que s'il existe un préservatif féminin, elles disent qu'il faut l'amener, « on le veut, il n'y a pas de problème, on veut essayer ça aussi puisque l'homme ne veut pas mettre le préservatif, nous, on va prendre une décision et réagir ».

Je voudrais dire aussi que pour la limitation des partenaires, il est exact que les filles dans le second cycle ont plus de cinq partenaires, mais il y a beaucoup de femmes qui réagissent différemment : elles continuent à avoir un nombre de partenaires sexuels élevé, mais elles pensent se protéger en utilisant des « coco », des médicaments de l'« indigénat ». Elles veulent continuer à avoir leur vie sexuelle active et elles ont la conscience tranquille en utilisant de mauvais moyens de protection.

P^r Françoise Héritier-Augé

Ce qui me frappe dans votre réponse c'est moins le problème de la prévention que celui de l'éducation et de la formation. Je trouve tout à fait remarquable que les changements de comportements que vous indiquez et dont vous dites, à juste titre, qu'ils ne vont pas dans le bon sens, sont ceux qui vont du côté d'une méfiance accrue à l'égard des individus et des sexes : on ne se sert plus la main, on ne boit pas dans le même verre, on ne s'assied pas à côté, alors même qu'il n'y a pas cette même inquiétude dans les rapports sexuels. Il y a dans la prévention une action éducative qui est à mettre sur pied d'urgence. C'est un des points essentiels qui manquent à l'heure actuelle où l'on fait trop porter l'accent sur ce qui est utilisé et qui est le plus urgent maintenant, à savoir le préservatif.

Maintenant, le problème du préservatif féminin : il existe comme vous le savez, un certain nombre de fabrications. Le problème de son emploi serait le même au sein du couple que l'autre parce qu'il faudrait quand même l'imposer au partenaire et cela revient, encore une fois, à faire porter une responsabilité en santé publique uniquement sur une moitié de la population et toujours la même, c'est-à-dire la partie féminine. Alors que, dans un cas comme celui-ci, il est important d'admettre que les deux parties doivent se protéger.