

## 19. “Le sida, une maladie des femmes”<sup>1</sup>

Annie Le Palec

A Bamako, lors de la Journée mondiale de lutte contre le sida 1995, l'accent a été mis sur les femmes : on a déclaré qu'il y avait plus de femmes contaminées (3,5 % de séropositives) que d'hommes (2,5 % de séropositifs)<sup>2</sup> et, de façon pour le moins ambiguë, que le sida était une “maladie des femmes”. Ainsi inscrivait-on le Mali dans un schéma largement répandu sur la pandémie du sida en Afrique subsaharienne<sup>3</sup>. Néanmoins, quand il s'agit d'exposer la situation d'ensemble et non plus de se contenter de parler de “groupes à risque”, mettre l'accent sur les femmes, ne serait-ce pas, d'une certaine manière, masquer l'autre partie de la population ?

On a pu observer, chez les responsables politiques et sanitaires, la crainte d'une contamination de plus en plus importante des femmes, et donc l'intention de mieux la prévenir par des programmes spécifiques. Cependant aucune réflexion ni analyse particulière sur la fragilité des femmes face au VIH ne furent avancées ; la “stratégie” adoptée est d'une part “la promotion du préservatif” et d'autre part “la promotion des valeurs traditionnelles” — “la fidélité étant à la fois une valeur culturelle et une valeur religieuse”.

En français l'expression “maladie des femmes” renvoie aux maladies propres aux femmes, “maladie de femmes”, mais en bambara, langue véhiculaire de Bamako, elle impose le caractère étiologique, le côté contaminant des femmes.

*Muso bana* — maladies des femmes — désigne les maladies vénériennes. Cela n'est pas particulier à la nosographie locale. Dans d'autre

---

<sup>1</sup> *Remerciements* : Je remercie vivement Doris Bonnet, Josée Contreras et Jeanne Favret-Saada pour les critiques, les conseils et l'amitié qu'elles m'ont prodigués pendant la rédaction de ce texte.

<sup>2</sup> Et pourtant, dans un article qui commente “l'enquête pilote” à laquelle ces chiffres ont été empruntés, « effectuée de février 1992 à mai 1993 portant sur un échantillon de 5 326 individus, représentatifs de la population nationale, incluant le milieu rural », il est noté que « globalement la répartition par sexe ne montre pas de différence significative » (Maiga 1994).

<sup>3</sup> Si, comme le disent Jean-Pierre Dozon et Agnès Guillaume (1994 : 195), « les données récentes sur la propagation de la maladie en Afrique font état d'une forte progression du nombre de femmes contaminées », Bertran Auvert (1994 : 83) indique que « la différence entre hommes et femmes est variable. Le rapport de la prévalence masculine à la prévalence féminine est estimé à 1/1,4 en Ouganda et 2/1 en zone rurale en Côte-d'Ivoire. Cependant, globalement, on peut considérer qu'en Afrique la proportion des femmes infectées est presque égale à celle des hommes ».

langues et dans d'autres pays on retrouve une même dénomination, ainsi par exemple en *fulfulde* dans le cercle de Tenenkou (Région de Mopti au Mali) (Fay et Pamanta 1994 : 6.4) ou en *yoruba* au Nigeria (Seidel 1996 : 32), *muso bana* est une dénomination de type étiologique. En effet, ce syntagme est construit de la même façon que ceux des grandes catégories qui servent à distinguer les maladies telles que : les maladies de Dieu (*allah bana*), les maladies des gens (*mogo bolo bana*), les maladies des génies (*jinè bana*), les maladies du vent (*finyè bana*). Les maladies que Dieu donne sont considérées comme "naturelles", par opposition aux maladies des gens dues à l'agression. Les autres sont provoquées par les génies et par le vent. *Muso bana* signifie donc : les maladies que donnent les femmes. Et comme nous l'ont dit des informateurs, ce sont "les maladies qu'on attrape en se couchant avec les femmes". Contrairement aux expressions "maladies de Dieu", "maladies des gens", "maladies des génies" qui renvoient à un locuteur neutre, *muso bana* ne peut être, d'une certaine manière, que la création d'une production linguistique masculine<sup>1</sup>.

Sous la forme française "maladie des femmes", l'expression bambara peut être présente. En effet, d'une part il est fréquent de voir des locuteurs des deux langues faire correspondre à un signifiant d'une langue le signifié de l'autre<sup>2</sup> et, d'autre part, sida et maladies vénériennes sont souvent associés<sup>3</sup>. Par ailleurs, la catégorie *muso bana* est utilisée principalement pour désigner des maladies telles que *gono* et *sopisi*, intégrées à la nosographie locale mais qui

<sup>1</sup> D'ailleurs, les femmes semblent éviter cette expression, nous ne les avons jamais entendu la prononcer. Une fois, une jeune femme nous en a parlé comme de "maladies des hommes". Claude Fay a constaté la même chose sur son terrain (Fay et Pamanta 1994 : 6.4).

<sup>2</sup> Plus précisément dans le registre des maladies où des habitudes de traduction ont été prises dans le cadre des campagnes d'information et d'éducation pour la santé. Par exemple, le terme biomédical "bilharziose" a été traduit par le mot bambara *damajalan*. Or, si les premières manifestations de *damajalan* sont des écoulements de sang par le sexe, dans sa forme évolutive le sang disparaît pour être remplacé par du pus ou du "sang blanc". En fait quand le terme *damajalan* désigne une maladie, il renvoie à une pathologie de type vénérien. Or bien souvent, aujourd'hui, lorsque le mot français bilharziose est utilisé, son référent est une maladie vénérienne.

Au cours d'une séance d'information et d'éducation sur le sida en français, un jeune homme a demandé si l'on pouvait devenir séropositif en mettant les pieds dans l'eau, là où quelqu'un avait uriné du sang ; l'animateur du PNLs a répondu que "la bilharziose, comme toute maladie sexuellement transmissible, favorisait le sida".

<sup>3</sup> Aujourd'hui la présence de MST (ayant une expression au niveau des organes génitaux) représente, pour le corps médical, un facteur de risque quant à la contamination par le VIH. Notons que les études faites en Afrique sur le rôle des MST dans la transmission du VIH ont plutôt porté sur "la probabilité de transmission de la femme vers l'homme" et non l'inverse (Auvet 1994 : 89).

Dès que les premières informations sur le sida ont circulé, notamment sur sa transmission sexuelle, la population a tenté de les appréhender en référence aux maladies vénériennes (Le Palec et Diarra 1995). Par ailleurs, si le préservatif a été et reste encore largement associé au sida, le "marketing social" tente d'en diffuser l'usage, sans toutefois mettre l'accent sur le sida, mais sur la protection des maladies sexuellement transmises en général et sur son caractère contraceptif.

classiquement ne lui appartiennent pas<sup>1</sup>. Ces maladies sont considérées comme des pathologies engendrées par le désordre social lié au mode de vie urbain<sup>2</sup> où sévit “l’amour commercial”<sup>3</sup>. Et le sida a été présenté comme une maladie de “l’adultère” (du *jeneya*<sup>4</sup>) et de la prostitution. On voit bien comment, dans ce contexte, on peut aisément passer d’une représentation à l’autre, faire glisser l’une sur l’autre. L’amalgame entre les termes français et bambara est souvent fait.

Certes dire en français, “le sida est une maladie des femmes ; il y a plus de femmes séropositives que d’hommes séropositifs”, avance plutôt le trait sémantique “contaminées” que celui de “contaminantes”. Cependant, cela peut accentuer la confusion qui règne à Bamako entre maladie et séropositivité. La notion de séropositivité est mal connue, mal comprise. Elle est, néanmoins, parfois appréhendée par le biais des maladies vénériennes que les femmes transmettent sans en avoir les symptômes, alors que ceux-ci se manifestent très rapidement chez les hommes. L’expression “femmes séropositives” à côté de celle de “maladie des femmes” peut donc renforcer encore cette idée d’un pouvoir contaminant des femmes.

### Un mal, dit des femmes

Si l’expression “le sida est une maladie des femmes” ne suscite pas de réaction particulière<sup>5</sup>, semble aller de soi, être banale, c’est qu’elle renvoie à une construction sociale du sida qui s’est imposée au cours des dernières années. Nous avons vu à Bamako apparaître et évoluer, autour du sida, un ensemble de discours révélateurs de tensions sociales, entre autres dans les relations hommes / femmes. Aujourd’hui, certains de ces discours se figent et, dans de nombreux contextes d’énonciation, ils sont reproduits à l’identique. Ainsi du danger que représente le lévirat quant à la contamination (cité par des médecins, des professionnels de l’information ou des jeunes hommes) ou du caractère protecteur de la polygamie mis en avant par les instances “morales” et d’information. Nous avons l’impression d’insister à l’émergence d’une *doxa*, dont l’Énonciateur est masculin et où les

<sup>1</sup> *Gono*, *sopisi* sont des termes empruntés au français (gonococcie, chaude-pisse) et intégrés phonologiquement au bambara.

<sup>2</sup> “Les chercheuses d’argent les donnent”, les femmes “pas sérieuses” les “vendent”, et comme le dit un jeune homme qui a eu le *gono*, “j’ai enlevé de l’argent pour acheter la maladie”.

<sup>3</sup> Expression utilisée par les jeunes hommes, par exemple lorsqu’ils se plaignent de leurs “copines” qui leur demandent trop d’argent, l’argent qu’ils n’ont pas, ne peuvent pas leur donner ou qu’ils ne veulent pas leur donner. « Il n’y a plus d’amour-propre, seul l’amour commercial existe » (Le Palec 1994a).

<sup>4</sup> *Jeneya*, traduit par “adultère”, signifie toute relation sexuelle en dehors du mariage, qu’on soit marié(e) ou non, et par extension, avoir des relations diverses et/ou multiples. Le terme bambara *jeneya* est utilisé pour traduire “prostitution”.

<sup>5</sup> Pendant le mois de décembre 1995, alors que nous étions en mission à Bamako, personne n’a mentionné ces interventions. Nous avons eu l’étrange impression d’avoir été seule à les entendre.

femmes sont présentées comme principalement contaminantes. L'articulation entre des représentations et pratiques populaires et celles des programmes de lutte contre le sida, dans le cadre des processus du changement social urbain qui affectent les rapports sociaux de sexe, en constitue le fondement.

En choisissant, dans la mouvance des programmes internationaux il y a plus de dix ans, d'orienter leurs études vers les "groupes à risque", les programmes maliens de lutte en ont sélectionné un : "les prostituées", pour le présenter comme principal responsable de la contamination. D'ordinaire, la notion de "groupe à risque" désigne un ensemble d'individus qui sont exposés à être contaminés en fonction de leur appartenance à ces groupes. De plus, elle permet de circonscrire le mal et de créer une séparation protectrice (nous et les autres). Mais, dans le cas des "prostituées", elle renvoie aussi et surtout à leur potentiel pouvoir contaminant. Avec ce détournement de sens, cette notion, aujourd'hui quasiment abandonnée par les chercheurs, garde au Mali une pertinence fonctionnelle. Elle organise et sous-tend encore le choix des études et des actions de prévention. Si les "prostituées" ont été incriminées dès le début de la prise en compte de la maladie, au Mali comme dans d'autres pays africains (Desclaux 1995), c'est sans doute que le sida, maladie qui se transmet par le sang et les relations sexuelles, est trop chargé symboliquement pour être appréhendé autrement que dans le cadre de la déviance sexuelle et sociale. En Europe et aux Etats-Unis il est apparu comme une maladie essentiellement masculine<sup>1</sup> ; au Mali, l'imputation aux prostituées, qui, par ailleurs, répondait à des modèles de diffusion de l'épidémie africaine, a très tôt associé femmes et sida. Cette association est, d'une certaine manière, fondatrice de l'histoire malienne du sida et tout se passe comme si les programmes de lutte ne pouvaient que la développer, la renforcer. Actuellement, les interventions en direction des "prostituées" sont toujours considérées comme prioritaires<sup>2</sup>, mais le danger que représentent les femmes n'apparaît plus circonscrit à cette catégorie. Comme le virus, il prend de l'ampleur, se propage. Le sida, désigné comme maladie de la prostitution et par extension de l'inconduite, reste — à l'image des maladies vénériennes — pensé comme une maladie dont les femmes sont la source et le vecteur.

### ***"Les prostituées"***

Les prostituées sont présentes comme groupe spécifique dans l'ensemble des études de type épidémiologique effectuées au Mali. Le

---

<sup>1</sup> Dans un entretien, Françoise Héritier observe : « Dans la définition du champ de l'atteinte, au début de l'épidémie, par l'expression imagée des quatre H, il s'agissait des héroïnomanes, hémophiles, Haïtiens et homosexuels. Spontanément, les gens entendent ces qualificatifs comme désignant des individus de sexe masculin » (Le Palec *et al.* 1997).

<sup>2</sup> Ce qui n'est plus forcément le point de vue des bailleurs de fonds.

Comité national de lutte contre le Sida a publié en 1987<sup>1</sup> les résultats de la première étude concernant la séroprévalence sous l'intitulé *Situation en 1987 des porteurs asymptomatiques du VIH dans les groupes à risque au niveau des 7 régions du Mali, par dépistage obligatoire à l'Elisa* : sept régions, sept tableaux, comportant chacun trois catégories, prostituées, prisonniers, femmes enceintes. De mars 1988 à février 1989, a été mené un "Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako" auprès de prostituées de cinq "maisons closes". Ce travail a été suivi en 1991 d'une étude sur les "Connaissances, attitudes et pratiques des prostituées des maisons closes et de leurs clients sur le sida à Bamako". En 1992-1993 une "enquête pilote" étudie parallèlement à l'échantillon "représentatif de la population nationale", "un groupe de prostituées (personnes de sexe féminin (*sic*) menant une activité sexuelle rétribuée), en incluant particulièrement les localités adjacentes des grands axes routiers, les gares routières et ferroviaires". En 1995, une étude a été menée afin d'estimer "la prévalence MST/VIH dans la population générale et des groupes considérés à risque" auprès d'un groupe de femmes enceintes, de prostituées et de camionneurs dans quatre villes du pays (Bamako, Sikasso "porte d'entrée de la Côte-d'Ivoire et du Burkina Faso", Mopti, "plaque tournante du trafic routier du Niger, du Burkina et du Nord du Mali", Koutiala "carrefour de plusieurs grands axes routiers").

D'une certaine façon le choix de ces travaux a été orienté par des pratiques d'enquête simplifiées grâce à des contraintes administratives et par l'appropriation de modèles épidémiologiques dans l'élaboration de principes d'imputation. Car, même si en 1988 "la participation des prostituées à l'étude était volontaire", et si en 1995 "pour être incluse dans l'étude, chaque femme enceinte devait donner son consentement"<sup>2</sup>, il n'en reste pas moins que la brigade des mœurs<sup>3</sup> et les PMI (centres de protection maternelle et infantile) sont, sans aucun doute, des atouts pour recruter des échantillons de prostituées et de femmes enceintes.

Dans ces études, le groupe des femmes enceintes est assimilé à la population générale. Avec des programmes de "surveillance sentinelle", la comparaison des taux de séroprévalence chez les femmes enceintes peut être un indicateur de l'évolution de l'épidémie. Mais comment peut-on considérer sérieusement que les femmes enceintes

---

<sup>1</sup> Polycopié du Ministère de la santé publique et des affaires sociales.

<sup>2</sup> Selon un informateur, on avait dit aux femmes que l'étude portait sur les MST, en omettant de parler du sida.

<sup>3</sup> « Le choix des maisons a été fait avec la collaboration de la brigade des mœurs qui travaille régulièrement avec les prostituées de la ville de Bamako ... Le 24/03/1988, l'équipe de l'INRSP (Institut national de recherche en santé publique) et un agent de la Brigade des mœurs ont visité les cinq maisons retenues et ont pris contact avec les premiers interlocuteurs (hommes ou femmes) qui avaient l'air de gérer ces maisons. Cette première rencontre nous a permis de leur expliquer le but de notre travail et de programmer une réunion avec l'ensemble des prostituées de chaque maison » (Koumaré *et al.* 1988 : 4).

sont représentatives de la population féminine (et même de la population des femmes en activité sexuelle, à moins d'exclure de cette catégorie les femmes stériles, les femmes sous contraception, les femmes ménopausées), et *a fortiori* représentatives de la population masculine ? S'il est pratique de passer par les PMI pour obtenir des prélèvements biologiques des femmes, le glissement méthodologique des femmes enceintes à l'ensemble des femmes porte tout le poids de la construction idéologique de la féminité (caractère déterminant des statuts d'épouse et de mère, socialisation du corps par la procréation). Par ailleurs, on retrouve dans la comparaison entre le groupe des "prostituées" et celui des "femmes enceintes" la "distinction" classique « établie dans l'ensemble des femmes entre celles qui sont affectées plus ou moins professionnellement à l'exercice de la sexualité et celles qui sont affectées à la reproduction » (Tabet 1985 : 101).

Ces études portent, en fait, sur des échantillons ("prostituées", et "population générale") presque exclusivement féminins<sup>1</sup>, comme si on cherchait symboliquement à préserver les hommes de la pollution. De plus, on a construit une catégorie "prostituées" avec une pratique de recrutement de l'échantillon fondée sur une contrainte<sup>2</sup> limitative, mais avec une définition tellement imprécise et large qu'elle pourrait indûment englober bien d'autres femmes. Quand on sait qu'à Bamako les relations sexuelles donnent systématiquement lieu à des compensations financières ou autres (sinon on tombe dans les catégories viol ou tromperie), définir les prostituées comme "des personnes de sexe féminin menant une activité sexuelle rétribuée" peut autoriser toutes sortes de glissements.

Ces études correspondent à un modèle général du développement de l'épidémie africaine. « Très tôt l'épidémie frappe les prostituées et leurs clients. Ces derniers infectent leurs autres partenaires (régulières ou occasionnelles) qui à leur tour pourraient infecter d'autres hommes (en particulier ceux qui ne fréquentent pas les prostituées), qui à leur tour ... Enfin les mères infectent leurs enfants » (Auvvert 1994 : 88).<sup>3</sup> Les femmes sont donc présentées comme contaminantes aux deux bouts de la chaîne. Les prostituées apparaissent à l'origine de l'épidémie, et les taux élevés de séroprévalence dans les "groupes de prostituées" sont utilisés pour confirmer cette hypothèse. Certes, si au Mali prostitution et sida sont en permanence associés, il est reconnu dans les milieux épidémiologiques occidentaux que ce n'est pas la prostitution en tant que telle qui représente un facteur de risque aggravant, les

<sup>1</sup> Dans l'étude menée en 1992, "l'échantillon de 5 326 individus représentatifs de la population nationale" comporte en fait "3 500 femmes et 1 826 hommes", et a été constitué par "un recrutement aléatoire des individus sur la base du volontariat".

<sup>2</sup> Dans l'étude menée auprès des "prostituées" des "maisons closes", on exigeait des femmes qu'elles se déclarent "prostituées professionnelles". On leur remettait alors une carte qui leur donnait droit à des analyses médicales, celles-ci servant aux prélèvements nécessaires à l'étude.

<sup>3</sup> Bertran Auvvert (1994 : 88) note : « Cette représentation est schématique, essentiellement parce qu'elle sépare les prostituées des autres femmes et les clients des autres hommes, alors que la réalité africaine est bien sûr plus complexe, mais en facilitant l'exposé, cette simplification aide à comprendre la dynamique de l'épidémie ».

prostituées en Europe du Nord n'étant pas ou très faiblement contaminées. La forte contamination des prostituées africaines serait due à de fréquentes pratiques sexuelles à haut risque et à l'absence de protection. Le mode d'explication s'appuie donc sur des comportements et des facteurs de risque, mais jamais n'intervient la moindre réflexion sur les éléments contaminants. On compare les pratiques des Européennes<sup>1</sup> à celles des Africaines, mais il n'est jamais souligné que les pratiques sont déterminées par les clients<sup>2</sup>. Par ailleurs, l'hypothèse que les clients des premières auraient pu être peu contaminés, alors que les clients des secondes l'auraient été, n'est jamais posée. Ainsi disparaissent ces hommes qui ont transmis le virus et les prostituées restent présentées comme premières dans l'ordre de la contamination.

Les modèles donnent deux représentations de la dynamique de l'épidémie. Dans la première, un groupe à haut risque atteint une prévalence élevée de l'infection. A partir de lui et « par le jeu des contacts sexuels multiples, le virus diffuse dans l'ensemble de la population ». C'est donc par les prostituées qu'arrive l'épidémie. Mais l'idée n'est jamais évoquée qu'un taux de séroprévalence élevé chez les prostituées peut être l'indicateur d'une certaine prévalence dans la population masculine, ce qui ferait basculer les termes et nuirait à la pertinence du modèle. Dans la deuxième représentation, « l'épidémie peut être considérée comme la résultante de plusieurs épidémies qui se développent dans des sous-groupes particuliers avec chacune sa propre dynamique, le virus se propage d'un sous-groupe à l'autre par les personnes infectées, qui appartiennent à plusieurs groupes ou passent de l'un à l'autre » (Auvert 1994 : 91). Le nouveau "groupe à risque" qui a été récemment désigné au Mali, les "transporteurs-camionneurs", répond à cette version de l'épidémie. Maladie de la prostitution, de la débauche, le sida menace de ronger le pays de l'intérieur ; maladie de l'extérieur, il menace d'y pénétrer. Ce nouveau "groupe" a l'avantage de relier ces deux représentations locales en affermissant celle du sida maladie de la mobilité. En effet, les chauffeurs-camionneurs voyagent, franchissent les frontières et sont censés<sup>3</sup> avoir des relations avec des prostituées là où le sida sévit (Côte-d'Ivoire...). L'imputation est d'autant plus aisée qu'ils ont la réputation de gens

---

<sup>1</sup> « Une proportion importante des prestations fournies par les prostituées en Europe et en Amérique du Nord sont des fellations, qui ne comportent presque aucun risque de transmission du VIH » (Decosas 1996 : 101).

<sup>2</sup> L'étude CAP de 1991 porte sur les prostituées des "maisons closes" et leurs clients. Néanmoins les clients n'ont pas été recrutés dans les "maisons closes". Ont été définis comme clients de prostituées les hommes fréquentant les bars. Le questionnaire a été passé auprès d'hommes rencontrés à raison de 15 par bar et de 2 bars par commune. Quand on sait que l'enquête a eu lieu entre le 28 décembre et le 3 janvier, période des fêtes de fin d'année, on a encore plus de difficulté à saisir la relation entre "clients de prostituées" et clients de bar.

<sup>3</sup> « Au cours d'un séminaire tenu en août 1995 à Pietermaritzburg, en Afrique du Sud, sur le thème "VIH, chauffeurs routiers et prostituées", il est apparu que, pour beaucoup de routiers, les femmes qu'ils rencontraient sur les aires de repos étaient "des petites amies" et non pas "des prostituées" » (Seidel 1996 : 32).

“peu sérieux”, “drogués” (“sinon comment pourraient-ils travailler autant ?”), “coureurs”<sup>1</sup>.

Ces travaux “scientifiques”, en s’inscrivant dans les modèles épidémiologiques concernant le sida en Afrique, ont largement participé à forger certaines représentations locales du sida. Ils en sont aussi très vite devenus le produit et ils n’ont cessé de les renforcer.

### *Des “prostituées” aux femmes des quartiers*

Lors des campagnes d’information aussi, les “prostituées” ont toujours été présentées, de façon directe ou indirecte, comme responsables de la contamination. Par exemple, les animations-débats données dans les quartiers commençaient par quelques images d’une malade du sida, puis l’animateur du PNLS précisait qu’il s’agissait d’une prostituée ghanéenne<sup>2</sup>. Ou encore, dans les premières pièces de *kotéba*<sup>3</sup>, les protagonistes attrapaient toujours le sida avec des jeunes femmes à la démarche chaloupée, sac au bras, cigarette à la main.

Les récentes pièces de *kotéba* sont produites pour s’adresser directement aux “groupes-cibles”. Celles qui s’adressent spécifiquement aux “prostituées” sont jouées dans les “maquis”. Le décor représente un bar, les principales protagonistes sont des jeunes femmes en quête de clients. Elles entretiennent une complicité avec le barman, avec qui elles dialoguent. Ici, l’accent est mis sur le “groupe à risque” en tant que tel : elles doivent penser à se protéger, et on leur fait dire à plusieurs reprises : “la santé d’abord”. Ces jeunes femmes, délurées, sympathiques, ont parfaitement compris le message — énoncé, par exemple, par une de leurs amies revenue de l’étranger en parfaite santé et parée d’atours signalant la réussite financière. La moquerie est alors détournée sur des femmes qui entrent dans le bar accompagnées d’un homme, toutes fières de se faire offrir un verre : ridicules, minaudières, maniérées. Message : ces femmes des “carrés”<sup>4</sup>, qui jouent les femmes respectables, au fond ne cherchent pas autre chose que les filles de bar, mais sans être capables d’assumer la moindre responsabilité face aux mesures de protection.

On retrouve ici l’idée souvent énoncée dans les milieux de la prévention que les “clandestines” sont les femmes les plus dangereuses. On peut s’adresser aux “professionnelles”, les informer, voire les contraindre à subir l’information, mais toutes les autres seraient difficiles à atteindre. À partir de la catégorie “prostituées”, par glissements successifs, on stigmatise de nombreuses femmes, jusqu’à celles

<sup>1</sup> En milieu populaire, même les chauffeurs de *duruni* (véhicules automobiles bâchés) ont cette réputation. Un apprenti chauffeur dit fièrement qu’il est un grand dragueur et que, d’ailleurs, les chauffeurs ont toujours du succès avec les femmes ; de plus ils ont de nombreuses occasions, en particulier avec les passagères.

<sup>2</sup> Au Mali, cela signifie prostituée professionnelle. Sont réunies là, en une seule image, les deux principales imputations : l’étranger et les prostituées.

<sup>3</sup> Théâtre populaire, de tradition *bamanan*. La danse et la musique y sont des composantes indispensables. Le comique y est utilisé pour faire passer des messages.

<sup>4</sup> Groupes de maisons à l’intersection de quatre rues.



“des quartiers” qui se laisseraient séduire pour de l’argent, ou rechercheraient les hommes pour en obtenir des compensations. La plupart des jeunes femmes sont donc considérées comme des prostituées qui ne veulent pas dire leur nom. Par ailleurs, ces nouveaux messages renforcent encore l’association très tôt apparue préservatif / prostitution dont un des effets pervers a été de détourner les jeunes femmes et hommes de l’usage du préservatif. Et cela au moment même où ils avaient pu commencer à négocier cet usage en bricolant représentations locales des maladies et informations sur le sida (Le Palec 1994a).

### *Des femmes face à la pauvreté*

D’autres femmes auraient des conduites qu’on rapproche de la prostitution, mais ne sont pas pour autant présentées comme vénales. On invoque alors des difficultés économiques en raison desquelles elles seraient obligées de “s’offrir” aux hommes. On passe ainsi d’une construction sociale à une autre, ou plus exactement on fait glisser l’une sur l’autre : le sida, maladie des femmes devient maladie de la pauvreté. Par exemple cette femme, dont le mari chômeur s’est éclipsé dès le matin pour échapper à “l’argent des condiments”, doit cependant nourrir ses enfants, et d’ailleurs le mari lui-même ne manquera pas de revenir à la maison à l’heure du repas ; elle n’a, semble-t-il, pas d’autre solution ce jour-là que de proposer ses services sexuels à son jeune voisin pour “trouver” les 300 francs CFA de la nourriture. Ou cette autre femme qui, parce qu’elle aurait faim ce soir-là, se laisse “plier” sous les manguiers en échange des 250 francs CFA nécessaires à l’achat de “salade”.

Ce type de discours est plutôt tenu par des jeunes hommes des quartiers populaires. Cependant, ils rejoignent dans une même intuition idéologique les intentions des projets “femmes et développement” auxquels ont été rattachés certains projets “femmes et sida”. Le jeune homme qui dit aider sa pauvre voisine dans le besoin, mais qui n’imagine pas une seconde qu’il aurait pu donner les 300 francs CFA à cette mère de famille, sans contrepartie sexuelle, s’appuie donc sur cet exemple pour dénoncer les bailleurs de fonds : s’ils voulaient vraiment lutter contre le sida, ils engageraient des programmes pour que les femmes aient plus de “moyens”. Le discours du jeune homme est du même ordre que ceux que nous entendons par ailleurs et qui, autour du sida, expriment des tensions, entre autres, dans les rapports Nord / Sud. Son attitude correspond à une forme de redistribution qui, lorsqu’elle s’effectue par l’intermédiaire des femmes, ne semble pouvoir s’accomplir hors de leur usage sexuel.

En milieu urbain, les relations sexuelles sont bien souvent appréhendées, indépendamment des relations affectives ou sentimentales, comme l’usage du corps des femmes contre rétribution. Dans ce cadre, deux types de femmes sont alors définis : les vénales, qui ont l’outrecuidance de se rendre, d’une certaine manière, libres en s’appropriant les fruits de leurs prestations sexuelles, et les autres, les démunies qui, parce que leur père ou mari ne s’acquittent plus de leurs

devoirs envers elles, doivent s'adresser à d'autres hommes pour subvenir à leurs besoins. En fait le passage d'une représentation à l'autre est aisé : il est fonction du contexte d'énonciation et des stratégies discursives.

### *“Les petites bonnes”*

A Bamako, il y a une autre catégorie de femmes qui apparemment préoccupe les milieux de la prévention et du développement, et qu'on nomme les “petites bonnes”. Ce sont de jeunes rurales qui viennent en ville travailler comme employées de maison. Selon le stéréotype en vigueur, elles y viendraient pour pouvoir constituer leur trousseau, puis retourneraient se marier au village. Deux types de représentation s'attachent à elles. D'une part, séduites par les attraits de la capitale (beaux vêtements, pagnes, crèmes en tout genre, sorties possibles, cinéma, boîtes de nuit) et non informées de ses dangers, elles seraient particulièrement vulnérables à ses tentations auxquelles, naïves, elles succomberaient facilement. D'autre part, éhontément exploitées par les patronnes, elles seraient obligées d'accepter les avances des hommes pour survivre. Il est vrai que le salaire mensuel d'une employée de maison dépasse rarement 5 000 francs CFA ; souvent il n'est pas versé régulièrement, voire pas du tout, sous prétexte de protéger la jeune femme en lui réservant son pécule. Ainsi ces “petites bonnes” sont parfois retenues quasiment de force dans leur emploi, leurs employeurs ne pouvant ou ne voulant pas payer ce qu'ils leur doivent lorsqu'elles désirent les quitter<sup>1</sup>. En réalité, ces jeunes femmes ont peu l'occasion de faire des rencontres : la plupart du temps, elles travaillent dès l'aube et jusque tard le soir, et ne sortent pratiquement pas. De plus, les jeunes hommes des quartiers affichent du mépris pour ces “broussardes” mal habillées. Mais, qu'elles le veuillent ou non, elles sont à la merci du désir des hommes de la famille ou de ceux de la “cour” dans laquelle elles résident.

On a donc deux images des “petites bonnes” : d'un côté des jeunes femmes qui deviennent vite délurées et vénales et, de l'autre, de misérables jeunes femmes qui doivent se débattre pour s'en sortir et “trouver l'argent” du retour au village. Avec elles, on en revient aux deux types de représentation définis plus haut : une forme de

---

<sup>1</sup> Une de ces jeunes femmes nous a raconté lors d'un entretien, qu'ayant en vain fait convoquer son employeur à la police plusieurs fois, elle espérait récupérer son dû en faisant intervenir les féticheurs de son village. Elle avait quitté son emploi et, par ailleurs, était en relation étroite avec des ressortissants de son village résidant à Bamako. Cette jeune femme n'était aucunement venue en ville avec l'intention de retourner vivre au village pour y être exploitée par sa famille ou un futur mari. A Bamako, elle recherchait une place où elle aurait pu gagner décemment sa vie (comme par exemple chez l'anthropologue blanche), mais refusait de s'adonner à de petits métiers, tels que vendeuse de salade, beignets ou autres, parce que son logeur, un ami de sa famille, lui aurait demandé de restituer tout ou partie de ce qu'elle gagnait. Elle préférait donc ne pas travailler, participer aux travaux domestiques de la famille, et obtenir auprès des “copains” et relations masculines l'argent nécessaire à sa petite vie de citadine.

prostitution dont la culpabilité incomberait aux femmes, et une autre dont elles ne seraient pas responsables.

Ces “petites bonnes”, censées être forcément enceintes pendant leur séjour en ville, avaient la réputation d’abandonner leur enfant lorsqu’elles rentraient au village se marier. Aujourd’hui, elles sont, de plus, considérées comme le principal vecteur de la propagation du sida du milieu urbain vers le milieu rural. Avec elles, “l’intérieur” du pays serait donc contaminé, comme les villes, par l’œuvre des femmes.

Bien évidemment “les petites bonnes” ne sont pas les seules à migrer entre la campagne et la ville. De nombreuses personnes se déplacent notamment de la ville vers la campagne au moment des cultures, et de la campagne vers la ville à la fin de celles-ci. Par ailleurs, beaucoup d’hommes résidant à Bamako ont leurs épouses au village, et viennent de temps en temps leur rendre visite. “Célibataires” dans l’intervalle, ils ont nécessairement des maîtresses. Mais de cela on ne parle pas. Seules les “petites bonnes” semblent inquiétantes quand est envisagée la contamination du milieu rural.

Le *koteba* les met en scène sous des versions différentes. Dans l’une d’elles, c’est la patronne, qui pour aider sa bonne, lui explique comment gagner de l’argent et lui trouve des clients. L’alliance entre ces deux femmes, l’une perverse, l’autre innocente, mais qui apprend vite à être vénale, renforce encore l’idée que le sida vient des femmes.

### *Les épouses*

Dans le cadre de la lutte contre le sida, on ne mentionne pas les épouses sinon pour leur signifier : “toute femme a le devoir moral de s’informer et d’éduquer non seulement sa famille, mais aussi son entourage pour combattre ce fléau”, “d’assurer l’éducation sexuelle de ses enfants” et, “en tant que maîtresse de maison, elle doit se mettre à la disposition des membres de sa famille et de son entourage malades du sida”, comme l’affirme un petit dépliant du PNLS intitulé “Femmes et sida, parlons-en”<sup>1</sup>.

Et pourtant les femmes mariées forment un vrai “groupe à risque”, elles qui n’ont aucun contrôle sur la vie sexuelle de leur mari, mais qui se doivent d’exiger les devoirs conjugaux. D’autre part, comme le disent les médecins qui ne voient pas comment ils pourraient éviter la contamination des épouses : “de toute façon, une femme ne peut se refuser à son mari”. On leur propose la fidélité pour se protéger<sup>2</sup>. Cependant les femmes savent bien que leur fidélité protège éventuellement leur mari, mais non elles-mêmes. La recommandation de fidélité, mise en avant par la prévention, s’adresse semble-t-il à tout le monde, aux hommes comme aux femmes. Néanmoins, dans un

---

<sup>1</sup> Le PNLS a édité un autre dépliant de ce type, pour les jeunes : “Jeunesse et sida. Ça peut nous arriver ! Protégeons-nous”.

<sup>2</sup> De récentes études montrent que le nombre de femmes contaminées dès le début de leur vie sexuelle a *fortement* augmenté, et aussi le nombre des femmes ayant eu un unique partenaire.

univers culturel où selon la formule d'un journaliste "la polygamie est naturelle", la fidélité ne peut concerner que les femmes.

### *Le lévirat*

Lorsque les épouses sont pensées comme pouvant être source de la contamination et non plus comme victimes potentielles, il y a une forme de consensus pour les dénoncer. C'est ce que font les médecins quand, à la mort d'un de leurs malades, ils préviennent un responsable de la famille pour que les veuves ne soient pas épousées par les frères cadets du défunt. Autour de cette pratique s'est construit un type de discours qui présente le lévirat comme particulièrement dangereux quant à la contamination par le VIH. Nous avons rencontré ces discours dans la bouche des médecins (Le Palec 1994b), nous les retrouvons aussi maintenant dans celle des professionnels de la prévention, de certains jeunes hommes des quartiers et sous la plume de journalistes.

Il pourrait sembler contradictoire de dénoncer cette "coutume" alors que les instances d'information font prioritairement appel à un retour aux "valeurs traditionnelles" (qui se résument en fait à une mythique fidélité) pour se protéger contre le sida. Cependant, ces deux démarches participent d'une même stratégie discursive qui aborde les bouleversements liés au changement social et les tensions qu'ils génèrent essentiellement du point de vue des prérogatives masculines. En effet, si le lévirat peut sembler adapté à la vie rurale, aujourd'hui en milieu urbain il est pour beaucoup d'hommes, et plus précisément pour ceux des classes moyennes, une contrainte plus qu'un avantage. Être obligé de recueillir et d'entretenir l'épouse et les enfants d'un frère décédé constitue souvent une charge lourde si l'on tient compte des conditions précaires de logement et des difficultés économiques. Par ailleurs, cela peut aller à l'encontre d'un choix de vie où le pouvoir des pères, des aînés devient de moins en moins supportable. Le lévirat connote les rapports d'autorité aînés / cadets — et plus précisément aînés ruraux / cadets urbains —, ainsi que la solidarité familiale, contraintes auxquelles, dans le cadre de la "modernité" et du changement social, on essaie d'échapper le plus possible<sup>1</sup>. Il nous semble que c'est ainsi qu'on peut comprendre un discours commun (commun, mais masculin<sup>2</sup>), contre le lévirat qui se retrouve aussi dans d'autres pays<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Dans une bande dessinée intitulée "Sidako" réalisée pour le Centre National d'Information, d'Éducation et de Communication pour la Santé, on montre comment un vieux villageois tente d'imposer à son fils, citadin et monogame, le mariage avec la veuve de son frère mort du sida. L'intéressé est tiraillé entre le respect qu'il doit à son père et l'envie de continuer à mener avec sa femme et ses enfants la vie qu'il s'est choisie. Il finira par épouser la veuve à qui il a fait faire un test qui s'est révélé négatif. Tout se termine apparemment bien : l'autorité du père est respectée et la famille ne continuera pas à être endeuillée.

<sup>2</sup> Par rapport au sida, à Bamako, nous n'avons jamais entendu une femme aborder le thème du lévirat.

<sup>3</sup> Pour Bernard Taverne, « Une erreur d'évaluation — sur la limitation de la diffusion de l'épidémie par l'arrêt du lévirat, ou sur les risques de transmission par l'excision — est occultée parce qu'elle sert de nouvel argument à une revendication ("féministe")

*La polygamie*

Si le lévirat implique la polygamie, le lien entre polygamie et sida fait plutôt l'objet d'une controverse. La polygamie est présentée par certains comme facteur de risque du sida et par d'autres au contraire comme un élément protecteur.

Ainsi des jeunes gens déclarent-ils que, les femmes étant difficiles à "contrôler", un mari ne peut jamais savoir si une de ses épouses ne le trompe pas : le sida peut de ce fait entrer facilement dans le ménage et contaminer plusieurs personnes. Ces discours sont le plus souvent tenus par de jeunes célibataires qui ne peuvent envisager le mariage en raison de difficultés économiques (chômage, petits boulots, coût élevé de la dot). Autour du sida s'exprime leur ressentiment vis-à-vis des hommes qui peuvent s'offrir plusieurs femmes, des hommes mariés qui ont les moyens de sortir avec les jeunes femmes qu'eux-mêmes convoitent.

Les instances morales et religieuses présentent la polygamie comme un rempart contre le "dévergondage sexuel". La polygamie offrirait aux hommes une solution institutionnelle pour satisfaire leurs désirs sexuels qui les poussent naturellement vers plusieurs femmes. Par ailleurs, la polygamie permettrait aux jeunes femmes de pouvoir se marier malgré le (soi disant) nombre moins élevé d'hommes que de femmes<sup>1</sup>. Ainsi, dans certaines émissions de radio qualifiées par des informatrices comme émissions "Femmes et développement", il est recommandé aux femmes de ne pas s'opposer à la polygamie. Refuser la polygamie pour une femme, c'est se montrer "égoïste" avec les autres femmes, qui, si elles n'ont pas la possibilité de trouver un mari, seront obligées de s'adonner au dévergondage.

Contrairement au lévirat, la polygamie est présentée par les discours d'autorité comme une institution non dangereuse quant à la propagation du sida. Avec le lévirat apparaissent immédiatement le risque de contamination des hommes et la destruction de la famille agnatique par les alliées. Le lévirat aurait pu faciliter la prise en charge

---

contre une pratique jugée préjudiciable antérieurement à l'existence du sida. Les conséquences en sont tout aussi néfastes : dans le cas de l'excision cela concourt à diffuser de fausses informations sur les risques de contamination, dans le cas du lévirat à renforcer des comportements d'exclusion des malades » (Taverne 1996).

Au Mali, on rencontre la même association entre sida et lévirat. Cependant, à notre connaissance, il n'y a jamais eu de polémique médiatique et/ou politique autour du lévirat. Par ailleurs, les quelques prises de position politiques contre l'excision durant les années 90-91 ont disparu avec la médiatisation du sida.

Si Bernard Taverne mentionne en fin d'article l'excision, nous n'irons pas jusqu'à penser que c'est en raison d'une problématique sur l'exclusion (les femmes ne font-elles pas mutiler leurs filles, entre autres pour leur éviter l'exclusion ?). Néanmoins on saisit mal en quoi la surévaluation des risques de contamination par l'excision peut être néfaste. Cette surévaluation contribuerait-elle à la diffusion du sida ? Et si elle était susceptible d'amener (ce qui est peu probable, pour ne pas dire improbable) à une réduction de la pratique de l'excision, qui s'en plaindrait ?

<sup>1</sup> On affirme parfois qu'il y a quatre fois plus de femmes que d'hommes !

des séropositives <sup>1</sup> ; mais précisément ce devoir qu'il imposerait envers des femmes, dont certaines sont contaminées, ne pourrait s'inscrire que dans une contrainte sociale et familiale qui, en milieu urbain, tend à se dissoudre <sup>2</sup>. La polygamie — dans laquelle s'inscrit le lévirat s'il n'est pas perçu comme danger ou contrainte — peut perdurer en ville, voire se développer, dans la mesure où elle dépend de plus en plus de l'initiative individuelle masculine.

### **Le sida au féminin**

Si on donnait la parole aux femmes ou si tout simplement on les écoutait, on entendrait, entre autres, ce refus que toute femme puisse être tenue pour une dévergondée en puissance — refus exprimé avec habileté et dérision par cette mère de famille : “Quand les jeunes femmes se promènent, elles peuvent attraper le sida en marchant sur une lame de rasoir” <sup>3</sup>.

Lorsque les premières informations sur le sida ont été diffusées, les jeunes femmes ont tenté de se les approprier en les reliant aux maladies qui s'attrapent dans le cadre des rapports entre sexes : maladies sexuellement transmissibles et maladies envoyées par vengeance (Le Palec et Diarra 1995). Dans cette démarche, elles ont exprimé les tensions qui existent dans ces rapports et leur peur de la violence qui s'y manifeste. S'interrogeant sur la possibilité d'une transmission du sida par l'agression sorcellaire, elles laissent transparaître leur angoisse de risquer jusqu'à la mort, si elles refusent de se soumettre aux désirs de certains hommes. En effet, un homme qui désire une femme ne saurait supporter que celle-ci se refuse, il se vengera d'une manière ou

---

<sup>1</sup> « En effet, le lévirat permet, entre autres, aux veuves de pouvoir continuer à vivre, si elles le désirent, au sein du lignage auquel elles ont donné des enfants, et donc de rester auprès d'eux. Il existe des formes de lévirat où le mariage n'est pas forcément consommé, en particulier quand les femmes sont âgées. Il est vrai qu'à Bamako, quand on évoque le lévirat, on pense mariage consommé, surtout quand les femmes sont encore jeunes. Mais la séropositivité et le sida créent une situation particulière qu'il faut ou qu'il faudrait pouvoir gérer. De plus, si une femme a déjà donné des enfants à la famille de son mari, il peut être concevable qu'un mariage soit non consommé ou consommé avec des relations protégées. On peut imaginer qu'une famille déjà éprouvée et consciente de la situation serait la mieux à même de protéger ses membres et ses alliées » (Le Palec 1994b).

<sup>2</sup> Dans une étude menée auprès de 114 malades hospitalisés, Tiéman Diarra a constaté que seules des femmes mariées n'avaient plus de “soutien”, leur mari s'était éloigné, voire avait pris une autre épouse (Diarra 1994).

<sup>3</sup> Le verbe “se promener” est utilisé pour signifier “draguer” (plus exactement chercher à se faire draguer). On dira par exemple d'une jeune fille qu'elle “se promène trop”. On oppose alors “se promener” à “être assise”. Une jeune fille sérieuse est une jeune fille qui reste “assise”, c'est-à-dire qui reste chez elle. Son “copain” peut toujours la trouver à la maison.

Les messages ont véhiculé la contamination par le sang en la représentant par des objets tranchants et piquants “souillés” (principalement seringues, aiguilles, lames de rasoir). Les lames de rasoir sont couramment utilisées dans la vie quotidienne (couper les cheveux, les ongles...).

d'une autre, en agressant, en lançant des maladies... Les rapports de conquête sont décrits comme si la séduction était le plus souvent absente. Ce sont des rapports de force qui peuvent s'exprimer par la violence. Dans leurs réponses aux propositions qui leur sont faites, les jeunes femmes prennent toujours des précautions pour éviter une éventuelle réaction agressive. En milieu urbain, les jeunes femmes peuvent être sollicitées par n'importe qui, ce qu'elles craignent tout en espérant rencontrer l'homme qui leur donnera le statut désiré.

Autour des informations concernant la prévention, les jeunes femmes célibataires ont construit un modèle de la relation amoureuse auquel elles aspirent. Une relation avec "le copain" comportant la fidélité réciproque, une relation qui s'apparente au modèle classique où le copain afficherait son attachement par le respect de ses devoirs (surtout économiques) vis-à-vis d'elles et de leur famille. Mais une relation qui se projette aussi sur le modèle occidental d'un rapport privilégié entre deux personnes fondé sur la confiance et la communication. Si, dans la pratique, les relations avec "le copain" sont souvent loin de cette aspiration féminine, ce sont cependant les seules dans lesquelles les jeunes femmes disent avoir des moyens de négociation. En effet, elles peuvent casser la relation à tout moment si le copain n'est pas fidèle ou ne s'acquitte pas de ses obligations économiques.

En opposition, le mariage représente la situation la plus dangereuse : on "connaît" son mari, et pourtant il peut donner la maladie, rapportée de l'extérieur. Dans le mariage, par la fidélité et le comportement de bonne épouse, on peut se protéger de l'agression sociale, mais non du sida. Les jeunes femmes projettent sur le mariage à la mairie (peu pratiqué) l'image de la relation occidentale, synonyme de fidélité réciproque : être mariée à la mairie représente donc un moyen de se protéger contre le sida. De plus, ce mariage est, au dire des femmes, celui qui les protège le mieux contre une répudiation ou un divorce intempestif.

Les femmes mariées voient dans la polygamie la porte ouverte aux risques de contamination. Celles qui sont en mariage monogame expriment ainsi la crainte d'avoir un jour une coépouse. Et les instances d'information peuvent leur affirmer que les ménages polygames sont moins touchés par la maladie, elles savent bien qu'en raison de cette institution tout homme marié est autorisé à avoir des maîtresses qu'il pourra un jour épouser si bon lui semble. Celles qui sont en mariage polygame expriment les tensions que ce type de mariage engendre entre coépouses, mais aussi avec le mari. Les coépouses représentent pour elles un risque supplémentaire de contamination : "La crainte est toujours là, on se connaît, mais on ne peut pas connaître les autres, on ne peut pas connaître la coépouse. Il y a donc toujours la hantise. On ne peut pas dire, elle n'est pas sérieuse, il faut qu'on prenne des précautions, si on fait le scandale, ça peut amener au divorce".

Ces femmes, à qui les autorités rappellent que leur rôle de mères de famille et de femmes respectables ne les autorise pas à contester la

polygamie, revendiquent néanmoins et en conséquence le droit de se protéger. On a beau leur dire que le planning familial commence à envisager d'associer les hommes à la contraception en leur proposant le port du préservatif<sup>1</sup>, elles croient peu à l'efficacité de ces solutions pour leur propre protection et déclarent qu'en tant qu'Africaines et musulmanes, il ne leur est pas possible d'imposer le préservatif à leur mari. Elles demandent, par l'intermédiaire de l'anthropologue, aux "grands chercheurs européens" d'inventer et de fabriquer des préservatifs féminins. Elles souhaitent un préservatif (ou un spermicide) qui leur permettrait d'assumer elles-mêmes leur protection.

Cette demande des femmes n'est pas nouvelle, elle s'exprimait dès nos premières enquêtes sur le sida en 1992 auprès de jeunes femmes d'un quartier populaire ; aujourd'hui elle est aussi formulée par des moins jeunes, des célibataires, des épouses en situation de monogamie ou de polygamie. Ces Maliennes nous posent là une question tout à fait pertinente : a-t-on seulement essayé de mettre sur le marché à prix abordable les préservatifs féminins ? Par ailleurs, les milieux de la recherche ont-ils vraiment pensé à l'apport considérable pour la lutte contre la contamination, qu'aurait pu constituer la mise au point, par exemple, d'un ovule du type spermicide qui neutraliserait le VIH ?<sup>2</sup>

L'ensemble des femmes expriment aussi autour du sida leurs craintes devant l'accouchement, dénonçant les conditions dans lesquelles celui-ci leur est imposé à l'intérieur des maternités. Le plus souvent, le peu d'attention, la rudesse, voire la violence et le manque d'hygiène leur rappellent que la fonction des femmes est d'être procréatrices et qu'elles ne sont pas censées vivre cet événement important en tant que personne. Elles ont peur d'attraper la maladie sur une table d'accouchement maculée, ou avec les gants "souillés" d'une matrone ou d'une sage-femme<sup>3</sup>. C'est l'occasion pour certaines d'entre elles de voir dans le sida une maladie de la pauvreté : les femmes pauvres n'ont pas les moyens de "payer" des gants gynécologiques qui pourraient les protéger des contacts les plus contaminants.

---

<sup>1</sup> Alors que depuis peu de temps les femmes peuvent se faire "planifier" sans l'autorisation de leur mari, cette démarche, d'une certaine manière, leur reprendrait l'autonomie que certaines ont su acquérir dans la maîtrise de leur fécondité.

<sup>2</sup> A l'occasion de la Conférence de Vancouver, en juillet 1996, la presse française a signalé qu'on testait l'efficacité d'ovules lors d'accouchements de femmes séropositives en Afrique pour éviter la transmission du virus au bébé. Cela signifie bien que, dans certains contextes, ce problème a pu être pensé.

<sup>3</sup> Dans le petit dépliant "Femmes et sida, parlons-en", dans la rubrique "Comment se transmet le sida chez la (*sic*) femme", il est indiqué en gros avec dessin à l'appui : "par les gants souillés". Puis on précise : dans "certaines pratiques qui exposent davantage les femmes" à savoir : "utilisation d'un même gant lors des accouchements et consultations gynécologiques". A qui s'adressent ces recommandations ? On voit difficilement comment une femme en train d'accoucher pourrait imposer à la sage-femme de "prendre des gants".



## Conclusion

Il serait intéressant d'écouter ce que les femmes expriment face à cette maladie et d'en tenir compte dans le cadre des programmes de prévention et de prise en charge : elles aussi sont en danger de mort face au VIH. Mais le sida est un puissant révélateur de tensions sociales. Dès lors serait-il moins dangereux de laisser contaminer les femmes que d'accepter qu'autour du sida s'exprime une contestation des rapports sociaux de sexe ?

Les femmes restent exclues en tant que sujets d'énonciation des discours sur le sida<sup>1</sup> et ceux-ci construisent un sens social de la contamination où elles jouent le mauvais rôle. Il suffit pour s'en persuader de regarder le dépliant du PNLIS "Femme et sida" : à la rubrique "Qu'est ce qu'une femme séropositive ?", il est écrit en *nota bene*, gras et souligné : "C'est la forme la plus dangereuse"<sup>2</sup>. Dangereuse pour qui ?

Par ailleurs, cette construction d'un sida féminin nécessite que soit exclu des discours de prévention un certain nombre d'informations. Dire, par exemple, que dans les relations hétérosexuelles, l'homme est plus contaminant que la femme, ou encore qu'il n'y a (presque) aucun risque de contamination dans les relations homosexuelles féminines (autrement dit, en l'absence d'homme, le risque disparaît) pourrait considérablement perturber une image d'un "sida maladie des femmes". Une telle occultation en montre la fragilité.

Apparemment loin de cette construction et de sa fragilité se situent les messages dont les modes narratifs s'appuient sur une symbolique de type traditionnel. Néanmoins, dans leurs intentions pédagogiques et informatives, ils n'échappent pas à l'association femmes / sida. C'est le cas d'un joli petit film, ou plus exactement d'une pièce filmée qui offre une version ludique du sida fait femme<sup>3</sup>. On y retrouve aussi les métaphores guerrières ordinairement utilisées (Sontag 1989) pour décrire l'agression virale et la représentation d'une contamination venant de l'extérieur. Dans ce film, le sida — une bête immonde dont l'armée se compose de ravissantes jeunes femmes — a déjà détruit plusieurs royaumes et s'apprête à foncer sur celui de Tighebougou. Inquiet, le roi promet la main de sa fille à celui qui vaincra le monstre. Un à un, les plus valeureux guerriers partent au combat ; en chemin tous croisent une vieille femme qui les interpelle sans qu'ils lui accordent attention ; aucun ne reviendra de la périlleuse mission. Le dernier candidat, averti par la fille du roi, écoutera le discours de la vieille (la révélation des secrets du sida, entre autres l'utilisation du

---

<sup>1</sup> Si on voulait s'assurer d'avoir affaire à un discours masculin, il suffirait de consulter une fois de plus le dépliant à l'intention des femmes. On y trouve mentionnées, entre autres, comme "pratiques qui exposent d'avantage les femmes" : "les femmes qui font les rapports sexe-anus".

<sup>2</sup> Il y a dans ce dépliant une rubrique spécifique, intitulée : "Comment doit se comporter une femme séropositive ?".

<sup>3</sup> Pour bien montrer l'importance accordée à cette démarche, on a choisi comme acteurs et actrices, bien qu'amateurs, des membres des différentes ONG participant à la lutte contre le sida.

préservatif) et remportera la victoire. Ainsi le royaume est-il sauvé d'une agression mortelle menée par une armée féminine, grâce à l'intervention de deux femmes — une princesse amoureuse et une femme ménopausée : c'est donc qu'à un degré ou un autre, elles détiennent les secrets du sida et ont partie liée avec lui.

Le continent africain a été le premier où s'est posé le problème de la contamination des femmes. Des modélisations de l'épidémie africaine ont été reprises par les responsables maliens qui ont induit des programmes financés par la coopération internationale. La rencontre entre certaines recherches, certaines politiques de santé publique et des représentations et pratiques populaires a permis la construction d'une image sociale du sida où les femmes sont présentées comme largement contaminées, mais aussi comme principales responsables de la contamination.

Actuellement, on commence à se préoccuper vraiment de la situation des femmes face aux risques de contamination, mais rares sont encore les études qui prennent en compte ce qu'elles expriment quant à leurs craintes, leurs attentes, leurs représentations et pratiques face au sida. Certains chercheurs en sciences sociales se sont récemment intéressés à une autre catégorie construite, "les féministes", qu'ils tiennent pour partiellement responsables de la non-mise en place de programmes qui auraient pu freiner l'épidémie (par exemple "améliorer les conditions de la prostitution" (Decosas 1996), alors que les féministes condamnent toute prostitution). D'un côté, il semble qu'on ne peut pas entendre les femmes ou qu'il est difficile de les écouter. De l'autre, quand elles s'expriment, quand on ne peut pas ne pas les entendre, on a l'impression que seuls sont retenus, encore que décontextualisés, les discours qui pourraient avoir des effets néfastes ou pervers pour la lutte contre le sida.

Les témoignages de femmes qu'Awa Thiam a publiés dans son livre *La parole aux négresses* (Thiam 1978), il y a vingt ans, demeurent malheureusement toujours d'actualité. Et bien qu'alors il ne fût pas question de sida, la relecture de cet ouvrage aujourd'hui invite à prendre conscience, si besoin était, que la violence physique et symbolique contre les femmes est pour elles un facteur de fragilisation devant le sida aussi.

### Bibliographie

- AUVERT B., 1994, « Epidémiologie du sida en Afrique », *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED : 63-117.
- DECOSAS J., 1996, « Prostitution et sida en Afrique de l'ouest », *Le Journal du sida*, numéro spécial *Afrique*, 86-87 : 101-103.
- DIARRA T., 1994, « Les malades du sida en milieu hospitalier au Mali », in T. DIARRA, C. FAY *et al.*, *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : 3.1-14.

- DIARRA T., FAY C., GERARD E., KONE F., LE PALEC A., PAMANTA O., TIOULENTA T., VUARIN R., 1994, *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : 170 p. multigr. (pagination multiple).
- DESCLAUX A., 1995, « L'Etat contre la santé publique ? La désignation d'un groupe social dans le discours public sur le sida au Burkina Faso », *Sociologie et Santé*, 13 : 85-91.
- DOZON J.-P., GUILLAUME A., 1994, « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida », *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED : 179-223.
- FAY C., PAMANTA O., 1994, « Le sida au Maasina : une maladie des limites », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : 6.1-22.
- KOUMARE B., BOUDOUGOU F., MAIGA Y.I., FOFANA O., COULIBALY A., BOCOUM M., BA M., COULIBALY S., DICKO I., JESENCKY K., NICHOLS D., 1988, *Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako 1988*, Bamako : 21 p. multigr.
- LE PALEC A., 1994a, « Bamako, se protéger contre le sida », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : 1.1-36.
- 1994b, « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 211-234.
- LE PALEC A., DIARRA T., 1995, « Révélation du sida à Bamako. Le "traitement" de l'information », in Jean-Pierre DOZON et Laurent VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121.
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y., 1997, « Entretien avec Françoise Héritier », *Journal des anthropologues*, 68-69 : 21-33.
- MAIGA Y.I., 1994, « Séroprévalence de l'infection à VIH au Mali. Etude sur un échantillon représentatif des 7 régions économiques du pays », *Keneya Info, Bulletin d'information des ONG membres du groupe Pivot survie de l'enfant*, Bamako, n° 00 : 4-5.
- SEIDEL G., 1996, « Le deuxième sexe de la prévention », *Le Journal du sida*, numéro spécial *Afrique*, 86-87 : 32-35.
- SONTAG S., 1989, *AIDS and its metaphors*, London, Allen Lane, Penguin Press : 95 p. (En français : 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, 124 p.)
- TABET P., 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in Nicole-Claude MATHIEU (éd), *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, n° spécial *Cahiers de l'homme*, XXIV, Paris, Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales : 61-146.
- TAVERNE B., 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14 (2) : 93-106.
- THIAM A., 1978, *La parole aux négresses*, Paris, Denoël/Gonthier : 191 p.

Annie LE PALEC, “*Le sida, une maladie des femmes*”

*Résumé* — Au Mali, l'imputation aux prostituées, qui répondait à des modèles épidémiologiques de diffusion de l'épidémie africaine, a très tôt associé femmes et sida. Certaines recherches, certaines politiques de santé publique, ont permis la construction d'une image sociale du sida où les femmes sont présentées comme contaminées mais aussi comme principales responsables de la contamination. Les études comme les campagnes d'information ont largement participé à forger certaines représentations locales du sida. Mais si, autour du sida, est apparu et a évolué un ensemble de discours révélateurs de tensions sociales entre autres dans les relations hommes/femmes, les femmes restent exclues en tant que sujets d'énonciation de la production linguistique audible concernant le sida. Celle-ci construit un sens social de la contamination où elles jouent le mauvais rôle. Dans l'articulation entre des représentations et pratiques populaires et celles des programmes de lutte contre le sida, au sein des processus du changement social urbain qui affectent les rapports sociaux de sexe, s'est constituée une *doxa* dont l'Énonciateur est essentiellement masculin.

*Mots-clés* : Afrique • Mali • femmes • sida • maladie • prostituées.

Annie LE PALEC, “*AIDS, a women's disease*”

*Summary* — In Mali, AIDS was closely associated with women very early on. The reason behind this was the fact that the finger was pointed at prostitutes, who fit the epidemiological models of the spread of HIV in Africa. Certain research results, as well as certain public health policies, opened the door to the development of a social portrayal of AIDS in which women are presented not only as contaminated, but also those primarily responsible for contamination. The studies as well as information campaigns played a major role in the development of certain local representations of AIDS. The topic of AIDS has given rise to and furthered a series of debates that reveal social tensions, including those in relations between men and women. Nevertheless, women are still excluded when it comes to enunciating linguistically audible messages on AIDS, which give rise to a social understanding of contamination in which women play the bad role. At the intersection between popular representations and practices and those of stop-AIDS programs, at the heart of the processes of urban social change which have a bearing on the social relations pertaining to sex, a *doxa* whose Enunciator is essentially masculine has taken shape.

*Keywords*: Africa • Mali • women • AIDS • disease • prostitutes.