

Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali

Claude Fay¹, Annie Le Palec², Tiéman Diarra³, Étienne Gérard⁴, Félix Koné², Témoré Tioulenta², Robert Vuarin⁵

RÉSUMÉ

Au Mali, l'existence du sida ainsi que les messages officiels qui l'annoncent sont accueillis et réinterprétés dans divers milieux urbains et ruraux. Ces milieux sont caractérisés par diverses représentations "traditionnelles" de la maladie, de la contagion, de la sexualité et de la mort, mais également par des dynamismes sociaux très actuels dans le cadre d'une société en pleine mutation. On analyse successivement, dans différentes régions du pays, des logiques de catégorisation (interprétations portant sur le sida, son existence et sa nature), des logiques de protection ("rationnelles" ou "magiques") ou de non-protection, des logiques thérapeutiques (recours thérapeutiques divers, "modernes" ou "traditionnels", types de prises en charge). À tous ces niveaux, le sida apparaît en même temps comme révélateur des dynamismes sociaux (ils s'illustrent à son propos) et comme médiateur de ceux-ci : les attitudes prises face à la pandémie sont autant de positionnements actifs et stratégiques des différentes classes d'acteurs (hommes et femmes, aînés et cadets, ruraux et urbains) dans un processus général de reformulation des rapports sociaux. Seule la prise en compte de ces dynamismes sociaux peut donc, dans le cadre d'échanges entre professionnels de la prévention et chercheurs en sciences sociales, permettre de définir des messages et des actions adaptés.

MOTS-CLÉS

Sida, Mali, changement social, protection, préservatif, logiques thérapeutiques, rapports sociaux de sexe, Afrique.

¹ ORSTOM, Centre d'études africaines, EHESS, Paris.

² Laboratoire d'anthropologie et de sociologie de Tours, Université François Rabelais, Tours.

³ Institut des sciences humaines (ISH), Bamako.

⁴ Laboratoire de sciences sociales, ORSTOM, Bondy.

⁵ Université d'Aix-Marseille I, Aix-en-Provence.

Le projet *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali*⁶ consistait à étudier, dans quatre régions –dont quatre villes– du Mali (Bamako, Sélingué, Sikasso, Mopti); les niveaux et modes d’appréhension du “sida”, c’est-à-dire de la maladie elle-même, des messages et dispositifs de prévention, ainsi que les conduites et types de prises en charge induites, qu’elles soient médicales, tradi-médicales, sociales ou “symboliques”. Il s’agissait en même temps d’identifier les principaux codes socio-relationnels qui déterminaient ces modes d’appréhension, de conduites et de prises en charge.

L’existence du sida, ainsi que les messages officiels (médical, religieux) informatifs sont, en effet, accueillis et interprétés dans divers milieux maliens, urbains et ruraux, dont les quatre zones choisies offrent un échantillon contrasté. Ces zones habitées par des populations diversifiées, témoignent de diverses cultures, donc de diverses représentations “traditionnelles” de la maladie, de la contagion, du sexe, de la mort. Elles sont également le théâtre de forts processus de changement et de recomposition sociale, en partie communs (situation nationale et, plus largement, ouest-africaine), en partie singuliers à chaque zone. Ces processus peuvent, selon le lieu, constituer sélectivement diverses oppositions en paradigmes : hommes/femmes, aînés/cadets, ville/campagne, lettrés/illettrés, ethnie/ethnie, Occident/Afrique, etc. La problématique insiste donc sur l’analyse des modes de recodage ou de réappropriation de “l’événement sida” dans le cadre des systèmes de représentations existants. Nous avons décidé d’insister sur la “prise” du problème “sida” dans la reformulation, par des groupes divers, des rapports de force et de sens, dont l’articulation entre (dés)ordre individuel et (dés)ordre social est toujours un point-clé. Des discussions ultérieures ont recentré l’interrogation autour de quatre grands thèmes communs :

- Les logiques de catégorisation (connaissance, perception, dénomination) de la maladie et des messages qui l’annoncent, les conduites liées à ces logiques (notamment les conduites, ou non-conduite, de prévention/protection).
- Les logiques d’imputation (à des groupes, à des pratiques) à propos de la maladie (imputations de l’origine ou de la propagation de la maladie, ou de la production du “mythe” de la maladie).
- Les logiques thérapeutiques et parcours thérapeutiques (“traditionnels”, conventionnels et mixtes).
- Les logiques sociales productrices de grands types de rencontres et conduites sexuelles (les types d’usage du préservatif pouvant être appréhendés comme des conduites sexuelles).

Les différentes opérations de recherche devaient donc se confronter de façon comparative autour de ces thèmes communs, chaque opération de recherche étant définie par une région déterminée et par une modulation particulière des sous-thèmes⁷. Les chercheurs du groupe, tous sociologues et ethnologues, ont fondamentalement utilisé la méthodologie classique de l’enquête anthropologique, enquête ouverte de type qualitatif, en se servant, lorsque nécessaire, de questionnaires plus “fermés” et standardisés ou de recensements-types, notamment sur les thèmes des parcours thérapeutiques, de la fréquentation des services de santé, des différents types de médication ou des trajets migratoires.

Interpréter “la nouvelle” ou “les nouvelles” maladies

En 1992 à Bamako, certains jeunes niaient l’existence du sida, d’autres lui attribuaient des étiologies de la nosographie locale. D’autres disaient également «*ne pas y croire*», parce qu’ils n’avaient jamais vu de cas. Par la suite, des émissions de télévision ont montré des malades du sida dans les hôpitaux de Bamako. Les jeunes ont réagi : «*en fait ces gens étaient malades du sayi, cette maladie que les médecins ne connaissent pas et ne savent pas traiter*». Cela semble bien signifier une reconnaissance et une appropriation de la

⁶ Pour des analyses plus complètes, se reporter à Diarra *et al.*, 1994.

⁷ Tiéman Diarra, Annie Le Pavec et Robert Vuarin ont travaillé principalement dans la ville de Bamako (notamment en milieu hospitalier pour le premier, et plus particulièrement sur le thème du préservatif pour le troisième), Claude Fay et Témoré Tioulenta dans le cercle de Mopti, Etienne Gérard dans la zone de Sélingué, Félix Koné dans le cercle de Sikasso.

pathologie, du désordre biologique, mais aussi une négation de l'étiologie énoncée par les médecins et les Blancs. En effet, le *sayi* est non seulement une entité nosologique qui n'a pas été entachée par le contact avec une dénomination biomédicale, mais il correspond aussi à une vaste catégorie pathologique aux contours plus ou moins variés. Ses symptômes sont divers et pour beaucoup peuvent correspondre aux maladies opportunistes du sida. De plus, son étiologie renvoie au désordre social lié à l'urbanisation et à la modernité. Le *sayi* s'attrape par la fraîcheur, l'humidité et plus précisément celles des pays d'émigration, mais aussi par la consommation de certaines nourritures d'origine urbaine. Cette référence au *sayi* permet d'évacuer tout type de responsabilité individuelle quant aux causes de la maladie. Parallèlement, se sont mis en place des discours affirmant que le sida et le *sayi* représentent la même chose.

On a repéré de fait dans toutes les régions d'étude la série des "restitutions, réappropriations, négations" de l'annonce du sida, d'abord constatée à Bamako (Le Palec, Diarra, 1995). Le sida peut être simplement nié, et les nouvelles manifestations pathologiques rabattues sur les nosographies traditionnelles, ou bien l'on peut récupérer une partie seulement du message d'information médical, ou bien le "restituer" pour afficher une certaine modernité, mais sans que les pratiques sexuelles concrètes soient modifiées par cette restitution. L'intégration ou non, sous différentes formes, de la liaison de la pathologie aux pratiques sexuelles est partout un enjeu majeur.

Dans la région de Mopti, c'est aussi en 1991-1992 que l'information médicale s'est répandue massivement, en même temps qu'un nombre grandissant de jeunes migrants revenaient de Côte-d'Ivoire en piteux état, et décédaient rapidement. Ces maladies mortelles dont ils sont victimes, baptisées "les nouvelles", sont décrites de façon stéréotypée par une multiplicité de symptômes simultanés ou successifs. Ce qui frappe en elles, outre la mort rapide des migrants, c'est leur caractère polymorphe. Des interprétations apparaissent, combinant des causes anciennes qu'on suppose se conjindre (attaque par des sorciers, par des génies de brousse, qui peuvent, d'ailleurs, se succéder et se "repasser" la maladie en l'aggravant) et des causes nouvelles, où vont être repris (et réinformés) entre autres des éléments d'information médicale concernant le sida, et notamment ceux concernant la contamination sexuelle et par le sang. Les maladies sexuellement transmissibles sont connues localement depuis longtemps et le sentiment général d'une anarchisation des pratiques sexuelles (et matrimoniales) va rendre aisée l'intégration de l'hypothèse relative à la "contamination sexuelle" dans les spéculations sur "les nouvelles" (maladies). Sont également bien intégrés les messages concernant le sang, celui-ci étant localement conçu comme le véhicule principal des différents échanges corporels. Mais on trouve également, comme à Bamako, le thème de la malfaisance des nourritures étrangères et, parallèlement, de ce qu'on pourrait appeler les "nourritures sexuelles étrangères".

Dans la région de Sikasso, les maladies, si elles ne sont pas dites "de Dieu" (maladies "naturelles"), sont habituellement attribuées à des instances surnaturelles (génies, ancêtres) ou à des actes humains malveillants (jets de sorts). Le sida est considéré comme l'essor nouveau d'un mal ancien qu'on a cessé de contrôler. Il est généralement rapporté par les aînés à des désordres sociaux. Il résulterait, par exemple, de l'abandon, du fait de l'islam, de pratiques culturelles protectives, individuelles ou de groupe (sacrifices). Or, ceux qui manquent de protections sont exposés aux sorts. Les pratiques sexuelles en particulier exposent au mal, sont fragilisantes faute de purifications, peuvent irriter certaines divinités. L'époque actuelle, où la sexualité comme l'alliance matrimoniale apparaissent dérégées, est donc d'autant plus dangereuse que les instances magiques qui contrôlaient les transgressions ne sont plus invoquées. On privilégie, dans l'explication du sida, les désordres liés à la sexualité et on insiste sur la transmission sexuelle. Le sida peut donc être classé dans les "maladies des femmes". Mais une femme peut se voir communiquer magiquement le sida par son mari jaloux, en être en quelque sorte "porteuse saine", et le transmettre à ses partenaires d'occasion. Ici, le sida est classable dans les "gâtages, sabotages, pièges, complots", l'unique solution consistant à implorer le mari jaloux. Mais le sida peut sur le même mode être communiqué à une femme par une divinité *jina* avec laquelle il est difficile de traiter. Il peut également être classé comme "maladie non identifiée". Le sida peut aussi être rapporté à des pratiques sexuelles transgressives en soi (homosexualité, cynophilie) ou

plus généralement, pour les musulmans et en opposition aux explications qu'on vient de mentionner, à un éloignement des prescriptions religieuses. Il apparaît alors comme une sanction divine, ce qui s'accompagne d'un fort rejet des malades. Enfin il peut, comme précédemment, être conçu comme une nouvelle forme prise par des pathologies déjà connues ("paludisme", "ictère"), cette conception s'accompagnant alors généralement de la négation de sa spécificité.

À Sélingué, la classification des maladies distingue entre maladies "de Dieu", "des génies" et "des gens". Mais les maladies "de Dieu" sont d'apparition récente et ne désignent pas, comme dans les autres terrains, des maladies "naturelles" auxquelles on ne peut assigner de causes précises. Le sida est conçu par la plupart (à l'exception notable des marabouts qui gardent un silence prudent) comme une maladie de Dieu, incurable et envoyée pour punir les hommes et précipiter la fin du monde. Normalement, seules les maladies "des gens" sont mortelles, et les maladies vénériennes sont classées dans les "maladies des gens". Le sida, dont l'origine sexuelle est généralement reconnue, aurait donc dû en principe appartenir à cette catégorie. Mais, dans le cadre de forts processus de recomposition sociale, s'effectue une transformation des représentations des maladies et pratiques thérapeutiques : apparition de nouvelles maladies, perte d'efficacité de remèdes anciens, association de maladies autrefois dissociées, création puis extension de la catégorie des "maladies de Dieu", anarchisation parallèle de la profession de guérisseur. Le sida échappe ainsi à la classification des maladies qui définit un rapport réglé entre origine, manifestations et traitement. Maladie divine et mortelle, il peut être, par ailleurs, renvoyé aux transformations interpathologiques (aggravation de "l'ictère", lui-même aggravation du "paludisme"), en même temps qu'il est explicitement lié aux transformations sociales.

Dérèglements sociaux, dérèglements biologiques

L'hypothèse de départ, celle des réappropriations de la signification au carrefour des représentations traditionnelles et des processus de changement social, semble être largement vérifiée. La mise en rapport du dérèglement du corps biologique dans la maladie et du corps social dans le changement hante pratiquement tous les terrains étudiés. Elle est parfaitement formalisée chez les Malinké de Sélingué, où le corps biologique et le corps social sont tous deux divisés en *bonda* (mot signifiant les lignages ou fractions de lignages, et également les parties du corps). L'alliance peut y être conçue comme le "sang social" qui relie les *bonda* lignagères comme le sang le fait des différentes parties du corps. On comprend donc que les Malinké, en parlant du "poussissement" de chacun des deux corps (social et biologique), du poussissement du corps biologique par une maladie qui est "toutes les maladies réunies", évoquent implicitement la contamination du sang, alors qu'ils n'ont pas (en 1993) explicitement retenu sur ce point le message officiel. Les allochtones, pour leur part, parlent également d'une "maladie de Dieu", mais socialement moins soumis à un sentiment de destructuration apocalyptique, ils nient généralement qu'elle soit fatale.

Partout l'espace sexuel apparaît comme un espace de fragilisation sociale ; il en va de même de l'espace matrimonial. La maladie est mise en rapport avec la détérioration des relations à l'autre. Les entraves ou blocages de la circulation sanguine et de la digestion, qu'on attribue au sida notamment à Mopti, montrent bien qu'on rapporte celui-ci aux difficultés qu'on a à accepter les éléments nouveaux et étrangers, à les "digérer" ou à les "métaboliser" en quelque sorte, et que le contact avec ces éléments est conçu comme un dangereux "franchissement de limites".

Car ce sont bien des limites anciennement établies que le changement social amène à franchir. C'est partout le cas pour les règles gouvernant la sexualité et l'alliance matrimoniale (relations entre maris et épouses, "copains" et "copines", amants et maîtresses) ; la recherche à Bamako a particulièrement mis en évidence la complexité des processus qui amènent à reformuler le code régissant les relations entre hommes et femmes. Mais sont également sensibles, et "réinvesties" dans l'explication de la maladie, les relations entre aînés et cadets (notamment du point de vue de l'ordre matrimonial), entre Occident et Afrique, entre ville et

campagne, entre hommes et femmes, entre "mobiles" (migrants, nomades, commerçants...) et "immobiles", entre fétichisme et islam; parfois comme on l'a vu, différemment selon les terrains.

À Bamako, les polémiques réactivées ou activées par la révélation du sida concernent principalement les rapports Nord/Sud et les rapports sociaux de sexe. Ainsi la dévaluation du franc CFA et la conférence du Caire ne semblent pas étrangères à de nouvelles occurrences de cette assertion que le sida a été inventé par les Blancs pour raisons économique et démographique. Et la polygamie peut être présentée comme un rempart contre le "dévergondage sexuel" et donc contre la maladie ou, au contraire, à l'instar du *lévirat*⁸, comme favorisant la contamination. Par ailleurs, les stratégies discursives de jeunes d'un quartier populaire tendent à les protéger contre la contamination sociale. La référence au *sayi* permet, on l'a vu, d'évacuer toute responsabilité. Quand ils affirment que le sida et le *sayi* c'est la même chose, ils reconnaissent d'une certaine manière la pathologie présente, sa gravité, en refusant de la lier à la débauche bien souvent attribuée à leur mode de vie considéré comme débridé. Ils rejettent la place prépondérante que les messages leur attribuent, d'une part comme vecteur de la maladie mais aussi, comme futures victimes. Parfois, ils réaménagent l'étiologie locale. Le *sayi* peut aussi s'attraper par les relations sexuelles et le sang. Mais, s'ils parlent de *sayi*, la charge honteuse liée au sida disparaît. Le traitement de la signification sida renvoie ici à un niveau d'incompréhension, de tension, voire de conflit, entre la jeunesse et les autorités "morales" (instances d'information médicales, religieuses et autres). On peut y lire l'expression d'une crise sociale et politique dans les rapports aînés/cadets, les autorités, la société civile et sa jeunesse urbaine.

Depuis les années 70, le cercle de Mopti a connu un essor économique remarquable, avant d'être considérablement ébranlé par les vagues successives de sécheresse. Les principales conséquences de ces phénomènes ont été l'accélération de la segmentation et une relative perte de contrôle des aînés sur les cadets (individuation des pratiques sexuelles et matrimoniales liée à la segmentation, à la migration des hommes, au développement du commerce notamment féminin). Dans le contexte, cela provoque le sentiment général d'une altération des règles et des mœurs qui se communique du plus au moins urbanisé, et qui est commandée par l'argent. Ceux qui ont les "moyens d'argent" sèment la corruption : migrants, voyageurs en général, commerçants, transporteurs, mécaniciens, fonctionnaires, Blancs, etc. Ajoutons que des alliances matrimoniales inter-ethniques nouvelles choquent un sentiment hiérarchique identitaire (un captif avec une noble par exemple), et que certaines d'entre elles sont traditionnellement censées produire des catastrophes. Dans ce cadre, tous sont d'accord sur l'idée selon laquelle la nouvelle "maladie d'entrelacement" est liée en général à l'anomie des mœurs. On peut aussi évoquer des pratiques cynophiliques (ou simiophiliques... double "retour à l'envoyeur") des Blancs, ou l'envoi par les Blancs d'une maladie pour limiter la croissance démographique, ou pour vendre leurs préservatifs. Du point de vue de l'origine et de la transmission du sida, on accusera donc, selon leur position et leur statut, les différents "porteurs de mobilité, d'étrangeté et de transgression". Ce sont bien effectivement tous les franchissements de limites (sociales, spatiales, culturelles, ethniques) auxquels, de façon combinée ou exclusive, on rapporte le sida.

À Sélingué, la population malinké autochtone de l'arrondissement de Kangaré est soumise depuis une dizaine d'années à des processus de profondes transformations sociales liées à la construction d'un grand barrage, au déplacement des villages, et à la forte immigration. Parallèlement aux thèmes de la punition divine d'une altération des mœurs, le sida sera donc renvoyé aux altérations opérées par la présence d'étrangers et la migration à Bamako de jeunes locaux, aux pratiques cynophiles des Blancs, ou plus généralement au contact avec eux (contact physique, ou consommation de leurs produits, cube Maggi par exemple), aux voyages effectués par les locaux à l'étranger, etc.

Les troubles pathogènes apparaissent donc comme des signes de la "contamination du champ social par des éléments exogènes". On retrouvera les conséquences de cette articulation en aval, aussi bien dans l'idée de l'éventuelle fonction pathogène du préservatif que dans celle d'une fonction "stigmatisante" de l'annonce de la séropositivité. Cet état de

⁸ Obligation que la loi de Moïse imposait au frère d'un défunt d'épouser la veuve sans enfant de celui-ci.

fait favorise la mise en avant de représentations de type "persécutif" présentes dans la logique traditionnelle, accommodées au goût du jour et en fonction des nouvelles tensions sociales. Ces représentations portent naturellement des logiques d'imputation de la maladie dont chaque terrain nous donne des formes parfois stéréotypées, parfois originales : la femme, certains types de femme, le migrant, l'étranger, le nomade en sont les figures les plus habituelles, mais, au hasard des configurations historico-sociales, on peut trouver l'ancien maître, ou l'ancien captif par exemple, ou des catégories sociales en reformulation. Ces logiques d'imputation peuvent, à l'évidence, prendre des formes dangereuses dans le cadre d'une exacerbation de la peur qui serait induite par une expansion de la pandémie. Au Maasina par exemple, les jeunes migrants de retour ont fait un temps l'objet de marginalisations très fortes.

Positionnements, imputations, conduites de (non) protection

Ces réappropriations du sida ne consistent pas seulement en "applications" de catégories préexistantes, ni en une simple "réorientation" de celles-ci par des référents nouveaux. Les jeux d'interprétation eux-mêmes, les "acculturations de la pathologie" sont des jeux actifs de repositionnement dans des champs de négociations, et non des signes de schizophrénie. À tel moment par exemple, on l'a vu, la banalisation par les jeunes de la nouvelle maladie, son renvoi à d'autres déjà connues (*sayi*), ou aux mauvais climats étrangers, ou au machiavélisme des Blancs, peuvent être un dédouanement en regard des imputations de dérèglement que leur envoient leurs aînés, et un refus simultané du message médical. Mais à d'autres moments ou presque en même temps, au Maasina par exemple, dans le cadre d'une relative reprise en main du politique par les jeunes dans le contexte démocratique, ceux-ci peuvent mettre en avant l'explication "occidentale-médicale" aux mêmes fins de dédouanement. Les représentations sont donc en mouvement, le sida n'est pas seulement "révélateur" des dynamismes sociaux, il crée une nouvelle scène où ils se rejouent à partir de différents positionnements. Cela permet l'espoir du point de vue de l'efficacité possible de la prévention, puisqu'on voit mal comment celle-ci pourrait être opérante si l'on avait affaire à des esprits "bloqués" sur des représentations "archaïques" ou simplement affolés par la terreur. Mais ces jeux de positionnements peuvent être très rapides et relativement imprévisibles s'il n'y a pas de suivi.

De même, le niveau de l'interprétation spéculative ne correspond pas mécaniquement à celui des pratiques protectives ou non protectives. Globalement, le préservatif est très peu utilisé au Mali. À Bamako par exemple, les jeunes des quartiers populaires disent avoir une sexualité intense avec de nombreuses partenaires, mais ne l'utilisent pas dans leur grande majorité. Ils disent, d'une part, qu'il diminue le plaisir et, d'autre part, que le proposer ou l'accepter c'est soupçonner l'autre d'infidélité ou reconnaître la sienne. Qu'ils affirment ou non croire au sida ne change pas, fondamentalement leurs attitudes. En revanche, les informations qui circulent, la nouvelle situation de morbidité et la crainte diffuse qu'elle provoque engendrent pour certains des comportements de prévention. C'est bien souvent l'apparition d'une MST qui déclenche le port du préservatif. Elle touche les organes sexuels, elle renvoie à l'impuissance, à la stérilité, et déclenche la peur de la mort liée au sida. L'expérience traumatisante d'une MST et les informations s'entrechoquent. Ils en oublient les symptômes attribués prioritairement au sida comme la diarrhée et la maigreur et les quelques notions concernant la séropositivité. Les conduites de protection ne sont généralement pas rapportées à la peur du sida. Les jeunes hommes disent utiliser principalement le préservatif avec les prostituées "occasionnelles", pour se protéger des pathologies que, selon les nosographies locales, on attrape dans le cadre des rapports entre sexes (il s'agit des MST, intégrées à ces nosographies, mais aussi d'autres pathologies spécifiques à celles-ci). Mais on n'évoque que marginalement la protection contre le sida «si celui-ci existe». Avec leur "copine", les jeunes hommes disent aussi utiliser le préservatif au moment des règles, ou pendant certaines périodes du cycle, pour éviter le contact sperme/sang souillé qui est censé provoquer de «méchants maux de ventre», ou des grossesses indésirées.

En évitant de parler, voire de penser au sida, les jeunes évacuent d'une certaine manière l'image péjorative du préservatif. Plus généralement, en effet, le préservatif apparaît dans l'opinion comme un triple signifiant : de la maladie (et de la mort, qu'il fait exister), de la dépravation de l'acte sexuel et de la dégradation du statut des partenaires. Il apparaît comme un indice de statut social, symbolisant un comportement sexuel erratique et donc immoral. Les "intellectuels" (la catégorie, largement classificatoire, désigne aussi une position sociale favorisée et un indice de respectabilité) hésiteront donc tout autant que les autres à l'adopter avec des partenaires "respectables". On retrouvera chez eux aussi le passage d'une logique de la protection des rapports à une logique du choix de partenaires "protectifs". Pourtant, quelques considérations positives peuvent être faites :

- S'il est difficile pour les jeunes femmes d'accepter le préservatif, elles semblent commencer à éprouver de réelles craintes. Elles, qui sont accusées de donner le sida, connaissent l'infidélité des hommes et voient les veuves de sidéens tomber malades. Des jeunes femmes autour de la trentaine, avec plusieurs enfants et relativement autonomes, peuvent plus facilement négocier des rapports protégés que des femmes plus jeunes dont l'intégration familiale est plus forte (voir page 51, article d'Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto). En effet, elles assument pour la plupart le rôle de chef de famille. À la recherche d'une meilleure autonomie, elles attendent prioritairement des hommes un appui financier. Les plus jeunes qui vivent au sein de leur famille et qui ont, pour la plupart, déjà un enfant, conçoivent principalement leurs rapports aux "copains" à travers des stratégies devant déboucher sur un mariage. Une mauvaise gestion de la contraception permet aux femmes de commencer à négocier le port du préservatif avec les hommes, mais aussi vis-à-vis d'elles-mêmes. La pilule a la réputation de rendre malade, de donner des maux de ventre ; de plus, les jeunes femmes qui sont sous pilule se disent incapables de la prendre régulièrement : c'est comme si elles ne voulaient penser en permanence au refus d'avoir un enfant. En fait, la pilule est symboliquement vécue comme une forme de stérilité. Néanmoins, ponctuellement, les jeunes femmes ont peur des grossesses (par exemple, elles vont prendre une pilule avant de "sortir en boîte") : peu à peu, en particulier dans le cadre des relations occasionnelles, une partie d'entre elles choisissent le préservatif pour éviter les grossesses non désirées. Mais c'est sans aucun doute la peur du sida qui joue en sa faveur. Aujourd'hui, des femmes sont prêtes (en prenant pour argument les risques de grossesse) au port du préservatif.

- Dans certaines populations, il semble que les jeunes gens des deux sexes aspirent de plus en plus à s'autoriser mutuellement l'usage du préservatif, à se "cautionner" mutuellement dans cet usage. C'est, en effet, on l'a vu, la crainte réciproque d'une accusation d'immoralité qui joue contre la protection, mais celle-ci n'empêche pas une peur grandissante (bien que confusément formulée) du sida. Nous avons observé dans un village du Mâasina une sorte d'accord tacite entre garçons et filles pour ne pas reconnaître l'usage effectif du préservatif dans la relation sexuelle afin de préserver la dignité : on passerait alors de l'ordre du préservatif proposé et refusé à celui du préservatif utilisé et dénié.

À partir de ces constats, différentes propositions peuvent être faites. Il serait sans doute efficace de moduler les messages de prévention pour les destiner à certaines catégories (d'hommes, de femmes, de jeunes) dont les intérêts "bien conçus" s'accorderaient volontiers aux exigences préventives, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif. On peut aussi (notamment sur ce dernier point) susciter des dialogues entre différents groupes qui ne demandent, peut-être, qu'à se cautionner mutuellement. Mais il ne faut pas oublier que ces sociétés forment un tout où l'information circule d'autant plus vite que le sujet est plus sensible et plus motivant, et que d'une certaine façon chaque information est reçue et réutilisée par tous. Le "ciblage" des messages de prévention semble donc extrêmement délicat ; il s'agit certainement là d'un des points que nous devons approfondir entre nous et avec des professionnels de la prévention pour éviter de jouer les apprentis sorciers. Dans le même esprit de prudence, il serait bon aussi de sérier les différents "blocages" à l'usage du préservatif, en se demandant ce qui tient spécifiquement à l'Afrique, et ce qui relève d'un refus idéologique conscient d'une part, de résistances inconscientes d'autre part. Très souvent, les motifs justifiant la non-utilisation sont la moindre jouissance, le manque de naturel : ces problèmes se posent aussi bien à la prévention en Occident, où l'intervention de spécialistes du "psychologique" (au sens général), semble difficilement contournable.

Interprétations et thérapies

La sphère du recours thérapeutique ne correspond pas plus mécaniquement à celle de l'interprétation spéculative qu'à celle des conduites (non) préventives. Les guérisseurs (ou "tradithérapeutes") de divers types sont pris dans les différents jeux de sens et de positionnements (par rapport aux médecins, à leurs patients, aux marabouts, etc.) occasionnés autour du sida. Ils peuvent être amenés à jouer plusieurs rôles, de la personnification d'une médecine "noire" triomphant sur les ruines des prétentions occidentales à la tentative de s'insérer dans les réseaux de pouvoir que représente celle-ci, en passant par le rôle de médiateur des "accommodations" sociales de la nouvelle réalité et par celui d'accueil médico-psychologique des malades rejetés par le circuit officiel ou n'y ayant pas accès (Boudarias, Le Palec, 1995). Au Maasina par exemple, les malades peuvent être accueillis et suivis jusqu'à leur décès par des guérisseurs parentalement proches dans de petits villages ; mais ils peuvent aussi être rejetés cycliquement de dispensaires en guérisseurs (le recours à la médecine traditionnelle dominant néanmoins), et le principal objectif des deux types de spécialistes semble bien devenir, au fur et à mesure que leur maladie s'aggrave, de s'en débarrasser. À Sélingué, les pratiques thérapeutiques témoignent d'un recours à la médecine conventionnelle, moins important toutefois qu'on ne le dit : on y adhère idéologiquement pour sa "modernité", de même qu'on conteste idéologiquement les féticheurs du fait de l'adhésion aux valeurs islamiques, tout en continuant à les fréquenter. On combine en fait les diverses thérapies et pharmacopées.

Les pratiques thérapeutiques sont prises dans la dynamique générale de l'adaptation au changement qui s'inscrit dans une dialectique de l'ouverture et de la fermeture, de l'acceptation et du rejet (de la médecine conventionnelle, des pratiques et produits d'inspiration occidentale). Pour combattre le sida, tradithérapeutes et médecins doivent sans doute inscrire ensemble leur action dans cet équilibre toujours menacé. Les différentes attitudes possibles que peuvent prendre les thérapeutes traditionnels risquent, en effet, d'acquiescer une singulière importance si la pandémie devait se développer au Mali. Il est sans doute nécessaire, sur la base notamment des connaissances qui ont été produites ici, de sérier les types de guérisseurs et les attitudes que les services d'information et de prévention doivent avoir à leur égard. On a largement compris ces dernières années que le "rejet de la tradition" n'était pas la meilleure solution pour instaurer un dialogue avec les populations ; mais inversement, tout ce qui prétend guérir n'est pas utilisable et il serait sans doute dangereux de déléguer, même involontairement, trop de pouvoirs à certains "faiseurs de sens" difficilement contrôlables.

Du côté hospitalier, une enquête a été effectuée auprès de 114 malades (dont 67 hommes et 47 femmes) dans les trois hôpitaux de Bamako. Ils ignoraient généralement la nature de leur maladie ; le personnel médical leur avait signifié, au mieux, qu'ils souffraient d'une maladie opportuniste. L'entretien a porté sur les itinéraires thérapeutiques, les diagnostics posés par les différents thérapeutes et la biographie migratoire des cinq dernières années. L'itinéraire thérapeutique des malades est très varié : la plupart ont eu recours à l'automédication, à la médecine traditionnelle et conventionnelle. Bien souvent l'automédication est faite en amont d'autres solutions, parfois reprise après celles-ci. Médecines traditionnelle et conventionnelle peuvent être alternées ou simultanées. En dehors des tradipraticiens, certains patients font appel à la divination pour obtenir le diagnostic de leur maladie et y trouver un remède. À la suite de certains diagnostics, les malades quittent l'hôpital, persuadés que la médecine conventionnelle ne peut rien pour eux, idée renforcée par le fait que les médecins, la plupart du temps, n'ont posé aucun diagnostic. Il faut noter, néanmoins, que l'hôpital représente bien souvent un dernier recours désespéré. Le personnel médical ne nomme pas la maladie. Il prend pour argument les difficultés matérielles pour effectuer des tests confirmés. Par ailleurs, l'annonce aurait, semble-t-il, un effet néfaste sur l'assistance qu'apporte la famille au malade. Dans l'ensemble, le malade est parfaitement entouré et soutenu par ses proches, mais, s'il est déclaré incurable, on dit que la famille cessera les soins inutiles. Annonce ou pas, les familles ont souvent dépensé beaucoup et, quand les malades sont hospitalisés en phase

terminale, elles éprouvent soit de réelles difficultés à assumer le "prix des médicaments" soit une certaine lassitude. Les malades qui n'ont plus "de soutien", sont essentiellement des femmes mariées dont le mari s'est éloigné ou a pris une autre épouse.

Les secteurs mêmes de l'information sur le sida et des systèmes de soins peuvent donc inspirer l'inquiétude. Outre l'extrême faiblesse matérielle des dispositifs d'accueil, on peut noter les distorsions idéologiques dont ils sont le théâtre. L'enjeu semble être plus de protéger le "corps médical" en prétendant protéger le "corps social" que de protéger les malades et leurs familles. Les stéréotypes les plus inquiétants dans les représentations populaires (stéréotypes à vocation d'exclusion), qui sont un des versants de la réalité (parallèlement à la solidarité familiale ou au "service d'accueil" offert par certains guérisseurs), se retrouvent malheureusement dans le cadre même des systèmes de soins (Le Palec, 1994). Au niveau des messages de prévention comme à celui des systèmes de soins, des "métaphorisations" dangereuses de liaisons causales objectives (comme la mobilité et la contagiosité) ou des messages à connotations moralisatrices néfastes tendent à être reprises au lieu d'être combattues et relativisées.

Au Mali, les différentes réactions face au sida (réactions à la réalité de la maladie d'une part, aux messages d'information d'autre part) sont donc autant de réappropriations locales de la pathologie. Concernant l'interprétation de celle-ci (de son existence et de sa nature), au niveau de la mise en œuvre ou non de conduites de protection ("rationnelles" ou "magiques"), au niveau enfin des recours thérapeutiques (médecine conventionnelle ou traditionnelle), les options qui sont prises par des groupes et des individus résultent d'interactions complexes entre des systèmes de représentation "traditionnels" et des réactions très actuelles face au changement social. Celui-ci est multiforme, il affecte (de façon différenciée, on l'a vu, selon les régions, mais avec de forts points communs) la plupart des relations sociales de base : entre hommes et femmes, entre aînés et cadets, entre ville et campagne, entre Afrique et Occident (cette dernière opposition investit d'ailleurs les autres : entre mœurs "traditionnelles" et "occidentales" dans les rapports hommes/femmes, entre médecine "blanche" et médecine africaine). Le sida apparaît ainsi non seulement comme révélateur de dynamismes et d'enjeux sociaux (ceux-ci se réactualisent à l'occasion de la pandémie), mais de plus comme "médiateur" de ces enjeux : les positions qu'on va prendre face au sida font partie des positionnements qu'on prend face au changement social, s'inscrivent dans les relations de pouvoir et de négociations entre les différentes classes d'acteurs sociaux concernés (hommes et femmes, aînés et cadets...). Seule l'analyse de ces jeux sociaux permettra de définir les messages et les pratiques de prévention les plus adaptés. Il faut pour cela cesser de penser les résistances à l'information médicale comme des "blocages" culturels figés, ce qui relève d'une conception ethnocentriste et archaïsante de l'Afrique, et resituer la prévention dans le cadre concret de sociétés en pleine mutation. Cela ne peut se faire que dans le cadre de discussions régulières entre les différents acteurs de la prévention et les chercheurs en sciences sociales. Insistons pour finir sur le fait que les processus analysés sont en évolution constante et relativement rapide, et qu'un suivi analytique très régulier de ceux-ci semble tout à fait nécessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bourdarias F., Le Palec A. (1995). Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies. À propos du colloque "Médecine traditionnelle et sida", *Journal des anthropologues*, 60 : 51-61.
- Diarra T., Fay C., Gérard E., Koné F., Le Palec A., Tioulenta T., Vuarin R. (1994). *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali*, projet de recherche de l'action incitative Sciences sociales et sida (ORSTOM-ISD), rapport final, ORSTOM-ISD, 170 p. multigr.
- Fay C. (1996). Facteurs "culturels", facteurs "universels" et stratégies sociales dans les réactions au sida et à la prévention en 5^{ème} région au Mali. (25p. dact.). In : Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique : Bilan et perspectives*, communications, vol.1, Dakar, Codesria-CNLS-ORSTOM : 95-112.
- Gérard E. (1996). Gestion du sida et gestion du changement social : le cas de Sélingué au Mali. In : Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique : Bilan et perspectives*, communications, vol.1, Dakar, Codesria-CNLS-ORSTOM : 129-140.
- Koné Y.F. (1996). Le sida : l'arme moderne de nos alliés (15p. dact.). In : Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique : Bilan et perspectives*, communications, vol.1, Dakar, Codesria-CNLS-ORSTOM : 883-895.
- Le Palec A. (1994). Bamako, taire le sida, *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2) : 211-234.
- Le Palec A. (1996). Mali : les nouveaux guérisseurs urbains en quête d'identité, *Le journal du sida*, 86-87 : 45-48.
- Le Palec A., Diarra T. (1995). Révélation du sida à Bamako. Le traitement de l'information, in : Dozon J.-P. et Vidal L. éds., *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM éditions, 109-121.
- Le Palec A. (1996). Le sida, une maladie des femmes (20p. dact.). In : Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique : Bilan et perspectives*, communications, vol.1, Dakar, Codesria-CNLS-ORSTOM : 155-168.
- Vuarin, R. (1996). Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule. In : Colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique : Bilan et perspectives*, communications, vol.1, Dakar, Codesria-CNLS-ORSTOM : 539-556.