

REFORMULATIONS ET HIERARCHISATIONS DES RISQUES EN TEMPS DE SIDA (MOPTI, MALI)

Claude Fay¹

1. Rappel de la problématique, Méthodologie.

Les enquêtes se sont essentiellement effectuées dans les villes de Mopti et Sévaré (cinquième Région) et dans quelques villages environnants². Le premier intérêt offert pour notre étude par cette métropole régionale économiquement active tenait à sa nature de relais migratoire et commercial, par conséquent d'étape-relais des circuits d'information qui relient les campagnes entre elles et à la Capitale, et parallèlement de centre-relais de diffusion des messages de prévention. Le second intérêt tenait à la coexistence de groupes socioprofessionnels très différents : fonctionnaires, salariés du privé, population scolaire, paysans, manoeuvres, commerçants et artisans, ...etc. Cette coexistence pouvait permettre de repérer plus facilement les éventuelles différences marquantes entre groupes dans l'appréhension du sida. Inversement, le caractère fortement interrelationnel du milieu urbain pouvait permettre de saisir les processus d'élaboration d'opinions et d'attitudes sociales moyennes concernant notre thème.

L'hypothèse commune au projet était que les appréhensions du "risque" lié au sida et les comportements induits s'opéraient, pour des groupes et pour des individus, dans le cadre plus général d'une vie sociale (et plus particulièrement de pratiques sociales de la sexualité et du mariage) articulée autour d'enjeux et de contraintes diverses (économiques, symboliques...etc). Plus précisément, on supposait que groupes et individus devaient négocier (confronter, hiérarchiser ?) divers "risques" liés à ces enjeux et contraintes, négociations auxquelles s'intégraient désormais les risques liés au sida (et qu'ils pouvaient amener à reformuler).

La sélection des groupes et personnes enquêtées a par conséquent obéi à plusieurs logiques :

- un repérage des stratifications élémentaires sur la base de variables croisées socio-économico-culturelles. On s'est ici intéressé à des groupes témoignant de différents "modes de vie", semblant donc faire face à des jeux de contraintes en large partie différents. On pouvait les apprécier à travers des sous-groupes constitués électivement sur une base socioprofessionnelle commune (regroupements d'artisans, de commerçants, de manoeuvres, de chauffeurs, de pêcheurs...etc) et sur leurs lieux de travail (échoppe, chantier, gare routière, digue). Il pouvait s'agir également de groupes saisis sur leur lieu de résidence (habitants de tel quartier ou de tel hameau de retour du travail ou rassemblés pour une fête, groupe de scolaires

¹ Anthropologue, IRD (ex-Orstom).

réunis dans la concession de l'un d'eux). Ces groupes étaient permanents ou semi permanents, en général spontanés, parfois suscités par nous "en réseau" (demande à tel jeune d'en réunir plusieurs autres correspondant à telles caractéristiques communes, ou à tel aîné d'en réunir d'autres du même quartier partageant la même activité)³.

- un repérage des lieux permanents ou semi-permanents de convivialité qui rassemblent au "petit soir" (18-19h) l'immense majorité des individus jusqu'à un certain âge. Ces rassemblements sont nommés "grins" et ont lieu régulièrement (chaque soir, ou bien deux à quatre fois par semaine, avec un noyau "dur" de participants et d'autres plus occasionnels) chez le "chef" de grin (dans sa "concession" ou, fréquemment, devant la porte de celle-ci). On s'y livre à diverses pratiques, allant de la belote au football, incluant presque toujours la consommation de thé, et toujours la "causerie". Les grins sont organisés par des hommes (jeunes ou plus âgés) ou par des jeunes filles ; dans les couches cadettes, la présence occasionnelles de jeunes filles dans des grins de garçons est fréquemment attestée. Ces regroupements ont une double base élective et résidentielle (à quelques exceptions près, dans le même quartier ou des quartiers contigus) et brassent de façon remarquable toutes les professions et activités existantes⁴, ainsi que toutes les "ethnies"⁵. Les femmes mariées sont pour leur part le plus fréquemment organisées en "tontines", groupes d'épargne et d'entraide (avec redistribution tournante pour les baptêmes, les naissances, les mariages), éventuellement engagés solidairement dans une activité lucrative. Comme les grins et avec les mêmes réserves, les tontines brassent toutes les activités existantes (y compris naturellement celle de "ménagère") et toutes les ethnies. Grins et tontines constituent les lieux habituels de discussion de l'actualité sous ses différentes formes (actualité de quartier, rumeurs et nouvelles d'origine locale, ou apportées par les voyageurs et les migrants, ou diffusées par voie radiophonique, télévisée, ou par les différents organismes de "sensibilisation"), de débats idéologiques et de constitution de l'opinion. Les enquêtes ont également eu lieu auprès d'"associations-tontines" réunissant des groupes plus importants : association des veuves, association des femmes musulmanes...etc⁶.

- un repérage des différents leaders (ou diffuseurs) d'opinion ("ceux dont la parole est écoutée" en peul) : instituteurs, professeurs, imams, marabouts-prêcheurs itinérants ou sédentaires, représentants des associations islamiques⁷.

² Sept mois d'enquêtes de terrain au total : juin-juillet 1996, mai-juin 1997, janvier-février et décembre 1998.

³ Ce volet a correspondu à une centaine d'entretiens.

⁴ Dans tel quartier ou les producteurs du secteur primaire n'existent pas, ils ne seront évidemment pas (ou rarement) présents dans les grins, mais on trouvera des exemples de réunions aléatoires de toutes les autres activités. Citons quelques exemples de composition : commerçants, artisans, mécaniciens ; piroguiers, commerçants, élèves ; cultivateurs, transporteurs, commerçants ; pêcheurs, commerçants, cultivateurs, artisans ; élèves, commerçants, piroguiers, pêcheurs, fonctionnaires ; soudeur, artisans, commerçants ; artisans, commerçants, élèves, mécaniciens....etc.

⁵ bambaras, bellas, bozos, dogons, malinkés, peuls, samoghos, sarakolés, songhays...

⁶ Une trentaine de "grins" et une dizaine de "tontines" ont été visités, huit grins et quatre tontines (ou des sous-parties de ceux-ci) ont été revus entre trois et quinze fois sur trois ans (environ 150 entretiens au total).

⁷ Pour ce volet, une cinquantaine d'entretiens.

- un repérage des instances et des actions locales qui organisent et/ou mettent en oeuvre la "sensibilisation" (actions et messages de prévention) : services d'Etat (Direction régionale de l'Action sociale, Direction régionale de la santé), ONGs de divers niveaux et représentants locaux des bailleurs de fonds (GTZ, Save the children, Plan international, AMPPF, Action Mopti, Adokè, Front Mopti, Waliya, Venus, Ruban rouge, Association jeunesse et sida), radios locales émettant en langues régionales (Radio FM Mopti, Radio Gintan, Radio Jamana). Les agents de la prévention ont été d'une part interrogés sur leurs pratiques et leur savoir propre, d'autre part suivis dans un certain nombre de leurs actions. A l'hôpital régional, on n'a pas à proprement parler effectué d'enquêtes, mais on a eu quelques entretiens avec des médecins⁸.

La sélection des informateurs s'est donc effectuée, de façon croisée, sur la base des principales stratifications sociales locales, des réseaux de convivialité-affinité et des activités spécialisées en rapport direct ou indirect avec le sida.

La nature du thème posait une double exigence. Il fallait effectuer des entretiens avec de très nombreux informateurs, pour contrôler une "représentativité" minimale des discours. Il fallait aussi effectuer des entretiens approfondis et répétés avec les mêmes informateurs, pour résigner les options dans des trajets concrets d'existence d'une part, et pour assurer de l'autre le degré minimal de proximité et parfois de confidentialité nécessaire à certains thèmes d'enquête.

L'objet de nos enquêtes induit en effet des difficultés particulières. S'il est possible, moyennant des précautions finalement habituelles (non spécifiques au thème), de s'assurer d'une certaine représentativité des discours témoignant des réappropriations différencielles des messages de prévention, et d'assurer un minimum de contrôle empirique aux enquêtes portant sur les mesures de protection contre la contamination sanguine, ainsi qu'à celles concernant la "gestion" des malades ou le devenir de leur conjoint, ce contrôle est par définition impossible pour les enquêtes portant sur la protection contre la contamination sexuelle, plus précisément sur l'utilisation (ou non) du préservatif⁹. Plus encore donc que sur d'autres thèmes, les conclusions d'enquête reposent ici sur une "intime conviction" du chercheur concernant le degré de fiabilité de ses sources, le statut de véracité à accorder à différents types de témoignages *contextualisés*. Une étude ciblée sur un groupe relativement homogène (des malades, une "communauté" de petite taille clairement identifiable) aurait gagné à contourner ces difficultés par des "suivis" longs et intensifs de personnes données. La nôtre visant à restituer des séries de comportements "types-moyens" à l'échelle d'un centre urbain, et procédant par ailleurs par missions effectuées depuis la France, et distantes de plusieurs mois, nous avons opté pour une solution mixte conforme à la double exigence formulée plus haut.

⁸ Pour ce volet, une soixantaine d'entretiens ou de suivis de campagnes d'animation.

⁹ Etant donnée la multiplicité des pôles de distribution -et de redistribution- des préservatifs, des enquêtes auprès des distributeurs -d'ailleurs largement effectuées par d'autres depuis quelques années- ne nous ont pas semblé nécessaires.

Nous avons multiplié, tout au long de l'enquête, des séries de un à trois entretiens avec différents groupes correspondant aux définitions données¹⁰. On en a parallèlement et progressivement sélectionné un petit nombre (une dizaine) qui ont été suivis de façon plus systématique sur les quatre missions. Il s'agissait notamment de grins ou de sous-parties de grins auxquels on pouvait alors proposer des entretiens à d'autres moments qu'aux jours et heures habituels de réunion du groupe. Ces diverses réunions permettaient par ailleurs d'identifier des informateurs privilégiés que nous rencontrions ensuite seuls ou à quelques uns.

Outre la double exigence mentionnée, la diversité des situations d'enquête permettait également de saisir le caractère contextuel des énoncés : on ne s'exprime pas de la même façon dans une petite et une grande assemblée, dans une assemblée de convivialité élective et périodique et dans une réunion provoquée sur la base de critères socioprofessionnels ou résidentiels, ou seuls ou avec deux amis. Toujours plus particulièrement sur le thème de la "protection des rapports", les discours "en situation" sont toujours plus ou moins modulés par trois "rapports" : les relations amoureuses et sexuelles (dont on parle) avec un(des) partenaire(s) concret(s) ; la relation au discours "emblématique" tenu sur ce thème par le groupe social auquel on appartient (et auquel les propos de l'informateur sont toujours susceptible d'être rapportés) ; le rapport au discours "moyen" du groupe dans lequel on parle (et les relations concrètes avec tel(s) membres de ce groupe). La diversité des situations et niveaux d'enquête parut donc de plus en plus intéressante, d'autant qu'avec l'intensification de la sensibilisation des "rôles" standards apparaissent de plus en plus dans les regroupements locaux, opposant dans des rhétoriques stéréotypées les "croyants" aux "incroyants" au sida, les partisans de la fidélité à ceux du préservatif, les partisans d'une "gestion" humanitaire des malades à ceux de leur rejet...etc.

La conduite des enquêtes a également varié selon les groupes et dans le temps. Certains informateurs (agents de la prévention bien sûr, une partie des "leaders d'opinion") ont été directement interrogés sur le thème du sida : connaissance, réappropriations et évaluations - éthiques ou pragmatiques- des messages de "sensibilisation" portant sur la nature du sida, la réalité et l'ampleur de l'épidémie, les voies de contamination, les mesures de protection, la gestion des malades ; pratiques induites. Ce fut le cas également pour certains autres groupes d'informateurs dès le début de l'enquête, période où une idée restait à se faire sur la "connaissance" (au sens minimal de réception, d'intellection et de capacité de répétition) des messages (ensuite assez rapidement "connus" de tous à Mopti-Sévaré). Pour la majorité des autres enquêtés, les entretiens ont d'abord visé à restituer les logiques locales dans lesquelles s'organisaient les itinéraires sexuels, amoureux et matrimoniaux, les ensembles de normes et de contraintes (économiques, communautaires, inter-relationnelles...etc) dans lesquelles ils étaient pris, les hiérarchisations de ces normes et contraintes et les marges de "choix". Dans les grins, nous avons d'abord, lorsque c'était possible (la présence de l'observateur est toujours interro-

¹⁰ L'AMPPF avait organisé des activités de "sensibilisation" auprès d'une série de "grins" et "tontines" de Mopti et Sévaré, qui ont fourni notre premier échantillon d'enquête pour ce type de groupes. On a ensuite travaillé dans

gée et son avis enquis) observé les discussions, puis (ou en même temps) les avons orienté sur ces thèmes par des questions. Dans les groupes que nous constituions (familles, quartiers), on procédait par questions non directives classiques. Le thème du sida était, selon le cas, spontanément abordé ou non par les interlocuteurs. Puis, l'enquête se prolongeant, la sélection des informateurs (individus et groupes) privilégiés se précisant, les campagnes d'information s'intensifiant...et le bruit se répandant que nous posions fréquemment des questions "sur le sida", nous avons abordé de plus en plus directement, en général parmi d'autres, parfois de façon "ciblée" et plus directive (conformément au principe de variation des contextes d'enquête) le thème avec tous. La lutte contre le sida étant devenue un des marchés "porteurs" de petits emplois, nous devions aussi progressivement faire face à des situations d'"offre" parfois déconcertantes¹¹.

Nous commencerons par dresser une toile de fond des principales logiques sociales présidant aux quêtes sexuelles, amoureuses et matrimoniales, et des séries de contraintes et de "risques" (objectifs) qui y sont liés. Puis nous examinerons comment dans ce cadre les messages d'information concernant le sida ont été réappropriés par des stratégies discursives établissant notamment des "socio-épidémiologies locales" et faisant au moins implicitement appel à l'idée d'une conjugaison des risques. Nous tenterons ensuite d'analyser quels peuvent être d'une part les niveaux et seuils d'intégration de la "peur du sida" par rapport à des sous-ensembles de contraintes propres à des groupes ou à des positions déterminées, et d'autre part les conditions de production d'un éventuel sentiment subjectif de risque et de la mise en oeuvre de "choix" de protection. Nous terminerons sur une analyse des ambiguïtés ou contradictions propres aux messages et actions de prévention et sur leur action en retour sur les représentations et comportements locaux.

Les enquêtes ont été faites principalement en bambara (*bamanankan*), en peul (*fulfulde*), et en français. On précisera les concepts locaux en note infrapaginale quand ce sera nécessaire¹².

2. L'arène "moderne" des relations amoureuses et matrimoniales¹³.

Les différents phénomènes successifs ("boom" économique des années soixante, sécheresses, politiques nationales, ajustement structurel) qui ont déstabilisé la vie économique nationale et locale depuis les années soixante ont induit, à Mopti comme ailleurs (mais avec des effets

de nombreux autres, contactés "en réseaux".

¹¹ Proposition de présentation d'un(e) jeune sexuellement particulièrement actif et "ne mettant jamais de capote", ou d'un(e) autre qui "avait certainement le sida", ou rencontre non prévue, en visitant un informateur, d'un petit groupe de jeunes que celui-ci avait pressenti pour "parler au blanc qui pose des questions sur le sida". Selon le cas, nous déclinions l'offre par principe ou si nous en avions le temps, l'acceptions et recueillions ainsi une série de témoignages à analyser contextuellement. Le résultat était le plus souvent décevant, mais a parfois été fructueux.

¹² les termes locaux seront précédés de "b :" pour bambara et "p :" pour peul.

sans doute accentués dans ce "melting pot" économique et commercial) une forte relativisation du contrôle des anciens sur l'alliance matrimoniale. Celle-ci était anciennement intra-ethnique, presque toujours intra-lignagère, et se contractait le plus fréquemment (au moins pour le premier mariage) entre enfants de frères, ou entre enfants d'un frère et d'une soeur, plus rarement entre enfants d'autre germains. Ce type de mariage permettait en même temps de maintenir un contrôle étroit sur les cadets et de conserver les biens dans les lignages. Les relations sexuelles pré-maritales (naturellement et comme partout "désapprouvées" plus qu'interdites) avaient lieu presqu'exclusivement dans le quartier et étaient elles mêmes strictement intra-ethniques.

La cristallisation (années soixante) d'une couche urbaine homogène de "commerçants/artisans" s'identifiant comme telle et non plus par des emblèmes ethniques (et parlant massivement bambara), et l'autonomisation des jeunes (liée aux difficultés grandissantes des familles à les entretenir et à leur fournir une dot, beaucoup plus qu'à la diffusion d'un modèle "individualiste" d'origine occidentale-urbaine) a ébranlé ce modèle. Les relations sexuelles pré-maritales sont multiformes (et fréquemment interethniques pour tous les groupes), nombre d'alliances matrimoniales commencent à l'être également pour certains groupes¹⁴. La recherche de qualités personnelles (esthétiques, psychologiques, statutaires, financières) devient de toutes façons de plus en plus importante dans le choix du conjoint. Si, pour le premier mariage d'un homme, l'alliance intra-familiale (ou au moins intra-lignagère) reste apparemment numériquement dominante, elle est fortement concurrencée par le mariage électif¹⁵. La généralisation du commerce et du petit artisanat féminin d'un côté, celle de la migration masculine à l'étranger (principalement, mais pas seulement, en Côte d'Ivoire et à Bamako) aident évidemment à ces changements. On a donc affaire à une reformulation sensible des relations sociales de genres et de générations. Comme on va le voir, cette réalité est néanmoins modulée selon les groupes, et les types (ou conjugaisons de types) d'alliance matrimoniale qu'ils mettent en oeuvre marquent et organisent ainsi partiellement leur degré d'intégration dans la société urbaine globale.

Les groupes d'origine diverse se livrant aux différentes activités proprement urbaines et s'homogénéisant progressivement¹⁶ tendent à une différenciation des formes de mariage faisant

¹³ Cette partie reprend, de façon parfois simplifiée parfois enrichie, une partie d'un texte écrit dans la première phase du projet (Fay, 1999).

¹⁴ En ville, seul l'interdit majeur des relations sexuelles entre Bozos et Dogons, lié à une alliance cathartique fondée par un pacte de sang, est encore systématiquement respecté. Mais les vieux informateurs conservateurs redoutent les effets des transgressions à la deuxième génération du "métissage" (relations sexuelles, voire mariage entre un fils d'un bambara et d'une dogon et une fille bozo par exemple) et leur attribuent éventuellement la responsabilité des "nouvelles maladies", voire du sida.

¹⁵ Nous n'avons pas effectué de recensement au niveau de la métropole, mais tous les informateurs consultés s'accordent sur ce point, et nos constats dans l'échantillon d'enquête le confirment également.

¹⁶ Les familles d'ethnies différentes devenues commerçantes ou artisanes se sentent "les mêmes" et s'intermarient aisément : la spécialisation professionnelle reste donc le critère majeur d'assimilation et de dissimulation des

une place de plus en plus grande au choix personnel, et il en va de même pour les différentes couches de lettrés salariés et fonctionnaires (très nombreux, surtout à Sévaré). Tentons de restituer les itinéraires complexes qui vont des premiers partenariats sexuels à la quête d'un conjoint.

La vie sexuelle des jeunes commence de l'avis général entre douze et treize ans¹⁷. Ces premières relations, effectuées "en cachette", le plus rapidement possible, entre enfants de même âge, sont fortement connotées par la honte. Entre quatorze et seize ans, les filles deviennent "visibles" (ou elles deviennent "des choses de prix"). Des garçons appartenant de plus en plus à une couche d'âge supérieure (de cinq à huit ans) les emmènent au cinéma, les entraînent le soir dans leurs "chambres de jeunes", et entreprennent de leur faire de petits cadeaux réguliers. S'active alors l'institution des "titulaires". La "titulaire" d'un jeune homme ou le "titulaire" d'une jeune fille¹⁸, c'est le partenaire déjà officiel, un quasi-"*fiancé*" (mais les fiançailles officielles ne sont pas faites), avec qui on peut en droit se marier plus tard, et la relation s'accompagne de diverses exclusivités (on "*finance*" régulièrement sa titulaire : vêtements, savon, produits de beauté, participation à ses dépenses de "*tontine*" (cf. infra), on va la visiter chaque soir ou presque, on la sort le samedi soir en ville). Dans le modèle le plus simple donc, les titulaires deviennent à terme des époux.

Mais, à l'époque actuelle, on considère généralement qu'"il n'y a plus (vraiment) de titulaires". Les hommes sont soupçonnés d'entretenir des "fraudes" (autres jeunes filles -préférentiellement d'un autre quartier- avec qui ils ont une relation parallèle et qui se considèrent éventuellement comme leurs "titulaires" légitimes) et de dépenser leur argent avec des "louches" (jeunes filles avec qui l'on a des rapports occasionnels)¹⁹. Ils laissent ainsi éventuellement dépérir leur titulaire jusqu'à ce qu'elle devienne une "femme invendue" (qu'elle atteigne l'âge de vingt-cinq à trente ans sans être mariée, ce qui devient alors très difficile, surtout si elle est pourvue d'enfants illégitimes), pour en épouser alors une autre. Les jeunes filles sont soupçonnées pour leur part de commerçer sexuellement avec de multiples partenaires pour l'exclusif appât du gain ou du prestige, et d'abandonner éventuellement leur titulaire pour épouser un homme plus riche après l'avoir ruiné.

Dans les faits, l'individualisation des codes pousse bien évidemment les individus à tenter d'optimiser leurs performances. A partir d'un certain âge, le mariage (un bon mariage) devient l'objectif essentiel, plus rapidement chez les filles. Les hommes tentent donc volontiers,

groupes, comme elle avait anciennement présidé à la formation des ethnies.

¹⁷ Il eut été difficile d'enquêter directement auprès de ces très jeunes couches d'âge. Mais des individus plus âgés (à partir de 17-18 ans) parlent aisément de leur passé d'une part, de leurs cadets (qu'ils "encadrent") d'autre part.

¹⁸ le terme "tituler" s'est généralisé et est employé même par les non-francophones ; on peut, à moindre titre, dire "régulier/régulière". En bambara, on parlera aussi de la "femme d'amour" -*janyemuso* - ou de la femme "droite" - *musoklélé* , en peul de "la connue" -*andaado*- ou de l'"unique, seule" -*gootoojo*.

¹⁹ Le Palec (1994) avait mentionné à Bamako une trilogie approximativement équivalente. A Mopti, en langues locales les "fraudes" sont les "volées" (p.: *wujooße*) ou les "cachées" (b. : *denden mogho*) ; les "louches" sont les "tourneuses de tête" (p : *yeyotooBe*, au sens où la relation se fait en cachette, en regardant de tous côtés) ou celles "de l'obscurité" (b : *dibidibila mussو*)

même lorsque leurs intentions ne sont pas encore clairement matrimoniales, d'apparaître comme plus soucieux ou plus aptes qu'ils ne sont vraiment à fonder un foyer (notamment à se procurer la dot) et à pouvoir l'entretenir. Les jeunes filles sont corrélativement incitées à "trier" les hommes, à "tester leurs conditions", et elles le revendent. Les familles de ces jeunes filles pouvant par ailleurs rarement assurer leur consommation moyenne socialement définie en biens de nécessité ou de prestige, les capacités financières des hommes (encore une fois nécessaires également pour payer la dot à terme) tiennent évidemment une place importante dans ces "tests". Tout cela favorise une certaine incertitude sur le statut de "titulaire", voire la multiplication de ces derniers²⁰.

On trouve donc dans cette "arène" amoureuse tous les cas de figure possible, qui tournent autour de la volonté et de la possibilité pour un homme de "caler" sa partenaire (de pérenniser la relation en lui assurant des conditions d'existence décentes). Le jeune homme qui n'y parvient pas risque d'être abandonné par sa partenaire ou de prendre lui même l'initiative de l'abandonner au constat de ses infidélités ; la jeune fille n'ayant pas négocié assez tôt l'abandon d'une relation instable risque inversement de devenir "invendue" pour avoir attendu trop longtemps le mariage. La migration générale des jeunes hommes n'arrange pas les choses, puisque l'enjeu est alors de "caler" leurs titulaires pendant toute la durée de leur migration (en lui finançant dans le meilleur des cas un petit commerce).

La hantise, devant de nombreux exemples passés, de devenir "invendue", jointe à la volonté de trouver un conjoint suffisamment aisé, pousse les jeunes filles à conjuguer de façon équilibrante l'entretien de leur réputation et la diversification "protectrice" des partenaires. Les hommes (sauf les plus aisés) doivent pour leur part calculer au plus près le rapport entre leurs disponibilités, leurs investissements "féminins" et les degrés de stabilisation possible de telle ou telle relation, et doivent veiller également à cloisonner soigneusement leurs expériences. L'ensemble de ces réalités fait des relations sexo-matrimoniales un "jeu" sociologique qui se déroule dans la méfiance mutuelle²¹, et où l'on pourrait distinguer des "virtuoses" au sens bourdieusien, et inversement des "perdants"²². La possibilité d'une grossesse occupe une place clé dans ces processus, puisqu'elle peut être due au hasard et malencontreuse, ou bien voulue par les deux partenaires pour imposer l'union à l'une des familles (ou aux deux), ou bien provoquée par l'un

²⁰ Et cela même sans évoquer les cas limites "machiavéliques" où des hommes se constituent en "titulaires" auprès de toutes les femmes dont ils veulent sexuellement user, ou bien où des familles pauvres et vénales poussent leurs filles au "multititularat successif" pour en capitaliser les avantages financiers.

²¹ Les propos respectifs des hommes sur "les femmes" et des femmes sur "les hommes" sont ainsi également et chroniquement désespérés, quel que soit le niveau de scolarisation : les premiers ne pensent qu'au sexe, les secondes qu'à l'argent...

²² Du côté des virtuoses : jeune homme réussissant à "caler" sa future épouse tout en profitant des "fraudes" et des "louches" ; jeune fille "calée" par un jeune homme aisé, ou entretenant une relation stable qui débouchera sur le mariage tout en entretenant des relations rentables avec des adultes généreux et des relations plus affectives avec des amis de cœur. Du côté des "perdants" : jeune fille devenue "invendue" et abandonnée avec ses enfants illégitimes, jeune homme dilapidant son maigre bien et voyant régulièrement ses "copines" le quitter pour se marier avec un meilleur parti.

d'eux à l'insu de l'autre (par l'homme pour "caler" la femme, par la femme pour se faire épouser).

Au centre des débats suscités par ces jeux, on retrouve l'opposition entre le mariage "familial" (*balimafuru* : litt. "mariage des germains") et le mariage "d'élection" (*Kanufuru* : mariage "d'amour-séduction", d'"amantage" comme on dit localement ou *janyefuru* : mariage "de plaisir, d'amour"²³). Le mariage familial est par définition plus stable parce que protégé par la famille que sa rupture, inversement, mettrait en péril ; mais il est plus contraignant pour les individus pour les mêmes raisons²⁴. Il offre l'avantage d'être éventuellement moins onéreux pour l'homme. L'épouse a dans la famille un statut important, quasi-équivalent à celui du mari, celui-ci n'a donc pas à l'imposer ; mais elle est davantage tenue à avoir un comportement social standard, ne peut jouer sur la séduction pour obtenir des avantages particuliers et doit accepter sans sourciller un éventuel manque de moyens. Ce mariage est difficile à rompre en cas de mésentente, le partenaire transgressif verrait peser sur lui la réprobation familiale unanime. Dans les faits, l'issue est malgré tout asymétrique : l'homme responsable n'est guère condamné qu'à chercher loin ailleurs une nouvelle compagne, la femme responsable risque fort d'être exclue du groupe.

Les mariages électifs ont les avantages et les inconvénients contraires : le processus matrimonial peut être plus facilement interrompu soit par un des partenaires, soit par une des deux familles (qui souhaite engager son "parent" dans un mariage familial). La femme possède un espace stratégique de jeu plus grand mais un statut moindre dans la famille et elle court un risque plus élevé de répudiation : "la façon dont il t'a eue, c'est la façon dont il peut t'abandonner". Celle-ci s'initie généralement par le mariage avec une seconde femme, la restriction ou la rupture de l'approvisionnement (en vivier, en monétaire) et par l'injonction corrélative de se "débrouiller" pour parvenir à nourrir ses enfants.

Dans ces temps difficiles, c'est donc une série de rapports mouvants entre des contraintes plus ou moins fortes²⁵ et des performances possibles sur quelques registres-clefs (statut et richesse des familles/ statut dans la famille/ aisance financière personnelle/ beauté et capacité de séduction -de "s'emparer de l'esprit de l'autre") qui amènera les individus à s'inscrire dans l'une ou l'autre des deux formes d'alliance matrimoniale et à choisir leur partenaire. La complexité des contraintes et des stratégies explique qu'on puisse aussi bien entendre dire que "se marie dans la famille celui qui n'a pas réussi à "caler" une bonne partenaire" et que "si tu te maries ailleurs, c'est que tu n'as pas réussi à "gagner" une cousine". Naturellement, le tout s'insère dans des histoires de vie où l'issue des rencontres passées influe sur le présent (des

²³ Contrairement à ce qui se passait autrefois et que Dumestre & Touré (1998) repèrent encore en milieu rural, l'ordre du *Kanu* ne s'oppose donc plus à celui du mariage mais fonde un nouveau type d'alliance dans un espace codifié.

²⁴ Un dicton local dit de ce type de mariage "il ne faut pas en parler; si on en parle, il faut qu'il se fasse ; s'il se fait, il ne faut pas qu'il se défasse".

²⁵ Les situations de contrainte absolue (imposition du mariage avec telle cousine par la famille), si elles demeurent fréquentes "en brousse", le sont beaucoup moins à Mopti, comme on le verra.

jeunes filles pauvres "invendues" peuvent ainsi être récupérées par le groupe sous forme de mariage familial). Dans tous les cas, à partir d'un certain âge, trouver un partenaire matrimonial adéquat devient un problème véritablement obsédant.

L'ordre des choix amoureux ne cesse d'ailleurs pas avec le mariage. D'une part, là aussi comme partout, les individus strictement fidèles sont une minorité (et la polygamie ne garantit pas plus cette fidélité que la monogamie), d'autre part les mêmes conditions déjà décrites vont favoriser le maintien de la quête sexuelle. La paupérisation de certaines familles occasionne l'existence d'une petite semi-prostitution bon marché, facilement accessible à beaucoup d'hommes. Le manque d'aisance financière des maris, dans le cadre d'une rivalité structurelle des femmes dans l'acquisition ostentatoire de biens de prestige (surtout vestimentaires) incite les femmes à des liaisons extra-maritales. Pour les hommes aisés, la consommation sexuelle intensive (même si elle est évidemment socialement masquée, et, sur un autre plan encore, ostentatoirement déniée dans le contexte d'énonciation religieux) est un signe majeur de prestige. Par ailleurs, une femme ayant le sentiment d'être devenue "invendue" tentera sa chance de devenir la deuxième ou troisième femme d'un homme aisés plus âgé et multipliera alors les tentatives de séduction auprès de cette couche. Le nombre de plus en plus important de divorces, plus dans les mariages électifs que dans les mariages familiaux (mais ceux-ci sont touchés à leur tour, lorsque la pauvreté devient un problème de survie, et la femme qui quitte son mari se coupe alors le plus souvent de sa famille), remet de plus régulièrement sur le marché sexuel des femmes en difficulté, dont la situation devient comparable à celle des "invendues" : selon leurs atouts, elles (re) tenteront leur chance sur le terrain des mariages d'élections (quitte alors à transgresser les critères de choix statutaires et même ethniques), ou seront condamnée à terme à des formes de prostitution.

Nous avons insisté jusqu'à présent sur les groupes les plus "urbanisés". Certains groupes continuent pour leur part à imposer (à quelques exceptions près) le mariage intra-ethnique, et à privilégier le mariage inter-lignager. Il s'agit d'une part des vieilles familles aristocratiques et des grandes familles riches, qui maintiennent une endogamie à finalité statutaire et éventuellement financière. Il s'agit également de groupes ayant entretenu une forte spécificité identitaire fondée sur la maintenance de la spécialisation ethnico-professionnelles (une partie des Bozos pêcheurs²⁶, des Peuls "rouges" ne s'occupant que d'élevage, faisant éventuellement cultiver de petits champs par des salariés), ou de groupes statutairement inférieurs (descendants de captifs qui peuvent éventuellement donner des femmes aux autres groupes mais très rarement en recevoir²⁷), enfin d'urbains provisoires, venus de brousse, se livrant à des travaux de

²⁶ Car d'autres Bozos ont abandonné partiellement ou totalement la pêche pour le commerce.

²⁷ On constate néanmoins une homogénéisation des descendants de captifs de différents groupes (captifs de Peuls, de Songhay, de Bobos...etc) qui, explicitement du fait de l'activité commune et implicitement du fait de leur statut, se définissent comme "agriculteurs", se considèrent comme "les mêmes" et s'intermarient. On a donc là affaire à un mariage "intra-statutaire" et "intra-professionnel" plus qu'"intra-ethnique", finalement comparable à la constitution de la nouvelle sphère endogamique "commerçante-urbaine". Ces groupes vivent pour la plupart dans des villages périphériques qui ont été administrativement englobés par les deux communes (Cabboli à Sévaré,

manoeuvre non qualifiés (certains Dogons, Bellas...) et retournant s'installer ou chercher épouse à leur lieu d'origine. Mais pour la plupart des membres de ces groupes, et du fait de leur inclusion dans la ville (ou de leur fréquentation régulière de celle-ci), les pratiques sexuelles non-matrimoniales obéissent aux critères électifs précédemment examinés (et sont d'ailleurs fréquemment inter-ethniques). L'institution des "titulaires" avec son cortège de négociations s'y impose aussi de plus en plus ; même si elle s'y cantonne encore à l'intérieur du groupe, elle ne s'y oppose pas moins terme à terme, comme dans les cas précédemment évoqués, au choix parental du conjoint dans le mariage familial. Même si, dans telle famille, la force des aînés prescrit unilatéralement le partenaire "familial" du premier mariage, un espace stratégique de choix reste donc en place pour les relations pré-matrimoniales, para-matrimoniales, et pour les mariages successifs. Beaucoup de cadets des quartiers périurbains (de familles d'agriculteurs, de pêcheurs...) sont d'ailleurs de plus en plus attirés par le statut de manoeuvre urbain. Globalement, la diversité des groupes, si elle suscite des "positionnements" idéologiques variés liés aux valeurs emblématiques de chacun d'eux, s'inscrit donc dans une homogénéisation des processus et des enjeux.

L'espace ou "arène" sociologique sexuel, amoureux et matrimonial que nous avons décrit conjugue un certain nombre d'enjeux, liés à la recherche de diverses formes nécessaires de valorisation de soi par les acteurs : valorisation économique, valorisation amoureuse, acquisition et/ou maintien d'une identité sociale valorisée (statut et rôle dans la famille, dans les groupes statutaires), acquisition et/ou maintien d'un statut et d'un rôle matrimonial et familial valorisé. La poursuite de ces enjeux se fait sur fond d'un certain nombre de contraintes inégales limitant les stratégies possibles, certaines d'origine collective, d'autres d'origine individuelle, toutes à mettre en oeuvre dans un espace interindividuel, espace de rencontres à évaluer et à négocier. Les stratégies possibles comportent un certain nombre de "risques" objectifs inégalement subjectivés, on le verra, selon l'âge, le statut et les positions singulières des acteurs : non-valorisation ou dévalorisation économique, amoureuse, matrimoniale, mise en péril des appartenances familiales et sociales...etc.

L'annonce du sida est bien évidemment entrée en résonance avec l'ensemble de ce champ et les réactions idéologiques de groupe aussi bien que les réactions comportementales individuelles à cette annonce se sont organisées autour de ses lignes de tension. On va examiner d'abord les stratégies discursives qui se sont déployées à propos du sida et de la prévention.

Taykiri à Mopti par exemple). Ils conservent donc une relative autonomie résidentielle, mais les interactions avec la ville sont constantes.

3. "savoirs" sociaux du sida, stratégies discursives de groupes et socio-épidémiologies locales.

Plusieurs travaux antérieurs (Diarra et al, 1994 ; Fay, 1999 ; Le Palec & Diarra, 1993 ; Vuarin, 1999) ont insisté sur la mise en correspondance systématique au Mali du désordre biologique (notamment lié au sida) et des désordres sociaux. On avait notamment insisté sur la conjugaison multiforme de différents paradigmes pour se réapproprier l'annonce du sida, puisque le caractère "atypique", voire alogique de la maladie annoncée (signification "parachutée" de l'extérieur, maladie sans symptômes clairement assignés et "sans remède"²⁸) favorisait toutes les réinterprétations possibles (ou tout au moins utiles). Certains de ces paradigmes étaient unilatéralement destinés à nier l'existence de la maladie (thème de l'invention "malthusianiste" ou "économique" des blancs -destinée à limiter les naissances ou à vendre les préservatifs, ou bien assimilation du sida à des maladies plus anciennes, déjà connues). D'autres paradigmes étaient différemment agencés soit pour nier la maladie, soit pour lui attribuer d'autres causes que celles présentées par les messages officiels (effets de nourritures étrangères, Punition divine du dévergondage, effet de transgressions matrimoniales ou religieuses ou d'attaques par diverses instances mystiques, pratiques cynophiles d'importation...etc). On avait insisté sur la fréquence du paradigme de l'"extériorité pathogène" (la ville pour la campagne, l'occident pour les deux, et tous les éléments "mobiles" qui relient le local à l'extérieur : voyageurs, migrants, chauffeurs...etc)²⁹. On avait enfin mis en évidence, le caractère de "positionnements stratégiques contraposés" des "idéologies du sida" (Fay, 1999) constituées par divers groupes en conjuguant ces paradigmes : les thèmes de la "punition divine" ou de la "transgression d'interdits" pouvaient permettre par exemple à des aînés de stigmatiser le dévergondage ou le laxisme religieux des cadets ; l'explication "médicale" ou au contraire l'assimilation à des maladies anciennes (sayi) pouvait permettre à des cadets de refuser cette stigmatisation.

Notons d'abord que depuis cinq ans environ, les diverses instances de "sensibilisation" ont intensifié les messages d'information et, à Mopti-Sévaré (comme probablement dans toutes les capitales régionales maliennes, et de plus en plus dans les campagnes), tout un chacun ou presque peut, qu'il y adhère ou non, restituer leur contenu³⁰, aussi bien en ce qui concerne les divers modes de contamination que les précautions à prendre pour les éviter ou les modes "souhaitables" de gestion des malades. Les étiologies les plus "traditionnelles" (transgressions d'interdit, attaque par des instances mystiques) ont quasiment disparu. Les hypothèses les plus originales sur les modes de contamination (moustiques, vapeurs émanant de l'urine d'un malade) ne sont plus guères mentionnées qu'à l'occasion, dans le cadre des performances rhétoriques.

²⁸ Une maladie "normale" procède d'une identification (conceptualisation) d'un ensemble de symptômes par des guérisseurs qui livrent cette conceptualisation *en même temps* que des propositions de soins.

²⁹ Cf. Fabre, 1993 sur la généralité de l'imputation des épidémies à l'"autre".

³⁰ Ce que notaient déjà Sy & Traoré (1995 : 21) à la fin 1994

riques propres aux joutes oratoires dont le sida est devenu l'objet. On constate par contre la perdurance de discours de négation d'une part (qui ne préjugent nullement de l'inexistence d'une "peur" du sida, ni de la non-utilisation de mesures de protection, chez ceux qui les tiennent), de modulation des attitudes d'adhésion à l'annonce, de remodulation des informations diffusées sur les modes de transmission, et enfin l'élaboration d'un paysage socio-épidémiologique local. Examinons ces différents points.

A. Le sida : une mystification.

Les principaux discours de dénégation utilisent le thème de la "mystification occidentale" et celui de l'assimilation du sida à des maladies "classiques" (le premier implique le second, l'inverse n'étant pas vrai). le thème de la "mystification" est le plus fréquemment évoqué :

- d'une part par une couche de lettrés (une partie des enseignants et des cadres) chez qui cette attitude est multi-déterminée : par une rancœur de tonalité nationaliste ou "tiers-mondiste" à l'Occident, par une frustration de se sentir marginalisés dans l'organisation de la prévention, par le souci de protéger leur réputation³¹, et par une attitude de dénégation de leur propre peur, liée aux souvenirs des risques pris. On trouvera assez souvent aussi un discours de dénégation chez les élèves du secondaire, principalement dans les deux années précédant le baccalauréat. D'une part il s'agit d'un âge "idéologique" (on récupère volontiers les enthousiasmes militants des aînés), d'autre part le refus de l'annonce a un agréable parfum de contestation de l'autorité plus lointaine (Etat), enfin on gagne sur tous les tableaux en jouant, dans ce refus, le savoir scolaire acquis (notamment biologique) contre la vulgarisation, au grand désagrément des animateurs souvent moins savants que leur public et qui se plaignent d'être entraînés par eux "sur le terrain du savoir académique". Ajoutons que les élèves masculins de cet âge tendent à "protéger" leur sexualité et l'accès à leurs partenaires féminines potentielles, et qu'en situation les animateurs peuvent apparaître comme des troubles-fêtes, voire comme des concurrents déloyaux en puissance.

- d'autre part par les "petits intellectuels". Il s'agit d'une catégorie locale désignant ceux "qui ont peu lu" (en peul : *mun ka kalan mata sanfe*), qui ont quitté l'école entre douze et quatorze ans³². La plupart appartiennent à l'ensemble des nombreux "travailleurs de mains" (mécaniciens, colleurs de pneus, menuisiers, guides, manoeuvres, charretiers à bras, vidangeurs de fosses, fabriquants de charbon, apprentis de toutes sortes...etc), journaliers ou travailleurs "à la tâche", auxquels on peut ajouter les professionnels du voyage (chauffeurs,

³¹ Certains professeurs de lycée notamment quittent les cours quand les animateurs viennent parler du sida. Ils peuvent, dans des discussions privées, évoquer l'importance des fonds engagés pour la prévention et souligner que des amateurs -moins compétents et souvent moins qualifiés qu'eux- en profitent de façon exclusive, alors qu'ils sont en droit les personnes les plus propres à informer leurs élèves. Parallèlement, ils ne tiennent souvent pas à apparaître comme des diffuseurs de messages ressentis comme "corrupteurs" par une partie de la population, d'autant moins peut-être qu'ils sont "statutairement" soupçonnés de tenter à l'occasion d'user sexuellement de leurs élèves. Ces différents soucis contradictoires peuvent se renforcer mutuellement dans la production d'une "idéologie" négationniste à l'égard du sida.

routiers), peu aisés mais toujours pourvus de petites sommes d'argent (versus les salariés mensualisés) et qui sont de ce fait soupçonnés d'une intense consommation sexuelle d'occasion. Ils tendent à nier le sida pour réagir à la stigmatisation virtuelle dont ils sont l'objet. Proclamer qu'ils n'utilisent pas de préservatif va dans le même sens, puisque l'utilisation ostentatoire du préservatif signifierait une bousculade sexuelle elle-même porteuse de déshumanisation et de désocialisation achevée (ils ne "pensent qu'à ça" et sont des "hommes fous"³³), et par conséquent (au vu de la stigmatisation déjà présente), confirmerait leur dangerosité au lieu de signifier la protection de leurs rapports³⁴. On peut ajouter à ces diverses motivations, comme chez les cadres, la dénégation de la peur induite par les risques passés.

Remarquons que, si l'on passe en revue dans les mêmes entretiens les différents problèmes soulevés par le thème du sida et qu'on en arrive au traitement des malades, ce sont le plus souvent (à l'exception des enseignants) les négateurs les plus affichés du sida qui se déclarent verbalement partisans de l'élimination physique de ceux-ci, ce qui confirme l'importance de la dénégation dans ces attitudes : c'est bien entendu la signification même du sida et la peur qu'elle inspire qu'il s'agit d'éliminer dans l'imaginaire.

B. Le sida, hypothèse inutile aux conséquences indésirables.

D'autres types de négation, moins ostentatoires et d'une toute autre nature se dégagent des enquêtes. Il s'agit, plus que de nier le sida d'un point de vue théorique, d'affirmer qu'on "n'a pas besoin" de cette hypothèse, et, plus encore, que ses conséquences (et notamment la protection des rapports) seraient néfastes. Ainsi des jeunes filles déclareront qu'elles ne croient pas au sida, littéralement "qu'elles ne l'acceptent pas" ou "ne le comprennent pas" "puisque" elles sont fidèles et demandent la fidélité à leurs partenaires. Qu'on soit fidèle donc, et le problème ne se posera pas ; inversement évoquer le sida et la protection, ce serait considérer implicitement le pluripartenariat comme quasi-légitime, c'est lui finalement qu'on promouvrrait (cf. Le Palec, 1994). Ce discours est donc cohérent et performatif, destiné à promouvoir un "bon ordre des choses" sur fond des méfiances réciproques entre genres et des stratégies matrimoniales précédemment évoquées. Il peut d'ailleurs se moduler : une jeune fille a pu remarquer "je ne crois pas au sida car je suis attachée à un homme, si les choses changent, on verra". Ce sont les mêmes logiques qui font nier le sida au nom du refus de ses conséquences (pathologiques ou sociales) dramatiques. Une informatrice remarque "je ne crois pas au sida car on dit qu'il y a eu tant de morts à Sikasso, si cela se produisait ici ce serait pire encore". On

³² Fait déjà noté par Sy & Traoré (1995)

³³ en peul des "*yimbe fasigaaku*", terme qui signifie "escroc, filou, hypocrite (au sens musulman), éhonté" et qui renvoie à la "débauche" (*jayre*).

³⁴ Lorsqu'on interroge des groupes homogènes-électifs de ces personnes, le discours est tout autre et teinté d'humour : c'est un "gag" récurrent de voir alors l'un d'eux, après des discours convaincus sur le refus d'utiliser le préservatif, en sortir de sa poche et les jeter à terre en s'exclamant "ça, c'est pas bon", à la grande joie de ses compagnons qui éventuellement exhibent alors à leur tour des préservatifs.

évoque en même temps ici, par le biais de sa sanction possible, un laisser-aller moral qu'on récuse en même temps. Une autre jeune fille a été gravement malade, s'est considérablement amaigrie, a failli mourir, et tout le quartier parlait de sida ; elle a guéri et depuis elle "ne croit plus au sida". En éliminant la signification on élimine (rétrospectivement) la peur et la stigmatisation qui lui étaient liées³⁵. C'est sans doute pour les mêmes raisons que les négateurs du sida évoquent régulièrement des malades "symptomatiques" ayant guéri (et ayant été alors promenés en grande pompe par leur famille dans toute la ville). Sur le même registre, conjugué à l'inverse, on peut dire que "le sida n'existe pas, sinon un tel (un séducteur avéré) serait mort depuis longtemps". Cette ambiguïté peut être rhétoriquement utilisée par des animateurs de la prévention, lorsqu'en opposition à une tentative de rabattre le sida sur des maladies anciennes ils répondent "mais ces maladies, on peut en guérir, as tu déjà vu quelqu'un guérir du sida ?" Nous reviendrons sur le rapport de ces logiques avec les ambiguïtés des discours préventifs sur les symptômes du sida et sur la notion de "maladie sans remèdes".

C. Le sida, hypothèse utile et aménageable.

Dans la même logique mais pour des raisons différentes, le sida peut apparaître comme une hypothèse souhaitable. Les femmes mariées tendront à nier le sida sur le modèle antérieur tant qu'elles penseront leur mari fidèle, ou qu'elles penseront possible sa fidélisation (pour les jeunes filles, il *doit* y avoir fidélité pour qu'il y ait mariage³⁶). Mais bon nombre d'entre elles feront au contraire de l'évocation du sida une arme d'accusation et de protection contre un mari avéré infidèle, ou un mari polygame (quand elles se sentent dépossédées par les co-épouses) ou prêt à le devenir alors qu'elles ne le veulent pas : elles "accepteront" alors le sida³⁷. Si le thème du sida peut être utilisé pour critiquer la polygamie (évocation de la contamination par les co-épouses), il peut d'ailleurs l'être pour en faire l'apologie (les maris polygames seraient moins tentés d'avoir des expériences parallèles...), ou pour refuser le lévirat (ici, une peur réelle et légitime peut être très renforcée par le souhait d'éviter les contraintes économiques impliquées par celui-ci). On soulignera encore que ces variations formellement contradictoires ne sont évidemment pas aléatoires mais tiennent à des positions déterminées.

Ces investissements idéologiques se repèrent également dans la sphère du religieux. Tous les agents religieux ont bien sûr insisté à l'occasion du sida sur les thèmes du

³⁵ La notion locale pour "stigmatisation" est l'acte de montrer, d'"indexer" en français local (*cappe en peul*).

³⁶ Etre fidèle c'est être un *gotoojo* (p: "celui de un") ou "seul-seul" (p: *gooto-gooto* ; b: *kelen-kelen*) ; la fidélité c'est la "confiance" (p: *hoolare* ; b: *daneya*), ce qui correspond en positif à la "méfiance" qui gouverne les négociations amoureuses -cf. infra.

³⁷ Des épouses statutairement "fortes" dans leur couple (commerçantes relativement aisées, femmes lettrées de fonctionnaires) faisaient ainsi volontiers appel, vers 1996, aux "visites à domiciles" des agents de prévention pour tenter d'effrayer leurs maris (les problèmes parfois créés, ainsi que la multiplication des spots télévisés plus faciles à faire regarder "par hasard" ont annulé cette tendance).

dévergondage sexuel et de l'adultère³⁸. Ils ont récupéré l'information médicale et logiquement insisté sur l'exigence de fidélité (ou d'abstinence) qu'il pouvait impliquer. Des divergences apparaissent ensuite.

La plupart des religieux (notamment les représentants régionaux de l'Association des musulmans pour la promotion de l'islam -l'AMUPI) font correspondre l'épidémie à la "maladie mortelle sans remède" annoncée dans le Coran, punition divine qui se manifestera lorsque l'adultère régnerait sur le monde ; ils insistent donc sur la contamination sexuelle. Ils condamnent l'utilisation du préservatif, qui faciliterait et redoublerait le péché (*junubu*), sauf, pour les plus tolérants, s'il s'agit d'un mari fidèle dont l'épouse s'avérerait séropositive ou malade³⁹ ; dans les versions les plus tranchées, le sida peut finalement apparaître comme un facteur de purification : les dévergondés mourront, il ne restera plus que les fidèles (dans les deux sens du terme). Sur le traitement des malades, une hésitation apparaît entre le devoir islamique de soutien des malades et la prescription de mise à l'écart du péché (et du pécheur) : la question se pose donc de savoir si un malade du sida doit être fondamentalement considéré comme un malade ou comme un pécheur. On s'accorde en tous cas sur le fait qu'un religieux conséquent ne saurait se rendre à son enterrement.

Des musulmans se réclamant de Sheik Haydara, prêcheur radical bamakois en vogue, tiennent un discours "néo-fondamentaliste" durci : le sida est une maladie divine bienvenue, elle restaurera la moralité. L'usage du préservatif est, plutôt que condamné (on peut dire "que le pécheur aille pécher avec sa capote s'il le veut, cela ne nous concerne pas"), présenté comme inutile. Dans l'acte sexuel en effet, c'est tout le corps qui exsude "l'envie", qui prend la forme de différentes substances, notamment et virtuellement du sang (ce qui permet, en mettant l'accent, comme les précédents et pour les mêmes raisons, sur la contamination sexuelle, de lui faire "englober" en quelque sorte la contamination sanguine). L'argument (en faveur du préservatif) de la "protection de l'autre" est réfuté (car un péché ne peut que renforcer un péché) ou, pour les plus radicaux, curieusement contourné : puisque le sida est la punition divine du péché, un partenaire "pur" (un conjoint fidèle ayant des rapports avec son conjoint séropositif) ne sera pas contaminé. Ce discours utilise ici partiellement les représentations médicales, mais leur fixe leurs limites en les subordonnant à la transcendance divine : la contamination passe bien par la sexualité, mais seulement lorsque cette dernière est transgressive, dans le cas contraire, sa capacité contaminante se "désactive" en quelque sorte. Des jeunes femmes, mères célibataires en recherche d'époux sérieux et fidèles remarquaient que, si les préceptes de Haydara étaient durs à suivre, ils représentaient "une promesse de mariage".

³⁸ le dévergondage, la débauche (implicitement la prostitution) se disent *jeneya* (b) ou *jayre* (p : c'est la même racine qui désigne le "paganisme" : *jaylaaku*) ; on peut aussi parler de "distraction-amusement" (p: *fijo* ; b: *tulonge*) ; tout cela désigne aussi implicitement l'adultère, qu'on peut spécifier par *zeeno* (dans les deux langues).

³⁹ Lors d'un atelier régional d'élaboration des scénarios de lutte contre les MST et le sida dans la Région de Mopti (1-15 septembre 1995), les représentants de l'AMUPI et de l'église catholique s'accordaient à refuser le "marketing social du condom" et à ne tolérer son utilisation "que dans un cadre strictement médical et ce dans le contexte du mariage".

A l'opposé, une minorité de marabouts pressentis par les services de prévention et ayant participé à divers congrès portant sur le thème s'emploient à "techniciser" la question de la contamination. S'ils insistent toujours par définition sur les thèmes du péché d'adultère, du caractère souhaitable de l'abstinence et de la fidélité, ils soutiennent que le péché s'aggrave par la contamination d'autrui. Ils légitiment ainsi l'usage du préservatif, notant par ailleurs que Dieu cautionne ce qui peut sauver une vie⁴⁰, et entretiennent dans leurs prêches un flou artistique sur les différentes fonctions du préservatif, la protection contre les maladies et l'espacement des naissances (principe en faveur duquel ils avaient antérieurement milité, en le distinguant de la limitation des naissances, religieusement indéfendable). Enfin, l'arsenal rhétorique se complète en soulignant qu'il y a d'autres voies de contamination que sexuelles, ce qui permet de "décoller" la problématique de la protection de celle de l'acte sexuel et du péché. L'ensemble des agents de la prévention éprouvent la même satisfaction à pouvoir opérer cette disjonction.

D. Un paysage socio-épidémiologique local

La socio-épidémiologie locale, qui a construit ce qu'on peut appeler, en référence aux premiers concepts de l'épidémiologie occidentale, des "groupes à risque" a déjà été esquissée en dressant l'éventail des stratégies discursives. Elle conjugue de grandes distinctions socioprofessionnelles d'une part, avec les principaux statuts et rôles pertinents dans le champ sexo-matrimonial d'autre part.

Les "groupes à risque" locaux vont donc être désignés sur la base de deux séries contradictoires de critères :

D'une part des critères liés à des pratiques sexuelles supposées particulièrement intenses

- à un niveau formel ou "principiel" : le genre bien sûr (femmes et hommes s'estiment mutuellement insatiables -d'argent/de sexe) et l'âge : ici, c'est la jeunesse qui est davantage stigmatisée.
- l'aisance financière : les hommes riches et les femmes pauvres sont censés avoir des expériences sexuelles nombreuses, par goût et par moyens pour les premiers, par nécessité pour les secondes.
- l'importance statutaire (cadres, fonctionnaires ou pas) provoque, même sans richesse notable, et pour des raisons déjà évoquées, les mêmes soupçons. Elle est par ailleurs liée à l'influence "des blancs", à un ordre supposé immoral.
- le métier : les "travailleurs de main", on l'a dit, ont des "moyens d'argent" faibles mais réguliers. Ils sont donc censés être insatiables. Il en va de même des commerçant(e)s détaillant(e)s, le commerce du corps étant, pour les femmes de cette catégorie, pensé en homologie avec celui des produits.

⁴⁰ Et reprenant ainsi le très vieil argument grâce auquel des marabouts pouvaient "tolérer" les sacrifices "fétichistes" mineurs (versus les sacrifices de sang) après l'instauration de l'islam : il s'agissait de pouvoir "bien" pécher et cultiver, donc se nourrir.

- la mobilité spatiale : professionnels du voyage et migrants ("exodards" en français local)⁴¹.

Ces critères peuvent se conjointre. Les professionnels du voyage apparaissent comme doublement dangereux (moyens d'argent + contacts avec l'extérieur), il en va de même des vendeuses de lait (femmes pauvres, commerçantes et mobiles) On remarquera que, contrairement à ce qu'on avait constaté en 1994 dans le Maasina, l'ethnie n'apparaît pas au niveau de cette série de critères, la ville étant, et se voulant, "trans-ethnique". Le critère "ethnique" va néanmoins réapparaître en filigrane dans la seconde série, mais sous une forme déguisée, "paysanne".

D'autre part⁴² des critères induits par les messages de prévention et liés à des capacités inégales de contamination :

La densification de la prévention a défini, parallèlement au danger lié à une sexualité "débridée" ou "transgressive", un danger lié à une sexualité "non protégée", cette non-protection étant induite par une mauvaise connaissance des modes de contamination, ou par une insouciance hédoniste, ou par une volonté de contaminer. On assiste donc au renforcement de certains critères et à l'apparition de nouveaux.

- le critère du genre, en particulier à propos des femmes, semble plutôt renforcé : la liaison entre prévention du sida et prévention des MST insiste sur le terrain favorable créé au premier par les secondes et sur le dépistage particulier (et difficile) nécessité par la fragilité et la complexité biologique proprement féminine⁴³. Parallèlement, dans les milieux "modernes", les garçons et les filles se renvoient mutuellement comme un reproche de refuser l'usage du préservatif⁴⁴.

- le critère d'aisance financière l'est également, couplé avec celui de mobilité et d'étrangeté : l'homme riche, dit-on, aime accumuler (argent, terres, femmes), il n'aime pas être malade, il n'aime pas mourir seul : il contaminera donc volontairement des jeunes filles, même s'il doit pour cela les épouser. Et l'on cite des cas de grands voyageurs, notamment de riches arabes ayant fait des hécatombes.

- les statut d'époux polygame et de co-épouse, dans le cadre des réinterprétations évoquées, sont ressentis comme particulièrement dangereux. Il en va de même du lévirat.

⁴¹ De jeunes migrants remarquaient qu'ils étaient l'objet d'une grande méfiance au retour d'exode. Dans les années 94-95, des épouses de migrants fuyaient à leur retour ou refusaient d'avoir des rapports intimes pendant plusieurs mois. Les célibataires de retour ne parvenaient pas à se marier, même s'ils avaient constitué la dot. Aujourd'hui encore, les migrants déclarent prendre bien garde à revenir ostentatoirement en bonne santé : "si tu as un rhume, tu attends pour rentrer".

⁴² L.Vidal (ici même) oppose les "effets de méconnaissance" aux "effets de connaissance" issus de l'information. L'opposition concerne plutôt ici deux degrés successifs d'"effets de connaissance" intégrant par ailleurs des significations antérieures.

⁴³ Pendant une séance d'information, un animateur énervé par les accusations récurrentes lancées par les femmes contre leur mari, leur répondit vertement "vous accusez toujours vos maris, mais vous savez bien que vos ventres sont des caisses à maladies".

⁴⁴ Nous avons assisté à des renvois assez agressifs de ce type, par reprise des représentations locales, entre un animateur et une animatrice de la prévention, qui attestait nettement du caractère de nouvel enjeu inter-genre de cette question dans certains milieux.

- un nouveau critère de discrimination, dans les milieux touchés par la prévention, est la "connaissance". Il y a cinq ans, le danger constitué par la maladie était supposé se communiquer *du plus au moins "urbain-occidentalisé"* : de l'Occident à l'Afrique, de la capitale aux capitales régionales et à la brousse. Dans les campagnes, on stigmatisait volontiers le désordre social et moral urbain. L'organisation de la prévention énonce un nouveau danger "secondaire" : celui de ne pas être informé et de ne pas se protéger. Or, les messages de prévention se communiquent de la ville à la brousse. Pour les convaincus de la prévention, le danger de la "maladie", englobé par le danger secondaire ainsi constitué (attraper la maladie parce qu'on ne sait pas qu'il faut, ou comment il faut, se protéger), se communique donc *du moins au plus urbanisé*, même si les trajets sont légèrement plus complexes. De multiples informateurs (bien entendu urbains et "modernes") manifestent leur crainte à l'égard de ces "broussards" (l'informateur, lui-même peul urbain, pourra parler "des peuls", en effectuant une réinterprétation "campagnarde" de l'éthnie) qui viennent en ville, ne se protègent pas et contaminent ensuite, sur place, puis, de retour au village, d'autres paysans qui viendront à leur tour en ville. Le cercle vertueux de la prévention serait ainsi compromis par le cercle vicieux de l'ignorance migrante. Mais cette crainte s'accompagne, chez ce type d'informateurs, d'une bienveillance paternaliste qui fait confiance au cercle vertueux : l'information va "de Mopti aux quartiers périphériques et de ceux-ci à la brousse". Le paysan, qu'on se représente, dans une classique caricature "urbaine", comme légèrement obtus mais profondément fiable, se tiendra, une fois convaincu, aux pratiques (de prévention) acquises, ce d'autant qu'il est économiquement plus frappé encore que le citadin par la perte de main d'œuvre occasionnée par les morts du sida. L'accusation (de non protection ou de protection relâchée) se retourne alors préférentiellement sur les "petits intellectuels" ou "travailleurs de mains", hommes qui sont réputés légers et contradictoires (ils jouent avec les idées, aiment les paradoxes, ne font pas ce qu'ils disent) et variables (leur conduite d'aujourd'hui ne garantit pas celle de demain). Ceux-ci peuvent en effet être stigmatisés à la fois du point de vue des valeurs classiques (sexualité transgressive) et de celui des valeurs de prévention (ils déclarent ne pas se protéger).

Citons un exemple particulièrement marquant de "travail" local effectué entre ces deux systèmes de valeurs. Dans un quartier périphérique de Sévaré, Cabboli, nous avions brièvement interrogé en 1996 de jeunes agriculteurs, statutairement, économiquement et résidentiellement marginalisés par rapport à la vie sociale-urbaine de Mopti. Ils promouvaient une représentation "traditionnelle-rurale-morale" de leur existence (mariage familial, fidélité...etc, versus les moeurs dégradées urbaines) qui était manifestement une valorisation emblématique de leur marginalisation. Ils disaient n'être par conséquent pas concernés par le sida, bien que les nombreux bâtards qui leur revenaient des migrations saisonnières tournantes en Côte d'Ivoire aient semblé attester, au moins en ces lieux, de pratiques sexuelles "non traditionnelles", non matrimoniales et non protégées. Fin 1998, nous avons rencontré de façon répétée d'autres groupes de ces jeunes. Le discours était tout différent : il témoignait d'une forte tension avec les aînés autour de choix matrimoniaux électifs d'une part, et de leur volonté de cesser progressivement le binôme

"agriculture locale/migrations salariales" et de se tourner vers la ville pour y exercer des travaux de manœuvre. Sur le thème du sida, nous étions brusquement face à des convaincus de la prévention, évoquant les multiples décès de grands-frères migrants et la nécessité de se protéger. Sur le plan des moeurs comme sur celui de la prévention, ils se définissaient, conformément au modèle déjà évoqué, comme intermédiaires entre ville et brousse ("adossés à la ville" et la brousse "adossée à eux"), mais "presque" ou "bientôt" urbains. Le processus de changement ne s'était bien sûr pas effectué en deux ans : les premiers nous avaient présenté la rationalisation "globalisante" qu'opéraient leurs aînés, les seconds celle qu'ils étaient en train de construire, en utilisant notamment pour cela le thème du sida. Conformément au "retournement" indiqué, ils expliquaient que se protègent maintenant ceux qui ont vu leurs grands-frères mourir et ceux qui ont vu ces derniers se protéger : cercle vertueux de la protection initié par la connaissance (tragique) issue de la migration. Le "mouvement" devient ici positif ; de même en ville certains "travailleurs de main" et des professionnels du voyage établissent une équation identique entre "ceux qui bougent, ceux qui marchent" et "ceux qui ont compris".

L'ensemble de ces données fait apparaître un système de significations et de positionnements flottants, qui tourne autour de quatre registres sémantiques interactifs : ceux de la Maladie, de la transgression (des pratiques sexuelles socialement et religieusement transgressives), de la prévention (des significations et de l'organisation de la prévention), et de la protection, ce qui est assez logique puisque la maladie a été "révélée" dans le système de prévention qui diffusait en même temps les conseils de protection. "Accepter" la maladie c'est percevoir un bénéfice possible (économique⁴⁵, statutaire, symbolique) à établir des liaisons d'un certain type (orientées) entre l'ordre de la transgression et/ou celui de la prévention et/ou celui de la protection. "Ne pas accepter" la maladie, c'est percevoir un danger possible (économique...etc) dans l'établissement ou l'orientation de certaines de ces liaisons. Les "et/ou" indiquent la possibilité (qu'on a repérée chez différents acteurs) d'opérer des disjonctions ou des conjonctions entre les termes (entre transgression sexuelle et maladie par exemple, ou entre protection et transgression sexuelle⁴⁶). Il s'agit bien d'une négociation active des significations. Compte évidemment, dans l'estimation d'un danger ou au contraire d'un bénéfice dans les mises en relation possibles, la capacité ou non (pour des groupes ou pour des individus) à maîtriser leur nature et leur orientation.

⁴⁵ En ce sens, les animateurs qui déclarent -très fréquemment- qu'"en tant qu'animateurs", ils sont "obligés" de croire au sida renvoient bien à une sorte de "jeu de rôles", et sont à mettre en parallèle avec les catégories précitées pour lesquelles l'hypothèse du sida est bénéfique ou nuisible. D'autres travaux (Vidal, 1996, Le Palec, dans ce rapport) montrent que d'autres liaisons de même type existent entre intérêt économique et assumption de la maladie, ou révélation du statut sérologique aux autres.

⁴⁶ Exemples élémentaires de conjonction : "le péché donne le sida", "le préservatif permet le dévergondage" ; et de disjonctions : "le sida ne s'attrape pas que par les pratiques sexuelles", "le préservatif permet aussi l'espacement des naissances". On a vu qu'il y en avait de plus compliqués.

Si les deux modèles socio-épidémiologiques évoqués représentent en partie une polarisation tendancielle entre valeurs "classiques" et valeurs "modernes" (ou valeurs "de prévention"), leurs mises en oeuvre doivent néanmoins être replacées dans le cadre d'ensemble des stratégies discursives et comportementales. Le choix entre les deux types de valeurs n'est pas nécessairement radical, on peut les conjuguer dans une conditionalité implicite. Une épouse peut souhaiter que son mari soit fidèle, mais, s'il ne l'est pas, qu'il utilise des préservatifs ; une jeune fille peut envisager de "croire au sida" et à l'utilité du préservatif si son "titulaire" ne tenait pas ses promesses ; un marabout partisan de la prévention peut souhaiter que les hommes soient fidèles mais, s'ils ne le sont pas qu'ils se protègent...etc.

On a donc affaire là aussi à des "conjugaisons" et à des "négociations" objectives de risques, qui s'opèrent sur fond de contraintes différentielles (et notamment la capacité sociale à produire du sens, à légitimer des liaisons thématiques orientées) pour des individus et des groupes. Dans quelle mesure ces "risques" sont ils subjectivables et peuvent-ils donner lieu à des "choix négociés" explicites ? On va aborder plus systématiquement cette question en résistant les comportements objectifs de (non)protection des rapports sexuels dans l'arène sociologique des quêtes sexuelles et matrimoniales qui a été décrite dans la seconde partie.

4. Contraintes, subjectivation et négociation des risques, conditions de la protection.

Notons d'abord que les informations concernant la contamination sanguine et les mesures de protections contre celle-ci ont été suivies d'effets. Presque personne n'utilise encore de seringues usagées, et presque tous préfèrent même apporter leur seringue neuve à l'hôpital plutôt que de se fier aux procédures de stérilisation. Pour le rasage, l'excision, la circoncision, on utilise de plus en plus des lames individuelles, ou bien on les stérilise entre chaque opération ; pour le tatouage, les jeunes filles apportent le plus souvent leurs propres aiguilles (ou les achètent sur place aux tatoueuses qui ont saisi là l'occasion d'un nouveau commerce), ainsi que leurs serviettes pour l'essuyage ; pour l'accouchement, on prend garde à ne pas rentrer en contact avec le sang de la patiente précédente (nettoyage, protection par un linge). On ne saurait naturellement dire que la protection est, de ce point de vue, totalement acquise et les messages doivent continuer à se répéter, mais la dynamique de protection est incontestablement en croissance constante et accélérée. Un *espace technique de protection* est donc ici en voie de constitution, où l'on peut parler de "risque perçu" et de "choix réfléchi" d'une conduite protectrice. Cet espace est manifestement issu des campagnes de prévention, même pour ceux qui, déniant le sida, évoquent, pour justifier les précautions qu'ils prennent, les "autres maladies" qui peuvent se transmettre par voie sanguine. Ces campagnes ont suscité une peur active, associant le sang et les maladies et suscitant la protection, ce indépendamment des rationalisations diverses de cette peur.

Il en va tout autrement de la protection des rapports sexuels par l'usage du préservatif. On peut repérer néanmoins un point commun : l'utilisation du préservatif est incontestablement devenue une pratique *relativement fréquente*, pour certains individus et dans le cadre de certaines relations, *à la suite* des campagnes d'information sur le sida, même si là aussi certains utilisateurs évoquent plus volontiers la protection contre les MST ou la fonction contraceptive⁴⁷. On peut remarquer aussi que l'usage identifié et planifié de la prostitution⁴⁸ implique de plus en plus celui du préservatif. Quels sont donc, pour le reste, les facteurs discriminants, à l'issue de l'enquête, de l'usage du préservatif ?

Rappelons d'abord (Fay, 1999) que cet usage est en partie indépendant des idéologies de groupe concernant le sida. Les stratégies discursives, on l'a vu, opèrent dans une logique de conjonction/disjonction destinée à valider l'identité sociale d'une part, à négocier relationnellement des bénéfices de différentes natures d'autre part. Les jeunes "travailleurs de mains" qui, pour protéger une réputation déjà compromise, tiennent un discours de dénégation du sida et de refus ostentatoire du préservatif, ne se protègent pas moins que les autres, et sans doute plus *lorsqu'ils ont* (conformément à leur réputation -et alors *parce qu'ils ont*) effectivement de fréquentes relations ponctuelles et définies comme véniales⁴⁹. De même, les jeunes qui privilégiennent un registre strictement religieux, prônent la fidélité ou l'abstention et condamnent le péché, ne "pèchent" à notre avis⁵⁰ ni plus ni moins que les autres et ne se protègent ni moins ni plus⁵¹.

⁴⁷ On a déjà noté qu'une évaluation quantitative nous a semblé impossible, et ce sont par conséquent les *processus* déterminant les conduites de (non)protection qu'on cherche à identifier ici, non l'état quantifié de ces dernières. Mais on peut constater que les animateurs de projet, les boutiquiers, les pharmaciens, vendent objectivement *de plus en plus* de préservatifs (depuis 1995), que de nombreux informateurs des deux sexes en détiennent manifestement, et que les préservatifs usagés jonchent souvent les fosses d'aisance, en particulier près des chambres ou concessions indépendantes de jeunes hommes : on peut donc, sans s'avancer davantage, conclure à une *tendance* (encore une fois non "indifférenciée"). D'après nos enquêtes, les préservatifs n'étaient couramment utilisés, avant les campagnes, que par des militaires ou des professionnels du voyage (fonctions anti-MST et contraceptive).

⁴⁸ C'est à dire une relation sexuelle ponctuelle avec une prostituée *se présentant comme telle* (ce qui ne l'empêche nullement, dans d'autres espaces géographiques ou sociaux, de poursuivre des quêtes amoureuses et matrimoniales). Dans ce cas, le "risque" est perçu des deux côtés, les prostituées ayant d'ailleurs été très fortement informées par les services de prévention. Cela n'empêche évidemment pas que des hommes éprouvant une forte répugnance à l'utilisation du préservatif, pour cause de restriction de jouissance, puissent offrir une rémunération plus forte à une prostituée pour ne pas utiliser celui-ci, représentation et pratique individuelle qu'on trouve aussi bien en Occident et qui n'invaliderait pas le constat antérieur.

⁴⁹ Comme les migrants, ils appartiennent aux catégories qui ont d'abord été le plus touchées ; devant les décès de leurs aînés, s'ils récupèrent le discours dénégatif qu'avaient ceux-ci, et pour les mêmes raisons, ils ont par contre entrepris -dans les limites décrites- de se protéger davantage.

⁵⁰ Renvoyons ici aux remarques de l'introduction sur les contraintes liées à l'objet de l'étude, et sur "l'intime conviction" du chercheur, fondée sur un grand nombre d'entretiens divers. En l'occurrence, cela revient à dire que suffisamment d'informateurs de ces différents types nous ont tenus des discours *circonstanciés* (parfois en groupe, parfois en tête à tête, et dans des entretiens répétés) pour que l'induction ne nous semble pas abusive. Mais naturellement, nous n'avons toujours affaire, dans tous les contextes, qu'à des *déclarations de (non)protection*.

⁵¹ Sy & Traoré (1995 : 20) notent qu'"une minorité est favorable à l'adoption du préservatif. Ni le niveau de scolarisation, ni la différence culturelle entre urbains et ruraux n'ont d'incidence sur cette attitude". Nous présentons ici des positions plus nuancées, mais le fait reste que ces attributions d'attitudes par grandes catégories sociales sont parfaitement illusoires.

Les seuls cas où les pratiques de (non)protection semblent conformes aux idéologies de groupes sont ceux où les conditions d'existence sociale du groupe en question induisent un "habitus" conforme aux consignes idéologiques ("nos conduites sont morales, le sida et le préservatif ne nous concernent pas") *dans les interrelations partenariales de sexe elles mêmes*. C'est le cas par exemple, lorsque les relations de séduction pré-matrimoniales, du fait de l'isolement statutaire, économique et/ou social du groupe, ont lieu presqu'exclusivement à l'intérieur du groupe, entre "cousins" ou entre familles apparentées du même quartier (cas d'agriculteurs ou de pasteurs "marginaux" face à la ville par exemple). Mais on voit bien qu'ici, ce n'est pas la consigne qui agit en elle même, c'est sa réactivation "relationnelle" dans des partenariats sexuels limités et ciblés.

Les (non)pratiques de protection, en dehors de ces cas, semblent obéir à des types de *négociations pluridimensionnelles des relations partenariales de genre*. Sur la base de contraintes déterminées, on va voir en effet qu'il peut y avoir englobement du partenariat sexuel par les exigences du partenariat matrimonial (produit ou à produire) à finalité procréative, ou que le premier conserve une relative autonomie par rapport au second ; il peut au contraire y avoir disjonction des deux sphères, et ce sont alors d'autres "distances" (sociales et désirantes) qu'il faudra conjuguer.

A. Du préservatif impossible au préservatif évoqué.

On a évoqué plus haut les caractéristiques de l'arène amoureuse et matrimoniale "moderne", les négociations constantes entre hommes et femmes pour déterminer la nature exacte et la stabilité prévisible de leurs relations, et la fréquente diversification des "mises" amoureuses, ce sur fond d'une méfiance réciproque aiguë induite par la reformulation générale des rapports de genre.

Bien avant qu'on ne parle du sida, cette situation induisait déjà la mise en oeuvre de diverses stratégies autour des rapports amoureux. Si le partenaire était appréhendé comme un futur conjoint possible, on se livrait à toutes sortes d'enquêtes ("tris, tests", cf. infra) destinées à savoir "qui il(elle) est", enquêtes destinées à vérifier son statut socio-familial et professionnel, son aisance financière, mais également la correction de ses moeurs (le sérieux de ses engagements et sa fidélité prévisible) et effectuées discrètement dans le voisinage, en utilisant divers réseaux de parenté et d'amitié, ainsi que la (relative) complicité de genre⁵². Beaucoup de relations ne sont pas investies par les deux partenaires d'une même finalité, et l'un ou l'autre a

⁵² Diverses typologies croisées des hommes et des femmes nous ont ainsi été présentées au cours de l'enquête : les femmes peuvent être par exemple des "femmes de parade" (p: *debbo nyayru*), ne rechercher que les beaux vêtements et les bijoux, et errer d'homme riche en homme riche sans jamais se stabiliser ; elles peuvent être des "femmes de richesse" (p: *debbo jawði*), économiser jusqu'à rendre opérationnel un petit commerce puis se stabiliser ; ou des "femmes de travail" (p:*debbo golooße*), pauvres et recherchant fiévreusement des relations sexuelles rémunératrices à la nuit tombée ; ou des femmes insatiables "dans leur esprit et dans leur corps", multipliant les rapports sexuels. Les hommes peuvent de leur côté être des "amuseurs d'à côté" (p:*pjirroowo*

souvent engagé plusieurs relations simultanées. Il y a donc fréquemment asymétrie des volontés et des projets, ce qui renvoie au "néo" ou "multi"-titulariat dont nous avions parlé. Ajoutons que l'investissement d'un individu dans une relation donnée peut se moduler au cours des trajectoires, un échec dans une relation pouvant amener à en privilégier une autre d'abord vécue comme provisoire. Un homme peut ainsi "titulariser" une jeune femme d'abord ressentie comme "fraude", une femme peut envisager désormais comme un moindre mal, si ce dernier le souhaite, de devenir la seconde épouse d'un homme qui n'était jusque là qu'un "bailleur de fonds", selon une métaphore couramment utilisée par les informateurs francophones.

Cette asymétrie et ces incertitudes amenaient, bien avant l'annonce du sida, à conjuguer des risques interactifs, articulés en particulier autour de la question contraceptive. Demander à l'autre d'utiliser un moyen contraceptif (ou accepter qu'il l'utilise), c'est a -priori lui signifier le faible investissement (sans visée procréative, donc sans visée matrimoniale) qu'on a dans la relation, ce qui peut y mettre fin. Mais faire un enfant, si la relation n'est pas destinée à se stabiliser (soit qu'un des deux partenaires ne le désire pas, soit qu'une des deux familles s'y oppose), c'est prendre le risque du déshonneur (de la "honte" -p:herrsa, b:maloya) pour la femme et pour l'homme, de la ruine économique et d'un sérieux handicap dans les recherches matrimoniales futures plus spécifiquement pour la femme. Beaucoup de jeunes femmes ont ainsi souffert, dans les dernières décennies, d'avoir eu des "bâtards" et leur exemple malheureux a porté ses fruits, en même temps que les messages sur la planification familiale et l'espacement des naissances (donc sur des "risques" concernant la santé) étaient de mieux en mieux entendus. A partir de vingt- vingt cinq ans environ, on peut considérer que les risques liés aux naissances non planifiées sont parfaitement conscients chez les jeunes femmes non mariées (et souvent mères célibataires). Celles-ci sont souvent devenues, comme on dit localement, des "grandes soeurs de valeur", et entreprennent de plus en plus de rendre leurs cadettes sensibles au danger. Est ainsi apparue la possibilité, dans le cadre de relations à visée matrimoniale possible, d'une pratique consensuelle de la contraception en évoquant l'impossibilité d'un mariage proche et/ou les difficultés économiques qui résulteraient d'une procréation. Avant l'annonce du sida, cette contraception avait en général comme support la pilule, l'usage du préservatif étant quasiment réservé à certains acteurs (militaires, professionnels du voyage..etc, éminemment dans les rapports avec les prostituées). Mais dans beaucoup de situations on l'a vu⁵³, les risques liés à un enfantement imprévu devaient être confrontés à celui de briser une relation soit plaisante, soit économiquement utile, soit éventuellement prometteuse de mariage, confrontation qui relève d'une évaluation serrée des possibles. C'est pourquoi on évoque depuis longtemps des cas de ruses : femmes qui prennent clandestinement la pilule contraceptive, ou au contraire qui cessent clandestinement de la prendre (sans compter les recours "mystiques" -

seera) qui "ne regardent que les fesses" et vont de femme en femme sans vergogne, ou ceux "des petits métiers", possesseurs ponctuels d'argent qu'on a déjà présentés, qui engrossent les femmes puis les abandonnent, etc, etc...

⁵³ cas de volontés asymétriques, où l'un des partenaires veut "caler" l'autre, au besoin en lui faisant (ou en se faisant faire) un enfant.

auprès des marabouts- pour provoquer ou éviter une naissance) ; hommes qui portent clandestinement un préservatif ou au contraire l'enlèvent au plus fort de l'acte, ou l'ont légèrement déchiré avant la pénétration pour pouvoir prétendre ensuite qu'il a éclaté.

L'annonce du sida et la publicité faite au préservatif se sont inscrites dans ce champ relationnel. L'annonce a encore intensifié les procédures de "tri-test" des partenaires. Tous insistent sur la nécessité de "se connaître, connaître l'autre, savoir qui il est". Les messages concernant la protection des rapports et le préservatif ont également été réinterprétés. D'une part, le préservatif évoque la maladie (tout particulièrement le sida) et plus largement une sexualité transgressive⁵⁴ autant et plus qu'il ne se présente comme une protection. Mais il est également un moyen de contraception, et il protège par ailleurs, outre du sida, de l'ensemble des MST. Comme on l'a déjà suggéré, ses fonctions contraceptive et anti-MST ont d'ailleurs été popularisées *à la faveur de la campagne d'information sur le sida*. Ces différentes significations sont diversement retravaillées dans des contextes relationnels précis. Dans certains cas, la demande de préservatif (par un homme ou une femme) se fait au nom de la contraception mais masque une volonté de se protéger contre la contamination ; l'abandon de la pilule au profit du préservatif par certaines femmes (qui mettent en avant la difficulté à s'habituer à des prises régulières) semble *parfois* appartenir à ce cas de figure. Dans d'autres cas au contraire, l'évocation du risque de contamination, et toujours dans ce cas par des MST -jamais par le sida- peut masquer une volonté contraceptive. La négociation du préservatif et de sa signification (prévention des maladies, du sida, contraception), comme celui de la pilule dans le passé et de façon réorientée par l'annonce, s'inscrit dans la négociation de la relation.

L'annonce du sida a donc ajouté un élément supplémentaire à la série des risques inter-actifs préexistants, qui peut constituer un enjeu nouveau ou simplement "servir" les négociations autour des enjeux préexistants.

Tout cela s'inscrit dans des trajets de vie spécifiques dont nous donnerons trois exemples :

- Aïcha a dix-huit ans, n'a pas d'enfant et cherche à se marier. Elle entretient notamment une relation avec un réparateur de mobylettes ; celui-ci peut utiliser à l'occasion une "chambre" chez un de ses collègues dans un quartier adjacent de celui d'Aïcha. Il l'y emmène souvent, l'assure de son amour, et utilise systématiquement des préservatifs. Aïcha doute du sérieux de ses intentions, d'autant qu'il n'est pas aussi généreux qu'elle le souhaiterait, ce qui l'amène à soupçonner qu'il entretient d'autres relations. Elle entreprend finalement de refuser le préservatif en lui déclarant "chaque fois que tu veux tu me prends, tu me mets dans une chambre et tu veux te protéger encore, c'est une trahison (janfa)". l'Homme accepte de ne plus porter de préservatif. Aïcha tombe enceinte et, pressentant que son partenaire risque de l'abandonner (ses visites s'espacent), le menace, s'il ne l'épouse pas, d'envoyer à terme l'enfant chez lui pour que "tous sachent". Après diverses tractations, l'homme ne l'épousera pas mais finira par

⁵⁴ ce qui explique que sa "charge affective et morale...(soit)...très forte" (Sy & Traoré, 1995 : 26).

reconnaître l'enfant, par faire son baptême. Aïcha précise qu'elle savait que, devant sa demande, l'homme aurait pu l'épouser ou l'abandonner (elle avait d'ailleurs parallèlement fait "travailler" son amant par un marabout pour agir sur sa conduite) ; elle cite le cas de plusieurs amies qui ont connu l'une ou l'autre de ces issues.

- Aminata a vingt-six ans et a eu trois enfants de son mari. Celui-ci entretenait parallèlement des relations sexuelles avec une jeune fille d'un quartier voisin qu'il a engrossée, ce qu'elle apprend par la soeur aînée (de même âge qu'elle) de cette jeune fille. Par souci de préserver la famille de la honte (il s'agit d'un mariage "familial", son mari est un cousin), Aminata assume les frais liés à la grossesse, paye les ordonnances médicales de la jeune fille. Lorsque l'enfant naît, la grande soeur de celle-ci demande que le mari d'Aminata fasse le baptême, demande qu'Aminata lui transmet. Mais celui-ci refuse de reconnaître l'enfant, argue que sa liaison n'a duré que deux mois et que, d'ailleurs, un jeune homme "suit" maintenant la jeune fille. Aminata prend la décision de faire elle-même le baptême de l'enfant au nom de son mari et de prendre le bébé en charge. Un an après, l'époux part en exode au Ghana. La première année, il envoie de l'argent et des cadeaux. Puis, plus de nouvelles pendant un an. Elle se renseigne auprès d'autres migrants et croit comprendre qu'il vit là bas avec une autre femme. Aminata renvoie alors le bébé de son ancienne "rivale" dans la concession de celle-ci. Lorsque son époux revient la troisième année, et qu'il veut avoir des relations sexuelles avec elle, elle lui propose deux soirs de suite un préservatif en faisant état de ses doutes et de sa peur (elle ne sait pas ce qu'il fait au Ghana). L'époux fâché refuse le préservatif et renonce aux relations ; peu après, il repart en exode en reprenant même les cadeaux qu'il avait amenés pour les enfants. L'an d'après, il reviendra, mais ce sera pour renouer avec son ancienne maîtresse qu'il emmène (ainsi que leur enfant) avec lui en migration. Tresseuse de profession, propriétaire d'un réfrigérateur et se livrant à un petit commerce de boissons fraîches, Aminata a acquis une relative autonomie économique et surveille de près ses petites soeurs à qui elle conseille la contraception : elle est devenue une "grande soeur de valeur". Elle même prend la pilule contraceptive et a imposé parallèlement le préservatif dans le cadre de rencontres faites après son abandon par son mari, ce en évoquant les maladies. Elle entretient, depuis un an, une relation stable avec un bijoutier qu'elle pense épouser à terme. Avec lui, elle n'a jamais utilisé le préservatif. Néanmoins, après un épisode qu'elle décrit comme une courte rupture (l'homme n'était pas venu la visiter pendant cinq jours⁵⁵), elle a manifesté sa peur des maladies, a évoqué la possibilité de faire usage du préservatif. Devant les protestations de fidélité de son partenaire, elle a finalement opté pour une solution moins "lourde" : elle a demandé une "analyse globale"⁵⁶ dont elle a communiqué les résultats à son partenaire en lui demandant -il a accepté- de faire de même. Depuis, elle refait

⁵⁵ La règle, entre "titulaires", est que l'homme passe chaque soir visiter son amie, même s'ils ne passent pas la soirée ensemble.

⁵⁶ Détection (dans le sang et l'urine) de la syphilis, gonococcie, candidose, vaginite, clomidia, herpès génital, hépatite B.

cette même analyse de temps à autre, ce qui lui est facilité par son amitié avec un infirmier de l'hôpital ; elle dit ne pas savoir si c'est le cas pour son partenaire.

- Ahmadou a trente ans, il est célibataire et gagne actuellement sa vie en travaillant pour un de ses oncles, qui possède un petit atelier de collage de pneus. Il a fait des études secondaires jusqu'en 8^e (4^e française) et se réclame être bon musulman. Il a migré dans différents pays (Côte d'Ivoire, Nigéria) et a connu maintes femmes. Il ne s'est généralement pas protégé, sauf avec des prostituées qui "lui faisaient peur", car le préservatif nuit trop au plaisir. D'ailleurs il ne croit pas au sida et ne fréquente que des femmes qui n'ont pas voyagé. Un de ses amis lui a suggéré de faire le test VIH, mais il a refusé. Il est vrai, dit-il, qu'il y a beaucoup de maladies et que beaucoup peuvent être mortelles, surtout entre trente et quarante ans, mais il a peur du test : s'il le faisait et apprenait qu'il est séropositif, il cesserait d'avoir des relations sexuelle pour "ne pas tuer" ou bien il deviendrait fidèle, il aurait alors moins de péchés. Dans tous les cas en effet, les comptes seront rendus devant Dieu et il sait que son dévergondage lui sera imputé. Il termine l'entretien en clamant fièrement "qui vivra verra et qui verra mourra".

B. Négociations, "dominations" et "hiérarchisations".

Ces exemples montrent bien la pluralité des enjeux conjugués. Avant la campagne de prévention, disent des femmes, leurs principaux sujets de conversation étaient l'argent, le mariage et le "refus d'enfant". S'y est ajouté le thème des "maladies". On en a peur, on s'en méfie, on les évoque. Mais la fiabilité "biologique" du partenaire et sa fiabilité sociale renvoient l'une à l'autre. L'instabilité sociale peut logiquement induire un doute sur sa fiabilité biologique, on peut donc évoquer la seconde pour signifier la première, ce en proposant une protection des rapports (cas d'Aminata). Mais inversement, la protection des rapports peut apparaître, par le biais d'une reconnaissance d'un danger biologique, comme sanctionnant l'instabilité des rapports amoureux : on peut donc remettre cette protection en question dans le but explicite de réévaluer la relation (cas d'Aïcha). Dans la même logique inversée, des jeunes femmes nous ont dit avoir mis comme condition à l'abandon du préservatif la réalisation par l'homme de fiançailles ou du baptême de leur enfant. Dans les deux exemples développés d'ailleurs, il s'agit de revaloriser socialement la relation en exprimant une méfiance, mais la circularité évoquée entre fiabilité sociale et fiabilité biologique fait que les conséquences pratiques en ont été opposées : proposition de protection dans un cas, abandon de celle-ci dans l'autre. Dans le dernier épisode de la vie d'Aminata, le recours à l'"analyse globale" apparaît comme un compromis entre le souci de ne pas altérer une relation stable et une certaine peur "des maladies" sans doute liée au fait que la relation n'est pas encore complètement stabilisée. Les propos d'Amadou illustrent pour leur part une éclatante attitude de dénégation liée à la peur et à la culpabilité.

L'étude des pratiques de négociation du préservatif⁵⁷ confirme par ailleurs que le sida en tant que tel n'y est pratiquement jamais évoqué. On parle de la réputation (de la bonne ou mauvaise conduite de chacun), "des maladies" ou de la grossesse, moins fréquemment de Dieu ou du destin⁵⁸. Cela n'empêche pas que la peur du sida soit une constituante de ces négociations, qui, encore une fois, n'avaient pas lieu avant l'annonce⁵⁹. Les récits recueillis permettent aussi de distinguer, derrière ces négociations *toujours spécifiques et pluridimensionnelles* quelques grandes contraintes types favorisant ou non la protection, et qui sont liées aux types de partenaires (âge, sexe, position économique et sociale), aux types de rencontre et à des rapports de force inégaux.

- les plus jeunes adolescents emploient très rarement le préservatif, du fait des difficultés à se les procurer de façon confidentielle et de la "honte" et de la furtivité⁶⁰ liée à ces pratiques initiatiques. Les très jeunes filles les mieux prévenues contre les risques de grossesse semblent utiliser de préférence la pilule contraceptive (souvent de façon sporadique) et des "médicaments" ou "ceintures" traditionnels à fonction contraceptive.

- Les jeunes gens plus âgés mais encore loin du mariage peuvent plus facilement évoquer la fonction contraceptive pour protéger les rapports. Les plus "modernes" peuvent s'avouer une méfiance mutuelle due au fait qu'ils "se promènent", spécialement pour ceux qui appartiennent aux pseudo "groupes à risque" inventés par les socio-épidémiologies populaires. Mais le risque existe déjà d'apparaître (en acceptant aussi bien qu'en proposant le préservatif) comme "débauché(e)" (cf. infra) ou comme imputant la débauche, puisque par définition "c'est celui qui a le plus peur qui propose". D'après les récits recueillis, les négociations qui s'ensuivent varient donc selon le degré de peur, de confiance mutuelle et d'appétence sexuelle des partenaires, et leur issue est hautement variable : un même individu se protège ou non dans des rencontres successives et relativement proches.

- Si l'on tend à se protéger davantage avec des partenaires moins connus (autre quartier, étranger), insuffisamment "testés", des rencontres de hasard peuvent inversement ne pas être

⁵⁷ Outre les enquêtes directes auprès de nos informateurs réguliers, nous avions demandé à cinq "chefs de grins" (trois jeunes hommes, deux jeunes filles) de diriger pendant quelques jours les conversations (*hors de notre présence*) sur ce thème, et de prendre des notes résumées *après* le départ des participants. Nous avons ainsi recueillis environ deux-cent récits sommaires faisant état d'un ou plusieurs épisodes où l'un ou l'autre des partenaires avait soulevé la question de l'utilisation du préservatif, des négociations qui s'étaient ensuivies et des raisons qui avaient été évoquées. Ces récits ont eu l'intérêt de confirmer sur un nombre assez important de cas ce que nous avaient suggéré les entretiens plus approfondis.

⁵⁸ Les reproches faits au préservatif, et qui sont évoqués parallèlement dans ces négociations, sont les suivants : il y a moins de plaisir ("moins de sentiment") ; "moins de naturel" ; le préservatif implique des conduites sexuelles moins intenses ("il ne faut pas trop se remuer") pour être fiable ; il rallonge de façon déplaisante la durée du rapport (l'éjaculation peut être tardive) ; on n'est pas sûr qu'il soit fiable ; il provoque des maladies (notamment par la réintroduction du sperme dans le méat), il rend la femme stérile, il donne le sida. On notera l'existence, à côté d'autres plus spécifiques, de modes de réticence assez universels.

⁵⁹ Dans un premier temps, des informateurs disaient "nous ne croyons pas au sida mais nous en avons peur" ; d'autres disent maintenant "nous acceptons le sida, mais nous ne voulons pas le mot".

⁶⁰ Les premières relations ont fréquemment lieu sous des hangars, ou des camions abandonnés, à des coins de rue la nuit, près de grands marigots à l'écart de la ville.

protégées du fait de la précipitation ("tu fais, tu passes" -p. : *a wadan yaßbooda*) ou de l'emportement sexuel (*Jaraabi* qui peut signifier aussi l'amour passion). Cette précipitation peut être liée à des rapports furtifs dans des lieux non confidentiels. C'est le cas lorsque l'homme n'a pas les moyens relationnels ou financiers de louer ou de se faire prêter une "chambre", ou lorsque des maris adultères usent de la petite prostitution occasionnelle dans les "trous" d'un emploi du temps serré, ou lorsque des femmes mariées pauvres recherchent dans la fièvre de quoi financer leur "sauce" du jour (on dit que "leurs pieds suivent leur ventre"). La précipitation, le manque de confort logistique, sont aussi fréquemment rendus responsables de défaillances techniques du préservatif⁶¹.

- dans l'arène des quêtes matrimoniales, les exigences du titulariat (et du multi-titulariat) sont comme on l'a vu le plus souvent contradictoires avec la possibilité de se protéger. L'espace de jeu permis par la fonction contraceptive du préservatif est plus ou moins important selon les contraintes liées à diverses positions, et notamment à des positions économiques et socio-familiales pour les femmes⁶². Les jeunes femmes ayant entre vingt et trente ans, généralement déjà pourvues d'enfants et disposant d'une autonomie économique suffisante peuvent ainsi négocier l'usage du préservatif selon diverses stratégies (*qui ne vont pas nécessairement* on l'a vu, mais *peuvent aller*, dans le sens d'une protection, cf. infra) et éduquer leurs jeunes soeurs dans le même sens. Mais les plus démunies, qui sont les plus pressées de se marier et/ou les plus dépendantes des prestations économiques des hommes, n'ont guère de marge de manœuvre face à la volonté de ceux-ci⁶³. Significativement, les premières (les plus autonomes) se sont mises à parler de l'usage du préservatif en terme de "domination" dans les rapports de sexe (p. : *wawde*). Elles disent que "l'homme qui faisait tout à la femme n'existe plus à Mopti", qu'elles peuvent "dominer" les hommes (leur imposer le préservatif), elles sont devenues des "femmes pousseuses" ou "forçueuses" (*rewße dunyooße, siinooße* -c'est à dire, dans le contexte : qui poussent à utiliser les préservatifs) ; elles parlent inversement des hommes qui ont réussi à "dominer" une femme (à lui imposer une relation sans préservatif), la "domination" par l'homme pouvant d'ailleurs ici référer soit à son autorité (statutaire et économique) soit à l'"amour-passion" (*jaraabi*) qu'il a inspiré à la femme et qui triomphe de sa peur (des "dominations" féminines de même type sont évidemment possibles). Ces mécanismes de "domination" concernent aussi bien sûr les femmes divorcées rejetées en position basse sur le marché du mariage. Ils concernent enfin, à un autre niveau, les relations entre époux, comme

⁶¹ Un informateur note, dans une formule synthétique "tu es pressé, tu as gagné la femme de façon pressée, tu mets la capote en te pressant, et elle se presse à se déchirer".

⁶² Il ne s'agit pas, naturellement, de déresponsabiliser les hommes. Mais, si autant d'hommes que de femmes peuvent "ne pas aimer" le préservatif d'une part (manque de plaisir), et le ressentir comme contradictoire avec l'orientation de la relation d'autre part, les impératifs économiques et statutaires liés au mariage ou à une relation stable sont majeurs pour les femmes et influent donc plus fortement sur leur possibilité *d'imposer ou d'accepter* le préservatif dans le cas où elles le souhaitent.

⁶³ Une femme pauvre -célibataire ou divorcée- munie d'enfants est doublement dominée : si elle n'est pas encore tombée dans la prostitution, son but premier est le mariage et ses partenaires peuvent en profiter non seulement pour en jouer, mais pour le faire à moindre frais.

nous en avons vu précédemment un exemple, et incluent également des dimensions économiques et statutaires⁶⁴.

Une informatrice remarquait qu'au cœur de la question de l'utilisation du préservatif ("ce qu'on trouve dans le préservatif), on trouvait finalement l'intérêt-avidité (*nafa*), l'amour (*kanu*) et l'emportement sexuel-passionnel (*jaraabi*). A ce jeu de concepts, on peut ajouter l'opposition entre la confiance et la peur-méfiance. Pour penser à utiliser le préservatif, il faut d'abord "soupçonner" et "avoir peur", en opposition au sentiment de "confiance" (*hoolare*, *daneya*). Pour proposer son utilisation, il faut accepter de signifier ce soupçon et cette peur. Des jeunes gens modernes déclareront que "dés qu'on soupçonne, on utilise" (le préservatif). Mais la peur et le soupçon, s'ils sont attisés par la campagne d'information, sont aussi définis par des conditions psychologiques et sociales interactives. Le soupçon est immédiatement contradictoire avec la "passion-emportement" *jaraabi*, surtout si celle-ci se double de honte (cas des jeunes adolescents) et de hâte. Il semble que la peur ne se manifeste pas non plus lorsque la relation est d'une certaine façon déniée, vécue comme "hors-monde", hors de la sphère définissant l'identité sociale : c'est souvent le cas pour les relations des jeunes migrants au loin⁶⁵, mais également pour les femmes pauvres "cherchant à manger" par des pratiques sexuelles furtives, ou pour les individus adultères ayant ces mêmes pratiques. Dans la sphère "traditionnelle" définie par le mariage entre germains (*balimafuru*) mais qui comprend aussi par extension, pour certains groupes, les relations amoureuses pré-maritales avec des "cousins", la confiance est impliquée par la trame familiale et interdit pratiquement la protection des rapports. Dans la sphère "moderne" des quêtes amoureuses et matrimoniales (*kanufuru*), la confiance est en principe assurée par les pratiques de "tri" destinées à éviter une dangerosité sociale dont la dangerosité biologique est, nous l'avons vu, la métaphore. On a là affaire à un code nouveau des relations amoureuses et matrimoniales, bâti autour de nouveaux termes (amour, fidélité, confiance), empruntant d'ailleurs en partie les signifiants de la campagne de prévention. Mais, de façon plus dynamique et contractuelle, et avec une orientation différente, ce code maintient finalement l'équivalence circulaire qu'on trouvait dans le code "traditionnel" entre qualité socio-

⁶⁴ qui font de *certaines* épouses des femmes "sur-dominées", spécialement, on l'a vu, celles dont les maris sont trop pauvres ou privilégient abusivement leurs co-épouses -et qui doivent "chercher à manger". Mais il serait absurde de faire de l'ensemble des épouses un "groupe à risque" ou "particulièrement vulnérable" : l'adultère n'est pas spécifiquement masculin, les maris ne peuvent guère plus se soustraire aux rapports sexuels que les épouses, tous veulent d'ailleurs procréer, et d'aucun côté on ne pourrait accepter la proposition faite par l'autre d'user d'un préservatif. Lorsque les épouses, en situation (cf. supra) demandent le préservatif, ce qu'elles veulent c'est la fidélité et le renforcement de la relation.

⁶⁵ Il semble qu'on ait ici affaire à une logique de l'interdit, toujours marqué par un double balisage social et géographique : les hommes recrutés par l'armée, ce depuis la colonisation, avouent souvent ne pas avoir respecté au loin différents interdits sexuels aux conséquences pourtant mortelles dans le milieu d'origine. Remarquons que la situation a changé : les jeunes migrants semblent se protéger nettement plus, du fait des décès de certains de leurs aînés certes, mais sans doute encore plus du fait de la stigmatisation sociale dont ils sont maintenant facilement l'objet dès que leur santé s'altère (cf. infra), ce qui confirmerait notre hypothèse : la distance fondatrice de la transgression est abolie par la stigmatisation.

morale des individus, qualité (et avenir) social de la relation et caractère inoffensif des rapports de sexe, ce qui explique les difficultés exposées à utiliser le préservatif.

A l'opposé, les pratiques sexuelles ouvertement hédonistes et sans visée matrimoniale pourraient dessiner, comme les pratiques de protection contre la contamination sanguine (piqûre, scarification..etc) la possibilité d'un espace technique de protection. Mais, en dehors de la prostitution déclarée, le contenu des relations est la plupart du temps plus ou moins fluctuant, et on a vu que même chez les jeunes les plus apparemment convaincus par la campagne, l'utilisation du préservatif est souvent sporadique. Elle se redéfinit selon la relation et dans la réorientation des relations à laquelle elle peut servir de langage. Si la distance (et la méfiance) est formulée en fonction du risque perçu, le risque, lui, est évidemment perçu et (re)formulé en fonction du type de distance qu'on veut établir⁶⁶. L'évocation du *jaraabi* par exemple (de la "passion" qui interdit la protection) nous a semblé pouvoir fonctionner comme opérateur de passage à une phase plus engagée de la relation amoureuse. Enfin, la symbolique de l'"honorabilité-pureté" et de la transgression est toujours sourdement présente même dans ce type de relations.

Les séries de relations évoquées s'inscrivent ainsi dans des champs de conduite différemment et inégalement socialisés. La possibilité de la protection est, comme on l'a vu, inégale selon le champ, et elle l'est aussi dans des champs donnés pour des individus plus ou moins écrasés par une ou plusieurs contraintes fortes (la pauvreté en étant une majeure). On a bien affaire dans tous les cas à une *confrontation* de risques. Mais pour certains individus, occupant certaines positions dans certains champs, la hiérarchie entre ces risques est donnée à priori par une valeur transcendante ou un objectif inconditionnel (se marier ; se nourrir) et peut interdire d'évoquer, voire de penser la possibilité d'une protection des rapports. Dans ces cas, la *peur* (de plus en plus attestée) d'attraper le sida est immédiatement "écrasée" par celle des conséquences d'une tentative de protection⁶⁷. Pour d'autres individus dans d'autres champs, l'évocation du sida est possible et stratégique, et on observe incontestablement des *négociations de la protection*. Mais celles-ci s'effectuent dans un cadre socio-symbolique dominé par l'équivalence entre les fiabilités (et les transgressions) biologique, morale et relationnelle⁶⁸. Le risque du sida (qu'on évoque bien alors à titre de *risque*) sera donc le plus souvent *contextuellement subordonné aux risques relationnels par rapport auxquels on l'évoque* et qu'on reformule de façon performative à sa faveur. Il ne sera généralement pas *isolable* ni, par conséquent, *con-*

⁶⁶ M.Eldin & P. Milleville (1989) notaient à propos du risque agricole qu'il y a interaction entre le "risque-cause" (une faible crue par exemple) et les contraintes posées par son terrain, et que les critères d'analyse du risque par l'agriculteur se font par rapport à des *objectifs* de production qu'il s'est fixé et qui *varient dans le temps*.

⁶⁷ M. Eldin (1989 : 21) note que lorsque l'agriculteur entreprend de se prémunir contre le risque, il "déplace" en fait le risque agricole en créant des risques secondaires, ce d'autant plus que le risque-cause est mal connu d'une part, que l'efficacité de la réponse n'est pas certaine d'autre part. Il préfère donc souvent "subir...d'autant plus que la fréquence d'apparition du risque est faible".

⁶⁸ Cf. sur ce point, dans un autre pays, Taverne (1999).

sciemment hiérarchisable par rapport aux autres⁶⁹. En témoigne particulièrement bien le flou sémantique qu'induit cette subordination entre protection contre le sida, protection contre les maladies et contraception, et ses curieux effets (cf. le cas d'Aminata). Dans d'autres situations où la relation est au contraire socialement neutralisée, cette neutralisation peut favoriser la constitution d'un espace technique de protection (prostitution) mais peut aussi favoriser celle, "en négatif", d'un "non-espace" où le sentiment de risque disparaît (rapport furtif d'occasion, rapport à l'étranger).

Un même individu peut par ailleurs vivre différentes relations dans des champs différents (relations amoureuses pré-matrimoniales ou matrimoniales "traditionnelles" -cf. supra- et rapports non protégés en migration ou par usage furtif d'une prostituée) et peut également réorienter une relation d'un champ à l'autre (cf. les jeux liés au "multituitarat"). Mais ces champs restent (idéo)logiquement séparés, ce qui fait que les effets pervers de leur télescopage (de l'interaction des contraintes de divers ordres) sont peu ou pas pensables. La dominance, y compris dans le code moderne remanié des rapports de sexe, de la symbolique évoquée plus haut, le cloisonnement idéologique produit par cette dominance entre champs de conduite hétérogènes et la circulation pratique intensive des individus entre ces champs forment un ensemble de conditions globalement défavorables aux pratiques de prévention. Ces conditions subordonnent les valeurs de la prévention aux valeurs sociales "modernes" autant que "traditionnelles", limitent donc la possibilité qu'ont les individus d'isoler le risque du sida et de le hiérarchiser consciemment par rapport à d'autres, d'organiser des stratégies autonomes de protection⁷⁰.

Demandons nous maintenant quelle est la pertinence et l'impact du dispositif et des messages de prévention en regard de cette situation.

5. Types et messages de prévention.

Selon l'expression d'un de nos informateurs, les agents de la prévention ont, depuis le début de la décennie mais plus précisément depuis 1993-94 "encerclé tous les quartiers". Dans le cadre ambiant d'un ordre libéral dominant qui veut promouvoir les "sociétés civiles", dans le cadre conjoint de l'extension de l'humanitaire, le sida est devenu un élément constitutif du "marché financier de l'aide aux ONG (Organisations non-gouvernementales) et aux associa-

⁶⁹ on a vu que les négociations du préservatif aboutissent généralement soit à une rupture, soit à un rééquilibrage de la relation n'impliquant plus à terme la protection des rapports.

⁷⁰ M. Sébillote (1989) s'interroge sur les processus d'évaluation du risque et de prise de décision. Le passage de l'un à l'autre suppose l'établissement de "régularités" ; or dans des systèmes complexes, on ne peut dégager clairement les interactions en cause. L'agriculteur par exemple travaille sur plusieurs échelles de temps (plusieurs niveaux d'organisation de son système de production) et ne peut véritablement séparer les décisions tactiques des décisions stratégiques. Ses "échelles de préférence varient dans le temps et selon les circonstances", il est en "perpétuel apprentissage" et "il faut aborder l'acteur dans son histoire". Il note de ce point de vue le caractère à son avis inadapté des "méthodes multicritères", qui tendent à "traiter les différents objets avec un même degré de prégnance à chaque instant". Il y a en fait un continuum de niveaux de décision "avec probablement des ensembles de décision partiellement isolables où s'effectuent des régulations locales" (ibid : 608). On pourrait faire des remarques très semblables à propos des faits décrits ici.

tions" (Gruénais, 1999). Le secteur des ONG s'est d'ailleurs démultiplié, ce dans des rapports divers avec le secteur d'Etat. Des ONG "mères" obtiennent ainsi des financements auprès des grandes agences internationales (USAID, UNICEF, UNESCO, KFW, Banque mondiale...), des diverses instances de coopération Nord/Sud (dont les structures de jumelage) ou des ministères et se constituent en bailleurs de fonds intermédiaires (au Mali, ce sont principalement la FASEF, le Groupe Pivot, Plan International). Elles confient l'organisation ou la supervision du projet à des ONG "filles", qui peuvent être des "ONG de terrain" ou avoir elles mêmes comme relais des associations locales⁷¹. Les petites associations ou ONG étant à priori peu fiables pour les bailleurs, elles font valoir les projets qu'elles constituent par l'intermédiaire d'une ONG plus importante⁷². Selon l'origine des financements et le type de montage, la démultiplication des relais peut ainsi être plus ou moins grande et une même ONG peut se trouver en position de "mère", "fille" ou réalisatrice indépendante dans tel dispositif. Les services d'Etat (Direction des affaires sociales, Direction de la santé publique, PNLS, Centre national d'information et d'éducation pour la santé), en dehors de leurs actions propres, peuvent jouer dans ce dispositif un rôle d'organisation (et de formation), ou s'y insérer à titre de bailleurs-relais, voire quasiment fonctionner, à un niveau local, comme des ONG⁷³. Ces chaînes plus ou moins longues impliquent des pôles de contrôle variés (les mêmes organismes qui organisent les "projets" se retrouvent dans d'autres chaînes au niveau de l'évaluation des autres projets et de leurs produits : brochures, etc...) des actions entreprises, et impliquent aussi bien sûr une rude concurrence entre ONG de divers niveaux, toute structure créée à l'occasion d'un "projet" tendant naturellement à se maintenir, s'il le faut comme coquille vide le temps de trouver de nouveaux financements (logique du "développement" évidemment antérieure au sida)⁷⁴. Les actions entreprises sont remarquablement uniformes, à quelques initiatives originales près. Les politiques internationales de la santé (et les politiques nationales qui en prennent le relais) ont en effet, depuis la conférence d'Alma Hata, défini des consignes successives qui, entre santé familiale, santé de la reproduction, puis santé "sexuelle", tout cela pris dans le cadre des politiques sectorielles de la santé puis du développement communautaire, ont intégré la lutte contre le sida dans un cadre plus vaste, et l'ont généralement associé à la planification familiale et à la lutte contre les MST.

⁷¹ Ainsi à Mopti deux petites associations, Adokè et Front-Mopti sont financées par Plan international sous couvert de Save the Children, avec des fonds provenant majoritairement de l'USAID.

⁷² Dans la Région de Ségou, cinq petites ONG ont remis un projet à Enda-Mali qui a demandé un financement à la FASEF (Fonds d'action sociale pour l'éducation familiale, créé par l'Etat Malien et recueillant des fonds de plusieurs bailleurs internationaux), financement accordé sur des fonds versés par la KFW allemande.

⁷³ A Mopti, le service des affaires sociales a ainsi été financé par une ONG d'Angoulême et a baillé des fonds à de petites ONG. Le PNLS peut également financer les Affaires sociales qui font opérer les ONG de terrain. L'AMPPF (Association Malienne pour la protection de la famille) constitue une sorte d'"ONG d'Etat", recueillant divers financements d'agences privées, directement ou par l'intermédiaire de services officiels (le PNLS par exemple) pour effectuer ou faire effectuer des programmes. A Mopti, étaient partie prenante du Comité Régional de lutte contre le sida la Direction de l'Action Sociale et celle de la Santé, des représentants des bailleurs et des ONG (AMPPF, Save the Children, ENDA, GTZ, UICN, USAID).

⁷⁴ Cette logique, qui incite à s'inscrire au plus près des "modes" en cours de la prévention, ne favorise évidemment pas les initiatives imaginatives à la base.

Les brochures, cassettes vidéo, boîtes à images..etc distribuées par les différents organismes sont d'ailleurs (à quelques maladresses particulières, ou trouvailles ingénieuses près) extrêmement semblables.

A. Les acteurs de la prévention.

Depuis le début de la décennie, ont été effectuées dans la région des procédures standardisées : dépistage auprès d'échantillons de "groupes à risque" ; campagnes de sensibilisation ciblées⁷⁵ (auprès des jeunes scolarisés, des prostituées, des barbiers-coiffeurs, des exciseuses, des routiers...etc), émissions radiophoniques et télévisées, représentations théâtrales, campagnes d'IEC (Information, Education, conseil)⁷⁶ dans les quartiers (grins, tontines) de Mopti-Sévaré et les villages du cercle. Les différentes actions d'IEC mettent en oeuvre des organigrammes à peu près identiques : un coordinateur (éventuellement doublé d'un superviseur si le projet se déroule sur une vaste zone) qui encadre les actions, des agents (ou animateurs) de projets qui circulent dans les quartiers ou villages pour faire l'IEC, et des "animateurs-relais" (ou "relais communautaires" ou "animateurs communautaires") à la base, choisis dans la population cible (en milieu rural, généralement à partir du "Comité de santé" villageois). Ces derniers préparent les réunions, continuent ensuite à diffuser l'information et ont en général un dépôt de préservatifs, de spermicides et éventuellement de pilules contraceptives.

Les salaires sont relativement homogènes à chaque niveau⁷⁷, mais on remarquera le caractère très pyramidal de l'ensemble et surtout la faiblesse de la "motivation" des "relais", sur qui repose (ou devrait reposer) largement le maintien d'une mobilisation à la base. Dans les faits, les plus dynamiques de ces relais tentent de créer à terme leur propre association et de devenir coordinateurs ou animateurs de projet ; les autres se contentent la plupart du temps de

⁷⁵ participant parfois, dans une logique déjà évoquée (cf. Dozon & Fassin, 1989), à renforcer les socio-épidémiologies locales et leurs effets stigmatisants.

⁷⁶ Les activités d'IEC tournent autour :

- de causeries débats, avec comme supports une conférence de l'animateur, une projection de cassettes vidéos, une démonstration de pose de préservatif sur un phallus en bois.
- d'une activité de conseil ("counseling"), entretiens personnalisés avec des personnes ayant assisté aux causeries et demandant ou nécessitant des informations complémentaires.
- de visites à domicile (V.A.D) sur demande d'un membre de la famille (généralement une épouse) voulant en "sensibiliser" un autre (généralement son mari) ; c'est l'activité la moins intense.
- plus rarement, de visites à des personnes malades, en particulier lorsqu'elles semblent abandonnées par leur famille.

Les objectifs de ces différentes actions sont de produire des connaissances et d'induire des changements de comportements (prévention MST-sida, prise en charge des malades).

⁷⁷ Dans les ONG importantes : entre 100.000 et 200.000 francs CFA/mois pour les coordinateurs (on recrute, à ce niveau, à des niveaux de formation extrêmement différents); entre 80000 et 110000 francs CFA environ pour les animateurs de projet ; et une prime (souvent dite "motivation") de 1000 à 3000 francs CFA pour les "relais" (plus une ristourne de 40 à 50% sur la vente des produits du dépôt). Mais dans les petites associations à la base, les animateurs peuvent ne toucher que 30000 FCFA/mois. Dans ce contexte, les cadres de différents niveaux de la prévention sont bien sûr dans une situation de concurrence pour maintenir ou promouvoir leur emploi dans des ONG plus ou moins généreuses.

gérer leur stock de produits⁷⁸. Cela favorise, en ville, dans les actions entreprises auprès des jeunes, un recrutement desdits relais parmi les "débrouillards" (chômeurs recherchant des travaux d'occasion, et qui appartiennent ici également à la classe des "petits lettrés"), soit dans une catégorie socialement classée comme plus ou moins transgressive et hypersexuelle. La campagne se fait aussi, on l'a vu, auprès de "tontines" de femmes, et les groupes ici concernés sont généralement des associations déjà constituées (ou visant à se constituer) autour d'autres activités (tissage, tricotage, fabrication de savon, maraîchage) et qui "drainent" les interventions des différents animateurs de développement (de l'assainissement des eaux aux MST-sida en passant par les campagnes d'"alphabétisation ou de vaccination), s'inscrivant dans le maximum d'opérations pouvant financer leurs activités⁷⁹. D'ailleurs, lorsque d'anciens "relais" tentent de monter leur association propre, ils recherchent en général d'abord un "public" (tons "professionnels" de teinturières, mécaniciens...etc) prêts à les accueillir (à accueillir l'information-sida) en vue de s'inscrire dans la logique du développement, et présentent leur projet "public en main" à des bailleurs. En milieu rural également les coordinateurs ont tendance à privilégier, dans la limite des consignes qui leur sont données, des villages ayant déjà, selon la formule établie, une "culture du développement", c'est à dire déjà (simultanément ou antérieurement) investis par diverses ONG, donc rôdés aux procédures d'information et à leurs retombées positives (là aussi, financement d'"activités génératrices de revenus" ou de prestations du PAM). Les "relais" des comités de santé locaux, lorsqu'ils ne sont pas constitués par la famille du chef de village, sont choisis sur le critère de leur capacité à énoncer le message, dont on peut se demander si elle implique réellement une capacité à le faire passer⁸⁰. Tout cela constitue souvent les séances de "sensibilisation" en rituels bien réglés où l'on a l'impression que les rôles sont répartis d'avance⁸¹. On y retrouve généralement les différents "positionnements" décrits précédemment. Ces "rituels de développement" sont confortables pour les agents de la prévention, qui peuvent être amenés à regretter la constitution d'un nouveau groupe (ou, en milieu scolaire, de l'apparition chaque année de nouveaux élèves) d'auditeurs qui "ne sont pas rôdés". Ils sont rassurants

⁷⁸ Et sont souvent ostensiblement dédaignés par leurs animateurs, qui les considèrent comme des "pauvres types", selon l'expression de l'un d'eux.

⁷⁹ On trouve donc fréquemment des acteurs (actrices) capitalisant divers capitaux symboliques et financiers, une même femme pouvant être Présidente de l'association des veuves du quartier, Présidente des femmes musulmanes, à la tête d'un groupe maraîcher, et ayant été anciennement une responsable de l'association des femmes du parti unique (Union Nationale des Femmes du Mali).

⁸⁰ Un coordinateur ayant à encadrer des villages différenciés dans une autre Région nous expliquait ainsi que dans les villages "aristocratiques", il avait choisi des forgerons, dans les villages de Tonjon des cousins des chefs, dans les villages composites des griots, dans les villages de Bozos-Somonos des Bozos féticheurs. Le critère commun était bien un statut impliquant la possibilité (par cousinage ou appartenance de caste ou profession) d'une prise de parole publique, éventuellement "transgressive", mais celle-ci est dans certains cas contradictoire avec son intégration par les auditeurs et, concernant le "counselling", avec la possibilité pour ces derniers de pouvoir se confier.

⁸¹ dans une "tontine" par exemple, celui de la jeune femme timide qui n'ose parler, celui de la femme "fruste" qui ne comprend rien à toutes ces maladies, celui de l'épouse trompée et vindicative, celui de l'experte en prévention qui répète inlassablement le message, celui de la mère de famille responsable et soucieuse de l'avenir "des enfants"...etc.

pour les experts de passage qui se sentent assister au plus près à une prise de conscience populaire.

Les agents qui, soumis à des consignes strictes, ont affaire à des groupes moins pré-déterminés se plaignent inversement de la lassitude que commence à éprouver leur public et demandent qu'on leur donne les moyens d'initier des "activités génératrices de revenus"⁸². Ils se plaignent aussi de la difficulté qu'il y a à cibler des sous groupes et des difficultés que cela leur occasionne. A l'inverse des "rituels" évoqués plus haut, cette situation peut effectivement occasionner de graves distorsions⁸³. Cette difficulté est aussi évoquée par les animateurs travaillant en milieu scolaire : il est difficile de travailler avec un public mixte du point de vue du genre ou de l'âge (problème de "honte"). Si la constitution de dépôts de produits protectifs/contraceptifs chez les chefs de grins ne pose pas problème, leur constitution en milieu scolaire (notamment rural) est plus difficile. Cela est difficile sans aval des parents, et si l'on veut également "sensibiliser" ceux-ci il faut constituer deux dépôts séparés. L'intérêt ou le caractère inhibiteur de la présence des enseignants constitue un autre point d'interrogation.

Enfin les agents de prévention développent ce qu'on pourrait appeler des "stratégies idéologiques d'intervention" particulières. Face aux difficultés induites par les stratifications locales et dont on vient de parler, ils tendent à moduler les messages "à la carte" : tantôt on ne parlera plus d'"abstinence" en milieu scolaire par exemple ou auprès de femmes mariées (où on obtient des ricanements ou des indignations ouvertes), tantôt on ne parlera plus de préservatif avec des "vieux" pour ne pas les choquer⁸⁴. Ils sont généralement très mal à l'aise en milieu scolaire, où leur savoir est parfois moindre que celui de leurs auditeurs (ce dont ceux-ci jouent évidemment avec une certaine jubilation). En ville, ils sont chez eux ; en "brousse", ils sont bien reçus et respectés⁸⁵, et en déduisent que le paysan est mieux convaincu et plus fiable ; ils retrouvent un certain malaise dans les milieux "périurbains" dont ils estiment qu'ils sont fondamentalement paysans mais "se prennent pour des citadins". Enfin ils ont tout naturellement des discours d'inspiration corporatistes : les "relais" ou les animateurs de petites associations tendent à affirmer que la prévention marche bien, mais n'est pas assez intensive, qu'ils n'ont pas "le temps de tout dire partout" et ont une formation insuffisante⁸⁶ ; les coordinateurs, en

⁸² Ceux qui sont chargés de "canaliser" les prostituées se plaignent souvent de l'"avidité" de ces dernières...

⁸³ Quand il n'est pas particulièrement motivé, un public villageois se mobilise inégalement et à contretemps. Des projections sur le MST-sida exhibant des gros plans de sexes masculins et féminins infectés, si elles se font sans préparation et à l'heure où les villageois rentrent des champs et désirent d'abord dîner, alors que les animateurs sont pressés de rentrer à Mopti, ont ainsi toutes chances d'avoir comme public privilégié...les enfants du village désireux d'assister à une séance gratuite de cinéma.

⁸⁴ Or une partie non négligeable des hommes mûrs ou âgés use furtivement de la petite prostitution occasionnelle.

⁸⁵ Ce qui est le cas général de tout représentant d'un "pouvoir" urbain et réfère à une problématique de la domination.

⁸⁶ Ils tendent aussi à hésiter, lorsqu'ils parlent de leur commerce de préservatifs, entre une logique de prévention et une logique commerciale : ils tendront ainsi à dire, si un nouveau "service" vient de s'installer, et si ses employés (venus de l'extérieur" et fréquentant des prostituées locales) leur ont liquidé leur stock, que "la population" se protège de mieux en mieux.

quête de reformulations suscitant d'autres projets favorables à leur promotion (ou permettant simplement la reconduction ou l'élargissement du projet en place) sont tentés de tenir un discours plus pessimiste et d'en appeler à la reformulation des campagnes. Les représentants des ONG "mères" ou des bailleurs de fond de passage pour un contrôle rapide peuvent donc entendre une somme de discours variés et retenir ceux qui satisfont le mieux leur idéologie du moment.

Notons que l'inclusion de la prévention-sida dans la sphère globale du développement et des "projets", si elle suscite quelques distorsions, a aussi évidemment des effets positifs . Le discours préventif a d'une certaine manière acquis la légitimité de ses médiatisations officielles et du nouveau marché de l'emploi qu'il constitue. Les idéologies corporatiste tenues par les nouveaux petits "professionnels" du sida ont au moins dédramatisé les signifiants préventifs. L'invitation d'une couche de marabouts à la fête médiatique crée la possibilité de conjuguer religion et prévention. Les animateurs savent cela d'ailleurs, et peuvent en dernière instance évoquer pour valider l'existence du sida l'importante logistique qu'on déploie pour le combattre et son coût ("crois-tu que les blancs dépenseraient tant d'argent pour une chose qui n'existerait pas ?"), argument qui est loin d'être le moins convaincant pour le public, même s'il recèle quelques ambiguïtés.

B. Les messages de prévention : l'explicite, l'implicite et le contradictoire.

Ceux-ci doivent concilier l'information sur le sida (nature de la maladie, voies de contamination), la promotion des moyens de protection contre les contaminations sanguine ou materno-phœtoale, la promotion hiérarchisée de trois comportements de protection contre la contamination sexuelle (abstinence, fidélité, préservatif), celle enfin d'une "bonne gestion" des malades. C'est beaucoup, et la conjugaison de ces différents objectifs ne va souvent pas sans difficultés.

Prenons l'exemple d'un message de prévention diffusé en 1996 en fulfulde (une des "langues nationales") par une radio libre de Mopti. L'animatrice, après avoir rappelé que "le sida est une maladie mortelle et qui n'a pas de remède", et évoqué ses voies de transmission, va appeler à "poser des limites entre nous" (*nganden keeri hakkunde menden*), à "poser des limites entre hommes et femmes, et entre les ethnies". Evoquant les campagnes passées, elle remarque ensuite : "Qu'a-t-on demandé ? que l'homme reste seul avec sa femme, que la femme reste seule avec son époux⁸⁷. Si vous n'y parvenez pas, utilisez le préservatif". Elle en décrit alors les bienfaits : "Tu mets le préservatif, tu te rassasies d'une femme (*A haaran debbo*), tu es tranquille, tu n'attrapes pas de maladie". Un peu après, elle aborde le problème du lévirat : "le lévirat (litt. la "reprise" : *βantal*) n'est pas une obligation. Il faut se défaire de cela car cela peut "fermer" (faire mourir) une famille entière. Les parents qui encouragent cela ont été des

⁸⁷ rappelons qu'"être seul" (*gooto gooto ou kélen kélen*) signifie localement "être fidèle".

assassins. Car il s'agit d'une maladie "effrayante-répugnante" (*moolaado*). Méfiez vous de ces "maladies du ventre de la concession" (*niaw reedu galle*). Si un homme meurt, s'il a des enfants, que son frère entretienne les enfants et qu'il laisse la femme". Puis elle aborde la gestion des malades : "il ne faut pas jeter les victimes du sida, on peut manger avec eux, se coucher avec eux", elle mentionne la bonne attitude et la réfère à sa source : "les blancs ont dit "affection". Un peu après elle s'adresse aux couples, en les incitant à la confiance (*hoolare*), à la correction morale (*ndimaaku*, qui signifie en dehors de ce contexte "liberté-vs esclavage-noblesse"), à se préserver-protéger (*rentike*), à fuir ce qui est "sale" (*tuuni*) autour d'eux. Un peu après, elle dresse un tableau cru de la sexualité vénale à Mopti : "Ce sont les graines de cupidité (*Geyi joote*) que les femmes ont semé qu'elles se mettent à récolter. J'invite mes soeurs à abandonner cette cupidité, car les hommes n'ont que la bouche pour mentir, ils donnent peu car ils n'ont pas de bien. L'"amusement de richesse" (*fijiirde jawdi*), c'est ce qui occasionne la promenade (*yilaaru*) des femmes", et, plus loin : "suis Dieu et suis ton mari. A la femme de se reprendre. Une jeune fille qui n'a pas eu de mari, si vraiment elle ne peut rester tranquille, qu'elle accepte le *mana* (préservatif), car de nos jours vendre son sexe fait partie de nos élégances (*hande sottude ley mun ana woodi e leeβal wonki men*).

Ce discours est exemplaire de l'organisation des implicites idéologiques dans un discours préventif à multi-objets. Versus la fidélité et la "pureté" des pratiques matrimoniales, les autres pratiques sexuelles sont placées sous le signe de la transgression et de la culpabilité, du "dérèglement", y compris par contre-effet dans la phrase qui fait l'éloge de la "tranquillité" offerte par le préservatif. L'équation (homme=avidité, femme=cupidité) renforce cet effet, sur fond d'une description quasi-apocalyptique de la débauche locale. Les "limites" entre genres et entre ethnies font implicitement appel à des interprétations populaires faisant du sida l'effet de transgressions d'interdits exogamiques. Le lévirat est condamné avec une telle violence (les messages se sont nuancés depuis sur ce point) qu'on en appelle implicitement à l'exclusion des veuves, en décrivant la maladie en des termes si effrayants que le message qui suit sur la "gestion" des malades semble totalement paradoxal. Enfin, même si les accusations de frivolité visent les deux genres, c'est essentiellement la femme qui est finalement culpabilisée. Nous avons observé de même dans des séances d'animation une tendance, lorsqu'on évoque la contamination entre co-épouses, à évoquer de façon préférentielle le cas où l'une des épouses a d'abord "volé" (ou "acheté") la maladie et où les autres épousent la "puisent" ensuite en elle par le biais de leur mari, exemple orienté puisqu'il fait apparaître le mari comme simple intermédiaire⁸⁸. Enfin, notons que la définition du sida comme maladie mortelle *sans remède* (qui, sauf pari pessimiste sur l'avenir, en dit trop) peut aussi avoir des effets pervers, d'une part en faisant glisser l'épidémie sur un terrain proche du religieux (malédiction d'origine divine), d'autre part en faisant considérer les malades comme en quelque sorte "déjà morts".

⁸⁸ Sur les tendances (populaires et officielles) à imputer particulièrement l'épidémie aux femmes, cf. Le Palec, 1999.

Cet exemple n'a rien d'exceptionnel. Dans les séances d'animation que nous avons suivies, notamment en milieu rural, après des projections de film où l'on présente à volonté et de façon pédagogiquement répétée des images de malades effectivement "effrayants et répugnans", l'animateur a souvent un temps d'intervention d'une demi-heure environ divisée en trois phases successives : expliquer ce qu'est le sida et ses modes de contamination et en inspirer la peur⁸⁹ -et on explique alors souvent que tomber malade, c'est s'exposer à être exclu⁹⁰ ; puis présenter les modes de protection ; puis expliquer comment "gérer" les malades avec affection. Le "collage" orienté de ces différents discours tend à renforcer les représentations populaires antérieurement examinées et dont on vu qu'elles n'étaient guère favorables à la protection ou au bon entretien des malades. On se heurte en fait à deux contradictions. La première affecte l'articulation entre les discours portant sur la prévention (affirmant la nécessité d'une *distance* "avec" l'autre et "contre" la maladie) et ceux portant sur l'entretien des malades (affirmant la nécessité d'une gestion de *proximité*). La seconde contradiction affecte, à l'intérieur des discours de prévention, l'articulation entre une dramatisation de la sexualité empruntant à des catégories populaires moralisantes et la promotion d'une sexualité "protégée" dédramatisée. Au carrefour de ces contradictions se profilent des ambiguïtés : qu'est-ce qui est dangereux finalement, la sexualité transgressive ou la sexualité non-protégée ? Et comment peut-on avoir peur de la maladie notamment parce qu'elle exclut et ne pas exclure le malade ?

A ces confusions possibles, il faut ajouter celles qui risquent d'être créées par la diffusion simultanée ou alternée de messages portant sur le sida, sur la planification familiale et sur les MST. *Ce problème est complexe* : dans certains milieux, on a vu que la fonction contraceptive du préservatif peut servir à son utilisation en vue de la protection. Mais cette même fonction contraceptive le rend inutilisable entre époux (même la femme qui a peur des infidélités de son époux ne souhaite pas qu'il fasse des enfants à ses co-épouses et pas à elle), et par ailleurs dans d'autres milieux elle heurte fortement une sensibilité religieuse⁹¹. Enfin et surtout, ces messages combinés favorisent *la sphère populaire de flou sémantique* dont on a parlé antérieurement (les MST signifient-elles le sida ? Se protéger des premières protège-t-il du second ? La contraception -pilule ou capote- peut-elle protéger des maladies, faut-il la pratiquer pour les éviter ? ...etc, etc). Ces problèmes peuvent s'aggraver avec l'apparente tendance de certaines ONG à diffuser dans le cadre de ces mêmes campagnes des consignes hostiles à l'excision, ce qui déclenche dès maintenant de sérieuses colères. En dehors même du danger de renforcer la confusion⁹², est-il

⁸⁹ Exemple de phrase synthétique d'une intervention en fulfulde : *sida waylitan, wattitan, waran* : le sida "transforme", "dénature, corrompt, pourrit", et tue. Le sida peut aussi être qualifié de "maladie de la ceinture" ou de "maladie de honte" (termes utilisés pour désigner les MST).

⁹⁰ "Répugné" en français local ; le terme fulfulde est "*nontaro*" qu'on pourrait traduire par "réprouvé", avec une idée de "transformation-dénaturation" (précisable *parwaylitoru*).

⁹¹ Dans ces milieux à Mopti, la consultation de Planification Familiale de l'AMPPF avait été baptisée "la maison de gâfrage des ventres".

⁹² Autre exemple d'une séance d'animation : après des projections sur le sida, et un discours de l'animateur, autre projection : Adama se marie, il pénètre dans la case de sa femme et en ressort très mécontent ; arrêt de la projection : pourquoi est-il furieux ? hypothèses émises par les femmes présentes, dans le désordre : la femme a

souhaitable de faire porter à la campagne anti-sida tous les handicaps qui sont liés à d'autres campagnes au nom du souci d'intégrer la lutte contre le sida à un "plan" global de développement?

Ajoutons que, dans le cadre des séances d'animation, en particulier en milieu rural, peuvent se jouer des procédures de stigmatisation publique, les "relais" ou des villageois dénonçant, à la faveur de la séance, des "gens dans le village qui se grattent mais ne vont pas au dispensaire" (prononcer un nom n'ajouterait rien...).

C. Les malades⁹³.

Les nombreux décès postérieurs à des maladies dont les symptômes "ressemblaient" à ce qu'on disait du sida sur les ondes ou dans les messages ou à ce qu'on montrait dans les projections ont inspiré une certaine terreur à Mopti. Il fut une époque où il ne faisait pas bon être trop maigre. Les représentations populaires conjugaient plusieurs symptômes (diarrhée, amaigrissement, toux, vomissement, fatigue et immobilisation) en les hiérarchisant différemment selon le cas. A l'heure actuelle, la différence entre séropositivité (asymptomatique) et maladie est généralement intégrée : on parle de ceux qui possèdent les "grains de la maladie", mais la maladie "dort" ; puis des symptômes ("traces" : batte, "pieds" : koyde) du sida. On repère ceux qui tombent malades puis vont mieux et se "recouchent" à nouveau, les périodes où ils peuvent à nouveau se déplacer et vaquer à leurs activités sont celles où ils ont la "maladie du dehors". Dans les récits populaires, on dit qu'il est possible d'aller à l'hôpital et d'y voir des malades pour s'informer. Le retour de l'hôpital d'un malade grave non guéri et à qui l'on a prescrit peu de médicaments est devenu un sérieux élément de soupçon⁹⁴. Le fait seul de devoir faire une analyse de sang l'est également, ce qu'a pointé la prévention qui tente, dans ses messages, de prévenir ce réflexe interprétatif.

Les tests VIH étaient autrefois prescrits aux malades au vu de certaines conjonctions de symptômes (irrégulièrement d'ailleurs, l'hôpital n'étant pas approvisionné régulièrement en réactifs). L'annonce, comme partout au Mali, posait un problème aux médecins, qui déclaraient ne pas avoir de texte officiel leur permettant de l'effectuer. Ils évoquaient aussi ses dangereuses conséquences possibles : désespoir du malade ("il va être mort avant de mourir"), tentations suicidaires ou agressives. Dans les faits, le malade n'était généralement pas informé, mais on informait éventuellement son accompagnateur, de façon à susciter des précautions, et en considérant que le malade l'ayant choisi pour le "gérer" en cette circonstance, la démarche était fina-

refusé les rapports ; elle n'est pas vierge ; elle est enceinte ; elle a "des maladies" ; elle n'est pas excisée. La suite du film valide la dernière interprétation, puisqu'on l'excise de force en profitant d'une séance d'excision destinée à plusieurs jeunes filles, et le film dénonce alors l'absence de stérilisation des instruments et le risque pour toutes ces femmes de devenir malades. Curieux cocktail assez propre, on le voit, à semer la confusion.

⁹³ Notre volet de recherche n'était pas spécialement consacré à cet aspect (cf. les rapports de L.Vidal & A.D.Blibolo et de T.Diarra). On se contente donc ici de remarques sommaires.

lement légitime. De retour dans le milieu familial, le malade, au fur et à mesure qu'il allait plus mal, était généralement délaissé par ses amis, ses voisins et ses parents lointains et abandonné aux soins de ses très proches. Bien qu'on nous ait signalé des cas (avérés) où des femmes ont abandonné leur mari et des mères leurs filles, ceux-ci s'occupent généralement d'eux tout en les isolant, ce qu'on fait d'ailleurs pour tout moribond qu'on protège des regards étrangers afin de ne pas indûment "vendre sa chair" (*sottude calði niawðo oo*). Un problème majeur se pose au moment des obsèques, comme on l'a déjà mentionné. Dans certains cas, un parent proche mais géographiquement assez lointain doit se déplacer, personne ne voulant assumer l'organisation des funérailles.

Ces "limites" (*kééri*)⁹⁵ qu'on met entre soi et un malade soupçonné de sida s'expliquent en partie par la peur d'être contaminé, ce qui montre que les messages de prévention sur ce point ne sont qu'approximativement intégrés. On peut de plus redouter une contamination *volontaire* : les malades du sida, comme les tuberculeux ou les lépreux sont facilement réputés jaloux et méchants, méchants par jalouse et désirant avoir (fabriquer) des homologues. On peut également expliquer les distances prises par la peur de voir *sa réputation "contaminée"* : les gens risquent de dire que "ce sont les mêmes oiseaux qui volent ensemble ; c'est la honte qui serait ici contagieuse. On peut enfin évoquer la peur d'une "*contamination par l'échec*" ; ici les discours sont à mi-chemin d'un calcul rationnel (le malade va échouer économiquement du fait de sa maladie, s'associer ou rester associé avec lui serait risqué) et d'une logique de la malédiction (Dieu n'aime pas ces malades, il les fera échouer ainsi que ceux qui s'y associeront). Parallèlement, de réels problèmes d'ordre économique se posent aux familles ayant des membres gravement malades et qui ont été "renvoyés" de l'hôpital : doit-on engager des frais dans des trajets thérapeutiques onéreux si le mal risque d'être mortel de toutes façons ? Le message sur la "maladie mortelle sans remède" pousse ici à ne pas faire ces frais⁹⁶. Notons toutefois que les réactions varient selon les familles et le statut des malades dans la famille⁹⁷ et que les réactions populaires sont diverses, ce qui crée un nouveau champ de débat idéologique : aux indignations devant des malades "responsables" et ruineux se superposent des indignations devant des frères indignes ayant laissé leur aîné mourir rapidement pour plus rapidement s'approprier ses biens...

⁹⁴ Ce qui n'est pas totalement sans fondement, puisque les malades testés séropositifs sont effectivement, faute de structures adéquates, renvoyés chez eux à terme, ce d'autant qu'ils "deviennent nerveux" et "gênent les autres malades" comme le remarquait un infirmier.

⁹⁵ On remarquera qu'on emploie la même notion (limite), dans le discours populaire, pour exprimer la distance préventive entre individus et la distance "métiaise" vis à vis du malade, ce qui renforce les remarques qui précèdent : les discours de prévention ne l'emploient évidemment que dans le premier contexte.

⁹⁶ Un médecin nous a raconté avoir subi à terme les reproches d'un accompagnateur de malade du sida : celui-ci, après divers trajets thérapeutiques, avait envoyé le malade à Bamako où il avait appris depuis qu'il était placé dans un service "pour sidéen" ; il reprochait au médecin de ne pas avoir annoncé la maladie et évité ainsi ces dépenses inutiles. Cette attitude, notons le, n'est pas propre au cas du sida : un malade considéré comme désespéré a en général lui-même comme réflexe moral de ne pas paupériser sa famille.

⁹⁷ D'après nos informations, les femmes tendent à être défavorisées, d'une part parce qu'elles l'ont toujours été dans l'accès aux soins, d'autre part parce que, comme nous l'avons vu, elles sont plus facilement accusables

Les tests à l'hôpital sont maintenant réservé aux demandes volontaires. Dans les faits, hormis une poignée de courageux professionnels de la prévention, presque personne n'en demande, sauf dans le cas (lié aux considérations précédentes) où la famille veut se renseigner sur l'utilité de financer des soins, ou dans le cas particulier occasionné par le lévirat : la famille, inquiète après le décès de son mari, profite alors de la première maladie contractée par sa veuve pour tenter de lui faire faire un test à son insu.

L'imagination locale a été particulièrement frappée par les décès enchaînés dans des mêmes concessions. On parle de "la concession qui a servi de vidéo", où l'on a vu les décès successifs d'un homme, de ses deux épouses et d'un ou deux enfants. Des récits stéréotypés circulent sur les décès collectifs, qui procèdent des catégories locales de stigmatisation ; on parle fréquemment du décès d'un chauffeur et de toute sa famille, ou bien on évoque des cas où les voies de contamination sont manifestement aussi symboliques que biologiques : tous sont morts, d'ailleurs une des épouses n'était "pas bien assise" et une des filles fréquentait un jeune revenu de Côte d'Ivoire et qui avait certainement le sida. L'évocation spectaculaire de ces "concessions du sida"⁹⁸ renvoie à une problématique déjà exposée de la contamination biologique et morale : de la famille par des individus transgressifs, de la société et du pays par des familles transgressives.

Il est sans doute regrettable que ces dimensions idéologiques soient reprises par les systèmes de soins ou de prévention, lorsqu'on légitime la non-annonce par la dangerosité des malades, ou que les animateurs reprennent l'argument de leur méchanceté potentielle pour expliquer que c'est bien pour cela qu'il faut les amadouer en les traitant bien⁹⁹. Il semble également que les animateurs, insuffisamment formés et mis face à des demandes d'information qui normalement relèvent d'une réponse médicale, aient à ce niveau aussi du mal à conjuguer messages sur la prévention du sida et messages destinés à informer sur le traitement légitime des malades¹⁰⁰.

d'avoir été "débauchées" et vecteurs de débauche, ce qui incite à leur faire porter toute la responsabilité de leur maladie.

⁹⁸ Un informateur remarque : "Ces concessions ont accouché du sida car elles ont forniqué dans le sida, se sont mariées dans le sida et c'est ainsi que le sida se répand dans la zone" (*galleeji dimooji sida sabi de ley sida howeete e ley sida du βameete dun saakata sida ley leydi*)

⁹⁹ lors d'une séance à laquelle nous avons assisté, l'animateur faisait une comparaison avec le lépreux, lui aussi jaloux et méchant, et qui va "se frotter à toi dans le taxi collectif pour te contaminer si tu lui as donné l'impression de le fuir ou de le regarder mal".

¹⁰⁰ L'un deux par exemple avait été averti de ce qu'une femme qui "avait certainement le sida" était abandonnée de tous et moribonde. Il entrepris d'aller la visiter mais, son information ayant été tardive, il arriva après son décès. Les voisins en profitèrent alors pour lui demander d'expliquer quels étaient les signes du sida, ce à quoi il répondit de façon nécessairement artisanale, et le public y vit l'occasion d'acquérir une certitude quand aux raisons du décès de la malheureuse.

6. Recommandations

I. Eliminer des messages de prévention tout ce qui est de nature à conforter l'équivalence "fiabilité morale-fiabilité biologique" et à maintenir l'existence d'une dangereuse "séparation des champs de conduite", soit :

- cesser de représenter une "sexualité morale" et de placer inversement les comportements de protection dans le domaine de la transgression en mettant "l'incapacité à la fidélité ou à l'abstinence" comme leur condition préalable. Abandonner radicalement la mention de l'abstinence et celle de la fidélité : les représentations populaires et les consignes des instances religieuses ne les mettent déjà que trop en avant. Insister au besoin en explicitant "nous n'allons pas vous dire ce qu'il est bon ou mauvais de faire, nous allons vous parler d'une maladie et des moyens de l'éviter".

- Représenter au contraire le caractère illusoire de toute pratique de "sélection" socio-morale des partenaires et de la logique du "soupçon".

- Insister sur la formulation **médicale** du message. Partir des modes de contamination et expliquer pour chaque mode la protection appropriée (pour la contamination sexuelle, le préservatif). Ne pas faire l'impasse sur la dangerosité comparée de pratiques sexuelles concrètes, pan de l'information systématique en Occident et quasiment ignorée en Afrique.

- Eviter soigneusement toute interférence d'un discours d'ordre religieux (malédiction, origine divine..etc) avec les messages de prévention.

II. Eliminer les sources de confusion entre l'ordre de la protection, l'ordre de la contraception et d'autres ordres d'intervention-développement, soit :

- Cesser de lier Planification familiale et prévention sida : ne pas les faire effectuer en même temps, ni par les mêmes agents. Par contre, la prévention sida et la prévention MST vont naturellement de pair, et le sida peut être davantage assimilé aux MST en ne dramatisant pas systématiquement son issue mortelle "nécessaire".

- Insister clairement et logiquement sur le fait que le préservatif protège des MST et du sida et est aussi contraceptif, mais que d'autres méthodes existent sur ce dernier plan. Insister corrélativement sur le fait qu'il faut utiliser le préservatif pour se protéger des MST-sida, sauf bien entendu si l'on désire faire un enfant.

- Ne lier en aucun cas la prévention anti-sida (ni d'ailleurs la Planification Familiale) à une éventuelle campagne anti-excision.

III. Eliminer les effets de stigmatisation dans les messages de prévention, soit :

- Cesser d'évoquer des "groupes à risque", ce qui se fait régulièrement explicitement ou implicitement (professionnels du voyage, étrangers, migrants...).

- Eliminer tout ce qui, dans les messages, évoque explicitement ou implicitement une responsabilité particulière soit des hommes, soit des femmes, soit des deux successivement. L'énonciation du risque doit toujours être celle d'un **rapport**.

- Cesser de représenter des images hyper-dramatisées des malades en phase terminale, surveiller l'emploi des mots et des métaphores.

IV. Aborder de front les problèmes techniques liés à l'usage du préservatif :

- Reconnaître explicitement l'effet de limitation de jouissance que peut induire l'usage du préservatif. Expliquer qu'il est néanmoins sans commune mesure avec les risques pathologiques, expliquer que le handicap hédoniste s'atténue d'ailleurs considérablement avec la pratique.

- Insister sur le fait que le préservatif ne se déchire pas si on le met correctement. Expliquer les mauvaises conditions d'usage qui peuvent inversement aboutir à une déchirure. Insister sur les dates de péremption et faire effectuer des contrôles systématiques sur les divers points de vente.

- Mettre en place des points de vente confidentiels de préservatifs pour les catégories ayant de ce point de vue un problème de confidentialité (cf. infra).

V. Sur le plan **organisationnel** :

- Mieux planifier, en accord entre les différentes structures et sous coordination du PNLS, l'homogénéité des interventions pratiquées par diverses ONG (Prévention, prise en charge). Organiser pour cela un séminaire auquel participeront autorités concernées, spécialistes de la prévention, médecins et chercheurs en sciences sociales.

- En même temps qu'on veille à la standardisation des messages de large diffusion, favoriser les séances de sensibilisation auprès de groupes ciblés identifiés par les recherches précédentes, et répondre point par point aux problèmes posés à ces groupes par leurs conditions d'existence particulières. On peut alors aborder *in situ* les interférences qui se posent pour chaque groupe entre exigences statutaires, financières, matrimoniales...etc et exigences de la prévention. Il serait bon que des médecins et des socio-anthropologues participent régulièrement à ces campagnes ciblées.

- Plus et mieux utiliser les enseignants (instituteurs et professeurs) en leur proposant des formations motivées. Favoriser tout particulièrement la diffusion de l'information auprès des jeunes adolescents pubères.

- Recruter à la base des "relais" de qualité, en leur donnant une formation sérieuse (deux à trois semaines), faite conjointement par des médecins, des spécialistes en sciences sociales ayant travaillé sur le thème, et des animateurs ou relais travaillant déjà sur le secteur.

- Demander un certain engagement à ces "relais", leur verser un véritable salaire (au moins 30.000 FCFA), et corrélativement surveiller l'adéquation de leurs activités.

- Donner des moyens aux radios de proximité, très écoutées, *en veillant à la conformité des messages*.

- Faire accompagner les représentations théâtrales d'animateurs qualifiés pour des causeries-débats suivant le spectacle, ou bien éliminer cette activité qui, sans cela, n'est pas opératoire.

VI. Pour terminer, quatre activités *qui se conditionnent respectivement* doivent être entreprises :

- Encourager "ceux qui ont peur" à effectuer un test VIH.
- Approvisionner régulièrement les hôpitaux régionaux en tests.
- Donner consigne aux médecins d'annoncer la séropositivité, éventuellement assistés par d'autres catégories de spécialistes.
- Mettre en place des structures de suivi confidentielles des séropositifs et des malades, et des structures de concertation avec leurs familles.

Textes cités

- Becker C., Dozon J.-P., Obbo C. et Touré M. (éds), 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria- Karthala-IRD, 707ps.
- Diarra (T.), Fay (C.), Gérard (E.), Koné (F.), Le Palec (A.), Pamanta (O.), Tioulenta (T.), Vuarin (R.), (1994) : "Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final", Orstom-IRD, 170 p.multigr.
- Dumestre (G.) & Touré (S.), 1998, *Chroniques amoureuses au Mali*, Paris, Karthala, 312ps.
- Eldin (M.) & Milleville (P.) (éds.), 1989, *Le risque en agriculture*, Paris, Eds de l'Orstom, 619 ps.
- Eldin (M.), 1989, Du risque de sécheresse au risque de mauvaise récolte : un effort de clarification des concepts, in *Eldin & Milleville* (éds.), 1989 : 19-24.
- Eldin (M.) & Milleville (P.), Avant-Propos, in Eldin & Milleville (éds.), 1989 : 7-18.
- Fabre G. (1993), "La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales ", *Sciences Sociales et Santé*, XI(1) : 5-32.
- Fay (C.), 1999, "Du "culturel", de l'"universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali", in ¹⁰¹ Becker, Dozon et al (éds) : 277-298.
- Gruénais (M.E.), 1999, "Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation", in Becker, Dozon et al (éds), 1999 : 455-471.
- Le Palec (A.) & Diarra (T.), 1993 : "Révélations du sida à Bamako. Le traitement de l'information", in *Actes de l'Atelier : Les Sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien. Bingerville (Côte d'Ivoire)*, 15, 16 et 17 mars 1993, Editeurs scientifiques : Jean-Pierre Dozon et Laurent Vidal, ORSTOM, Abidjan, 1993 : 137-152.
- Le Palec (A.), 1994, "Bamako, taire le sida", *Psychopathologie Africaine*, XXVI, 2 : 211-234.
- Le Palec (A.), 1999, "Le sida, une maladie des femmes", in Becker, Dozon et al (éds), 1999 : 343-362.
- Sebillote (M.), 1989, Postface : Digressions sur le risque en forme de dialogue, in *Eldin & Milleville* (éds.), 1989 : 601-619.
- Sy (A.) & Traoré (Y.K.), 1995, *Rapport de l'enquête communautaire qualitative sur les comportements des groupes cibles vis-à-vis du sida dans la Région de Mopti*, Région de Mopti, Comité Régional de lutte contre le sida, Direction Régionale de la Santé Publique et Direction des Affaires sociales de Mopti, avec appui SCF-UK.
- Taverne (B.), 1999, "Valeurs morales et messages de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso", in Becker, Dozon et al (éds), 1999 : 509-525.
- Vuarin (R.), 1999 : "Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule", in Becker, Dozon et al (éds), 1999 : 433-454.

Fay Claude.

Reformulations et hiérarchisations des risques en temps de sida (Mopti, Mali).

In : Fay Claude (ed.), Vidal Laurent (ed.). Face au sida, négociations sociales des risques en Côte d'Ivoire et au Mali : rapport.

Paris : IRD, 1999, p. 109-153 multigr.