

Le sida au Maasina : une maladie des limites.

Claude Fay, Ousmane Pamanta

1. Présentation du travail.

Les enquêtes ont été effectuées dans la Région de Mopti, plus particulièrement dans le cercle de Tenenkou (à moindre titre celui de Sosobe) et dans les arrondissements de Tenenkou, Jonjori et Togguere-kumbe, ce dernier arrondissement ayant fait l'objet du suivi le plus régulier entre fin 1992 et fin 1994. Il s'agissait d'examiner l'état des représentations existantes sur le sida (catégorisations de la maladie "brute" et connaissance/réinterprétation des messages médicaux), ainsi que les réactions (conduites sociales et thérapeutiques) consécutives. Il fallait donc explorer les représentations et dispositifs locaux se rapportant à la santé et à la maladie (nosologies et étiologies, instances thérapeutiques) mais aussi, conformément à la problématique adoptée par le groupe, l'ensemble des représentations liées concernant l'ordre et le désordre individuel et social, dans la mesure où celles-ci étaient immédiatement mobilisées par la réalité et l'annonce de la maladie.

Sur certains thèmes, on s'est adressé à des catégories spécifiques d'informateurs. Des entretiens réguliers ont ainsi été menés auprès des représentants des services de santé, d'une trentaine de guérisseurs et d'une partie de leur clientèle, d'une douzaine d'imams et de marabouts, d'une quarantaine de migrants de retour d'exode (dont une dizaine de malades), de fonctionnaires des chefs-lieux d'arrondissement, de femmes vendeuses de lait ou laveuses de linge...etc, toutes catégories dont les caractéristiques pertinentes pour l'enquête seront précisées au cours de ce rapport¹. Mais, de façon à repérer la distribution et le jeu des conduites et représentations concernant notre thème, nous avons plus généralement enquêté auprès de grandes catégories de personnes déterminées par leur fonction de représentation sociale (responsables villageois, sacrificiels, chefs de grandes familles) ou en croisant des critères de sexe, d'âge, de statut ethnique (vieux/jeunes, hommes/femmes,

¹Nous avons rencontré le Docteur Sangaré, seul médecin du cercle, et des infirmiers, techniciens de santé, sages-femmes et matrones des dispensaires de Tenenkou, Jonjori, Dogo et Togguéré-kumbé. Les guérisseurs contactés étaient répartis dans les villages de Togguéré-kumbé, Niamé-Ara, Nyasso, Bente, Kubulu, Nukutu, Wuro-Ngya, Koysuma, Seri, Tanda, Dagada, Jonjori, Kumbe-Sare, Kadiak, Kamaga-Sebbe, plus les guérisseurs ambulants rencontrés à l'occasion des foires dans les arrondissements (Tenenkou, Jonjori, Togguéré-Kumbe). Imams et marabouts enquêtés relevaient des mêmes villages.



Peuls/Bozo/*riimaayße*) et d'intégration sociale différenciée (autochtones du village, vagues d'installation ultérieures..etc).

Nous avons généralement procédé selon les méthodes classiques de l'enquête ethnologique². Notre présence dans la région depuis 1986 (dans le cadre d'une autre recherche) facilitait la tâche et permettait, moyennant les règles habituelles du respect humain en général et de la bienséance sociale locale en particulier (respect et règles qui valent pour tout sujet d'étude), d'aborder sans gêne excessive la plupart des thèmes souhaités, d'autant que depuis 1991 tout le monde parle "du sida" en général, l'évocation du thème ne devenant indélicate -ou agressive- que si l'on parle du cas d'une personne précise soupçonnée de l'avoir contracté ou d'en être mort. Le reste est choix stratégique d'enquête. Il est bien évident que si l'on aborde directement le thème du sida avec un guérisseur, on tendra à recueillir une récitation du message médical, ou au contraire un discours de contre-positionnement ("je peux le guérir", "je n'y crois pas"...etc) alors qu'on aurait obtenu un discours différent en partant de sa façon de soigner et des maladies en général. Mais on peut aussi souhaiter parfois repérer les différents niveaux de discours, que ce soit avec des guérisseurs ou d'autres informateurs. Rien n'empêche d'ailleurs d'interroger directement sur le sida en fin d'entrevue, au cas où l'informateur n'aurait pas abordé la question de lui même. Le bruit finit d'ailleurs par se répandre que l'enquêteur travaille sur le thème. Il n'y a donc pas de recette ou d'astuce miracle autre que de savoir ce qu'on veut obtenir et d'analyser les différents biais posés par les types de question et par les situations. Il en va de même pour les problèmes touchant à la "réserve" de l'enquêteur. S'il va de soi que ce dernier n'a pas à se poser en propagandiste de la "vérité médicale", spontanément conçue localement comme "le point de vue des blancs et des docteurs", rien ne l'empêche par contre de répondre en toute franchise aux questions (souvent) posées sur la nature du sida en présentant ses informations comme "ce que nous pensons, ce que nos docteurs pensent, ce que nous avons décidé de faire chez nous", ce qui satisfait alors tout le monde. Deux catégories d'informateurs posaient cependant un problème spécifique :

- Dans un contexte où les soupçons ou accusations de "sida" pèsent lourd, notamment sur les ex-migrants, la visite systématique de migrants malades, alors que tous savaient que nous enquêtions "aussi" sur le sida, aurait eu valeur de confirmation. On a donc situé ces entrevues dans le cadre d'une série systématique d'enquêtes sur les migrations, enquêtes que nous effectuons régulièrement depuis 1987 dans les mêmes villages, dans le cadre d'études sur les systèmes de production. L'entrevue portait sur le procès même de

² La plupart des entrevues ont été enregistrées puis traduites, certaines ont fait l'objet de traductions simultanées. Quand cela ne sera pas absolument nécessaire, on évitera de fatiguer le lecteur par des citations-fleuves, et on notera simplement le caractère plus ou moins stéréotypé de telle représentation ou de telle catégorisation linguistique. Claude Fay a personnellement effectué quatre mois d'enquêtes de terrain en compagnie d'Ousmane Pamanta, qui assurait dans les intervalles le suivi de la recherche, selon un guide et auprès d'informateurs préalablement définis.

migration, les stratégies professionnelles, l'insertion dans le milieu d'accueil et les problèmes rencontrés. Dans la plupart des cas, sa propre maladie et celles des autres migrants étaient spontanément évoquées par l'informateur après un certain temps. Le mot "sida" n'était évidemment jamais prononcé par nous (en premier tout au moins).

- Il est de même malaisé d'interroger des jeunes filles sur des thèmes ayant trait à la sexualité. Nous avons donc en partie résolu, en partie contourné ce problème par différents moyens :

- . en prenant comme intermédiaires des matrones et sages femmes populaires auprès des jeunes filles et jeunes femmes. Celles-ci nous faisaient part ensuite des propos échangés avec et entre ces jeunes filles et femmes sur tel thème.

- . en suscitant des discussions (généralement marqués par une ambiance de plaisanterie) dans des groupes spontanés formés par les jeunes garçons et leurs "copines"³ qui se récréent ensemble le soir autour du thé et de la musique.

- . par des entretiens avec des cousines croisées de notre interprète ou de ses amis du même village (les relations entre cousins croisés sont "à plaisanterie", permettent et même prescrivent l'échange de propos provocants plaisants de nature sexuelle). Ces mêmes cousines pouvaient être utilisées comme intermédiaires à la façon des matrones et sages-femmes.

2. Le paysage thérapeutique.

2.1. Les guérisseurs.

En dehors des services de santé conventionnels, les ressources thérapeutiques consistent en une série de guérisseurs dits Caarowo (litt. "apaiseurs"⁴). Il est nécessaire de s'attarder sur cette corporation pour comprendre les réactions qu'elle aura face au sida. On peut distinguer :

- Quelques guérisseurs spécialisés dans le traitement de symptômes déterminés. Il s'agit principalement des réducteurs de fracture et des "coupeurs de lulette" : dans deux villages, on coupe la lulette *-dengel-* pour guérir la toux (*doyru*) "blanche", généralement assimilée à la tuberculose⁵.

³ Je reprends ici un terme du français bamakoïse. Dans le Maasina, on parlera de la "jeune fille" (*suka debbo*) d'un jeune garçon.

⁴ La notion de "guérisseur" est donc une excellente traduction, alors que celle de "tradi-thérapeute", outre son côté baroque, est imprégné d'idéologie : qu'est ce qui est "traditionnel" dans des pratiques inventives en constant renouvellement ?

⁵ Quand nous employons cette expression, nous nous référons à des interprétations données par des médecins ou en général par des lettrés sur la catégorie émiq. Il va de soi qu'elles sont nécessairement réductrices. Il n'entre pas ici dans notre objet de nous livrer à l'étude de ces catégories, et leur "traduction" habituelle n'est livrée que de façon indicative.

- D'autres guérisseurs sont plus ou moins spécialisés dans un mode particulier de traitement de tel symptôme quand il est rapporté à une cause particulière. Ainsi, les *jegu tuu* ("maîtres de *jegu*") organisent des danses de possession où le *jegu* (divinité d'eau particulière, plus puissante que les habituels "génies" -*seydam* ou *seytan*- d'eau ou de terre) qu'ils maîtrisent va forcer les forces mauvaises responsables du mal (*seydam* et sorcier -*bondo*⁶) à libérer le malade. Les *jegu tuu* sont particulièrement indiqués pour les cas de folie, mais d'autres guérisseurs peuvent les traiter, et on fera généralement appel au *jegu tuu* pour une maladie diagnostiquée comme relevant d'une attaque par une instance maléfique lorsque celle-ci atteint une certaine gravité. Ils tendent à être un recours ultime, d'autant que l'organisation d'une danse est onéreuse. De même, certains guérisseurs utilisent prioritairement la géomancie pour le diagnostic initial. Mais la plupart, lorsque la nature du mal et des soins nécessaires ne sont pas mécaniquement indiqués par le symptôme, regardent les yeux, le cœur, les paumes de la main, et font des incantations (*konngol*) pour y "voir" les signes de la cause pathogène (trous ou bosses de différentes nature dans les yeux, tâches de différentes couleurs dans les mains, couleur du cœur). On peut enfin considérer les "marabouts" (*modibaaße*) comme une de ces catégories de guérisseurs. Leurs spécialités "techniques" sont la prière, les "demandes à Dieu" (*nyaagunde Alla*), la récitation de versets coraniques et l'écriture de ces derniers, ceux-ci pouvant ensuite être intégrés à des amulettes, ou l'encre des tablettes étant ensuite utilisée en induction ou en ingestion. Cela n'empêche pas d'ailleurs les marabouts d'avoir recours à diverses sortes de bois-plantes *ledde*. La plupart des imams pratiquent la médecine maraboutique, en insistant peut-être davantage sur la prière.

Il y a en fait rarement une correspondance réglée entre symptôme, étiologie et remède. Dans des troubles peu graves, le rapport symptôme/remède peut certes être pris dans des oppositions simples froid/chaud ou humide/sec. La liaison exacte varie d'ailleurs selon le guérisseur. Le remède peut consister en une action compensatrice du symptôme (plantes "rafraîchissantes" contre la fièvre -*jonte*, ou "asséchantes" contre l'humidité) ou au contraire en un redoublement curatif (chaud sur chaud). La "toux blanche" implique pour sa part une diététique particulière (suppression du lait et de la viande, qui en sont deux causes réputées majeures) et à terme l'ablation de la luette. Les maladies d'enfant ("l'oiseau", souvent rapporté au paludisme infantile ou "le chat", souvent rapporté au tétanos) illustrent aussi une correspondance relativement réglée entre symptôme, étiologie et remède. Il en va de même pour le *sayi* (ictère) et pour les maladies sexuellement transmissibles ("maladies de la femme" -*nyaw rewße*, ou "maladies de l'homme" -*nyaw worße*, pour un locuteur femme, ou "maladies de la ceinture" -*nyaw duwol*) lorsqu'elles sont bénignes, une gonococcie (*soppisi*) sans complication par exemple. Le remède principal est alors une

⁶littéralement "le mauvais", "celui qui fait le mal". Rappelons que dans les campagnes françaises, les sorciers étaient souvent désignés sous le nom de "malfaisants".

plante nommée *sindian* ("mamelles géantes") assorties de divers autres "bois" assez communs aux différents guérisseurs.

Mais toute complication de ces maladies nécessitera une précision du diagnostic et l'évocation de causes plus complexes et, la plupart du temps, le "regard" (*yewgal*), la "vision" qu'a le guérisseur de la cause pathogène prime dès le départ sur toute nosologie et toute étiologie préétablie, de même que c'est par intuition (et incantations) et par essai et par erreur qu'il finira par trouver le traitement adapté⁷. L'arsenal thérapeutique général, l'ensemble des *safare* (équivalent du *pharmakon* grec) est constitué par des incantations et des "bois" (*leððe* : bois, plantes) qui sont prescrits sous forme de fumigation, de macération ou de décoction, par ingestion ou par enduction du corps ou d'une de ses parties (on parlera de "lavage").

- Les étiologies les plus fréquentes évoquent alors les instances persécutives que représentent les sorciers, les génies de brousse (*seyðam*, mais on dit le plus souvent *ladde* : "la brousse"), les *jegu* (dont on a déjà parlé) et les *jinn* (génie de force supérieure résidant en principe vers les océans mais qu'on évoque parfois). Ces diverses causes sont fréquemment mêlées. La "brousse" peut certes attaquer d'elle-même, pour cause de sacrifice oublié ou insuffisant, ou parce qu'on a troublé les génies dans leur lieu de repos, ou parce qu'un génie est amoureux d'un humain et veut se le réserver par exemple. Mais, fréquemment, tout commence par un sorcier qui "passe" ensuite sa victime à "la brousse", qui dans les cas les plus pernicioeux peut les "passer" au *jegu*. Les symptômes se succèdent de façon corrélative, et différentes parties du corps sont attaquées "en relais". La sorcellerie est donc implicitement conçue comme la cause latente de toute maladie grave, complexe, de toute maladie "qui s'énerve"⁸. Le guérisseur, qui est donc de fait un anti-sorcier⁹ va s'employer à faire régresser le mal vers sa cause première, le "ramener" au sorcier et vaincre celui-ci par ses plantes et ses incantations. Le chemin thérapeutique ira ainsi à l'inverse du chemin symptomal, fera remonter les symptômes du bas vers le haut (dans le cas d'une maladie relativement bénigne qui avait commencé par la tête puis était descendue) ou du haut vers le bas (dans le cas contraire). Dans ce cursus, toute atteinte d'une partie du corps correspond ainsi à un niveau d'attaque, à une instance déterminée et à un niveau de dangerosité.

⁷ La notion de *fasuluji* désigne l'analyse, la détection (de *faasade* : découper en morceaux). Le *caarowo* est un homme *faasili* : habile à détecter, à manier les idées. Les incantations sont diverses et ponctuent l'ensemble du processus, depuis l'incantation "pour voir", jusqu'aux incantations parties prenantes de l'administration des "bois", en passant par l'"incantation d'intronisation des soins" (*konngol lamminirgol safare*). Comme il en va généralement dans ce type de système, il n'y a pas de cloisons entre les vertus thérapeutiques des plantes et les pouvoirs du guérisseur.

⁸ ou "se radicalise, s'envenime, se révolte" : le verbe *jagaade* est notamment employé pour désigner une "cau" (des génies) qui se rebelle et se met à tuer les hommes.

⁹ Du fait de l'islamisation générale, on n'insiste pas sur ce thème. Mais il semble bien qu'antérieurement il ait eu le pouvoir de "convoquer" le sorcier pour tenter de l'intimider ou pour composer avec lui, ce qui correspond à une thématique très présente dans des milieux moins islamisés de la même grande zone.

- Le lien très lâche qui existe entre symptôme et étiologie d'une part, entre étiologie et remède d'autre part explique la faible spécialisation de la plupart des guérisseurs et les constitue en champ concurrentiel pacifique. Si des réputations se font régulièrement (tel *caarowo* qui aura réussi des cures spectaculaires pour tel symptôme sera bien sûr très consulté pendant un temps pour des symptômes identiques), elles peuvent se défaire aussi vite, nul n'est vraiment structurellement le "spécialiste" de telle maladie et tout guérisseur consulté tentera la plupart du temps de soigner le mal qu'on lui présente, ne déclarera éventuellement que dans un second temps, si des difficultés surgissent, que "ce n'est pas ma maladie" (position de retrait) et suggérera alors d'"aller voir x".

2.2. Guérisseurs et "docteurs".

Les maasinanke pratiquent tous l'automédication (aspirine, nivaquine, *tuppay*, *kumbléni*), au hasard de la faveur qu'a tel médicament à tel moment, et fréquentent souvent en alternance les guérisseurs et les dispensaires (un pour chaque arrondissement¹⁰). En dehors des consultations prénatales et des accouchements¹¹, ces derniers sont surtout fréquentés par les villageois de l'arrondissement ou des villages proches, mais des paysans plus éloignés peuvent y avoir recours en cas d'échec des thérapies traditionnelles. Les injections (*pikke*) et perfusions ont assez bonne réputation, les cachets et pilules (*modde* : "avalés") un peu moins. La comparaison locale entre les "noirs" (*baleeße* -guérisseurs) et les "docteurs" (*dogotoro* : comme il n'y a qu'un médecin pour le cercle, le terme désigne en général les infirmiers d'Etat et les techniciens de santé) fait d'ailleurs valoir des reproches et louanges très symétriques. Ainsi, le dispensaire est loué pour sa rapidité...quand il est rapide (injection antipaludique ou antibiotique avec effet presque immédiat), mais est conçu comme particulièrement onéreux et comme une perte de temps lorsque les résultats sont lents ou inexistantes. Le guérisseur est moins cher, au moins au coup par coup (même si l'on peut à la longue investir des sommes considérables), va plus lentement mais est réputé pouvoir soigner des affections plus complexes.

Les relations entre les deux instances sont aussi très symétriques. Les "docteurs" considèrent a-priori (et plus encore en s'adressant à un occidental) les guérisseurs comme des charlatans mais leur renvoient volontiers des cas trop délicats : "ta maladie n'est pas pour nous, va chez les noirs". Les guérisseurs, qui par définition estiment pouvoir traiter en droit toute maladie, renvoient néanmoins fréquemment un malade complexe et impatient chez "les docteurs" : "il va aller se buter contre le docteur, celui-ci le gardera et lui prendra son argent..puis il reviendra et je tenterai de le soigner". Il y a dans cette attitude un double avantage : on désamorce l'éventuelle contestation du client pressé en se constituant à terme

¹⁰ Le cercle et l'arrondissement sont des découpages administratifs maliens, et correspondent approximativement à une préfecture et une sous-préfecture.

¹¹ Pour ces deux occasions, la visite au dispensaire est en principe obligatoire sous peine d'amende.

en dernier recours, et on désamorce la position de pouvoir (administrative) des "docteurs" en les resituant dans le champ d'une libre concurrence où ils n'ont plus une position d'avantage. Des deux côtés donc on affecte de se mépriser, on se considère comme plus ou moins inutile et comme très avide, mais on se renvoie les cas "difficiles", ce qui permet de plus de sauvegarder sa réputation. La fausse opposition entre "maladie des noirs" et "maladies de docteurs", à laquelle personne ne croit vraiment, cache une concurrence articulée et un double déni-cautionnement. On verra que le mécanisme jouera à plein dans les cas supposés de sida.

3. L'annonce du sida et l'arrivée des "nouvelles maladies".

3.1. Des maladies sans ordre et sans limite.

Des rumeurs concernant le sida avaient commencé à circuler depuis quelques années par le biais des migrants revenant de l'étranger ou de Bamako, des transporteurs et des ondes nationales, mais c'est en 1991-92 que la nouvelle s'est répandue massivement, sans doute du fait de la conjonction de débuts de campagnes nationales, d'une projection vidéo organisée à Tenenkou par un médecin, et de l'apparition d'une radio régionale avec des émissions en *fulfulde*, notamment sur le sida (Radio-FM-Mopti, créée en septembre 1992).

Dans les mêmes années, les villageois se sont inquiétés d'un nombre grandissant de jeunes migrants qui revenaient de Côte d'Ivoire en piteux état¹², et décédaient dans les semaines ou les mois qui suivaient leur retour (de l'avis de plusieurs informateurs, ces retours tragiques avaient commencé entre 1987 et 1989). Dans la plupart des cas, ces jeunes gens reviennent d'ailleurs parce qu'ils se sentent proche de la mort, ou sont renvoyés pour la même raison dans leur famille par leurs compagnons. Il semble que peu de villages n'aient pas connu au moins un décès de ce type par an depuis quatre à cinq ans, et souvent beaucoup plus¹³.

Attardons nous sur ces maladies mortelles, baptisées "les nouvelles" (kesum) et sur les interprétations dont elles font l'objet, sans préjuger pour l'instant de leur degré

¹² La région connaît une forte migration inter-annuelle dans différents pays, mais principalement en Côte d'Ivoire. D'autres travaux (Fay : "Systèmes de production et d'activités : Le Maasina", in J.Quensière (éd.) : *La pêche dans le Delta central du Niger, approche pluridisciplinaire d'un système de production halieutique*, Paris, IER-ORSTOM-KARTHALA, 1994, pps . 363-383) montrent qu'une (petite) famille sur deux environ possède un migrant, que 65% de ceux ci partent en Côte d'Ivoire et 15% à Bamako, que la moitié d'entre eux ont effectué au moins deux migrations dont chacune a duré entre deux et quatre ans. La migration a été une des réponses importantes à la sécheresse, toutes ethnies condondues.

¹³ D'après des estimations effectuées par des informateurs ex-migrants, entre 1986 et 1991, soixante-huit jeunes migrants du seul village de Togguéré-Koumbé étaient en Côte d'Ivoire (beaucoup, on l'a dit, n'en étaient pas à leur première migration de ce type) : douze sont décédés entre 1988 et 1992 et treize étaient gravement malades en août 93. Selon un autre informateur migrant, sur sept-cents maliens qui faisaient partie de son camp de pêche en Côte d'Ivoire, cinquante-trois sont morts entre 1992 et 1993. Un autre dit avoir compté 33 morts en six mois dans un autre camp ivoirien. Un des principaux guérisseurs de l'arrondissement compte 23 morts de jeunes migrants de retour sur une dizaine de villages en 92 et 93.

d'assimilation locale à l'information "sida". Elles sont décrites de façon stéréotypée par une multiplicité de symptômes simultanés ou successifs. Un extrême amaigrissement (on dit que le malade est "tamisé" : *ceediido*), de graves maux de tête ("tête qui forge" : *hoore tafoore*), de fortes fièvres (*buuβal*, "corps qui se frit" : *sahaade*), des diarrhées (*ndugu reedu* : "course du ventre") et dysenteries interminables (*toto*), des boutons blancs "écailleux" et "puants", notamment de gros boutons sous les aisselles et sur l'aîne, des dermatoses généralisées, un "grattage" (*nyanyaare*) permanent consécutif, la peau qui devient cendreuse ("comme de la cendre de bouse"), la "toux blanche" sont les symptômes les plus cités. On peut y ajouter des difficultés à uriner (*tampere cille* : "fatigue des urines"), le priapisme chronique avec éjaculations spontanées, du pus aux orifices du corps, une carence de la métabolisation (les aliments ressortent "tels quels", non digérés, notamment la bouillie et le lait) et la perte des cheveux. Ce qui frappe dans ces "nouvelles", outre le fait qu'elles affectent de façon quasi-exclusive des migrants revenant de Côte d'Ivoire¹⁴ et qu'elles débouchent avec une telle rapidité sur la mort, c'est évidemment leur caractère polymorphe. A l'exception des boutons "écailleux" jusque là inconnus, tous les autres signes renvoient à des pathologies déjà connues, mais leur conjonction et leur succession rapide et désordonnée est incompréhensible. Il s'agit de maladies "entremêlées" (*jibondirde*) qui se distinguent des maladies habituelles, "trouvées" (*tawaabe*). Les guérisseurs sont perplexes : ils soignent la toux¹⁵ et la maladie "prend" (*nanggi*) le ventre, puis la toux revient, ou bien ils soignent les boutons et la maladie prend le ventre, ou bien elle saute du ventre à la tête ou à la poitrine, et reprend encore le ventre. Bref, contrairement à l'idéal d'une retraite progressive et orientée (de bas en haut, de haut en bas) du mal, "le mal ne recule pas" et "dés que ceci guérit, une autre chose se lève". Il y a de plus des périodes de rémission et les symptômes reprennent de plus belle, la maladie "dort et se réveille" (*nyaw coŭŭa imma*) sans cesse. Les guérisseurs désorientés "voient" à l'aide d'incantations des "chenaux de brousse" (*caalluði ladde*) ou "chemins de brousse" (*ðati ladde*), ou des chemins de sorcellerie...etc, dans le corps du malade, puis ces chemins s'arrêtent. Il semble de plus s'agir -vu le nombre de migrants atteints- d'une maladie "épidémique" (*nyaw dental* : maladie d'union -on en a déjà connues d'autres), d'une maladie contagieuse (*nyaw yimβe laaβowo* : "maladie de contamination des gens"¹⁶, bref d'une "maladie de désastre" (*nyaw halkere*).

¹⁴ Peut-être y-a-t-il un consensus implicite pour ne pas "reconnaître" les "nouvelles" chez les non-migrants. Dans tous les cas, l'annonce de la mort d'une femme qui n'avait jamais quitté le Maasina et présentait les principaux signes décrits (plus une sérologie positive établie à Bamako) semait, ces derniers mois, une véritable panique dans la région.

¹⁵ En avril 1993, le principal guérisseur spécialisé avait procédé à 23 ablations de luettes en deux journées de marché.

¹⁶ Le verbe *laaβade* signifie "rendre propre" (par extension "laver") et "contaminer" à la fois.

Devant le caractère pluriel et désordonné de ces (cette) maladie(s)¹⁷, plusieurs sortes d'interprétations apparaissent, combinant des causes anciennes qu'on suppose se conjindre (d'autant que le modèle traditionnel¹⁸ du transfert de la maladie entre sorcier, brousse, jinns...etc s'y prête) et des causes nouvelles, où vont être repris (et réinformés) entre autres des éléments d'information médicale concernant le sida, et notamment ceux concernant la contamination sexuelle et le thème du sang :

- Les maladies sexuellement transmissibles sont connues depuis longtemps¹⁹ et le sentiment général (mais prenant diverses formes selon les groupes, comme on le verra) d'une anarchisation des pratiques sexuelles (et matrimoniales) va rendre aisée l'intégration de l'hypothèse "contamination sexuelle" dans les spéculations sur "les nouvelles" (maladies). Il en va de même pour les messages concernant le sang, qui est habituellement conçu comme le véhicule principal des différents échanges corporels. La couleur blanchâtre prise par les migrants malades facilite d'ailleurs l'hypothèse d'un "gâtage" du sang. Les deux significations (sang et sexe) s'articulent facilement. L'interfrottement (*yirgondiirße*) des sexes écorche les matrices (y font des perforations *-lugge*), les pénis (eux mêmes écorchés) y "puisent" (*Úogude*) les morves du "bas" (*nylße ley*) et le sang du "bas" (*ÚiiÚam ley*), et ces éléments "bouchent les chenaux du sang du nombril au sexe", transforment le sang en un sang "dur, noirâtre, sec, sale-gâté" (*ÚiiÚam mborodam, baleejam, njordam, tunnuðam*). Le processus va donc affecter tous les "conduits" (*ðadi*: veines, artères, nerfs, muscles, ligaments) du corps. On peut ainsi parler, pour désigner la maladie qui affecte les migrant de retour, de "la maladie du sang" (*nyaw ÚiiÚam*).

- Ces éléments d'explication ne sont pas toujours présents et, quand ils le sont, se conjointent à d'autres selon le principe de correspondance entre la complexité des "nouvelles" et la complexité de leurs causes. Quand on veut repousser le thème de la contamination sexuelle (ce qui est le cas pour certains migrants qui se sentent sourdement mis en accusation) on peut attribuer le mal soit à des maladies bien définies mais d'origine étrangère²⁰, soit aux nourritures trop "lourdes" ou trop "sucrées", d'origine occidentale ou qu'on ingère à l'étranger, et qui peuvent d'ailleurs "changer le sang"²¹, soit en général à une rupture pernicieuse des habitudes alimentaires (dans l'espace : entre la Côte d'Ivoire et le

¹⁷ Selon le cas, les informateurs emploient le pluriel, ou le singulier du fait de la récurrence des mêmes symptômes, qui donne à penser qu'on a bien affaire à une même réalité.

¹⁸ Et nullement récent, comme des enquêtes alors insuffisantes me l'avaient fait supposer à tort dans le rapport d'étape de 1993.

¹⁹ Maladies "du bas" (*ley*), "de la ceinture" (*duwol*), "de honte" (*yaage*), "cachées" (*cuudiðe*), "de la féminité" (*ndewaasu*) ou "de la masculinité" (*ngoraaku*) ou "du dévergondage" (*jayre*). La notion de *jayre* connote à la fois le manquement aux règles de vie musulmanes, le dévergondage en général, le dévergondage sexuel en particulier, et désigne souvent la prostitution elle-même.

²⁰ On parlera ainsi du *jookaaje*, maladie due à la fraîcheur de la Côte d'Ivoire et qui met à mal les migrants sahéliens, ou du *koko*.

²¹ d'où la recherche de plantes "très amères" qui pourraient "râcler le sang", le débarrasser de cet excédent de sucre. Le tabac, le sucre, le cube maggi, sont ainsi notamment incriminés, ainsi que les plats ivoiriens.

Mali, ou dans le temps, entre l'abondance des années soixante et la sécheresse). On peut aussi se rabattre sur des explications traditionnelles exclusives (le "transfert" sorcier + *seydam* + *jegu* produit à la troisième année amaigrissement + tête "forgeante" + sang gâté, puisque sorciers et génies sont réputés aimer le sang humain). Mais la plupart du temps, on combine tous ces éléments d'interprétation²². On peut ainsi repérer ("voir") des "chemins de sorcellerie et de brousse" dans le "chemin du dévergondage sexuel", les génies de brousse profitant d'un rapport sexuel pour produire un "souffle" (*fufugol*) qui va "pourrir le liquide du ventre", gâter le sang et la santé des partenaires, la maladie pouvant par la suite se transmettre par rapport sexuel. Nous avons également fréquemment trouvé les combinaisons causales suivantes : (nourriture + acte sexuel), (acte sexuel + nourriture + sorcellerie), (*sayi* -ictère- + sorcellerie + acte sexuel), (génies + actes sexuels + nourriture), (génies + sorcellerie + acte sexuel). Le critère ethnique peut également rentrer en compte, puisque beaucoup ont "constaté" que les malades *riimaayße* souffrent plutôt de boutons et de diarrhées (ce qu'on peut attribuer à l'eau des mares des plaines), les malades peuls plutôt de boutons et de tuberculose (ce qu'on peut attribuer au lait) et les malades bozo plutôt de tuberculose et de diarrhée (ce qu'on attribue à la "fraîcheur" de l'eau du fleuve dans laquelle ils travaillent).

Ces divers énoncés possibles peuvent être tenus par des locuteurs différents (malade, famille du malade, guérisseur, discours populaire), avec évidemment une préférence pour les causes "persécutives" (génies, sorciers) de la part des guérisseurs réputés pouvoir les traiter. Mais cela n'empêche pas que le caractère relativement dominant de certains discours ait évolué selon les catégories de locuteurs entre le début (1992) et la fin (1994) des enquêtes.

Le thème de l'"étrangeté" des nouvelles maladies est évidemment prégnant, de par leur origine supposée étrangère (rapportée par les migrants), et par leurs causes étrangères. Celles-ci peuvent être inintentionnelles : femmes, climat et nourriture ivoirienne, ou nourriture occidentale : cube maggi, sucre, tabac, sel, graisse. Elles peuvent être intentionnelles : avec l'information sur le sida arriveront de Bamako et de Côte d'Ivoire les idées selon lesquelles il serait du soit à des pratiques cynophiliques (ou simiophiliques... double "retour à l'envoyeur") des blancs, ou bien envoyé par les blancs pour limiter la croissance démographique²³, ou pour vendre leurs préservatifs. Mais le thème de l'"étrangeté" (climatique, sexuelle, alimentaire) réfère fondamentalement à la difficulté qu'a le corps social à traiter et à assimiler la nouveauté (c'est la "nouveauté" de la nourriture étrangère qui la rend dangereuse, et cette nouveauté est aussi historique que géographique),

²² On peut ainsi trouver le thème du "sida au service du sorcier" (le sorcier "envoie" le sida à sa victime) ou du "sorcier au service du sida" (en sautant d'une victime à une autre pour boire leur sang, il inocule involontairement le sida).

²³ Dans une version plus nuancée, les blancs se contentent, dans ce même but, de ne pas distribuer le médicament qu'ils ont trouvé.

à la "métaboliser", à ses propres contradictions. C'est pourquoi les processus de changement social, l'ordre des transgressions, leur interprétation et leur évaluation, vont largement être des enjeux du débat interprétatif sur les "nouvelles maladies". Et ce sont les changements et transgressions dans les pratiques sexuelles et matrimoniales qui vont occuper le devant de la scène, sans doute aidés en cela par les thèmes que développe l'information médicale, mais surtout parcequ'ils représentent un point névralgique dans les changements sociaux actuels. Ainsi, même si tel migrant bozo (et surtout sa famille) tend à attribuer officiellement son mal à de toutes autres causes qu'aux pratiques sexuelles, ce pour des raisons sociales évidentes, il évoquera souvent en privé les pratiques très libres dans les camps de pêche ivoiriens²⁴ et sera en général intimement persuadé qu'elles constituent au minimum une des causes de son mal actuel. Lorsqu'on parle "des nouvelles" en général, sans que le nom d'un individu particulier soit en jeu, leur origine au moins partiellement "sexuelle" est toujours évoquée, et souvent mise en avant, surtout chez les jeunes.

3.2. Des maladies du désordre et de la transgression.

Retraçons rapidement les conditions qui ont affecté les procédures traditionnelles de contrôle social, et notamment celles de la sexualité et de l'alliance, sans oublier que, comme dans toute société, on tend en général (et d'autant plus que l'informateur est plus âgé) à exagérer l'importance et la nouveauté des pratiques qu'on considère comme transgressives.

Dans les années soixante, le cercle de Mopti a connu un essor économique remarquable, une forte monétarisation des secteurs d'activité (la pêche surtout, mais aussi l'élevage), et une amélioration notable du niveau de vie des paysans. Les différents secteurs ont ensuite été considérablement ébranlés par les vagues successives de sécheresse. Comme partout²⁵, la succession des deux phases, sur fond de décolonisation, a occasionné une accélération de la segmentation et une relative perte de contrôle sur les cadets. Elle a aussi occasionné :

- L'apparition (dans les bonnes années) et l'amplification (dans les années de sécheresse) des longues migrations (des "exodards", comme on dit localement). Celles-ci sont apparues tantôt comme une des formes objectives de "diversification" dans les familles, tantôt (et de plus en plus) comme une fuite en dernier recours contre l'appauvrissement. Ce processus a évidemment généré, selon les différents cas de figures, un certain nombre de tensions :

²⁴ "Location" intensive de prostituées à la journée ou à la semaine par des individus ou des groupes d'individus à des prix très bas en regard du gain réalisé dans l'activité professionnelle. Les mêmes considérations peuvent être faite à propos des grandes haltes des peul dans des gîtes au retour de la transhumance.

²⁵ Certains phénomènes sont si généraux en Afrique qu'il semble toujours un peu dérisoire de les référer pour chaque terrain à des monceaux de particularités. On insistera simplement ici sur les conséquences particulières à la zone.

. entre les familles et les migrants qui disparaissaient ou n'envoyaient pas suffisamment de subsides, et tendanciellement entre "les vieux" et "les jeunes" (l'adage se répand qui dit qu'un jeune "qui a beaucoup voyagé" en sait autant qu'un vieux "qui a beaucoup vécu"). Ajoutons que les jeunes qui ne migrent pas acquièrent souvent un minimum d'autonomie du fait de la multiplication (surtout dans les arrondissements et les villages proches de ceux-ci) de petites activités rémunérées : mécanique -auto,moto, moteur de pinasse, petit transport, petit commerce, maçonnerie...etc). Ceux-ci sont également accusés de façon chronique de ne pas redistribuer à la famille une partie suffisante de leurs gains.

. entre les familles qui "s'en sortaient" grâce aux migrations et celles qui payaient économiquement la volonté de maintenir la cohésion.

. entre les jeunes qui migraient et ceux qui devaient rester (ce qui dépend largement de la composition de la famille et de la position qu'on occupe dans celle-ci). Dans le cadre d'une plus grande liberté sexuelle, les migrants de retour (souvent provisoire) ont évidemment un fort avantage séductif, autant du à la fascination éprouvée pour leur périple qu'aux atours séduisants qu'ils ramènent et à leur capacité (au moins supposée) d'être généreux avec leurs conquêtes.

- Le développement du petit commerce et des petits travaux, là aussi d'abord du fait de l'expansion des secteurs d'activité, ensuite comme moyen de diversifier et de limiter les dégâts. Ce développement, principalement celui du commerce féminin, a créé les conditions d'une assez grande indépendance pour beaucoup de femmes. Les femmes commerçantes sont soupçonnées de se servir de leur charmes pour acquérir le capital initial nécessaire à leur activité, puis pour reproduire celui-ci, d'autant que leur mobilité les soustrait aux regards villageois. Une vieille informatrice nous disait dans une formule concentrée en parlant de la fin des années soixante : "c'est alors que les femmes se sont mises à faire du commerce et que des filles sont parties faire les putains à Mopti". Avec la paupérisation, les jeunes filles commerçantes et salariées saisonnières (beaucoup sont par périodes laveuses de linge à Mopti) sont soupçonnées de se servir de leur activité comme simple prétexte à la prostitution.

- Une mobilité plus grande entre villages de brousse et gros villages d'arrondissement, entre arrondissements, cercles (Tenenkou, Jonjori) et capitale régionale (Mopti). Dans le contexte, cela provoque le sentiment général d'une altération des règles et des moeurs qui se communique du plus au moins urbanisé : Occident - Côte d'Ivoire - Bamako - Mopti - Cercles - Arrondissements - Villages de brousse. Le principe de cette circulation, ce qui la commande, c'est l'argent, "l'argent du blanc", peut-on préciser, et ceux qui ont les "moyens d'argent" (*gollirgal kaalisi*) montrent aux filles "ce qui leur déchire les yeux et fait s'approcher leur coeur" : leur argent, précisément. Et l'on peut citer en vrac les migrants bien sûr, mais aussi les voyageurs en général, les commerçants venus des villes

intermédiaires, les tailleurs, les bijoutiers, les transporteurs, les mécaniciens, les fonctionnaires (*sarwisiinkooße* : "hommes de service)...etc.

- Dans ce contexte, les pratiques sexuelles se sont effectivement vénéralisées en même temps que les pratiques matrimoniales se modifiaient :

. les jeunes filles sont dites (et disent elles-mêmes) avoir très tôt (douze-treize ans) plusieurs amants. Elles se livrent d'abord à l'activité sexuelle du fait de son "bon goût", et de la rivalité (*kiral*) entre filles où il s'agit de démontrer son pouvoir d'attraction et les gages qui en sont signe (dons de savons, de pagnes, de petites sommes qui permettent d'inviter les autres filles à des *fijo*-manifestations- avec musique, spaghettis...etc). Ajoutons que, du fait de la paupérisation de ces deux dernières décennies, les pères de famille, qui avaient souvent du mal à nourrir leurs dépendants, étaient évidemment peu disponibles pour fournir l'accessoire à leurs enfants. En vieillissant, les jeunes filles s'organisent. Il est bon d'avoir un "jeune homme" du village qui est un futur mari potentiel, auprès duquel on est censée être fidèle, et qui du fait de la pression sociale reconnaîtra ses enfants...et éventuellement ceux des autres, puisque des amants plus lointains (jeunes gens d'autres villages, hommes ayant les "moyens d'argent"), potentiellement plus généreux, auront eux tendance à fuir en cas de grossesse. A défaut de mieux (le besoin d'argent est souvent pressant pour des produits de première nécessité), on se rabattra sur des adultes du village, qui ne sont pas nécessairement très argentés mais peuvent malgré tout être plus généreux que les jeunes gens, d'autant qu'ils payent la confidentialité. Tendanciellement, on a affaire à une trilogie très classique, un peu remaniée, entre "amant choc", "amant chèque" et "futur mari", le "chic" se distribuant entre le "choc" (jeune homme réputé séduisant d'un autre village) et le "chèque" (homme important et riche). En se mariant, les femmes se stabilisent pour un temps, mais leur degré de stabilité dépend bien sûr directement des moyens financiers de leurs époux. Les moins bien entretenues se consolent en cachette, selon leur degré de séduction, avec ceux qui détiennent les "moyens d'argent", ou avec les hommes du village, ou avec les jeunes garçons. Les épouses des "exodards", souvent laissées dans des conditions financières précaires, ont évidemment la réputation de livrer un accès facile à leurs charmes. En brousse comme à Bamako, le caractère dominant de la richesse comme facteur de séduction des femmes est partout attesté, critiqué par les hommes (qui tentent néanmoins de s'y adapter) et revendiqué par les femmes. Il n'est pas le seul moyen de séduction, et celles-ci insistent volontiers sur l'importance de la beauté des hommes et du charme de certains ("ceux qui ont les poils des femmes sur eux"), mais il est le principal. Il serait sans doute naïf de s'étonner de ce fait dans une société où les deux principaux critères de séduction ont toujours été les capacités de travail, qui se mesuraient très concrètement en niveau de vie dans la société traditionnelle (ce qui s'est modulé avec la monétarisation des secteurs d'activité), et le statut familial (qui ne disparaît pas, mais tend évidemment à se relativiser), et où les capacités de don des hommes aux femmes ont toujours été liées à ces

critères et idéologiquement très valorisés. Il faut également prendre en considération les difficultés qu'ont eu les individus concernés à se procurer le strict nécessaire (évidemment défini culturellement) pendant les deux dernières décennies.

. comme il en va en général dans les relations sociales de sexe, le jeu est symétrique entre ceux-ci²⁶. Les jeunes garçons recherchent les belles jeunes filles éloignées géographiquement (autres villages, néanmoins assez proches) ou sociologiquement (des captives pour des nobles, ou des filles de "concessions écartées" -socialement dévalorisées pour diverses raisons), ou les femmes mariées volages ou abandonnées, qui ne demandent que de "petites choses" (coutent moins cher qu'une jeune fille), toutes femmes avec lesquelles on ne s'engage à rien de sérieux. Ils tentent parallèlement de s'assurer, par son frère interposé, de la fidélité de sa future épouse (mais les mères, réputées avides, jouent souvent un jeu contraire). En vieillissant, selon leur aisance, ils aspirent à séduire des femmes plus ou moins belles et plus ou moins jeunes.

. les règles gouvernant le mariage ont également été altérées. Traditionnellement (pour les Bozo, c'est une tradition copiée des Peul et qui ne remonte qu'à un siècle environ) on épouse dans la famille, souvent dans la concession, et préférentiellement la cousine parallèle patrilatérale. Ces mariages ont l'avantage, pour les aînés, de maintenir un contrôle maximal des cadets, de conserver l'unité du patrimoine, et donnent lieu au versement de dots moins importantes que les autres²⁷. Mais les mêmes raisons font qu'ils sont de plus en plus négligés par les jeunes, les deux sexes jouant leur autonomisation par rapport aux aînés dans des mariages exogames. Les jeunes filles y voient l'avantage supplémentaire d'être plus généreusement traitées. Les jeunes gens y voient celui d'y être en position plus dominante : une cousine parallèle patrilatérale a une position équivalente à celle de son époux dans la famille, ce qui compense presque la domination de principe de l'homme ; au moindre signe d'autoritarisme de la part du mari, elle répond laconiquement "ton père, mon père". Mais la situation est complexe : les mariages endogames "tiennent" généralement mieux que les autres, famille oblige, mais s'ils cassent ils compromettent l'unité de cette dernière. Les mariages exogames sont plus fragiles, la femme est plus facilement soupçonnée de légèreté²⁸ mais l'"amour" (*jilli*) peut les rendre plus confortables. Les spéculations opposées vont donc bon train sur ce sujet chez les maasinanke, jeunes ou vieux. Ajoutons sur ce thème du mariage que des alliances matrimoniales inter-ethniques sont apparues régulièrement depuis une vingtaine d'années,

²⁶ Dans une configuration sociale déterminée, un code commun de la sexualité et de la séduction se dessine nécessairement, même s'il est catégorisé comme "transgressif" ou "anémique" ou tout simplement inconfortable par les deux parties. Naturellement, dans toute société, les individus "mauvais joueurs" y sont pénalisés.

²⁷ Il s'agit évidemment là d'un problème complexe dont nous ne retenons ici que les grands traits éclairant notre étude.

²⁸..ne serait-ce que du fait qu'on a pu la conquérir : "la perle que tu as trouvée dans un village, un autre pourra la retrouver dans un autre village".

contrairement à la règle habituelle. Ils sont largement minoritaires mais frappent l'imagination. Seule, à notre connaissance, l'interdiction sexuelle et matrimoniale entre Bozo et Dogon (sa transgression est supposée entraîner des catastrophes individuelles et cosmologiques) n'a jamais été transgressée, au moins en connaissance de cause. Les raisons de ces transgressions particulièrement insupportables aux esprits conservateurs, sont évidemment la mise en avant "indépendantiste" du goût personnel, mais aussi des désirs d'ascension statutaire (captif avec une noble, ou bozo avec une peule) autorisés par les moyens financiers de l'inférieur, ou au contraire des désirs d'économie de la part du supérieur (bozo avec une captive, peul avec une bozo).

3.3. La logique des imputations.

Si les jeux stratégiques sont symétriques entre les sexes, les plaintes et récriminations le sont également. Les jeunes hommes ne tarissent pas sur la vénalité des jeunes filles, les hommes en général sur l'infidélité des femmes et leur goût pour "en haut" (les riches, les nobles) et les femmes sur l'infidélité des hommes, leur avarice et leur goût pour les jeunes filles. Les jeunes filles se plaignent de la liberté et de l'avidité sexuelle de leurs plus jeunes soeurs, qui leur disputent leurs amants, et qu'elles imaginent volontiers, vu leur inconséquence, comme les principales responsables de l'expansion des maladies "du bas". Si l'on ajoute que les aînés de plaignent de la légèreté des jeunes et de leur vénalité et les jeunes de l'avarice des aînés, on aura un tableau après tout assez classique des relations dialectiques entre sexes et classes d'âge. Mais elles sont évidemment orientées par des particularités sociales et culturelles, et notamment investies par les oppositions sociales que nous avons analysées, ce qui apparaît particulièrement lorsque les informateurs mettent en relation le caractère anarchique des pratiques sexuelles et l'apparition des "nouvelles" maladies.

Dans le cadre des représentations liées au sexe et au sang dont on a parlé plus haut, on entendra ainsi dire que "les femmes achètent le mal avec les hommes" (*rewbe ana cooda nyaw e worbe*) ou que les femmes et les hommes sont "les acheteurs et les vendeurs de maladie" (*soodoofe e sottoofo nyaw*). Selon le locuteur, la formule peut insister sur le rôle des hommes ou des femmes²⁹. Mais tous sont d'accord sur l'idée que cette "maladie d'entrelacement" (*jilbondiirde*) est liée à l'anomie des moeurs, à l'"amusement" (*fijirde*), au "*bandiyaaku*" (du français "bandit") que partagent les deux

²⁹ Les hommes parleront en général de "maladie des femmes" et les femmes de "maladie des hommes" ou de "maladie des femmes", selon l'intention de leur propos. Des hommes, ou des femmes voulant condamner le dévergondage de certaines autres femmes, peuvent ainsi dire que "la femme est le grenier des maladies que les hommes puisent", ou que "les femmes sont les sorcières des sangs des hommes", ou que "c'est le vent des femmes qui amène le seydam avec lui", ou, à propos d'un malade, que "le génie des sexes des femmes a envahi tout son corps, les matrices l'ont fait mourir". Mais on peut tout aussi bien entendre, de la part de locutrices, que "l'homme donne le mal par le sang de son bas", que "l'homme est la cause du mal de la femme", une malade peut dire : "un homme a craché la maladie sur moi". Tout est affaire de positionnement.

sexes, au fait que le Maasina a "sucé la moelle de la honte" (*mbuuso yaage*). C'est "une maladie obtenue dans le dévergondage, qui a fait des cimetières dans la zone et sur nos migrants" (*nyaw kaβeetedo e jayre, gaðdo jenaale e leydi e ley bittooβe men*).

On met en accusation l'ordre du dévergondage (*jayre*) et des "séductions" (*fugarraku*), et puisque "c'est l'argent qui paye les maladies du sexe", les "propriétaires d'argent" sont mis en accusations, "le gagneur d'argent est raté" (*keeβa kaalisi kalliseda*). Toutes les catégories indiquées plus haut (migrants, commerçants...etc) vont donc être soupçonnées d'être "les chemins et les pieds du sida" (*kambe ngooni laawol e koyde sida*). Et les catégories sociales hiérarchiquement inférieures vont naturellement tendre à être accusées prioritairement : ce sont les captives qui, pour prendre une commission, aident au dévergondage des femmes nobles, ou bien ce sont les femmes des "concessions écartées" (faibles socialement). Les Bozo, avec la satisfaction ironique des anciens dominés, insisteront sur la densité de la prostitution des femmes peules, et c'est dans les villages *rimaayβe* qu'on remarquera le plus volontiers le grand nombre de malades. Mais on peut établir la relation avec des transgressions proprement matrimoniales. Les mariages anarchiques "mélange" des individus dont le sang n'est pas compatibles³⁰ (on lit ici en creux un regret de l'endogamie lignagère). D'ailleurs, avec le mélange humain qui caractérise les villes où l'on ne sait plus qui est qui, qui sait si des pratiques sexuelles ou matrimoniales dangereuses n'ont pas eu lieu, entre Bozo et Dogon par exemple ? Ce seraient alors des *nyaw nangondiirβe*, des "maladies de ceux qui se sont pris", comme on désigne les partenaires des pacte de sang. Ce sont donc bien finalement tous les franchissements de limite auxquels, de façon combinée ou exclusive, on rapporte les nouvelles maladies, on dira qu'il n'y a plus de "limite-frontière" entre les ethnies (*keerol sii waala*) et de même qu'il est nécessaire de rétablir une limite entre les hommes et les femmes. C'est de la limite entre générations, entre nobles et captifs, entre lignages, entre la ville et la campagne, entre l'Occident et l'Afrique qu'il est aussi question, on l'a vu. Les marabouts et les imams tendront à présenter les maladies comme des "maladies de punition" (*nyaw jukkungo*), des "catastrophes d'origine divine" (*albalaaw*). Il ne faut pas prendre cette catégorisation trop au sérieux, le rôle des marabouts étant de rappeler la loi divine et leur spécialité thérapeutique étant la "demande de Dieu". Comme le remarquait un informateur "un marabout, si tu te coupes la main, il va dire que c'est Dieu". Le discours maraboutique n'est donc entendu que comme une confirmation du rapport général de la maladie au désordre humain, et il n'est d'ailleurs nullement tenu sur un ton véhément ou apocalyptique (dans le Maasina tout au moins). Nous avons trouvé très rarement des interprétations apocalyptiques, alors

³⁰ Dans la représentation traditionnelle, il y a en effet toujours un risque que les "génies" d'un homme ou d'une femme (leurs "anges", dans une version islamisée), ou "les génies de leur sang" ne puissent s'harmoniser, ce qui porte en général atteinte à leur fécondité ou à la santé de leurs enfants. Mais cette représentation s'actualise ici explicitement en regard des mariages interlignagers et interethniques.

généralement associées au thème de la contamination par les moustiques. Tous les thèmes pouvant, comme on l'a vu, se croiser, l'interprétation des maladies comme envoyées par Dieu pour punir le viol de la femme d'un marabout important circulait également un certain temps.

Mais nous avons jusqu'ici parlé des "nouvelles maladies" ou de "la nouvelle maladie", respectant ainsi deux expressions alternées de nos informateurs. On a vu qu'elles pouvaient être rapportées à différentes instances (nourriture, transgressions, sexe, instances persécutives, punition divine, cumul de maladies "trouvées", maladies étrangères...etc) en indiquant simplement par moment qu'elles peuvent être ou non mises en relation explicite avec la catégorie étrangère de "sida". Qu'en est-il donc exactement ?

4. Croire ou ne pas croire, croire et ne pas croire au sida.

4.1. Différents niveaux d'interprétation et de positionnement.

C'est en 1993, et particulièrement à partir de l'installation de Radio-FM-Mopti, qui a fait un travail remarquable (dans la prévention des maladies en général par des messages prophylactiques) que la signification "sida" a été diffusée auprès des paysans de notre zone. En 1994, les principaux vecteurs de transmission semblent bien connus des jeunes et d'une partie des vieux, l'usage de seringues à usage unique se développe notablement, les consignes concernant les précautions à prendre par rapport au rasage et aux scarifications semblent se répandre. Pourtant, en novembre 93, lors de la retransmission d'une émission des ondes nationales sur le thème "santé pour tous en l'an 2000", les symptômes du sida qu'on y décrivait étaient perçus par tous comme ceux du *sayi*, du paludisme et de la toux blanche "chroniques" ("virils", littéralement). En août 1994 de même, à la suite de la projection d'une vidéo-cassette montrant des malades du sida à Togguéré-Kumbe, les jeunes gens présents disaient reconnaître les symptômes habituels du *sayi* et de la "fraîcheur". Mais la cassette fut repassée deux fois à la demande de ceux qui ne l'avaient pas vue ou voulaient la revoir. Et le lendemain de la projection, une petite bande d'ex-migrants organisait un défilé dans les concessions en brandissant des préservatifs remplis d'eau et en adressant aux jeunes filles le message suivant : "ce n'est pas nous qui apportons le sida, ce sont les commerçants, les transporteurs, et vous devez utiliser ceci, surtout toi, une telle, dont nous savons que tu sors avec x". Parallèlement, les multiples interprétations possibles des maladies que nous avons noté continuent à coexister.

C'est en niveaux d'interprétations, de réactions et de positionnements qu'il faut interpréter cette réalité complexe. La notion "sida" a été largement répandue et linguistiquement récupérée. On parle de sidan, ou de sidda (qui est aussi une interjection pour arrêter un acte interdit : marcher dans un chemin réservé aux génies par exemple). On

a forgé le terme *siddaado* pour désigner les malades du sida. Le principe de la séropositivité, sa différence avec la maladie, ne sont pas difficiles à intégrer dans une culture qui

connaissait déjà des "maladies qui sommeillent" (*nyaw daanagol*: la lèpre par exemple, ou la tuberculose). On parle donc tout naturellement du "*sidda daanyiɔo*" (endormi) qui ensuite se réveille (*ɔiimmike*). Pendant un temps, des jeux de mots "à la Zaïroise" ont eu lieu. On donnait ainsi comme étymologies au terme "sida" : *sii daroo* (en peul : la race s'est arrêtée/dressée), ou *sii daaniɔo* (en peul : la race s'est endormie), ou *sii dagi* (en bozo : la race est devenue petite), et des jeunes gens de deux quartiers rivaux s'appelaient mutuellement (dans une plaisanterie qui a ensuite failli mal tourner) les "*siddaabe*" et les "*soppisiibe*" ("ceux du sida/ceux de la chaude pisse) en remarquant que "toute mouche aimerait mourir sur du sucre". Mais la peur devant les décès est aujourd'hui grandissante. On observe avec soin les migrants de retour, on diffuse de plus en plus aux jeunes filles la consigne de les laisser avec leurs épouses quand ils sont mariés, à leur solitude s'ils ne le sont pas (d'où la réaction d'ex-migrants dont nous avons parlé). Le sida est dit être "la lèpre des maladies" (la lèpre était traditionnellement la maladie la plus crainte), on l'a aussi baptisé la "mauvaise chaude pisse" (*soppisi bonɔo*), "la chose", "la grande maladie du bas" ou "la maladie de grande pâture" (*nyaw durral*). Mais le niveau de l'interprétation spéculative "en général" n'est pas celui de l'interprétation in situ. On ne dira jamais que quelqu'un a le sida, sauf si l'on est son ennemi et qu'on veut lui faire du mal : on précise que c'est, avec l'accusation d'être un sorcier et celle d'être un bâtard (litt. : de n'"avoir qu'une oreille"), la pire de celles qu'on puisse porter, d'autant que, logique des "sorts" (*korte*) aidant, l'accusation pourrait bien rendre malade. Les conséquences en seraient évidemment l'isolement, la honte sur la famille, l'impossibilité pour le conjoint de trouver un autre partenaire, même dans le lignage. On a affaire à des sociétés qui ont le sens aigu des risques de la catégorisation.

De même, le niveau de l'interprétation spéculative n'est pas celui de l'interprétation thérapeutique concrète. On a recensé un très grand nombre de trajets thérapeutiques d'ex-migrants, qu'on ne livre pas ici en détail parce qu'ils reproduisent tous la même tragédie stéréotypée : de l'auto-médication aux guérisseurs du pays d'accueil, puis aux services hospitaliers du même, puis retour aux guérisseurs et à l'auto-médication, puis aggravation du mal et renvoi au pays d'origine par des parents ou des amis, là visite à l'hôpital puis guérisseurs, ou le contraire selon les cas. Le mécanisme déjà évoqué selon lequel on se renvoie le malade comme une balle joue à plein. Le circuit des guérisseurs, de retour au pays, a néanmoins cet avantage d'être sans fin, ou de n'avoir de fin que la mort. Nous avons rencontré plusieurs guérisseurs qui, très explicitement, "faisaient semblant" d'expérimenter de nouveaux traitements et de faire de nouvelles hypothèses étiologiques avec des malades, tout en étant persuadés qu'ils allaient mourir, mais en remarquant que "nous les avons

renvoyé, ils sont allés se buter contre le docteur qui les a renvoyé aussi, ils nous reviennent, si nous les renvoyons encore ce serait trop dur, ce serait leur dire : tu vas mourir". Un certain nombre d'entre eux acceptaient ainsi de jouer une sorte de rôle d'accueil psychologique en demandant très peu pour leurs soins. Cela allait de plus dans le sens du sentiment qu'il vaut mieux mourir plus vite mais en laissant un héritage (ou en ne ruinant pas la famille). D'autres bien sûr profitent de l'aubaine financière, et beaucoup, à l'instar d'ailleurs de beaucoup d'infirmiers, se débarrassent au plus vite des malades pour éviter de ternir leur réputation en accumulant les décès de clients³¹. La nomination de la maladie est donc un problème stratégique, non seulement social mais "thérapeutique", particulièrement pour une maladie dont le nom même signifie qu'elle n'a plus de remède. C'est pourquoi il n'y a pas contradiction mais coexistence entre le niveau où l'on récupère le message de prévention et où l'on met en place un certain nombre de précautions, celui où on ne prononce pas le mot pour évoquer un cas concret, celui où l'on met en place tous les systèmes d'interprétation et de traitement les plus syncrétiques puisqu'il faut bien penser et traiter le malade qui est devant soi. C'est pourquoi, bien que l'hypothèse de l'origine "sexuelle" du mal soit omniprésente, l'ensemble flou des connaissances médicales récupérées sur le sida interfère en permanence avec l'ensemble flou des autres séries d'hypothèses.

Cela ne signifie pas non plus que tous les points de vue soient homogènes. Les guérisseurs surinterprètent de plus en plus la question dans le cadre d'une opposition entre les pratiques "fétichistes" anciennes et l'islam : ne faudrait-il pas renouer avec des pratiques interdites (notamment le traitement de cadavres, ou la transfusion sanguine intégrale) et Dieu lui-même n'y serait-il pas tolérant, puisqu'il s'agirait de sauver des vies humaines ? Ils pensent également de plus en plus, puisqu'il est question d'une "maladie de toutes les maladies" à se réunir pour conjointre leurs compétences. Mais le champ concurrentiel demeure et l'histoire circule qu'un guérisseur ayant trouvé le remède a été assassiné à Niafunké par des collègues jaloux. Cela ne les empêche pas de conseiller la prudence (sociale et, pour certains, médicale -préservatif) en matière sexuelle. Beaucoup de jeunes reprennent le message médical, inégalement selon qu'ils ont ou non migré, qu'ils se sont mariés ou non et de telle ou telle manière, qu'ils appartiennent à telle famille, qu'un de leur frère est migrant et éventuellement malade...etc, puisque tout cela est affaire de positionnement. Nous avons noté que, dans les arrondissements où, pour des raisons tenant à l'avènement de la démocratie et à l'écroulement de certaines formes politiques, les jeunes se sont pris en charge et ont pris en charge le village sous la forme de "coordinations", la reprise de l'interprétation médicale tendait à s'affirmer, comme si elle était un signe

³¹Aucun malade, sauf en toute dernière extrémité, n'est laissé sans soin, mais les périples thérapeutiques prennent fin et l'on se rabat sur un guérisseur du village ou du quartier qui, vu les relations familiales, ne peut se soustraire à la tâche.

supplémentaire de rupture avec l'ordre de la dissension permanente qu'avaient créé les anciens. Mais qu'en est-il des conséquences actuelles ou possibles sur la prévention ?

4.2. Prévenir ?

On a dit qu'un certain nombre de précautions préventives étaient de plus en plus adoptées, et devraient l'être de plus en plus si les campagnes de prévention s'activent un peu. Mais le principal problème affecte la plus nécessaire d'entre elles : l'usage du préservatif. Celui-ci est assez largement connu, et baptisé : *kapot*, *kondo*, *kapon*, "chapeau de sexe", "poche de sexe"... etc. Mais il est peu utilisé. Les huit principales raisons évoquées sont :

- le manque de naturel de la chose : Dieu n'a pas créé le sexe avec un chapeau (évoqué par tous).

- le risque de pousser au dévergondage (surtout évoqué par les vieux et éminemment par les grands musulmans).

- le "manque de goût" (surtout évoqué par les jeunes filles et garçons)

- le manque de fiabilité (surtout évoqué par les jeunes filles et garçons, mais plus particulièrement par les jeunes garçons en appui à l'argument du "manque de goût")

- la durée excessive du coït qu'il occasionne (surtout évoqué par les jeunes filles)

- le fait qu'il empêche la fécondation (argument évoqué par tous, et présenté sous son aspect social : il faut des enfants pour être un adulte responsable, et sous son aspect moral-religieux : il n'est pas moral de...). Il est renforcé par l'idée que les blancs essaieraient de l'introduire à la faveur du sida pour faire des affaires et pour limiter la démographie africaine.

- Paradoxalement, le fait que la contraception soit assurée par la pilule pour une série de femmes qui, pour des raisons diverses (femmes d'"exodards" principalement, mais elles sont nombreuses dans le cercle et supposées avoir une pratique sexuelle intense) ne souhaitent pas avoir d'enfants.

- sa nuisance dans le rapport socio-relationnel de séduction. Pour résumer, on met normalement un préservatif lorsqu'on va voir une femme réputée transmettre des MST, soit une prostituée. Le mettre avec une autre femme, c'est l'accuser d'être une prostituée. Les jeunes filles refusent donc indignées. Comme les jeunes garçons qui se plaignent de ce refus ajoutent généralement que, si elles acceptaient, ils les considéreraient effectivement comme des habituées de la chose, la boucle est bouclée. Ajoutons que la possibilité de faire durer la relation, et qu'elle débouche sur un mariage, est évidemment liée à l'appréciation sociale que les deux partenaires vont porter l'un sur l'autre, l'impact de cette dernière étant donc virtuellement beaucoup plus dangereuse pour les filles.

Risquons nous au jeu périlleux des prévisions. Si l'on considère que l'essentiel est de convaincre les jeunes, les arguments du manque de naturel, du dévergondage, du manque de fiabilité, du blocage de la fécondation, ne résisteraient pas, selon nous, à une campagne

bien menée qui saurait persuader du danger du sida et du caractère performant du préservatif, et souligner les usages nuancés qui peuvent en être faits. Ceci étant dit avec toutes les nuances qu'imposent les relations, dans l'inconscient, des thèmes de la puissance, du plaisir, du risque et de la fécondité, mais il n'y a rien là de spécifiquement "africain", donc rien qui requière une appréciation pertinente de la part d'un sociologue africaniste, et nous ne prétendons pas avoir résolu des problèmes sur lesquels tous s'interrogent. Les arguments (ou plutôt les expériences) du "manque de goût" et de la durée excessive du coït semblent plus rédhitoires, mais sont aussi de nature parfaitement universelle. On ne peut qu'espérer qu'ils peuvent être, comme partout, en partie vaincus par la conscience du danger. L'inhibition la plus dangereuse nous semble être celle qui est liée à la nuisance "socio-relationnelle", dans la mesure où elle condense, on l'a vu, une somme de problèmes et de contradictions. S'il est vrai que le problème est celui des deux sexes, il nous semble être malgré tout davantage celui des filles, qui intériorisent beaucoup plus que leurs partenaires la contradiction entre leur statut "traditionnellement" défini et les nouvelles pratiques. Mais aucun gain idéologique ne sera acquis chez les jeunes filles sans une reconnaissance acquise des garçons (inversement, étant donnés les problèmes actuels, on peut penser qu'un certain nombre de jeunes filles seraient ravies que l'usage du préservatif les protège d'une grossesse s'il était socialement établi qu'elles ne l'utilisent pas pour cela, ni pour multiplier les amants). Nous suggérerions donc volontiers de jouer sur l'incontestable aspiration des jeunes à se prendre en charge et à échapper à la logique d'imputation qui vient d'abord de leurs aînés, et de faire passer les messages de prévention (c'est à dire une peur raisonnable, mais une peur) auprès d'un public mixte, en suscitant les discussions et les interpellations réciproques. Dans cette situation, chaque individu des deux sexes serait conforté par la présence de ses homologues, le risque de provocation mutuelle des deux groupes serait largement compensé par une meilleure possibilité de s'exprimer sans crainte (si les animateurs sont bons) et par le fait que les conclusions qui seraient tirées prendraient force de légitimité pour le groupe. Insistons sur le fait que les désirs d'autonomie existant chez les jeunes sont assez forts, à notre avis, pour "traiter" une éventuelle opposition des vieux et ajoutons que s'il ne s'agit évidemment pas, selon une expression locale, de "casser le village", on ne fera pas de prévention sans casser quelques susceptibilités. Il faudrait naturellement que ces campagnes soient conjointes avec des modes appropriés de distribution du produit.

Tout cela n'est pas contradictoire avec les ambiguïtés que nous avons précédemment analysées quand aux différentes formes d'interprétations de la maladie. Ces formes sont, on l'a dit, juxtaposées essentiellement pour des raisons de positionnement socio-familial et professionnel. Laissons les donc se juxtaposer, puisque par chance le discours qui conjugue le sang, le sexe et la maladie est dominant, en particulier chez les jeunes, quand il n'est pas inhibé par tel positionnement. Sans doute faudrait-il aussi faire campagne auprès des

personnels de santé et auprès des guérisseurs pour surveiller les conditions d'accueil des malades (et non pour faire de la publicité gratuite aux derniers : à ce niveau, ce sont les petits guérisseurs de village qui, pour les raisons indiquées, sont les plus intéressants), qui risquent malheureusement de devenir plus nombreux. Il serait également bon de favoriser l'apparition (ou la réapparition : Radio Mopti FM a cessé d'émettre, faute de pouvoir racheter une nouvelle antenne) de radios régionales rurales. Ajoutons que, vu le caractère surdéterminé de l'interprétation et des réactions à la maladie, si de bonnes campagnes ne se font pas rapidement et que "la brousse" est plus effrayée par la multiplication des malades que par la maladie elle-même, des logiques d'imputations diverses et dangereuses pourraient prendre des formes effrayantes, comme certaines formes de rejets radicaux des migrants, qui ont heureusement été en parties désamorçées, l'ont déjà illustré.

(A la suite d'une erreur d'imprimante, les signes fulfulde β, δ, ψ se sont malencontreusement transformés en β, δ et \acute{U} et ont par ailleurs changé de taille. On voudra bien nous en excuser)